

LUCÉLIA JUSTINO BORGES

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E ATIVIDADE FÍSICA EM  
IDOSOS: ESTUDO LONGITUDINAL**

Florianópolis  
2014

LUCÉLIA JUSTINO BORGES

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E ATIVIDADE FÍSICA EM  
IDOSOS: ESTUDO LONGITUDINAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação Física.

**Área de concentração:** Atividade Física Relacionada à Saúde.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia R. Bertoldo Benedetti

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eleonora d'Orsi

Florianópolis  
2014

Lucélia Justino Borges

## **SINTOMAS DEPRESSIVOS E ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS: ESTUDO LONGITUDINAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física,  
da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à  
obtenção do título de Doutora em Educação Física.

Florianópolis, 30 de maio de 2014.

---

Prof. Dr. Luiz Guilherme Antonacci Guglielmo  
Coordenador do Curso

### **Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia R. Bertoldo Benedetti - Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina (CDS-UFSC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eleonora d'Orsi - Coorientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina (CCS-UFSC)

---

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Camaz Deslandes  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

Prof. Dr. Edio Luiz Petroski  
Universidade Federal de Santa Catarina (CDS-UFSC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marize Amorim Lopes  
Universidade Federal de Santa Catarina (CDS-UFSC)

## DEDICATÓRIA

Por eles e para eles...  
Aos meus pais e aos idosos, em  
especial, àqueles acometidos pela  
sintomatologia depressiva.

## AGRADECIMENTOS

Aos que são minha fonte de inspiração, motivação e incentivo: família e amigos. A todos vocês, minha eterna gratidão pelo impulsionar e por compartilhar as diferentes emoções e sentimentos nestes quatro anos. Cada um sabe a sua importância e contribuição nos momentos que foi necessário “no centro da própria engrenagem, inventar contra a mola que resistia”. Agradeço considerando as representações assumidas pela minha existência perante vocês: filha, irmã, tia, cunhada e amiga.

À minha orientadora e coorientadora, pelas oportunidades de aprendizado e pela viabilização de desenvolvimento deste estudo. Agradecida também pelo respeito às minhas inquietações acadêmicas, ao processo de formação e aos momentos “nevoeiro”, compreendendo que era preciso “como um velho marinheiro, levar o barco devagar”.

À Equipe *EpiFloripa* Idoso 2013/14 pelo trabalho realizado, pela dedicação e pela parceria. Agradeço ainda aos envolvidos na operacionalização do *EpiFloripa* Idoso 2009/10.

Aos idosos, atores sociais da minha história profissional, sem os quais este trabalho não seria possível.

A todos os professores que contribuíram para minha formação.

Aos membros do NuCIDH e do NuPAF com os quais dividi momentos acadêmicos, profissionais ou de lazer. “Viver foi melhor que sonhar”!

À CAPES pela bolsa de estudos concedida no Brasil e pela oportunidade de realizar o doutorado sanduíche (CAPES / Processo BEX 7728-13-1).

Ao CNPq pelo financiamento concedido para o desenvolvimento do *EpiFloripa* Idoso.

À minha coorientadora na Universidade do Porto e aos membros do Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer – CIAFEL, pela oportunidade e acolhida, pela troca de experiências e contribuição na minha formação.

Aos professores membros da banca pelas contribuições na qualificação e pela disponibilidade em participar deste momento.

## EPÍGRAFE

“... tudo o que contribui para a valorização e a qualidade de vida da pessoa idosa – respeitada sua vontade pessoal sempre presente no ato suicida – contribui também para que ela não tente antecipar seu fim”.

Maria Cecília Minayo  
Fátima Cavalcante

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos (SD), e analisar a relação entre SD e atividade física de lazer (AFL) de idosos, de forma prospectiva. Esta pesquisa longitudinal, observacional e de base populacional faz parte do *EpiFloripa Idoso* realizado em 2009/2010 (primeira onda) e 2013/2014 (segunda onda), na área urbana do município de Florianópolis – SC. Na primeira onda foram entrevistados 1.705 idosos, sendo incluídos nesse estudo 1.656 (49 foram excluídos por terem as entrevistas respondidas por cuidadores). Para a segunda onda, 1.564 idosos foram considerados elegíveis. Entretanto, para a presente investigação foi utilizada amostra parcial ( $n=659$ ). Os SD (desfecho) foram obtidos pela *Geriatric Depression Scale* (GDS-15); o nível de AFL foi avaliado pelo *International Physical Activity Questionnaire*; além das variáveis de saúde, sociodemográficas, comportamentais e sociais. Análise descritiva, Teste de McNemar, Regressão de Poisson e Regressão Linear Múltipla foram utilizados, adotando nível de significância de 5%. Na primeira onda, a prevalência de SD foi de 23,9%. Os fatores de risco associados foram: 1 a 4 anos (RP= 1,62) e nenhum ano de estudo (RP= 2,11); situação econômica pior comparada àquela que tinha aos 50 anos (RP=1,33); déficit cognitivo (RP=1,45); percepção negativa de saúde (RP=2,64); dependência funcional (RP=1,83) e dor crônica (RP=1,35). Grupo etário de 70 a 79 anos (RP=0,77); AFL (RP=0,75); participação em grupos de convivência ou religiosos (RP= 0,80) e ter relação sexual (RP= 0,70) mostraram-se fatores protetores ao aparecimento dos SD. Na segunda onda, a prevalência de SD foi de 22,8% e não foi observada diferença estatística significativa na comparação entre as duas ondas. Vale destacar que a recorrência dos sintomas foi 12,7%; incidência de 10%; remissão de 9,3% e 68% permaneceu livre de suspeita à depressão. Verificou-se diferença estatística significativa entre as duas ondas para déficit cognitivo, quedas, relação sexual e participação em grupos de convivência. Ao analisar o nível de AFL no seguimento, 40,8% dos idosos permaneceram inativos; 32,3% eram ativos e tornaram-se inativos; 6,7% eram inativos e tornaram-se ativos e 20,2% permaneceram ativos no lazer. Para os idosos sintomáticos, o antidepressivo, a terapia psicológica e a atividade física foram os recursos mais citados para amenizar esses sintomas; melhorar a saúde e recomendação médica foram os motivos frequentes para a adesão à prática de atividade física, enquanto a limitação física e o cansaço (ou falta de disposição) foram os motivos de desistência mais citados. Na

segunda onda foi evidenciada associação entre SD e AFL, ajustada por sexo, idade, renda familiar e dependência funcional. Os idosos que permaneceram ativos reduziram 8,83% da variação percentual dos escores de SD. Os resultados sinalizam que a situação clínica adversa, desvantagem socioeconômica, inatividade física no lazer, pouca atividade social e sexual são fatores associados aos SD em idosos. A associação com a AFL permaneceu no seguimento, demonstrando redução dos SD em idosos ativos no lazer. Os resultados obtidos poderão auxiliar e subsidiar as políticas de atenção à saúde mental da população idosa, considerando os fatores modificáveis associados aos SD, e a AFL enquanto estratégia alternativa na promoção da saúde, prevenção ou auxiliar no tratamento da depressão em idosos.

**Palavras-chave:** Depressão; Atividade motora; Idoso; Envelhecimento; Saúde mental; Exercício; Saúde do idoso; Estudos longitudinais.

## ABSTRACT

The aim of this study was to estimate the prevalence and associated factors of depressive symptoms (DS) in the elderly and to analyze the relationship between DS and physical activity in leisure time (LTPA) in follow-up. Longitudinal population based epidemiological study (*EpiFloripa Elderly*) was conducted in 2009/2010 (baseline; n=1.656) and 2013/2014 (follow-up; partial sample n=659) in Florianópolis, Brazil. The prevalence of DS (outcome) was obtained using Geriatric Depression Scale (GDS-15), the level of LTPA was assessed by the International Physical Activity Questionnaire and socio-demographic, health, behavioral and social variables were assessed. Analyses were carried out using McNemar Test, Poisson Regression and Multiple Linear Regressions ( $p < 0.05$ ). Depressive symptoms were observed in 23.9% of the elderly individuals at baseline. In the final model, DS were associated with: 1 to 4 years of schooling (PR=1.62) and no schooling (PR=2.11); being in a worse financial condition than at the age of 50 (PR=1.33); cognitive impairment (PR=1.45); perceiving their health as regular (PR=1.95) or poor (PR=2.64); functional dependence (PR=1.83) and chronic pain (PR=1.35). Factors with protective effects were: being in the 70 to 79 year old age group (PR=0.77); LTPA (PR=0.75); participation in social or religious groups (PR=0.80) and having sexual relations (PR=0.70). The prevalence of SD was 22.8% in follow-up and no significant differences was observed between baseline and follow-up. According to the progression of DS four groups were identified: 68% without DS; recurrence (12.7%); incidence (10%) and remission (9.3%). Cognitive impairment, falls, sexual relations and participation in social or religious groups weren't statistically different. Four groups were identified according to the progress of LTPA: 40.8% remained inactive; 32.3% were active and became inactive; 6.7% were inactive and became active and 20.2% remained active. Antidepressants; psychological therapy and physical activity were the most cited resources to alleviate the DS; improve the health and medical recommendations were the most frequencies for the elderly engaged the physical activity; physical limitations and fatigue were the most cited reasons for desistance. Association between DS and LTPA adjusted for sex, age, family income and functional dependence was observed in follow-up. The elderly that remained active reduced 8.83% of percentage change the DS scores. Adverse clinical situations, being socioeconomically disadvantaged and low social and sexual activity were associated with DS in the elderly.

The association with the LTPA remained in follow-up and was identified a reduction of DS in the active elderly population. The results may assist and support health care policies for the elderly considering the modifiable associated factors of DS and the LTPA may be an alternative strategy to promote health, to prevent or on the treatment of depression in the elderly.

**Key words:** Depression; Motor activity; Aged; Elderly; Aging; Mental health; Exercise; Health of the elderly; Longitudinal studies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Variáveis independentes e as respectivas categorias utilizadas. <i>EpiFloripa</i> Idoso 2009/10.....	30
Quadro 2 - Blocos e número das questões utilizadas. <i>EpiFloripa</i> Idoso 2013/14.....	36
Figura 1 - Distribuição do número de idosos para a segunda onda. <i>EpiFloripa</i> Idoso 2013/2014.....	33
Figura 2 - Distribuição da amostra utilizada a partir da amostra parcial entrevistada na segunda onda. <i>EpiFloripa</i> Idoso 2013/2014.....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise univariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis sociodemográficas. <i>EpiFloripa</i> Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010.....	50
Tabela 2 – Análise univariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis de saúde. <i>EpiFloripa</i> Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/ 2010.....	51
Tabela 3 – Análise univariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis comportamentais e sociais. <i>EpiFloripa</i> Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010.....	52
Tabela 4 – Análise multivariada ajustada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sociais. <i>EpiFloripa</i> Idoso, Florianópolis. Brasil, 009/2010.....	53
Tabela 5 – Características sociodemográficas dos idosos na segunda onda. <i>EpiFloripa</i> Idoso, Florianópolis, Brasil. 2013/2014.....	55
Tabela 6 – Comparação das características sociodemográficas entre a primeira e segunda onda (pareada). <i>EpiFloripa</i> Idoso, Florianópolis, Brasil. 2009/2010 e 2013/2014.....	56
Tabela 7 – Condições de saúde dos idosos na segunda onda e comparação com a primeira onda (pareada). <i>EpiFloripa</i> Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.....	58
Tabela 8 – Variáveis comportamentais e sociais dos idosos na segunda onda e comparação com a primeira onda (pareada). <i>EpiFloripa</i> Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.....	59
Tabela 9 – Autorrelato de diagnóstico de depressão e atividade física de lazer em idosos sintomáticos na segunda onda e comparação com a primeira onda (pareada). <i>EpiFloripa</i> Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.....	60

Tabela 10 – Percepção de sintomas depressivos e recursos utilizados para amenizar a sintomatologia. Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.....	62
Tabela 11 – Prática de atividade física no lazer, motivos de adesão e de permanência em programas de atividade física. Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.....	63
Tabela 12 – Regressão linear simples da variação percentual dos sintomas depressivos de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e atividade física de lazer. <i>EpiFloripa Idoso</i> , Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.....	65
Tabela 13 – Regressão linear múltipla da variação percentual dos sintomas depressivos de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e atividade física de lazer. <i>EpiFloripa Idoso</i> , Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM	<i>American College of Sports Medicine</i>
ABVD's	Atividades Básicas da Vida Diária
AFL	Atividade Física de Lazer
AFMV	Atividade Física Moderada e Vigorosa
AIVD's	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ATIs	Academias da Terceira Idade
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Centro de Desportos
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CS	Centros de Saúde
CSV	<i>Comma-Separated Values</i>
DSM	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDA	<i>Personal Digital Assistants</i>
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SD	Sintomas depressivos
SESC	Serviço Social do Comércio
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E IDOSOS.....	14
1.2 RELAÇÃO ATIVIDADE FÍSICA, DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS.....	17
1.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS.....	21
1.4 SAÚDE MENTAL E ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS.....	22
1.5 OBJETIVOS.....	25
<b>1.5.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>25</b>
<b>1.5.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>25</b>
1.6 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	26
1.7 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE TERMOS.....	26
<b>2 MÉTODO.....</b>	<b>28</b>
2.1 <i>EPI</i> /FLORIPA IDOSO – 2009/2010 (PRIMEIRA ONDA).....	28
2.2 <i>EPI</i> /FLORIPA IDOSO – 2013/2014 (SEGUNDA ONDA).....	31
<b>2.2.1 Amostra.....</b>	<b>31</b>
<b>2.2.2 Instrumento de pesquisa.....</b>	<b>35</b>
<b>2.2.3 Logística do trabalho de campo.....</b>	<b>39</b>
2.2.3.1 Equipe de trabalho.....	39
2.2.3.2 Seleção e treinamento dos entrevistadores.....	40
2.2.3.3 Piloto .....	41
2.2.3.4 Coleta de dados.....	42
2.2.3.5 Perdas e recusas.....	42
2.2.3.6 Suporte técnico.....	43
2.2.3.7 Análise de consistência dos dados.....	43
2.2.3.8 Controle de qualidade.....	44
<b>2.2.4 Aspectos éticos.....</b>	<b>44</b>
<b>2.2.5 Financiamento, Colaboração/Parceria.....</b>	<b>45</b>
<b>2.2.6 Análise dos dados.....</b>	<b>46</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
3.1 SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS: <i>EPI</i> /FLORIPA IDOSO – 2009/2010.....	48
3.2 SEGUNDA ONDA - <i>EPI</i> /FLORIPA IDOSO (2013/2014).....	54
<b>3.2.1 Caracterização da amostra.....</b>	<b>54</b>
<b>3.2.2 Condições de saúde, variáveis comportamentais e sociais dos idosos na segunda onda (2013/2014).....</b>	<b>57</b>

3.2.2.1 Comparação das condições de saúde, variáveis comportamentais e sociais dos idosos na primeira (2009/2010) e na segunda onda (2013/2014).....	57
<b>3.2.3 Sintomas depressivos e atividade física na segunda onda (2013/2014) e a comparação com a primeira onda pareada (2009/2010).....</b>	<b>59</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>67</b>
4.1 SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS.....	67
4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE, VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS E SOCIAIS DOS IDOSOS (2009/2010 e 2013/2014) .....	70
4.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS E ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS (2009/2010 e 2013/2014).....	73
<b>4.3.1 Sintomas depressivos.....</b>	<b>73</b>
<b>4.3.2 Percepção dos sintomas depressivos e recursos para amenizá-los.....</b>	<b>74</b>
<b>4.3.3 Sintomas depressivos e atividade física.....</b>	<b>76</b>
<b>4.3.4 Sugestões para o modelo de atenção à saúde mental dos idosos de Florianópolis.....</b>	<b>80</b>
4.4 LIMITAÇÕES E ASPECTOS POSITIVOS.....	83
<b>5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>85</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>110</b>
APÊNDICE A – Carta enviada aos idosos – <i>EpiFloripa</i> Idoso (2013/2014).....	111
APÊNDICE B – Roteiro ligações aos idosos – <i>EpiFloripa</i> Idoso (2013/2014).....	112
APÊNDICE C – Questionário <i>EpiFloripa</i> Idoso (2013/2014).....	113
APÊNDICE D – Controle de Qualidade – <i>EpiFloripa</i> Idoso (2013/2014).....	147
<b>ANEXOS.....</b>	<b>150</b>
ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - <i>EpiFloripa</i> Idoso (2009/2010).....	151
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-	

<i>EpiFloripa</i> Idoso (2009/2010).....	152
ANEXO III – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - <i>EpiFloripa</i> Idoso (2013/2014).....	154
ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- <i>EpiFloripa</i> Idoso (2013/2014).....	163
ANEXO V – Parecer do Comitê de Ética - Projeto Sintomas Depressivos e Atividade Física em idosos de Florianópolis.....	166
ANEXO VI – Artigo: Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo <i>EpiFloripa</i> .....	169

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E IDOSOS

A depressão acomete mais de 350 milhões de pessoas (OMS, 2012) e segundo estimativas, em 2020, será a segunda causa mais importante de incapacidade e doença no mundo. (OMS, 2002; MURRAY; LOPEZ, 1997)

Na população idosa, essa doença é considerada um dos problemas psiquiátricos mais comuns e importantes (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; SNOWDON, 2002; ARGIMON; STEIN, 2005; DJERNES, 2006; CHANG et al., 2009; CHEW-GRAHAM et al., 2012), devido às elevadas prevalências e consequências negativas (GAZALLE et al., 2004) como a perda da qualidade de vida (STELLA et al., 2002) e da autonomia (SUASSUNA et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2013), incapacidade e limitação funcional. (CASTRO-COSTA et al., 2008; CHANG et al., 2009; HOFFMANN et al., 2010; SANTOS et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2013; GOMES et al., 2014)

A depressão ou transtorno depressivo maior caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores (DSM-IV, 2008). Conforme estabelece o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana, o diagnóstico da depressão fundamenta-se em dois critérios: duração mínima, de pelo menos duas semanas, de humor deprimido (tristeza, desânimo) e perda de interesse, acompanhado por, pelo menos, quatro sintomas adicionais de depressão. Dentre esses sintomas são elencados: redução ou aumento do apetite; perturbação do sono; alterações psicomotoras; diminuição da energia; sentimento de culpa; falta de concentração; pensamentos sobre morte. Salienta-se que, para o diagnóstico, esses sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias (por pelo menos duas semanas consecutivas) e deve ser acompanhado de sofrimento e prejuízo clinicamente significativo nas funções social, profissional e pessoal. (DSM-IV, 2008)

Segundo Cavalcante e col. (2013, p. 2.986), o conceito de depressão “*da ideia inicial de “queda de pressão” à noção geológica de “deformidade de terreno”, passa a ser associado a um estado de espírito ou sentimento, caracterizado pela ideia de diminuição da vivacidade e de baixa afetiva por quem a vivencia*”.

Deve-se considerar que menos da metade das pessoas que sofrem depressão, recebem tratamento (OMS, 2012). Na população

idosa, esta doença é subdiagnosticada (TENG et al., 2005; LIMA et al., 2009; CHEW-GRAHAM et al., 2012; SUASSUNA et al., 2012) e assim, o acometido não recebe tratamento. (OLIVEIRA et al., 2006; DA ROCHA LIMA et al., 2009; CHEW-GRAHAM et al., 2012)

A dificuldade de diagnóstico neste grupo etário deve-se: a) a depressão manifesta de forma heterogênea tanto em relação à etiologia quanto à resposta ao tratamento (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007); b) aos quadros atípicos ou particularidades que este grupo apresenta, como problemas clínicos e sociais simultâneos, que podem dificultar o diagnóstico (STOPPE JÚNIOR; LOUZÁ NETO, 1998); c) a presença de sintomas depressivos ou a depressão pode ocorrer em comorbidade com outras doenças crônicas (como diabetes e hipertensão) (TENG et al., 2005; DESLANDES, 2009); d) pelos sintomas serem atribuídos ao envelhecimento normal (SILVA, 2013); e) ao fato de estar, muitas vezes, acompanhada por somatizações e reclamações físicas. (CAVALCANTE et al., 2013)

Portanto, torna-se fundamental que os profissionais da saúde tenham familiaridade com as características da depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença dos sintomas, pois o reconhecimento destes pode auxiliar no controle, possibilitando prevenção e/ou tratamento da doença. Assim, recomenda-se a ampliação das formas de diagnosticar e tratar a depressão nesta população (CAVALCANTE et al., 2013), além do uso sistemático de escalas de rastreamento que podem facilitar a detecção da alteração dos sintomas depressivos, auxiliando a prática clínica e intervindo positivamente. (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999)

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a prevalência de depressão autorreferida entre a população idosa é de 5,6% e 12% para homens e mulheres, respectivamente (BELTRÃO et al., 2013, BRASIL, 2013a). Os estudos conduzidos nas diferentes regiões do país evidenciam que a prevalência de sintomas depressivos neste grupo etário varia de 15% a 39,6%. (LEBRÃO; LAURENTI, 2005; MACIEL; GUERRA, 2006; BLAY et al., 2007; BENEDETTI et al., 2008; BARCELOS-FERREIRA et al., 2009; LIMA et al., 2009; BARCELOS-FERREIRA et al., 2010; BATISTONI et al., 2010; HOFFMANN et al., 2010; ALVARENGA et al., 2012; BARCELOS-FERREIRA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012; SASS et al., 2012; SILVA et al., 2012; GOMES et al., 2014)

Apesar das diferenças metodológicas entre os estudos, a prevalência de sintomas depressivos é alta e requer atenção dos profissionais da área da saúde, gestores e população em geral.

Outro aspecto que merece destaque é o suicídio entre as pessoas idosas, visto que a depressão é um importante fator desencadeante (CAVALCANTE et al., 2013). No estudo de Cavalcante e Minayo (2012), os resultados das autópsias psicológicas revelaram que a depressão mostrou-se causa principal de suicídios entre idosos quando associadas às perdas de familiares, amigos e/ou econômica, à aposentadoria, ao endividamento, à tristeza e à melancolia; ou como coadjuvante quando relacionada à complicações físicas e mentais. Vale ressaltar que, além da interação com a depressão, o número de suicídios tende a aumentar com a idade (CAVALCANTE; MINAYO, 2012). O grupo acima de 80 anos é o mais envolvido em pensamentos, tentativas e execução do suicídio (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). Na população idosa, a razão entre tentativas e suicídios consumados é de, aproximadamente, 2:1 e as diferenças entre gêneros devem ser consideradas, uma vez que, apesar das mulheres terem mais ideação e produzirem mais tentativas suicidas, são os homens os que mais consomem esse ato (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). Assim, a prevenção do suicídio torna-se um desafio para os setores sociais e de saúde. (CAVALCANTE; MINAYO, 2012)

As ações públicas de atenção à saúde mental no Brasil estão pouco articuladas, o que evidencia a importância de consolidar um novo modelo de atenção no conjunto de ações individuais e coletivas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ, 2012). Este novo modelo deve considerar as mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas no país (FIOCRUZ, 2012) e a articulação entre “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, preconizadas pela Atenção Básica à Saúde ou Atenção Primária em Saúde. (BRASIL, 2010a, p.17)

Dentre as práticas democráticas e participativas desenvolvidas pela Atenção Básica, a atividade física é uma das estratégias preconizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (BRASIL, 2010b) e no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil - 2011 a 2022 (BRASIL, 2011). Vale salientar que a atividade física é uma ação prioritária da PNPS e está inserida em definitivo na vigilância em saúde e na Atenção Básica no formato de programa de promoção da saúde (CRUZ; MALTA, 2014), com o Academia da Saúde. (BRASIL, 2013b)

Diante disso, considerando o desenvolvimento dessas ações na saúde pública (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013b) e que

a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2010a), acredita-se no fortalecimento da atividade física enquanto estratégia alternativa no novo modelo de atenção à saúde mental (FIOCRUZ, 2012), que considera as mudanças demográficas ocorridas no país e visa a articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e manutenção da saúde mental dos idosos.

Espera-se ainda que, a atividade física seja efetivamente uma das ações que colabora para “*a valorização e a qualidade de vida da pessoa idosa*”, e que essa prática - distanciando do caráter reducionista e simplista, mas considerando a multidimensionalidade -, possa contribuir, de alguma forma, para que o idoso “*não tente antecipar seu fim*”. (MINAYO; CAVALCANTE, 2012, p.1940)

## 1.2 RELAÇÃO ATIVIDADE FÍSICA, DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS

A prática de atividade física tem sido apontada como uma alternativa simples, de baixo custo e viável (STELLA et al., 2002; FRAZER et al., 2005; GUIMARÃES; CALDAS, 2006; MORAES et al., 2007; SCHUCH et al., 2011) para auxiliar o tratamento dos idosos diagnosticados com depressão (BLUMENTHAL et al., 1999; BABYAK et al., 2000; BLUMENTHAL et al., 2007; SCHUCH et al., 2011; SILVEIRA et al., 2013), bem como para controlar e/ou prevenir os sintomas depressivos naqueles não diagnosticados com esta doença. (BENEDETTI et al., 2008; KU et al., 2009; SMITH et al., 2010; REICHERT et al., 2011; GIULI et al., 2012; BRIDLE et al., 2012; ROBERTSON et al., 2012; MURA; CARTA, 2013; LOPRINZI, 2013)

Os estudos observacionais, transversais ou longitudinais, têm evidenciado a relação entre nível de atividade física e sintomas depressivos. (VAN GOOL et al., 2005; BENEDETTI et al., 2008; KU et al., 2009; SMITH et al., 2010; REICHERT et al., 2011; WANG et al., 2011; GIULI et al., 2012; ELAVSKY et al., 2013; JULIEN et al., 2013; LOPRINZI, 2013; MINGHELLI et al., 2013; SARRÓ-MALUQUER et al., 2013; LEE et al., 2014; WASSINK-VOSSSEN et al., 2014)

Na pesquisa conduzida no Sul do Brasil, os idosos ativos fisicamente tiveram probabilidade 68% menor de apresentar sintomas depressivos quando comparados àqueles insuficientemente ativos (REICHERT et al., 2011). Ao considerar o nível de atividade física total, estudo transversal proveniente de uma coorte holandesa (*Sectional Studyused Data from the Netherlands Study of Depression in Older*

*Persons* - NESDO), identificou que os idosos depressivos são menos ativos fisicamente (WASSINK-VOSSSEN et al., 2014), assim como no estudo do *National Health and Nutrition Examination Survey* - 2005 e 2006, que encontrou associação entre sintomas depressivos e baixo nível de atividade física (LEE et al; 2014). Idosos inativos fisicamente (nível de atividade física total) tiveram 2,38 mais chance de apresentar suspeita à depressão quando comparados aos ativos. (BENEDETTI et al., 2008)

No estudo longitudinal canadense, o aumento dos sintomas depressivos foi relacionado à diminuição da caminhada por dia e na subamostra de mulheres, foi detectado que o aumento de 5,5 pontos na GDS associou à diminuição de 21% na frequência de caminhada após um ano de seguimento (JULIEN et al., 2013). Outra pesquisa envolvendo a caminhada em idosos japoneses proveniente do *Honolulu-Asia Aging Study* (HAAS), que teve oito anos de seguimento, observou que os idosos que caminharam mais que 0,25 milhas por dia (aproximadamente 402 metros) tiveram menor risco de sintomas depressivos (SMITH et al., 2010). Lee e col. (2014) evidenciaram que o aumento do risco de depressão foi associado à idade, inatividade física e condições crônicas de saúde. A associação entre sintomas depressivos e atividade física, controlada por outras variáveis sugerem o efeito protetor desta prática (LEE et al, 2014). No estudo de seguimento de 11 anos, realizado com idosos de Taiwan, foi observado que os níveis iniciais de atividade física foram associados negativamente à mudança dos sintomas depressivos (KU et al., 2012). Para essa mesma coorte, considerando somente a atividade física de lazer e o seguimento de sete anos, os idosos que permaneceram inativos tiveram 1,43 mais chance de desenvolver sintomas depressivos quando comparado aos que permaneceram ativos. (KU et al., 2009)

Em relação ao tratamento da depressão, apesar da falta de evidências sobre a eficiência (DESLANDES, 2009; JOSEFSSON et al., 2014), os estudos sinalizam benefícios do exercício físico para o tratamento desta doença na população idosa (BLUMENTHAL et al., 1999; MATHER et al., 2002; OLIVEIRA, 2005; MOTL et al., 2005; SINGH et al., 2005; BLUMENTHAL et al., 2007; MORAES et al., 2007; DESLANDES et al., 2009; KROGH et al., 2011; ROBERTSON et al., 2012; MURA; CARTA, 2013; SILVEIRA et al., 2013), seja por meio de atividades aeróbias (MATHER et al., 2002; MOTL et al., 2005; DESLANDES et al., 2010; SILVEIRA et al., 2013; MELO et al., 2014) ou por treinamento resistido (MELO et al., 2014; SINGH et al., 2005; MOTL et al., 2005). Os efeitos da medicação antidepressiva com a atividade física no tratamento da depressão em idosos também têm sido

foco das investigações (BLUMENTHAL et al, 2007; BLUMENTHAL et al, 1999; BABYAK et al. 2000; MATHER et al., 2002; BRENES et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2005). Considera-se ainda que intervenções por meio de atividades físicas, supervisionadas ou não, melhoram os sintomas depressivos, conforme destaca metanálise envolvendo estudos realizados com adultos e idosos sem diagnóstico clínico de depressão. (CONN, 2010)

Recente estudo de revisão destaca a impossibilidade de determinar exatamente como o exercício pode reduzir os sintomas depressivos em pessoas clinicamente diagnosticadas ou não com depressão (JOSEFSSON et al., 2014). Outrossim, foram conduzidas poucas pesquisas analisando o efeito da atividade física supervisionada em idosos clinicamente diagnosticados com depressão (MELO et al., 2014). As possíveis explicações dos efeitos antidepressivos do exercício estão, comumente, divididas em dois grupos de mecanismos: psicológicos (melhora da auto-estima, autoeficácia e qualidade do sono) e biológicos (aumento da liberação de monoaminas {serotonina, dopamina e noradrenalina}; da neurogênese; dos fatores tróficos do cérebro (BDNF). (SILVEIRA et al., 2013; SCHUCH et al., 2011; DESLANDES et al., 2009; MORAES et al., 2007)

Contudo, ainda existe a necessidade de outros estudos controlados a respeito da modalidade, da frequência, da duração e da intensidade do exercício físico (GUIMARÃES, CALDAS, 2006; MORAES et al., 2007; DESLANDES et al. 2009; ROBERTSON et al., 2012), e que detalhem os mecanismos envolvidos para a eficácia do tratamento da depressão (CHALDER et al., 2012). Além disso, faz-se necessário testar a metodologia utilizada nos ensaios clínicos randomizados no contexto comunitário, bem como avaliar os benefícios das ações desta natureza, que já são desenvolvidas nas comunidades, na redução da sintomatologia depressiva em idosos clinicamente diagnosticados ou não com depressão.

Considerando o exposto, apesar das evidências da literatura, há o desconhecimento da maioria da população sobre o papel do exercício físico na saúde mental (DESLANDES, 2009). No Brasil, para os domínios de lazer e de deslocamento, 35,8% das pessoas com 65 anos ou mais são fisicamente inativas. (BRASIL, 2013c)

Além deste cenário, deve-se considerar também que ocorre redução da prática de atividades físicas pela depressão (MORAES et al., 2007; KU et al., 2012) e pela presença dos sintomas depressivos (JULIEN et al., 2013). Idosos com sintomas depressivos elevados e/ou diagnosticados com depressão têm maior probabilidade de não se

exercitarem devido às características de apatia, falta de interesse e disposição, ou pela baixa motivação para esta prática (SUIJA et al., 2009; NASCIMENTO et al., 2013). E, conforme destaca Nascimento et al. (2013), a perda de motivação para aderir às atividades que contribuem para a realização das tarefas cotidianas, além de acarretar declínio funcional, colabora para o início de um ciclo de inatividade.

No estudo de Meurer e col. (2012), realizado com idosos de Florianópolis, a não associação entre sintomas depressivos e fatores de motivação para a prática de exercícios foi explicada pelo número reduzido de idosos sintomáticos e maior frequência de pessoas com alta motivação. Para as autoras, ao ingressarem no programa, os idosos poderiam estar mais motivados para esta prática, e conseqüentemente, apresentarem autoestima mais elevada, mais ânimo e disposição para participarem do grupo. (MEURER et al., 2012)

Acredita-se que esta realidade possa ser semelhante aos demais programas de Florianópolis, ou seja, esses podem não conseguir incluir os idosos acometidos pela sintomatologia depressiva e/ou que têm diagnóstico de depressão, devido à baixa motivação destas pessoas para praticar atividade física (MEURER et al., 2012) ou de se engajar em qualquer outro tipo de atividade. (NASCIMENTO et al., 2013)

A respeito dos motivos de adesão e permanência de idosos em programas de atividade física, as investigações conduzidas identificaram como aspectos facilitadores: a recomendação médica (CERRI; SIMÕES, 2007; CARDOSO et al., 2008), a busca pela melhoria da saúde (CARDOSO et al., 2008; GOMES; ZAZÁ, 2009; PEREIRA; OKUMA, 2009; EIRAS et al., 2010; SOUZA; VENDRUSCULO, 2010) e o convite de amigos ou parentes (CARDOSO et al., 2008). A permanência dos idosos nos programas relaciona-se tanto aos motivos extrínsecos (socialização) (CERRI; SIMÕES, 2007; EIRAS et al., 2010; LOPES, 2012) quanto aos intrínsecos (prazer, bem estar, gosto pela atividade, percepção de fazer parte de um grupo, saúde). (CARDOSO et al., 2008; GOMES; ZAZÁ, 2009; EIRAS et al., 2010; MEURER et al., 2011; LOPES, 2012)

Os problemas de saúde (REICHERT et al., 2007; CARDOSO et al., 2008; CASSOU et al., 2008; ROSQVIST et al., 2009; EIRAS et al., 2010; SOUZA; VENDRUSCOLO, 2010; LOPES, 2012); compromissos familiares (LOPES, 2012; EIRAS et al., 2010; SOUZA, VENDRÚSCULO, 2010); clima e ambiente negativo (LOPES, 2012; EIRAS et al., 2010); experiências negativas (ROSQVIST et al., 2009) também são apontados como barreiras para a prática de atividade física.

Entende-se que a adesão e a permanência dos idosos em programas de atividade física é algo complexo e que envolve aspectos pessoais, sociais, culturais e econômicos. Especificamente, quanto aos idosos com sintomas depressivos elevados (clinicamente diagnosticados ou não com depressão), faz-se oportuno verificar se os motivos se assemelham àqueles assintomáticos, na tentativa de viabilizar o desenvolvimento de programas de atividade física condizentes às particularidades e interesses desse público.

### 1.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS

A literatura destaca a associação dos sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sociais.

As evidências científicas apontam que as mulheres apresentam mais sintomas depressivos (CASTRO-COSTA et al., 2008; LIMA et al., 2009; BATISTONI et al., 2010; CUNHA et al., 2012). Além do sexo, a baixa escolaridade (GAZALLE et al., 2004; MACIEL; GUERRA, 2006; BATISTONI et al., 2010), o viver sozinho (KANEKO et al., 2007) e ser solteiro ou divorciado (BLAY et al., 2007), o nível econômico/perda econômica/baixa renda (BLAY et al., 2007; ROMBALDI et al., 2010) ou ausência de trabalho remunerado (BLAY et al., 2007; GAZALLE et al., 2004) também são fatores associados aos sintomas depressivos em idosos.

As relações entre o aumento da idade e a presença de sintomas depressivos ainda não estão totalmente estabelecidas (BATISTONI et al., 2010). Embora a idade mostre ser um fator associado (SUASSUNA et al., 2012; CASTRO-COSTA et al., 2008; KANEKO et al., 2007), a literatura destaca três vertentes sobre a relação sintomas depressivos e envelhecimento, conforme compilações de Batistoni e col. (2010). Para as autoras, a primeira que é resultante da aplicação de escalas de rastreio, indica correlação linear negativa (diminuição dos sintomas com a idade) ou correlação curvilínea positiva (elevação dos sintomas nos grupos mais jovens e mais velhos, em comparação ao grupo intermediário); a segunda que é baseada na aplicação de critérios diagnósticos clínicos para a depressão indica correlação linear positiva (aumento dos sintomas com a idade) ou correlação curvilínea negativa (os sintomas são menores em grupos etários mais jovens e mais velhos quando comparados aos intermediários); e, a terceira resulta de investigações em que são controlados os fatores de risco relacionados à idade (saúde física, fatores sociais), sugerindo que o aumento da idade

em si não é um fator de risco para a depressão. (BATISTONI et al., 2010)

As variáveis de saúde que se mostram associadas à sintomatologia depressiva são: presença de comorbidades (doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, oncológicas) (TENG et al., 2005; FERREIRA; TAVARES, 2013); maior utilização de medicamentos (LIMA et al., 2009); incapacidade funcional (SUASSUNA et al., 2012; HOFFMAN et al., 2010; LIMA et al., 2009; MACIEL; GUERRA, 2006; CASTRO-COSTA et al., 2008); déficit cognitivo (LIMA et al., 2009); percepção negativa da saúde (CASTRO-COSTA et al., 2008; BLAY et al., 2007; KANEKO et al., 2007; MACIEL; GUERRA, 2006); e insônia (HOFFMAN et al., 2010; CASTRO-COSTA et al., 2008).

Dentre as variáveis comportamentais, além da associação com o nível de atividade física, o tabagismo (GAZALLE et al., 2004; ROMBALDI et al. 2010) associa-se à esta sintomatologia.

O predomínio de trocas negativas no relacionamento com parentes e amigos (KANEKO et al., 2007; STAFFORD et al., 2011) e morte de familiares ou amigos (GAZALLE et al., 2004) são os fatores sociais que devem ser considerados em idosos sintomáticos.

A identificação dos fatores associados aos sintomas depressivos, em especial os modificáveis, poderão auxiliar no desenvolvimento de intervenções de prevenção (LEE et al., 2012) e no direcionamento das políticas de atenção à saúde mental do idoso. Dessa forma, os estudos de associação mostram-se importantes e precisam ser mais explorados, considerando as diferenças culturais entre países e as diferenças regionais observadas no mesmo país, como o Brasil.

#### 1.4 SAÚDE MENTAL E ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS

A rede de atenção à saúde mental de Florianópolis está sendo construída, conforme destaca a Secretaria Municipal de Saúde. Há atendimento de psicólogos e psiquiatras nas cinco regionais de saúde para atendimento de casos leves e moderados das doenças mentais; o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Ponta do Coral está direcionado ao tratamento de adultos em sofrimento psíquico com comprometimento grave e persistente; o CAPSi destinado ao atendimento de crianças e adolescentes e o CAPS ad (continente e ilha) especializado no tratamento de dependentes de álcool e drogas. O

atendimento no CAPS da Ponta do Coral é realizado na perspectiva interdisciplinar, objetivando autonomia e reintegração dos pacientes à sociedade, sendo a atenção psicossocial sua principal atividade. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS, 2014a)

Nos Centros de Saúde, as ações para a saúde mental parecem concentrar-se em tratamento medicamentoso e psicológico, com a indicação à prática de atividade física por alguns médicos. Especificamente para a depressão, o Protocolo de Atenção à Saúde Mental do município recomenda a realização de um programa de exercícios (ginástica ou caminhada; 30 a 40 min; três vezes por semana) para todas as pessoas acometidas pelos transtornos depressivos (depressão leve, moderada e grave) (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS, 2014b). Complementando, o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso sinaliza a inclusão da psicoterapia individual ou em grupo e atividades comunitárias. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS, 2014c)

Mesmo com a existência de políticas de saúde mental desenvolvidas, seja no CAPS ou nos Centros de Saúde de Florianópolis, a rede de saúde mental ainda está sendo construída (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS, 2014a). Tal fato parece comprometer a articulação de um novo modelo de atenção pautando-se na promoção, prevenção e tratamento da saúde mental (FIOCRUZ, 2012), por meio de ações alternativas, como a atividade física. Salienta-se a existência de programas de atividade física nas cinco regionais de saúde e, apesar dos benefícios desta prática para a saúde da população idosa do município, esses programas parecem não estar articulados e consolidados como proposta de ação pública para a saúde mental deste grupo etário.

Alguns estudos realizados com idosos de Florianópolis sinalizaram a relação inversa entre os sintomas depressivos e o nível de atividade física total (BENEDETTI et al., 2008), bem como os efeitos positivos de um programa de ginástica desenvolvido nos Centros de Saúde na redução dos sintomas depressivos e na aptidão funcional (BORGES et al., 2007; BORGES, 2009; BORGES et al., 2010). Todavia, os resultados do estudo transversal (BENEDETTI et al., 2008) não permitiram inferir a causalidade da associação observada. Os estudos de intervenção (BORGES et al., 2007; BORGES, 2009; BORGES et al., 2010), que fizeram parte do projeto piloto Idoso Ativo<sup>a</sup>,

---

<sup>a</sup> A implantação do programa de atividade física *Idoso Ativo* iniciou em 2006, como projeto piloto, desenvolvido em quatro Centros de Saúde (CS) de Florianópolis, e foi

avaliaram a saúde mental e contribuíram para ratificar a importância da oferta de programas desta natureza à população idosa do município.

Embora exista a oferta de programas de atividade física pela Prefeitura Municipal, Universidades (Federal e Estadual), Serviço Social do Comércio (SESC), dentre outros, o alcance ainda é baixo e nem toda a população tem acesso a esse tipo de programa. Conforme destaca os resultados da linha de base do *EpiFloripa Idoso*, 29,7% dos idosos são fisicamente ativos no lazer (GIEHL et al., 2012), e no deslocamento, 35,2% são insuficientemente ativos e 36,8% são inativos. (CORSEUIL et al., 2011)

A inatividade ou o baixo nível de atividade física pode não estar relacionado somente à falta de oportunidade ou de acesso. Deve-se considerar também os fatores descritos previamente, como os demais facilitadores e as barreiras para a prática de atividade física, e os sintomas da depressão (tristeza; falta de energia, de prazer e de interesse; baixa autoestima). Assim, esses aspectos merecem ser investigados contribuindo para o entendimento da relação entre baixo nível de atividade física – análise específica do lazer que é o domínio com maior potencial para interferência profissional (TRIBESS et al., 2012) -, e sintomas depressivos. (LEE et al, 2014; ELAVSKY et al., 2013; MALUQUER et al., 2013; LOPRINZI, 2013; GIULI et al., 2012; REICHERT et al., 2011; SMITH et al., 2010)

No Brasil, poucas investigações epidemiológicas de base populacional foram conduzidas na área da saúde mental (MARAGNO et al., 2006). Ainda são escassos os estudos longitudinais envolvendo depressão e envelhecimento (BATISTONI et al., 2010) ou sobre a relação atividade física e sintomas depressivos na população idosa. Ressalta-se, como justificativa pessoal, o interesse e o envolvimento, desde a graduação em projetos de extensão e pesquisa com a população idosa. Especificamente sobre a relação “atividade física, sintomas depressivos e idosos”, destaca-se o desenvolvimento de estudos e

---

coordenado pelas Prof<sup>as</sup>. Tânia Benedetti, Giovana Mazo e Marize A. Lopes. Este programa surgiu como proposta para a formulação de política pública de atividade física voltada à população idosa (BENEDETTI, 2004). Em 2007, aconteceu a fusão operacional de três programas de AF que eram realizados pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS (*Idoso Ativo e Floripa em Forma*) e pela Secretaria Municipal de Assistência Social (*Viver Ativo*), surgindo o Floripa Ativa. A inexistência de profissionais de Educação Física na SMS suscitou a contratação destes profissionais, o que representou um avanço para a área. Foi a partir da demanda do Floripa Ativa que o profissional de Educação Física foi inserido no quadro de ocupações da SMS (BORGES, 2009).

participação em eventos científicos nesta área durante o curso de mestrado, o que motivou a permanência nesta linha de investigação no curso de doutorado.

Visando ampliar esta discussão, a presente tese objetiva explorar - de forma prospectiva, a partir de linha de base representativa da população idosa de uma capital do sul do Brasil -, a relação dos sintomas depressivos e atividade física de lazer em idosos, além de aspectos relacionados à essa prática, à percepção dessa sintomatologia e aos fatores associados, o que garante singularidade a esta investigação.

Para tanto, formulou-se as seguintes perguntas de pesquisa: Qual é a prevalência e quais os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos de Florianópolis? Existe relação entre sintomas depressivos e atividade física de lazer em idosos de Florianópolis? Esta associação permanece no seguimento? Qual a percepção dos idosos sobre os sintomas depressivos? Quais os motivos de adesão e desistência em programas de atividade física?

Espera-se que os resultados encontrados possam contribuir para a produção do conhecimento da área e discussões sobre a temática, bem como oportunizar reflexões sobre a realidade do município, auxiliando no direcionamento das ações de saúde pública e articulação da atividade física (promoção, prevenção e tratamento) ao modelo de atenção à saúde mental dos idosos de Florianópolis.

## 1.5 OBJETIVOS

### 1.5.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre sintomas depressivos e atividade física de lazer de idosos de Florianópolis, de forma prospectiva.

### 1.5.2 Objetivos Específicos

- ✓ Estimar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados (sociodemográficos, comportamentais, de saúde e sociais) em idosos de Florianópolis (primeira onda - 2009/2010);
- ✓ Caracterizar a amostra do seguimento segundo as variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e

sociais dos idosos, e comparar essas variáveis entre a primeira (2009/2010) e a segunda onda (2013/2014);

- ✓ Verificar a prevalência de sintomas depressivos na segunda onda (2013/2014) e compará-la com a primeira onda (2009/2010), segundo o nível de atividade física de lazer e autorrelato de diagnóstico de depressão em idosos de Florianópolis;

- ✓ Descrever a percepção dos idosos sobre a presença dos sintomas depressivos e os recursos utilizados no controle desses e/ou tratamento da depressão, considerando os idosos sintomáticos na primeira (2009/2010) e/ou na segunda onda (2013/2014);

- ✓ Descrever os motivos de adesão e desistência em programas de atividade física, considerando os idosos sintomáticos na primeira (2009/2010) e/ou na segunda onda (2013/2014);

- ✓ Avaliar a associação dos sintomas depressivos com o nível de atividade física de lazer dos idosos, considerando as variações dessas entre a primeira (2009/2010) e a segunda onda (2013/2014).

## 1.6 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo longitudinal (1ª e 2ª onda) delimitou-se a analisar os dados de dois projetos de pesquisa do *EpiFloripa Idoso*, que foi realizado com pessoas de 60 anos ou mais, residentes da área urbana de Florianópolis. O *EpiFloripa Idoso* é coordenado pela Profa. Dra. Eleonora d'Orsi, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

## 1.7 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE TERMOS

**Sintomas depressivos elevados:** avaliado pela *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), sendo a classificação obtida pela presença de seis ou mais sintomas depressivos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

**1ª onda do *EpiFloripa Idoso* ou linha de base:** inquérito populacional realizado no período de setembro de 2009 a junho de 2010, em idosos residentes na área urbana de Florianópolis. A 1ª onda origina-se do

projeto de pesquisa intitulado “Condições de saúde da população idosa do município de Florianópolis/SC: estudo de base populacional - *EpiFloripa Idoso*”.

**2ª onda *EpiFloripa Idoso* ou seguimento:** levantamento de dados longitudinal oriundo do projeto de pesquisa intitulado “Alterações cognitivas e funcionais, violência e condições gerais de saúde de idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis/SC, *EpiFloripa*”. O desenvolvimento desse projeto iniciou no mês de novembro de 2013 e estava em andamento até a conclusão do presente estudo, sendo utilizados dados parciais coletados até o dia 31 de março de 2014.

**Onda pareada:** avaliação dos mesmos indivíduos em momento diferente.

## 2. MÉTODO

Esta investigação caracteriza-se como longitudinal, observacional e de base populacional, oriunda do estudo *EpiFloripa Idoso* que tem por objetivo investigar os diversos aspectos referentes à saúde dos idosos residentes na área urbana de Florianópolis. Para tanto foram utilizados os dados da primeira onda (*EpiFloripa Idoso 2009/10*) e os dados parciais da segunda onda (*EpiFloripa Idoso 2013/14*).

O detalhamento metodológico do *EpiFloripa Idoso 2009/2010* foi apresentado no projeto de pesquisa desta tese, e conforme informado no momento da qualificação, não seria descrito na íntegra neste relatório da tese. Somente as informações gerais (população, amostra e coleta de dados) e as específicas (referentes às variáveis utilizadas para responder ao primeiro objetivo específico) serão apresentadas neste capítulo. Ressalta-se que a descrição completa do método da primeira onda pode ser consultada na página eletrônica do estudo, link *EpiFloripa Idoso* ([www.epifloripa.ufsc.br](http://www.epifloripa.ufsc.br)) e nos estudos de Corseuil (2010) e Antes (2011).

A descrição na íntegra do método da segunda onda será apresentada posteriormente nesse capítulo.

### 2.1. *EPIFLORIPA IDOSO* – 2009/2010 (PRIMEIRA ONDA)

A população estimada de Florianópolis, em 2009, era de 408.163 habitantes, sendo que 10,8% tinha 60 anos ou mais (IBGE, 2009). Esse município apresentou melhor índice de desenvolvimento humano municipal no ranking das regiões metropolitanas do Brasil (IDH-M 0,86) (PNUD, 2003) e a esperança de vida ao nascer era de 75,8 anos, em 2009. (IBGE, 2010)

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se o tamanho da população igual a 44.460 (IBGE, 2009), prevalência para o desfecho desconhecida (50%), erro amostral igual a quatro pontos percentuais, nível de 95% de confiança e efeito de delineamento igual a dois para o cálculo da amostra geral. Foram acrescidos 20% para perdas previstas e 15% para estudos de associação, resultando em amostra desejável mínima de 1.599 pessoas.

O processo de seleção da amostra foi por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio, 80 dos 420 setores censitários foram sorteados sistematicamente de acordo com a renda média mensal do

chefe da família (oito setores em cada decil de renda). No segundo estágio, as unidades foram os domicílios, sendo agrupados os setores com menos de 150 domicílios, e divididos aqueles com mais de 500 domicílios (respeitando o decil de renda correspondente), originando 83 setores censitários.

Foram identificados 1.911 idosos elegíveis e foram entrevistados 1.705, com taxa de resposta de 89,2%. Para o presente estudo foram excluídas 49 entrevistas respondidas por cuidadores, devido o desfecho (sintoma depressivo) ser obtido por uma escala de autopercepção. Portanto, a amostra utilizada na primeira onda foi composta por 1.656 idosos.

Para a coleta de dados, entrevistadoras devidamente treinadas aplicaram questionário padronizado e pré-testado, utilizando o *Personal Digital Assistants* (PDA) em entrevista face a face. A consistência dos dados foi verificada semanalmente e o controle de qualidade via telefone, foi feito por meio da aplicação de um questionário reduzido em 10% das entrevistas selecionadas aleatoriamente. A maioria das variáveis testadas apresentou concordância boa a excelente no controle de qualidade (valores de kappa variando entre 0,6 a 0,9).

O desfecho foi sintoma depressivo elevado, obtido por meio da aplicação da *Geriatric Depression Scale* (GDS) com 15 questões, sendo utilizado o ponto de corte seis ou mais. (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999)

As variáveis independentes e as respectivas categorias utilizadas estão apresentadas no quadro 1.

Esta pesquisa atendeu preceitos éticos e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (Processo nº 352/2008) (ANEXO I). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi assinado pelos participantes ou responsáveis legais. (ANEXO II)

O projeto de pesquisa foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo número 569834/2008-2).

Na análise estatística utilizou-se a Regressão de Poisson para avaliar as associações entre os sintomas depressivos e as variáveis independentes. Foi utilizado o critério de  $p < 0,20$  para entrada no modelo multivariável e  $p \leq 0,05$  no teste de *Wald* para manutenção da variável no modelo. Na análise ajustada iniciou-se a entrada pelas variáveis sociodemográficas, seguida pelas variáveis de saúde, comportamentais e sociais. As análises multivariáveis consideraram o efeito do desenho amostral incorporando os pesos por meio do comando *svy* do Stata, projetado para a análise de dados provenientes de amostras complexas.

Foi utilizado o pacote estatístico Stata versão 11.0 (Stata Corp. College Station, USA) para realização das análises estatísticas.

**Quadro 1.** Variáveis independentes e as respectivas categorias utilizadas. *EpiFloripa Idoso 2009/2010.*

Variáveis	Categorias
Grupo etário	60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais
Sexo	masculino; feminino
Situação conjugal	casado/com companheiro; solteiro; divorciado/separado; viúvo
Cor da pele/raça autorreferida	branca; parda; negra ou preta; amarela; indígena
Escolaridade	analfabeto; um a quatro anos; cinco a oito anos; nove a 11 anos; 12 anos ou mais
Situação econômica atual comparada àquela que tinha aos 50 anos	igual; pior
Renda familiar	1º quartil: $\leq$ R\$327,50; 2º quartil: $>$ R\$327,50 e $\leq$ R\$700,00; 3º quartil: $>$ R\$700,00 e $\leq$ R\$1.500,00; 4º quartil: $>$ R\$1.500,00
Estado cognitivo avaliado pelo Miniexame do Estado Mental	ausência de déficit cognitivo; provável déficit cognitivo (BRUCKI et al., 2003)
Uso de álcool, avaliado pelo <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i> - AUDIT	não usa; uso moderado (mensalmente ou menos; duas a quatro vezes/mês); uso excessivo (duas a três vezes/semana; quatro ou mais/semana) (BABOR et al., 2001)
Tabagismo	nunca fumou; fumou e parou; fuma atualmente
Nível de atividade física avaliado pelo <i>International Physical Activity Questionnaire</i> (IPAQ)	fisicamente ativo ( $\geq$ 150 minutos de AF moderada/vigorosa (AFMV) por semana; insuficientemente ativo ( $<$ 150 min de AFMV/semana) (NELSON et al., 2007)

Continua...

Continuação. Quadro 1.

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>
Estado nutricional avaliado pelo Índice de Massa Corporal - IMC	baixo peso; eutrófico; sobrepeso (IMC < 22 kg/m <sup>2</sup> e IMC > 27 kg/m <sup>2</sup> ) ( <i>American Academy of Family Physicians, 2002; BRASIL, 2008</i> )
Participação em grupo de convivência ou religioso	sim; não
Frequência de relacionamento mensal com amigos e com parentes	sim [mais de uma vez por mês]; não [uma vez por mês ou menos]
Capacidade de troca de mensagens pela internet	sim; não
Relação sexual	sim; não
Dependência funcional avaliada pela Escala de Atividades Básicas Vida Diária (ABVD's) ou Atividades Instrumentais Vida Diária (AIVD's)	incapacidade/dificuldade para realizar até três atividades; incapacidade/dificuldade para realizar 4-15 atividades (FILLENBAUM, 1984; ROSA et al., 2003)
Autopercepção da saúde	muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim
Dor crônica autorreferida na maioria dos dias	sim; não
Doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas (doença de coluna ou costas, câncer, fibromialgia, bronquite ou asma, artrite/reumatismo, diabetes, hipertensão, doença cardiovascular diferente de hipertensão, acidente vascular ou isquemia cerebral)	sim; não

## 2.2. EPIFLORIPA IDOSO – 2013/2014 (SEGUNDA ONDA)

### 2.2.1 Amostra

A amostra do estudo foi constituída por todos os idosos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana do município de

Florianópolis, Santa Catarina, que participaram da linha de base do *EpiFloripa Idoso* ( $n=1.705$ ).

Para o seguimento, o número de idosos elegíveis foi considerado a partir da identificação dos óbitos. Por meio de algumas informações pessoais dos idosos (nome, nome da mãe e data de nascimento) foi realizada conferência com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Foram utilizados os bancos de óbitos por local de residência (Santa Catarina), referente aos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012. Neste levantamento e conferência foram identificados 91 óbitos (Figura 1).

Tentativa de atualização dos endereços foi realizada, porém essa não foi um critério de exclusão, pois os entrevistadores deveriam visitar o endereço fornecido na linha de base e realizar novamente o convite para participar da pesquisa.

Assim, foram enviadas cartas (APÊNDICE A) para os 1.400 idosos que tinham endereço completo, visando informá-los que o *EpiFloripa Idoso* iria acontecer novamente. Destas, 109 cartas retornaram por endereços inexistentes ou mudança de endereço. Do total de cartas enviadas, obteve-se retorno de 30 idosos, por meio de ligação telefônica ou *e-mail*, os quais confirmaram e/ou atualizaram os seus dados de contato. Posteriormente, visando ratificar o convite realizado por carta, bem como garantir maior percentual para o seguimento foi realizado contato telefônico, conforme padronização previamente definida pelos supervisores e coordenadora geral da pesquisa (APÊNDICE B). Além disso, tentou-se atualização destes dados via Sistema InfoSaúde; Sistema Nacional de Regulação (SISREG); redes sociais; lista telefônica; vizinhos, parentes e amigos.

Foram atualizados e confirmados os endereços e dados telefônicos de 1.145 idosos, sendo identificados mais 50 óbitos. Para 419 idosos não foi possível prévia confirmação (206 sem atualização de endereço e telefone; e 213 não atenderam, solicitaram retorno da ligação em outro momento ou não tinham disponibilidade para atender a ligação da equipe).

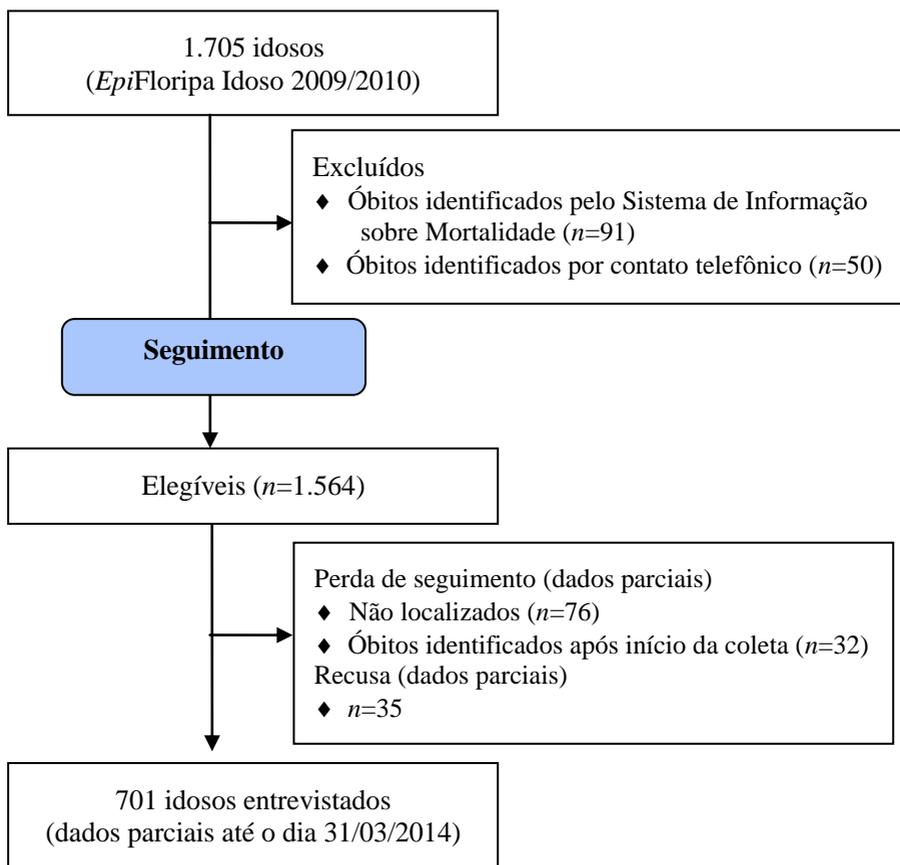
Assim, com a exclusão dos óbitos identificados ( $n=141$ ), 1.564 idosos foram considerados elegíveis para a realização do *EpiFloripa Idoso* 2013/2014, conforme figura 1.

A coleta de dados da segunda onda utilizada foi parcial, uma vez que o cronograma sofreu alteração devido à programação do questionário no *netbook*, e conseqüente atraso para o treinamento dos entrevistadores e projeto piloto. Foi necessário estipular uma data final

para a coleta da amostra do presente estudo, devido à data limite para defesa de tese e término do curso de doutorado.

Até 31 de março de 2014 foram entrevistados 701 idosos e identificados 76 perdas, 35 recusas e 32 óbitos (Figura 1)<sup>b</sup>. Esses representam 54% da amostra da segunda onda do *EpiFloripa Idoso* ( $n=1.564$ ).

**Figura 1.** Distribuição do número de idosos para a segunda onda. *EpiFloripa Idoso* 2013/2014.



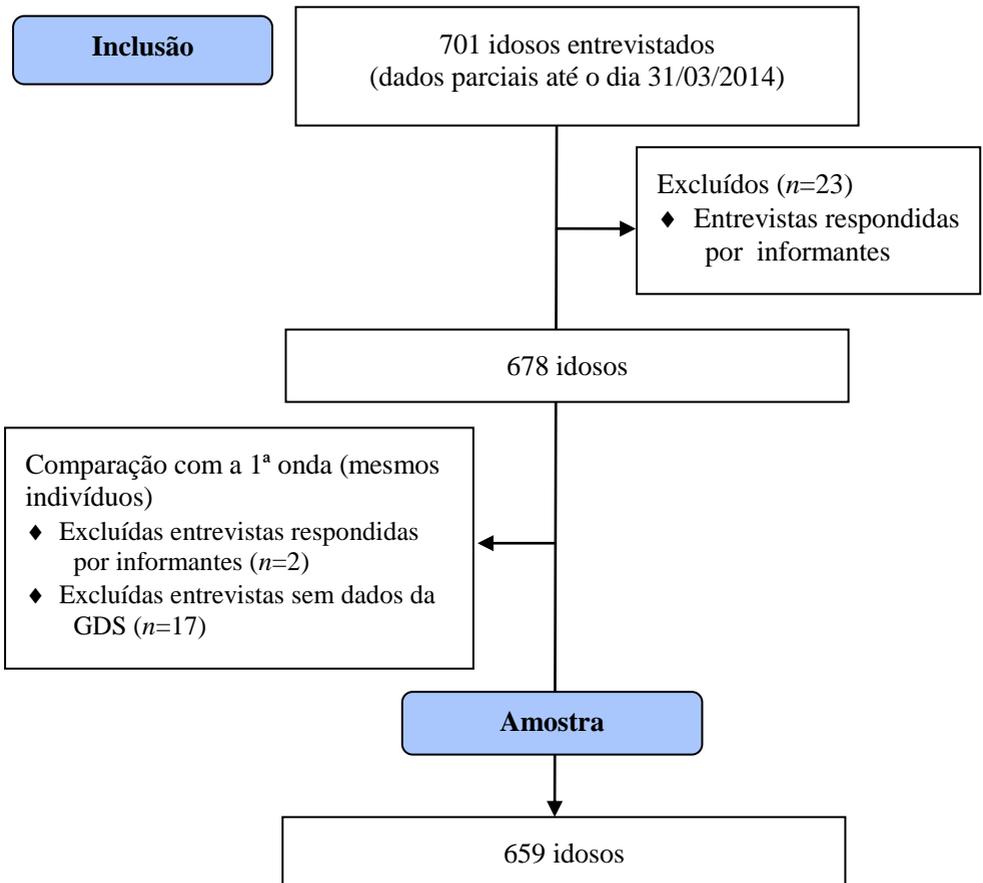
<sup>b</sup> Estudo sobre a mortalidade dos idosos participantes do *EpiFloripa Idoso* será desenvolvido. Contudo, considerando o desfecho da presente investigação em amostra parcial, destaca-se que dentre os óbitos identificados ( $n=173$ ), 42,4% ( $n=59$ ) apresentaram sintomas depressivos elevados na 1ª onda.

Para a presente investigação os critérios de exclusão adotados foram: entrevistas respondidas por informantes (devido à característica do desfecho ser obtido por uma escala de autopercepção) e entrevistas que não tinham respostas da GDS.

Assim, na amostra parcial da segunda onda foram excluídas 23 entrevistas respondidas por informantes. Para fins de comparação entre as ondas do *EpiFloripa* Idoso foram excluídas mais duas entrevistas respondidas por informante e 17 entrevistas sem dados da GDS na primeira onda (2009/2010). (Figura 2)

Portanto, a amostra desse estudo foi composta por 659 idosos, com idade entre 62 a 98 anos.

**Figura 2.** Distribuição da amostra utilizada a partir da amostra parcial entrevistada na segunda onda. *EpiFloripa* Idoso 2013/2014.



### 2.2.2 Instrumento de pesquisa

Para o questionário de 2013/2014 manteve-se a mesma organização por blocos utilizada em 2009/2010. Algumas variáveis foram retiradas, porém a maioria das questões permaneceu, tais como: avaliação cognitiva e funcional; variáveis socioeconômicas e demográficas; condições de saúde; hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física, dieta); aferição de peso, estatura, circunferência abdominal, pressão arterial; uso de medicamentos; morbidades autorreferidas; uso de serviços de saúde; ocorrência de quedas; sintomas depressivos; violência; autoavaliação de saúde; saúde bucal e percepção do ambiente urbano. Além destas, outras questões foram incluídas como qualidade de vida, memória, uso da internet, discriminação.

O questionário foi elaborado em conjunto pela coordenadora geral do *EpiFloripa* Idoso, por professores e estudantes de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Educação Física, Ciências Médicas e Nutrição da UFSC, que estavam vinculados ao projeto de pesquisa.

A etapa de elaboração e reestruturação do questionário foi realizada durante reuniões semanais ocorridas entre os meses de abril e novembro de 2013. O questionário contendo 576 questões<sup>c</sup> (APÊNDICE C) foi estruturado em 15 blocos, conforme descrição a seguir:

- ✓ Identificação (dados cadastrais);
- ✓ Geral: dados demográficos e socioeconômicos;
- ✓ Saúde mental;
- ✓ Saúde e hábitos de vida;
- ✓ Funcionalidade global;
- ✓ Quedas;
- ✓ Atividade física;
- ✓ Morbidades;
- ✓ Exame físico;
- ✓ Serviços de saúde;
- ✓ Medicamentos;
- ✓ Alimentação;

---

<sup>c</sup> Após a realização do projeto piloto, 79 questões foram excluídas. Porém, para evitar numerar novamente as questões relacionadas à resposta prévia “sim” e os respectivos “pulos”, optou-se por excluir as questões e manter a numeração inicial do questionário. A versão completa do instrumento está disponível no site do *EpiFloripa*. ([http://www.epifloripa.ufsc.br/category/inqueritos/epi\\_idoso/epifloripa-idoso-2013/questionario\\_id13](http://www.epifloripa.ufsc.br/category/inqueritos/epi_idoso/epifloripa-idoso-2013/questionario_id13)).

- ✓ Saúde bucal;
- ✓ Discriminação;
- ✓ Violência.

No quadro 2 estão apresentados os blocos e os respectivos números das questões utilizadas para o desenvolvimento desta tese.

**Quadro 2.** Blocos e número das questões utilizadas. *EpiFloripa* Idoso 2013/2014.

<b>Bloco</b>	<b>Questões</b>
Geral	1, 2, 4, 8, 13 a 28, 655
Saúde Mental	60 a 117
Saúde e Hábitos de Vida	118, 122, 128
Funcionalidade global	131, 137, 151, 173 a 187
Quedas	229
Atividade Física	265 a 279, 300, 301, 318
Morbidades	321 a 324, 326, 330, 332, 334, 335
Exame físico	341, 342, 343
Serviços de saúde	----
Medicamentos	357 a 360
Alimentação	----
Saúde Bucal	----
Discriminação	----
Violência	----

As variáveis foram classificadas e categorizadas, conforme descrição a seguir.

### **Variável desfecho**

Sintomas depressivos elevados: obtidos pela *Geriatric Depression Scale* (GDS) (APÊNDICE C; questões 94 a 108).

A GDS ou Escala de Depressão Geriátrica é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar sintomas depressivos em idosos, sendo uma escala simples e de fácil aplicação, bem aceita na prática clínica e na pesquisa (ALVARENGA et al., 2012). Criada por *Yesavage* e col., a GDS com 30 questões passou a ser considerada uma escala com propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para

rastreamento de depressão no idoso. As versões reduzidas da GDS com uma, quatro, 10, 15 e 20 questões vêm sendo utilizadas de forma cada vez mais frequente.

Alguns estudos foram realizados no Brasil, empregando-se a tradução para o português em duas versões (30 e 15 itens) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA et al., 2005; SOUSA et al., 2007). A escala utilizada no *EpiFloripa Idoso*, baseada na versão do Epidoso (RAMOS, 2003), foi a GDS-15, que se mostra adequada para a população idosa brasileira. (PARADELA et al. 2005; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999)

O ponto de corte utilizado seis ou mais, conforme sugestão dos estudos que envolveram a tradução e validação da escala para o Brasil (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA et al., 2005). Além da prevalência obtida por essa classificação, também foi avaliada a incidência (novos casos), a remissão (ausência dos sintomas depressivos elevados) e a recorrência (repetição dos sintomas depressivos elevados).

### **Variável de exposição**

**Bloco - Atividade física:** nível de atividade física de lazer avaliado por meio da versão longa do IPAQ (APÊNDICE C). Foram utilizadas as recomendações internacionais para a prática de atividade física (NELSON et al., 2007), adotando-se a classificação ativo ( $\geq 150$  minutos/semana de AFMV), insuficientemente ativo ( $\geq 10$  a 149 minutos/semana de AFMV) e inativo ( $<10$  minutos/semana de AFMV). Além disso, foi utilizada a variável contínua (minutos/semana) para verificar a média e a variação destes níveis entre as duas ondas do *EpiFloripa Idoso*.

### **Variáveis de controle**

**Bloco Geral - Demográficas e socioeconômicas:** grupo etário (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais); sexo; situação conjugal (casado/com companheiro; solteiro; divorciado/separado; viúvo); escolaridade (analfabeto; um a quatro anos; cinco a oito anos; nove a 11 anos; 12 anos ou mais); situação econômica atual comparada com a que tinha aos 50 anos (igual; pior); renda familiar (1º quartil:  $\leq R\$675,00$ ; 2º quartil:  $> R\$675,00$  e  $\leq R\$ 1.200$ ; 3º quartil:  $>R\$1.200,00$  e  $\leq R\$ 2.800$ ; 4º quartil:  $> R\$2.800$ )

**Bloco - Saúde mental:** estado cognitivo e percepção dos sintomas depressivos. O estado cognitivo foi avaliado por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM), versão utilizada no Epidoso (RAMOS, 2003),

levando em consideração para classificação o nível de escolaridade (BRUCKI et al, 2003). Os escores medianos por escolaridade propostos por Brucki e col. (2003) são: 20 para analfabetos; 25 para um a quatro anos de estudo; 26,5 para cinco a oito anos; 28 para nove a 11 anos; 29 para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos. A partir desses escores, os idosos foram classificados dicotomicamente em “ausência de déficit cognitivo” e “provável déficit cognitivo”.

As questões sobre a percepção dos sintomas depressivos (APÊNDICE C; questões 109 a 117) foram elaboradas considerando os objetivos do projeto de pesquisa de tese, e previamente testadas no projeto piloto, mostrando-se adequadas ao público idoso.

Bloco - Saúde e hábitos de vida: uso de álcool segundo o AUDIT (não usa; uso moderado (mensalmente ou menos; duas a quatro vezes/mês); uso excessivo (duas a três vezes/semana; quatro vezes ou mais/semana) (BABOR et al., 2001); tabagismo (nunca fumou; fumou e parou; fuma atualmente); autopercepção da saúde (muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim).

Bloco - Funcionalidade global: participação em grupo de convivência ou religioso no último ano (sim ou não); relação sexual (sim; não); envio e recebimento de e-mail (troca de mensagens pela internet) (sim; não); dependência funcional avaliada por meio da escala de atividades básicas e instrumentais da vida diária (incapacidade/dificuldade em nenhuma das atividades; incapacidade/dificuldade para realizar uma a três atividades; incapacidade/dificuldade para realizar quatro ou mais atividades). (FILLENBAUM, 1984; ROSA et al., 2003)

Bloco - Quedas: quedas no último ano (sim; não).

Bloco - Atividade física: tipo de atividade física de lazer; local utilizado para a prática de atividade física de lazer; motivo de adesão e desistência à um programa de atividade física; participação em programa sobre estilo de vida saudável (sim; não); existência e utilização de Academias da Terceira Idade (sim; não); existência de programas de atividade física nos Centros de Saúde ou Comunitários próximo à residência (sim; não).

Bloco - Morbidades: doenças crônicas não transmissíveis referidas pelos idosos como doença de coluna ou costas, depressão, câncer, artrite/reumatismo, diabetes, hipertensão, doença cardiovascular

diferente de hipertensão, acidente vascular ou isquemia cerebral (sim; não). Dor crônica autorreferida na maioria dos dias (sim; não).

Bloco – Exame Físico: estado nutricional avaliado pelo Índice de Massa Corporal ( $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$  e  $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ ) (*American Academy of Family Physicians*, 2002; BRASIL, 2008), sendo a estatura mensurada por estadiômetro portátil e a massa corporal por balança digital com resolução de 100 gramas, pelo entrevistador previamente treinados. Não foi realizada estimativa de peso e estatura para os idosos acamados ( $n=1$ ).

Bloco - Medicamentos: uso de medicamento (sim; não); uso de antidepressivos (sim; não). A coleta sobre medicamentos foi realizada pela descrição dos medicamentos utilizados, sendo para tanto registrado o nome comercial, conforme embalagem ou receita médica, gerando um banco com 3.338 nomes. Para organização e classificação dos mesmos, além da utilização da questão 360 do instrumento de pesquisa, verificou-se a respectiva substância ativa e a classe de cada medicamento pelo site do Centro de Colaboração para Metodologias Estatísticas de Drogas da Organização Mundial da Saúde ([http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/)). Os casos que geraram dúvida foram analisados com o auxílio de uma farmacêutica, discente do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

## 2.2.3 Logística do trabalho de campo

### 2.2.3.1 Equipe de trabalho

A equipe de trabalho da pesquisa foi composta pela coordenadora geral, Profª Dra. Eleonora d'Orsi, do Centro de Ciências da Saúde da UFSC; pela supervisora geral da pesquisa, bolsista de pós-doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC; por 12 supervisores (mestrandos e doutorandos em Saúde Coletiva, Ciências Médicas, Educação Física e Nutrição da UFSC); uma bolsista do curso de graduação em Nutrição da UFSC; um bolsista do curso de graduação em Ciência da Computação da UFSC e 14 entrevistadores bolsistas. Além destes profissionais, pesquisadores com experiência em inquéritos populacionais e epidemiológicos compuseram a equipe: professores dos Departamentos de Saúde Coletiva, Educação Física e

Nutrição da UFSC, da Universidade do Sul de Santa Catarina, da Universidade de São Paulo e da *University College London*.

### 2.2.3.2 Seleção e treinamento dos entrevistadores

A seleção e treinamento da equipe de entrevistadores foram realizados pelos coordenadores e supervisores do estudo. Foi elaborado um manual de instruções que serviu como guia para os entrevistadores durante o preenchimento ou codificação do questionário, bem como visou padronizar e facilitar o entendimento dos mesmos. O manual também apresenta orientações sobre a postura e forma de abordagem do entrevistador e pode ser consultado no site do *EpiFloripa*<sup>d</sup>.

Para compor a equipe de campo foram selecionados 14 entrevistadores, com no mínimo, ensino médio completo. Todos os entrevistadores participaram de um treinamento padronizado, que teve por objetivo desenvolver as técnicas de entrevistas constando das seguintes etapas:

#### Etapa 1: parte expositiva

Teve como objetivo preparar o entrevistador para uma melhor abordagem e postura perante os entrevistados, bem como apresentar de forma geral o projeto; discutir o trabalho dos entrevistadores (carga horária exigida e a remuneração); apresentar e explicar o instrumento e o manual de campo, com o intuito de discutir detalhadamente a interpretação e a compreensão das questões de cada bloco do questionário. A parte expositiva foi realizada em agosto de 2013, totalizando 15 horas. Por fim, nesta etapa os entrevistadores foram avaliados, por meio de uma prova teórica, composta por questões objetivas que contemplavam todo o conteúdo abordado no treinamento e que exigia uma nota mínima de sete pontos.

#### Etapa 2: parte prática

A avaliação da acurácia para as medidas de estatura, peso corporal e circunferência da cintura foi realizada em setembro de 2013. Cada entrevistador avaliou 10 idosos e as medidas foram comparadas para o cálculo do erro técnico de medida intra e interavaliadores.

---

<sup>d</sup> Disponível em: [www.epifloripa.ufsc.br](http://www.epifloripa.ufsc.br)  
([http://www.epifloripa.ufsc.br/category/inqueritos/epi\\_idoso/epifloripa-idoso-2013/manual\\_id13](http://www.epifloripa.ufsc.br/category/inqueritos/epi_idoso/epifloripa-idoso-2013/manual_id13))

No mês de outubro de 2013, cada entrevistador realizou uma entrevista em domicílio de idoso não participante do *EpiFloripa*, acompanhado por um supervisor da pesquisa. Os idosos não foram informados de que havia essa supervisão da entrevista; o supervisor se apresentou ao idoso como integrante da equipe, agiu de maneira discreta e não interferiu na entrevista. Um dos entrevistadores apresentou pouco domínio na primeira entrevista supervisionada. Este teve outra oportunidade, realizou nova entrevista e foi considerado apto. Portanto, foram realizadas 15 entrevistas supervisionadas.

Além de oportunizar experiência ao entrevistador, objetivou-se avaliar a conduta do mesmo na tentativa de padronizar a coleta de dados, bem como minimizar possíveis erros e ações que pudessem prejudicar a qualidade das informações coletadas.

Desta forma, a seleção dos entrevistadores consistiu na avaliação geral durante todo o processo de treinamento, além do desempenho na prova teórica, na acurácia da avaliação das medidas, na entrevista supervisionada e disponibilidade de horários para realizar as entrevistas.

A partir da seleção dos entrevistadores, foram realizados treinamentos com o *netbook* e *software* do questionário. Nesse processo foram repassadas instruções sobre os cuidados no preenchimento do questionário; armazenamento dos dados; como salvar e exportar os dados; além de simular situações para que as dúvidas e possíveis eventualidades pudessem ser sanadas.

### 2.2.3.3 Piloto

O estudo piloto foi realizado no mês de outubro de 2013. Cada entrevistador realizou quatro entrevistas com idosos não participantes do *EpiFloripa* ( $n=56$ ). As entrevistas supervisionadas ( $n=15$ ) também foram consideradas para o estudo piloto.

Assim, o estudo piloto envolveu 71 idosos (47 mulheres), com média de idade de 71,1 anos ( $\pm 6,7$ ). Esta etapa permitiu uma avaliação geral do questionário, assim como dos aspectos operacionais do estudo auxiliando no planejamento do trabalho de campo.

Baseando-se nos resultados obtidos nesta etapa, foram realizadas adaptações no formato original do questionário, com o intuito de facilitar a compreensão e reduzir o tempo de entrevista. Das 655 questões foram excluídas 79.

### 2.2.3.4 Coleta de dados

A divulgação da realização da pesquisa aconteceu por meio de cartazes expostos em diferentes regiões do município, em especial, nos locais de maior acesso da população idosa (igrejas e salões paroquiais; centros comunitários; Centros de Saúde), além da divulgação via site do *EpiFloripa* e o envio de cartas.

As entrevistas da segunda onda foram realizadas por meio de computadores portáteis de dimensões reduzidas (*netbook*), permitindo que as informações fossem exportadas diretamente para a construção do banco de dados, dispensando a etapa de digitação, e com isso reduzindo os possíveis erros que acontecem durante esta etapa.

A coleta de dados iniciou em novembro de 2013 e está em andamento. Os procedimentos adotados foram realizados em duas etapas: primeiramente os entrevistadores deveriam agendar o horário para realizar a entrevista com o idoso. Para proceder à coleta de dados, foi entregue a cada entrevistador a relação com número de identificação, nome, endereço, telefones e e-mail dos idosos a serem entrevistados. Foi solicitado que os entrevistadores realizassem, em média, 10 entrevistas por semana.

Em caso de dúvidas, por parte do entrevistador, durante a coleta dos dados, esse tinha a possibilidade de recorrer ao manual de instruções ou ao seu supervisor. Imediatamente após o encerramento da entrevista, os entrevistadores foram instruídos a revisar o processo de salvamento no *netbook*, na pasta compartilhada *dropbox* e no dispositivo *pen drive*.

### 2.2.3.5 Perdas e recusas

Os idosos que se encontravam impossibilitados de responder por motivo de viagem ou internação hospitalar foram contatados em outros momentos e convidados a responder a entrevista. Até o momento, não foi entrevistado nenhum idoso que mudou para a região da Grande Florianópolis, porque primeiramente estão sendo entrevistados os que ainda residem no município. Contudo, estes que mudaram para esta região serão convidados a participar da pesquisa.

O mesmo é verificado em relação aos idosos que se institucionalizaram. Até o momento não foi entrevistado nenhum idoso institucionalizado, mas estes também serão convidados a participar da

pesquisa e, caso aceitem serão entrevistados na Instituição de Longa Permanência, conforme prévia autorização dos responsáveis.

Para os idosos que mudaram para cidades distantes de Florianópolis, a estratégia a ser adotada consta da possibilidade de realizar a entrevista no momento que estiverem a passeio em Florianópolis.

Considerou-se como recusa os idosos que expressaram não ter interesse em participar da pesquisa. Foram consideradas perdas os idosos não localizados ou aqueles sem endereço ou contato telefônico.

#### 2.2.3.6 Suporte técnico

Reuniões semanais foram realizadas entre a coordenadora da pesquisa e os supervisores para atualização das informações, resolução de problemas enfrentados no campo, revisão das entrevistas e relato do andamento da coleta, objetivando a resolução de dificuldades encontradas no trabalho de campo com a maior brevidade possível.

Durante a realização do trabalho de campo, os supervisores, com a orientação da coordenadora do projeto, acompanharam diretamente o trabalho dos entrevistadores por meio de contato periódico. Cada supervisor tinha, no máximo, dois entrevistadores sob sua responsabilidade. As atribuições dos supervisores para com os seus entrevistadores incluíam: reunião semanal para discussão de dúvidas, recebimento das entrevistas e análise da consistência dos dados; revisão das fichas de perdas, das recusas e dos diários de campo; fornecimento de material; discussão e resolução das dúvidas e dificuldades; registro do recebimento de questionários e da saída de material; solicitação de correções de inconsistências nas entrevistas e acompanhamento dos entrevistadores em setores e domicílios com dificuldade de acesso.

Para auxiliar esta etapa foi organizada uma escala semanal de plantões, composta pelos mestrandos e doutorandos, a qual esteve à disposição da equipe de entrevistadores para resolução de qualquer problema que surgisse durante o trabalho de campo.

#### 2.2.3.7 Análise da consistência dos dados

Semanalmente, após a entrega das entrevistas, houve a verificação de consistência dos dados, realizando a frequência simples e comparando à esperada. Assim, respostas incongruentes eram

identificadas, anotavam-se as modificações que deveriam ser realizadas e estas informações eram repassadas ao entrevistador responsável. Após as devidas correções, o supervisor alterava as variáveis no banco de dados de seus respectivos entrevistadores e encaminhava as correções ao responsável pelo banco final. Verificada e corrigida as inconsistências, obteve-se em definitivo as variáveis para o banco de dados do estudo.

#### 2.2.3.8 Controle de qualidade

Para efeito de controle de qualidade, foram sorteadas aleatoriamente algumas perguntas para a aplicação, via telefone, de um questionário resumido em 10% das entrevistas realizadas (APÊNDICE D). Este controle semanal foi realizado pelo supervisor responsável por cada entrevistador e buscou-se verificar possíveis erros, respostas falsas, concordância das respostas e a adequada aplicação da entrevista, bem como a postura do entrevistador em relação aos idosos. O principal objetivo do controle de qualidade não foi validar as questões, mas garantir que as entrevistas estivessem sendo aplicadas na íntegra e adequadamente assegurando a confiabilidade do trabalho.

Como a coleta de dados está em andamento, o cálculo de reprodutibilidade das questões será realizado após a finalização da coleta.

#### 2.2.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa da segunda onda atendeu preceitos éticos, conforme a Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo foi submetido e aprovado pelo CEPESH da UFSC, segundo parecer nº 329.650 emitido em 09/07/2013. (ANEXO III)

Após explicação geral dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos a serem realizados e dúvidas esclarecidas, os entrevistados ou responsáveis legais foram convidados a assinar o TCLE (ANEXO IV), ficando uma cópia de posse do entrevistado e outra com o entrevistador. A via assinada de posse do entrevistador foi arquivada na sede do estudo. Foi garantida a confidencialidade das informações, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. A situação de assentimento/anuência aos idosos em situação de vulnerabilidade também foram asseguradas no TCLE, sendo requerida a autorização do

representante legal. No TCLE foi solicitado ainda consentimento pós-informado para o acesso aos dados previamente coletados no *EpiFloripa Idoso 2009/2010*, conforme exigência do CEPESH/UFSC.

Destaca-se que, no início da entrevista, os idosos foram informados sobre a outra fase do *EpiFloripa Idoso 2013/2014*, que consiste na realização de exames de sangue; da composição corporal pela absorptometria radiológica de dupla energia – DEXA; de imagem por meio de ultrassom de carótidas e medida objetiva do nível de atividade física pela acelerometria. Somente os interessados em realizar estes exames deveriam preencher um formulário com dados pessoais para posterior contato. Essa fase também está em andamento e não fez parte do estudo da presente tese.

Ressalta-se ainda que, o projeto de pesquisa específico sobre sintomas depressivos e atividade física em idosos participantes do *EpiFloripa 2009/10*, aprovado em exame de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFSC, foi submetido ao CEPESH/UFSC, previamente à confirmação de realização da segunda onda do *EpiFloripa Idoso*. Portanto, as questões específicas sobre sintomas depressivos e atividade física também estão contempladas neste projeto aprovado pelo CEPESH/UFSC, sob parecer nº 313.958, emitido em 24/06/2013. (ANEXO V)

### **2.2.5 Financiamento, Colaboração/Parceria**

Toda a infraestrutura, equipamentos, instrumentos e calibração necessários à realização das entrevistas domiciliares foram disponibilizados pela instituição proponente, a UFSC. As entrevistas foram realizadas por bolsistas. Os *netbooks* foram cedidos pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, do Rio de Janeiro.

Financiamento no valor de R\$ 59.926,60 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq processo nº 475.904/2013-3), para a realização dos exames de sangue, da composição corporal, de imagem por meio do ultrassom de carótidas e nível de atividade física (acelerometria) nos participantes da segunda onda do *EpiFloripa Idoso*.

### 2.2.6 Análise dos dados

O banco de dados do *EpiFloripa Idoso 2013/2014* foi descarregado no formato *csv (Comma-separated values)* e, posteriormente, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences – SPSS*, versão 20.0.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva (média, mediana, desvio padrão, proporção, frequência percentual) e pela estatística inferencial (Teste de McNemar e Regressão Linear Múltipla).

Para o cálculo da variação percentual dos sintomas depressivos entre as duas ondas foram utilizadas as fórmulas propostas por Twisk (2003, p.168).

$$Y_{it2} > Y_{it1} : \quad \Delta Y = \frac{(Y_{it2} - Y_{it1})}{(Y_{\max} - Y_{it1})} \times 100\%$$

$$Y_{it2} < Y_{it1} : \quad \Delta Y = \frac{(Y_{it2} - Y_{it1})}{(Y_{it1} - Y_{\min})} \times 100\%$$

$$Y_{it2} = Y_{it1} : \quad \Delta Y = 0$$

Onde:

$Y_{it2}$ = escore da GDS na segunda onda;

$Y_{it1}$ = escore da GDS na primeira onda;

$Y_{\max}$ = escore máximo da GDS =15;

$Y_{\min}$ = escore mínimo da GDS =0.

Foi considerada a variação do nível de atividade física de lazer entre as duas ondas, sendo classificada em quatro categorias: a) idosos que continuaram inativos; b) aqueles que eram inativos e se tornaram ativos; c) os que eram ativos e se tornaram inativos; d) idosos que continuaram ativos.

Para a utilização da Regressão Linear Simples e Múltipla foi analisada a distribuição gráfica dos resíduos, assumindo a distribuição normal. Adotou-se o critério de valor de  $p < 0,20$  para entrada no modelo multivariável, exceto para o sexo, cuja decisão de permanência pautou-se no modelo teórico. No modelo ajustado permaneceram as variáveis com valor de  $p \leq 0,05$  no teste de *Wald* para heterogeneidade ou tendência linear.

O nível de significância de 5% foi adotado para todas as análises. O pacote estatístico Stata versão 11.0 (Stata Corp. *College Station, USA*) foi utilizado para a comparação das proporções, cálculo do intervalo de confiança e regressão linear múltipla; e o SPSS versão 20.0 para as demais análises.

### 3. RESULTADOS

Este capítulo foi organizado seguindo a ordem dos objetivos específicos. Para tanto, foram apresentados os resultados da linha de base<sup>e</sup> ( $n=1.656$ ), aqueles relacionados à segunda onda ( $n=659$ ) e posteriormente, a respectiva comparação com a primeira onda pareada (mesmos indivíduos) ( $n=659$ ).

#### 3.1 SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS: *EPIFLORIPA* IDOSO (2009/2010)

A amostra ( $n=1.656$ ) foi composta principalmente por mulheres (63,9%); 51,1% tinham entre 60 a 69 anos; 58,8% eram casados; 34,5% tinham até quatro anos de estudo e a média da renda familiar foi de R\$ 1.347,97 (aproximadamente, três salários mínimos<sup>f</sup>).

As mulheres, os idosos mais velhos (80 anos ou mais) e os analfabetos ou com baixa escolaridade apresentaram maior presença de sintomas depressivos na análise univariada. Com exceção da cor da pele, as demais variáveis sociodemográficas mostraram-se associadas aos sintomas depressivos na análise bruta. (Tabela 1)

Na tabela 2 observa-se que a presença de sintomas depressivos foi maior em indivíduos com déficit cognitivo, com maior dependência funcional, que sofreram queda no último ano, que sentiam dor na maioria dos dias e que tinham percepção ruim da saúde. Na análise bruta, as variáveis relacionadas à saúde foram associadas aos sintomas depressivos, exceto fibromialgia e câncer. (Tabela 2)

A análise dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis comportamentais e sociais está apresentada na tabela 3. A menor prevalência de sintomas depressivos foi observada em idosos que relataram ter relação sexual, que trocavam mensagens pela internet, que referiram consumo alto ou moderado de álcool, que participavam de grupos de convivência ou religiosos, que eram ativos no lazer e que não tinham relacionamento mensal com amigos. Na análise bruta, somente o tabagismo e o índice de massa corporal não foram associados aos sintomas depressivos. (Tabela 3)

---

<sup>e</sup> Estes resultados foram previamente apresentados no artigo publicado na Revista de Saúde Pública, v.47, n.4, p.701-710, 2013 (ANEXO VI).

<sup>f</sup> Valor salário mínimo em 2009 = R\$ 465,00 e R\$ 510,00 em 2010.

A tabela 4 apresenta a análise ajustada dos sintomas depressivos segundo as variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sociais. No modelo final da análise multivariável a maior prevalência de sintomas depressivos foi associada à baixa escolaridade, à pior situação econômica quando comparada a que tinha aos 50 anos, à presença de déficit cognitivo, à percepção negativa da saúde, à maior dependência funcional e sentir dor na maioria dos dias. Ser ativo no lazer, participar de grupos de convivência ou religiosos e ter relação sexual foi associado à menor prevalência de sintomas depressivos. A idade foi associada inversamente aos sintomas depressivos. (Tabela 4)

**Tabela 1.** Análise univariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis sociodemográficas. *EpiFloripa* Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010.

Variáveis	Sintomas Depressivos		Análise Bruta	
	Total	Suspeita à depressão	RP (IC95%)	Valor de p
	n (%)	n (%) <sup>*</sup>		
<b>Sexo</b>	n=1656	n=1613		0,016
Homens	598 (36,1)	116 (19,8)	Ref.	
Mulheres	1058 (63,9)	270 (26,3)	1,27 (1,05; 1,54)	
<b>Grupo etário (anos)</b>	n=1656	n=1613		0,004
60 a 69	846 (51,1)	176 (21,3)	Ref.	
70 a 79	596 (36,0)	138 (23,7)	1,09 (0,84; 1,42)	
80 ou mais	214 (12,9)	72 (35,3)	1,85 (1,35; 2,53)	
<b>Estado civil</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Casado	974 (58,8)	201 (21,2)	Ref.	
Solteiro	95 (5,7)	23 (25,0)	1,64 (1,07; 2,50)	
Divorciado	130 (7,9)	36 (28,4)	1,44 (1,03; 2,03)	
Viúvo	457 (27,6)	126 (28,4)	1,48 (1,19; 1,85)	
<b>Cor da pele/ raça autorreferida</b>	n=1653	n=1613		0,188
Branca	1410 (85,3)	311 (22,6)	Ref.	
Parda	131 (7,9)	41 (32,3)	1,44 (1,06; 1,97)	
Preta	84 (5,1)	23 (27,7)	1,27 (0,83; 1,95)	
Amarela	12 (0,7)	4 (33,3)	1,37 (0,45; 4,18)	
Indígena	16 (1,0)	6 (40,0)	1,65 (0,75; 3,63)	
<b>Escolaridade (anos)</b>	n=1656	n=1607		<0,001
12 ou mais	386 (23,4)	41 (10,9)	Ref.	
9 a 11	231 (14,0)	34 (15,0)	1,37 (0,89; 2,10)	
5 a 8	315 (19,1)	75 (24,1)	2,13 (1,51; 3,01)	
1 a 4	568 (34,5)	173 (31,4)	2,85 (2,05; 3,95)	
0	148 (9,0)	61 (42,7)	3,94 (2,72; 5,70)	
<b>Renda familiar em quartis</b>	n=1656	n=1613		<0,001
4º quartil (> R\$1,500;00)	410 (24,8)	63 (15,7)	Ref.	
3º quartil (> R\$700;00 e ≤ R\$1,500;00)	414 (25,0)	76 (18,8)	0,97 (0,65; 1,46)	
2º quartil (> R\$327;50 e ≤ R\$700;00)	418 (25,2)	134 (32,6)	2,10 (1,49; 2,95)	
1º quartil (≤ R\$327;50)	414 (25,0)	113 (28,5)	1,73 (1,13; 2,64)	
<b>Situação econômica comparada com a que tinha aos 50 anos</b>	n=1654	n=1613		<0,001
Melhor	775 (46,9)	174 (23,0)	Ref.	
Igual	460 (27,8)	81 (18,2)	0,92 (0,67; 1,27)	
Pior	419 (25,3)	131 (32,0)	1,63 (1,19; 2,23)	

<sup>\*</sup>Porcentagem na linha. RP=Razão de Prevalência. Ref.=categoria de referência

**Tabela 2.** Análise univariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis de saúde. *EpiFloripa Idoso*, Florianópolis. Brasil, 2009/ 2010.

Variáveis	Sintomas Depressivos		Análise Bruta	
	Total	Suspeita à depressão	RP (IC95%)	Valor p
	n (%)	n (%)*		
<b>Déficit cognitivo</b>	n=1648	n=1613		<0,001
Não	877 (53,2)	160 (18,5)	Ref.	
Sim	771 (46,8)	225 (30,2)	1,76 (1,44; 2,15)	
<b>Dependência funcional</b>	n=1656	n=1613		<0,001
0 a 3 ABVD/AIVD's	1165 (70,4)	161 (14,1)	Ref.	
4 ou mais ABVD/AIVD's	491 (29,6)	225 (47,4)	3,68 (3,06; 4,42)	
<b>Quedas no último ano</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Não	1348 (81,4)	282 (21,4)	Ref.	
Sim	308 (18,6)	104 (34,9)	1,49 (1,18; 1,89)	
<b>Utiliza medicamentos</b>	n=1656	n=1613		0,007
Não	178 (10,7)	18 (10,3)	Ref.	
Sim	1478 (89,3)	368 (25,6)	1,97 (1,20; 3,23)	
<b>Utiliza antidepressivo</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Não	1459 (88,1)	303 (21,4)	Ref.	
Sim	197 (11,9)	83 (42,6)	1,96 (1,57; 2,45)	
<b>Auto percepção de saúde</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Boa/Muito boa	848 (51,2)	80 (9,7)	Ref.	
Regular	642 (38,8)	194 (31,1)	3,09 (2,34; 4,09)	
Ruim/Muito ruim	165 (10,0)	112 (69,6)	6,86 (4,97; 9,46)	
<b>Sente dor a maioria dos dias</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Não	1059 (63,9)	158 (15,3)	Ref.	
Sim	597 (36,1)	228 (39,0)	2,39 (1,90; 3,01)	
<b>Morbidades autorreferidas</b>				
<b>Doença da coluna</b>	n=1655	n=1613		<0,001
Não	826 (49,9)	142 (17,6)	Ref.	
Sim	829 (50,1)	244 (30,2)	1,56 (1,24; 1,98)	
<b>Artrite ou reumatismo</b>	n=1651	n=1608		<0,001
Não	1089 (66,0)	208 (19,7)	Ref.	
Sim	562 (34,0)	175 (31,8)	1,67 (1,35; 2,05)	
<b>Fibromialgia</b>	n=1652	n=1610		0,134
Não	1591 (96,3)	361 (23,3)	Ref.	
Sim	61 (3,7)	24 (40,7)	1,42 (0,89; 2,24)	
<b>Câncer</b>	n=1656	n=1613		0,067
Não	1506 (90,9)	345 (23,5)	Ref.	
Sim	150 (9,1)	41 (28,7)	1,32 (0,98; 1,78)	
<b>Diabetes</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Não	1290 (77,9)	256 (20,4)	Ref.	
Sim	366 (22,1)	130 (36,2)	1,70 (1,39; 2,07)	
<b>Bronquite ou asma</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Não	1401 (84,6)	297 (21,8)	Ref.	
Sim	255 (15,4)	89 (35,7)	1,58 (1,26; 1,97)	
<b>Hipertensão</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Não	683 (41,2)	120 (18,1)	Ref.	
Sim	973 (58,8)	266 (28,0)	1,65 (1,34; 2,04)	
<b>Doença cardiovascular</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Não	1200 (72,5)	229 (19,6)	Ref.	
Sim	456 (27,5)	157 (35,4)	1,89 (1,50; 2,38)	
<b>Acidente Vascular ou Isquemia Cerebral</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Não	1527 (92,2)	330 (22,2)	Ref.	
Sim	129 (7,8)	56 (44,1)	2,21 (1,78; 2,76)	

\*Porcentagem na linha. RP=Razão de Prevalência. Ref.=categoria de referência.

**Tabela 3.** Análise univariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis comportamentais e sociais. *EpiFloripa* Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010.

Variáveis	Sintomas Depressivos		Análise Bruta	
	Total	Suspeita à depressão	RP (IC95%)	Valor de p
	n (%)	n (%) <sup>*</sup>		
<b>Consumo de álcool</b>	n=1656	n=1613		0,002
Nunca	1061 (64,1)	291 (28,2)	Ref.	
Moderado	315 (19,0)	49 (15,9)	0,60 (0,40; 0,88)	
Alto	280 (16,9)	46 (16,9)	0,59 (0,42; 0,84)	
<b>Tabagismo</b>	n=1656	n=1613		0,815
Não tabagista	1044 (60,6)	243 (25,0)	Ref.	
Ex tabagista	511 (30,9)	116 (23,2)	1,08 (0,83; 1,40)	
Tabagista atual	141 (8,5)	27 (19,4)	0,98( 0,57;1,68)	
<b>Índice de Massa Corporal</b>	n=1627	n=1613		0,315
Eutrófico	628 (38,6)	130 (21,2)	Ref.	
Baixo peso	137 (8,4)	34 (25,6)	1,32 (0,90; 1,94)	
Sobrepeso	862 (53,0)	206 (24,6)	1,16 (0,86; 1,55)	
<b>Atividade física de lazer</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Insuficientemente ativo	1165 (70,4)	318 (28,1)	Ref.	
Ativo	491 (29,6)	68 (14,1)	0,48 (0,38; 0,62)	
<b>Participação em grupos de convivência</b>	n=1656	n=1613		0,005
Não	941 (56,8)	246 (26,9)	Ref.	
Sim	715 (43,2)	140 (20,1)	0,71 (0,56; 0,90)	
<b>Relacionamento mensal com parentes</b>	n=1653	n=1613		0,009
Sim	185 (11,2)	54 (29,8)	Ref.	
Não	1468 (88,8)	331 (23,2)	0,69 (0,53; 0,91)	
<b>Relacionamento mensal com amigos</b>	n=1649	n=1613		<0,001
Sim	280 (17,0)	99 (37,1)	Ref.	
Não	1369 (83,0)	284 (21,2)	0,56 (0,47; 0,67)	
<b>Tem relação sexual</b>	n=1655	n=1613		<0,001
Não	925 (55,9)	278 (31,0)	Ref.	
Sim	730 (44,1)	108 (15,1)	0,43 (0,31; 0,59)	
<b>Troca de mensagens pela internet</b>	n=1656	n=1613		<0,001
Não	1313 (79,3)	360 (28,2)	Ref.	
Sim	343 (20,7)	26 (7,7)	0,34 (0,22; 0,52)	

\*Porcentagem na linha. RP=Razão de Prevalência. Ref.=categoria de referência.

**Tabela 4.** Análise multivariada ajustada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sociais. *EpiFloripa* Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010.

Variáveis	Análise Ajustada	
	RP (IC95%)	Valor de p
<b>Sexo</b> (n=1613)		
Homens	Ref.	
Mulheres	0,85 (0,71; 1,01)	0,065
<b>Grupo etário (anos)</b> (n=1613)		
60 a 69	Ref.	
70 a 79	0,77 (0,64; 0,93)	0,006
80 ou mais	0,90 (0,68; 1,18)	0,426
<b>Escolaridade (anos)</b> (n=1607)		
12 ou mais	Ref.	
9 a 11	1,01 (0,65; 1,57)	0,958
5 a 8	1,50 (1,08; 2,08)	0,015
1 a 4	1,62 (1,18; 2,23)	0,003
0	2,11 (1,46; 3,05)	<0,001
<b>Situação econômica comparada com a que tinha aos 50 anos</b> (n=1613)		
Melhor	Ref.	
Igual	0,94 (0,76; 1,16)	0,582
Pior	1,33 (1,02; 1,74)	0,036
<b>Déficit cognitivo</b> (n=1613)		
Não	Ref.	
Sim	1,45 (1,21; 1,75)	<0,001
<b>Auto-percepção de saúde</b> (n=1613)		
Boa	Ref.	
Regular	1,95 (1,47; 2,60)	<0,001
Ruim	2,64 (1,82; 3,83)	<0,001
<b>Dependência funcional</b> (n=1613)		
0 a 3 ABVD/AIVD's	Ref.	
4 ou mais ABVD/AIVD's	1,83 (1,43; 2,33)	<0,001
<b>Sente dor a maioria dos dias</b> (n=1656)		
Não	Ref.	0,004
Sim	1,35 (1,10; 1,67)	
<b>Atividade física de lazer</b> (n=1613)		
Insuficientemente ativo	Ref.	0,015
Ativo	0,75 (0,59; 0,94)	
<b>Participação em grupos de convivência ou religiosos</b> (n=1656)		
Não	Ref.	0,038
Sim	0,80 (0,64; 0,99)	
<b>Tem relação sexual</b> (n=1655)		
Não	Ref.	0,018
Sim	0,70 (0,53; 0,94)	

ABVD's = Atividades Básicas da Vida Diária. AIVD's = Atividades Instrumentais da Vida Diária.  
 RP = Razão de Prevalência Ref.=categoria de referência.

## 3.2 SEGUNDA ONDA - *EPI*/FLORIPA IDOSO (2013/2014)

### 3.2.1 Caracterização da amostra

A amostra da segunda onda ( $n=659$ ) foi composta principalmente por mulheres (65,3%); 44,3% tinham 70 a 79 anos; 58,1% eram casados; 33,5% tinham baixa escolaridade (um a quatro anos); a cor da pele branca foi autorreferida pela maioria dos idosos (85,6%); 48% perceberam a situação econômica como melhor quando comparada há 50 anos (Tabela 5). A mediana da renda familiar foi R\$1.200,00, o que representa, aproximadamente, dois salários mínimos<sup>§</sup>.

Na tabela 6 pode ser visualizada a comparação das variáveis sociodemográficas entre a primeira e a segunda, sendo identificada diferença estatística significativa somente para a idade. A proporção de idosos com 80 a 89 anos, aproximadamente triplicou, como também foi observado aumento do grupo etário 70 a 79 e 90 anos ou mais.

---

<sup>§</sup> Valor salário mínimo em 2013=R\$ 678,00 e R\$ 724,00 em 2014.

**Tabela 5.** Características sociodemográficas dos idosos na segunda onda. *EpiFloripa Idoso*, Florianópolis, Brasil. 2013/2014.

Variáveis	2ª onda (2013/2014)	
	(n=659)	
	n	% (IC 95%)
<b>Sexo</b>		
Homens	229	34,7 (31,1; 38,4)
Mulheres	430	65,3 (61,6; 68,9)
<b>Grupo etário (anos)</b>		
62 a 69	234	35,5 (31,8; 39,2)
70 a 79	292	44,3 (40,5; 48,1)
80 a 89	133	18,5 (15,5; 21,5)
90 ou mais	11	1,7 (0,7; 2,6)
<b>Estado civil</b>		
Casado	383	58,1 (54,3; 61,9)
Solteiro	45	6,8 (4,9; 8,8)
Divorciado	50	7,6 (5,6; 9,6)
Viúvo	181	27,5 (24,0; 30,9)
<b>Cor da pele/ raça autorreferida</b>		
Branca	564	85,6 (82,9; 88,3)
Parda	57	8,6 (6,5; 10,8)
Preta	31	4,7 (3,1; 6,3)
Indígena	04	0,6 (0,0; 1,2)
Amarela	03	0,5 (0,0; 0,9)
<b>Escolaridade (anos) (2009/10; n= 656)</b>		
12 ou mais	175	26,6 (23,2; 29,9)
9 a 11	113	17,1 (14,3; 20,0)
5 a 8	113	17,1 (14,3; 20,0)
1 a 4	221	33,5 (29,9; 37,1)
0	37	5,6 (3,8; 7,4)
<b>Renda familiar em quartis</b>		
4º quartil (> R\$2.800,00)	166	25,2 (21,9; 28,5)
3º quartil (> R\$1.200,00 e ≤ R\$ 2.800)	156	23,7 (20,4; 26,9)
2º quartil (> R\$675,00 e ≤ R\$ 1.200,00)	172	26,1 (22,7; 29,5)
1º quartil (≤ R\$675,00)	165	25,0 (21,7; 28,3)
<b>Situação econômica comparada com a que tinha aos 50 anos</b>		
Melhor	316	48,0 (44,1; 51,8)
Igual	180	27,3 (23,9; 30,7)
Pior	163	24,7 (21,4; 28,0)

**Tabela 6.** Comparação das características sociodemográficas entre a primeira e segunda onda (pareada). *EpiFloripa Idoso*, Florianópolis, Brasil. 2009/2010 e 2013/2014.

Variáveis	1ª onda (pareada) (2009/2010) <i>n</i> =659		2ª onda (2013/2014) <i>n</i> =659	
	<i>n</i>	% (IC 95%)	<i>n</i>	% (IC 95%)
<b>Grupo etário (anos)</b>				
62 a 69	365	55,4 (51,6; 59,2)	234	35,5 (31,8; 39,2)
70 a 79	239	36,3(32,6; 39,9)	292	44,3 (40,5; 48,1)
80 a 89	53	8,0 (6,0; 10,1)	133	18,5 (15,5; 21,5)
90 ou mais	02	0,3 (0,1; 0,7)	11	1,7 (0,7; 2,6)
<b>Estado civil</b>				
Casado	409	62,1 (58,3; 65,8)	383	58,1 (54,3; 61,9)
Solteiro	42	6,4 (4,5; 8,2)	45	6,8 (4,9; 8,8)
Divorciado	52	7,9 (5,8; 9,9)	50	7,6 (5,6; 9,6)
Viúvo	156	23,7 (20,4; 26,9)	181	27,5 (24,0; 30,9)
<b>Cor da pele/ raça autorreferida</b>				
Branca	582	88,3 (85,8; 90,8)	564	85,6 (82,9; 88,3)
Parda	35	5,3 (3,6; 7,0)	57	8,6 (6,5; 10,8)
Preta	30	4,6 (0,3; 6,1)	31	4,7 (3,1; 6,3)
Indígena	05	0,8 (0,1; 1,4)	04	0,6 (0,0; 1,2)
Amarela	07	1,1 (0,3; 1,8)	03	0,5 (0,0; 0,9)
<b>Escolaridade (anos) (2009/10; <i>n</i>= 656)</b>				
12 ou mais	187	28,5 (25,0; 32,0)	175	26,6 (23,2; 29,9)
9 a 11	99	15,1 (12,3; 17,8)	113	17,1 (14,3 ;20,0)
5 a 8	116	17,7 (14,7; 21,0)	113	17,1 (14,3; 20,0)
1 a 4	214	32,6 (29,0; 36,2)	221	33,5 (29,9; 37,1)
0	40	6,1 (4,2; 7,9)	37	5,6 (3,8; 7,4)
<b>Renda familiar em quartis</b>				
4º quartil	179	27,2 (23,8; 30,6)	166	25,2 (21,9; 28,5)
3º quartil	158	24,0 (20,7; 27,2)	156	23,7 (20,4; 26,9)
2º quartil	154	23,4 (20,1; 26,6)	172	26,1 (22,7; 29,5)
1º quartil	168	25,5 (22,1; 28,8)	165	25,0 (21,7; 28,3)
<b>Situação econômica comparada com a que tinha aos 50 anos (2009/10; <i>n</i>= 658)</b>				
Melhor	310	47,1 (43,3; 50,9)	316	48,0 (44,1; 51,8)
Igual	180	27,4 (24,0; 30,8)	180	27,3 (23,9; 30,7)
Pior	168	25,5 (22,2; 28,9)	163	24,7 (21,4; 28,0)

### **3.2.2 Condições de saúde, variáveis comportamentais e sociais dos idosos na segunda onda (2013/2014)**

Na segunda onda foi observado que a maioria dos idosos tinha déficit cognitivo, era independente, utilizava medicamentos, tinha percepção positiva da saúde e a hipertensão foi a morbidade autorreferida mais prevalente. (Tabela 7)

Verificou-se que a maior prevalência das variáveis comportamentais e sociais dos idosos foi para as categorias: não fumante, não consumo de álcool, inativo fisicamente, sobrepeso, não participa de grupos de convivência, não tem relações sexuais e não troca mensagens pela internet. (Tabela 8)

#### **3.2.2.1 Comparação das condições de saúde, variáveis comportamentais e sociais dos idosos entre a primeira onda (pareada) e a segunda (2013/2014)**

Ao comparar as proporções das variáveis de saúde entre a primeira e a segunda onda (pareada) foi identificada diferença estatística significativa para déficit cognitivo e quedas. Observou-se aumento das prevalências no seguimento sinalizando alteração negativa para essas variáveis. (Tabela 7)

Destaca-se que dentre os idosos que autorrelataram diagnóstico de depressão na segunda onda ( $n=195$ ), 53,1% ( $n=104$ ) afirmou que o médico, ao dar o diagnóstico da doença, indicou a prática de atividade física.

No seguimento, 16% dos idosos ( $n=99$ ) usavam antidepressivo e a maioria desses ( $n=89$ ) utilizava o medicamento regularmente sem data para parar.

Na tabela 8, ao comparar as duas ondas, embora tenha sido observada variação das prevalências para uso moderado de álcool, baixo peso e sobrepeso e inatividade física no lazer, foi detectada variação estatística significativa somente para relação sexual e participação em grupos de convivência. Para essas duas variáveis identificou-se redução da prevalência no seguimento. (Tabela 8)

**Tabela 7.** Condições de saúde dos idosos na segunda onda e comparação com a primeira onda (pareada). *EpiFloripa Idoso*, Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.

Variáveis	1ª onda (pareada) (2009/2010)		2ª onda (2013/2014)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Déficit cognitivo (2009/10; n=656)</b>				
Não	375	56,9 (53,4; 61,0)	294	44,6 (40,8; 48,4)
Sim	281	42,6 (39,0; 46,6)	365	55,4 (51,6; 59,2)
<b>Dependência funcional</b>				
Nenhuma ABVD/AIVD	185	28,1 (24,6; 31,5)	196	29,7 (26,2; 33,2)
1 a 3 ABVD/AIVD's	294	44,6 (40,8; 48,4)	280	42,5 (38,7; 46,3)
4 ou mais ABVD/AIVD's	180	27,3 (23,9; 30,7)	183	27,8 (24,3; 31,2)
<b>Quedas no último ano</b>				
Não	533	80,9 (77,9; 83,9)	463	70,3 (66,7; 73,8)
Sim	126	19,1 (16,1; 22,1)	196	29,7 (26,2; 33,2)
<b>Utiliza medicamentos</b>				
Não	60	9,1 (6,9; 11,3)	40	6,1 (4,2; 7,9)
Sim	599	90,9 (88,7; 93,1)	619	93,9 (92,1; 95,8)
<b>Utiliza antidepressivo (2013/14; n=617)</b>				
Não	570	86,5 (83,9; 89,1)	518	84,0 (81,0; 86,9)
Sim	89	13,5 (10,9; 16,1)	99	16,0 (13,1; 18,9)
<b>Auto-percepção de saúde</b>				
Boa/Muito boa	343	52,0 (48,2; 55,9)	373	56,6 (52,8; 60,4)
Regular	255	38,7 (35,0; 42,4)	239	36,3 (32,6; 39,9)
Ruim/Muito ruim	61	9,3 (07,0; 11,5)	47	7,1 (5,2; 9,1)
<b>Morbidades autorreferidas</b>				
<b>Doença da coluna ou dores nas costas (2013/14; n=658)</b>				
Não	310	47,0 (43,2; 50,9)	323	49,1 (45,3; 52,9)
Sim	349	53,0 (49,1; 56,8)	335	50,9 (47,1; 54,7)
<b>Artrite ou Reumatismo (2013/14; n=658)</b>				
Não	411	62,4 (58,8; 66,2)	414	62,9 (59,2; 66,6)
Sim	247	37,5 (33,9; 41,2)	244	37,1 (33,4; 40,8)
<b>Depressão</b>				
Não	472	71,6 (68,1; 75,0)	463	70,3 (66,8; 73,8)
Sim	187	28,4 (24,9; 31,8)	196	29,7 (26,3; 33,2)
<b>Câncer</b>				
Não	599	90,9 (88,7; 93,1)	577	87,6 (85,0; 90,0)
Sim	60	9,1 (6,9; 11,3)	82	12,4 (9,9; 15,0)
<b>Diabetes</b>				
Não	507	76,9 (73,7; 80,2)	479	72,7 (69,3; 76,1)
Sim	152	23,1 (19,8; 26,3)	180	27,3 (23,9; 30,7)
<b>Hipertensão (2013/14, n=658)</b>				
Não	255	38,7 (35,0; 42,4)	222	33,7 (30,1; 37,4)
Sim	404	61,3 (57,6; 65,0)	436	66,3 (62,6; 69,9)
<b>Doença cardiovascular</b>				
Não	464	70,4 (66,9; 73,9)	429	65,1 (61,5; 68,7)
Sim	195	29,6 (26,1; 33,1)	230	34,9 (31,3; 38,5)
<b>Acidente Vascular Cerebral ou Isquemia Cerebral</b>				
Não	609	92,4 (90,4; 94,4)	587	89,1 (86,7; 91,5)
Sim	50	7,6 (5,6; 9,6)	72	10,9 (8,5; 13,3)

ABVD's = Atividades Básicas da Vida Diária. AIVD's = Atividades Instrumentais da Vida Diária.

**Tabela 8.** Variáveis comportamentais e sociais dos idosos na segunda onda e comparação com a primeira onda (pareada). *EpiFloripa Idoso*, Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.

Variáveis	1ª onda (pareada) (2009/2010) n=659		2ª onda (2013/2014) n=659	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Álcool</b>				
Nunca	408	61,9 (58,2; 65,6)	396	60,1 (56,3; 63,8)
Moderado	137	20,8 (17,7; 23,9)	176	26,7 (23,3; 30,1)
Alto	114	17,3 (14,4; 20,2)	87	13,2 (10,6; 15,8)
<b>Tabagismo</b>				
Não tabagista	412	62,5 (58,8; 66,2)	404	61,3 (57,6; 65,0)
Ex tabagista	195	29,6 (26,1; 33,1)	211	32,0 (28,4; 35,6)
Tabagista atual	52	7,9 (5,8; 9,9)	44	6,7 (4,8; 8,6)
<b>Índice de Massa Corporal</b> (2009/10; n=650) (2013/14; n=654)				
Baixo peso	46	7,0 (5,1; 9,0)	64	9,8 (7,6; 12,1)
Eutrófico	247	37,5 (34,2; 41,7)	226	34,6 (30,9; 38,3)
Sobrepeso	357	54,2 (51,1; 58,8)	363	55,6 (51,8; 59,4)
<b>Atividade física de lazer</b> (2013/14; n=657)				
Inativo	357	54,2 (50,4; 58,0)	371	56,5 (52,6; 60,3)
Insuficientemente ativo	108	16,4 (13,5; 19,2)	109	16,6 (13,7; 19,4)
Ativo	194	29,4 (25,9; 32,9)	177	26,9 (23,5; 30,3)
Média (minutos/semana)	138,4 (±237,4)	(120,1; 56,6)	108,7(±185,5)	(94,5;122,9)
<b>Participação em grupos de convivência</b>				
Não	318	48,3 (44,4; 52,1)	371	56,3 (52,5; 60,1)
Sim	341	51,7 (47,9; 55,6)	288	43,7 (39,9; 47,5)
<b>Tem relação sexual</b> (2009/10; n= 658)				
Não	337	51,2 (47,4; 55,0)	419	63,6 (59,9; 67,3)
Sim	321	48,8 (45,0; 52,6)	240	36,4 (32,7; 40,1)
<b>Troca de mensagens pela internet</b>				
Não	494	75,0 (71,6; 78,3)	490	74,4 (71,0; 77,7)
Sim	165	25,0 (21,7; 28,3)	169	25,6 (22,3; 29,0)

### 3.2.3 Sintomas depressivos e atividade física na segunda onda (2013/2014) e a comparação com a primeira onda pareada (2009/2010)

Na segunda onda, a prevalência de sintomas depressivos elevados foi 22,8% (n=150), não sendo verificada variação estatística significativa entre as duas ondas (p=0,72).

Observou-se que 80,6% desses idosos foram classificados como inativos no lazer e 50,7% autorreferiram diagnóstico de depressão. Na comparação entre as duas ondas foi identificada redução estatística

significante da prevalência de idosos sintomáticos e sem autorrelato de diagnóstico de depressão. (Tabela 9)

**Tabela 9.** Autorrelato de diagnóstico de depressão e atividade física de lazer em idosos sintomáticos na segunda onda e comparação com a primeira onda (pareada). *EpiFloripa Idoso*, Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.

Variáveis	1ª onda (pareada)	2ª onda	Valor de p <sup>†</sup>
	(2009/2010)	(2013/2014)	
	n (%)	n (%)	
<b>Sintomas depressivos elevados</b>	n=145	n=150	0,94
Inativo no lazer	100 (69,0)	101 (67,3)	
Insuficientemente ativo no lazer	18 (12,4)	20 (13,3)	
Ativo no lazer	27 (18,6)	29 (19,3)	
<b>Sintomas depressivos elevados</b>	n=145	n=150	0,02
Autorrelato de diagnóstico de depressão	85 (58,6)	76 (50,7)	
Sem diagnóstico de depressão	60 (41,4)	74 (49,3)	
<b>Sintomas depressivos elevados e autorrelato de depressão</b>	n=85	n=74*	0,23
Inativo no lazer	61 (71,8)	49 (66,2)	
Insuficientemente ativo no lazer	09 (10,6)	16 (21,6)	
Ativo no lazer	15 (17,6)	09 (12,2)	

\* Sem classificação para atividade física no lazer (n=2).

† Teste de McNemar.

Destaca-se ainda que, dos idosos sintomáticos na primeira onda pareada (n=150), 12,7% apresentaram recorrência dos sintomas; a incidência foi 10%; 9,3% tiveram remissão dos sintomas e 68% permaneceu livre de suspeita à depressão.

A média geral dos escores dos sintomas depressivos foi 3,5 ( $\pm 3,0$ ) na primeira e 3,7 ( $\pm 3,0$ ) na segunda onda. E, para os idosos sintomáticos a média foi 8,2 ( $\pm 2,1$ ) e 8,3 ( $\pm 2,0$ ), na primeira e segunda onda, respectivamente.

Ao analisar a variação do nível de atividade física de lazer no seguimento verificou-se que 40,8% dos idosos permaneceram inativos; 32,3% eram ativos e tornaram-se inativos; 6,7% eram inativos e tornaram-se ativos e 20,2% permaneceram ativos.

A percepção dos idosos sobre os sintomas depressivos e os recursos utilizados para amenizá-los podem ser visualizados na tabela 10.

Para os idosos sintomáticos na primeira, na segunda ou em ambas as ondas do *EpiFloripa*, as maiores frequências foram para percepção atual desses sintomas e na maior parte do dia. A percepção dos sintomas depressivos em outros momentos da vida foi semelhante para aqueles sintomáticos na primeira ou em ambas as ondas do estudo.

Dentre os recursos utilizados para amenizar esta sintomatologia o uso do antidepressivo foi o mais citado, seguido da terapia psicológica e da prática de atividade física. (Tabela 10)

Os motivos de adesão e de permanência em programas de atividade física, bem como a infraestrutura para essa prática estão apresentados na tabela 11.

A maioria dos idosos afirmou não praticar atividade física no lazer e, dentre aqueles que praticavam, a caminhada foi a mais frequente. As praças, as ruas e os parques foram os locais mais citados.

Em relação aos motivos de adesão à prática de atividade física, melhorar a saúde e recomendação médica foram os mais frequentes. Algo a considerar citado na opção “outros”, apesar de não ser um motivo para adesão e sim, uma barreira, mas que foi citado pelos idosos nessa questão refere-se à indicação “não gostar ou não tem nada que os motive”.

Quanto aos motivos de desistência, a limitação física e o cansaço (ou falta de disposição) apareceram como os mais citados. As frequências de interesse ou não em participar de um programa sobre estilo de vida saudável foram similares entre os idosos com sintomas depressivos elevados. Os idosos indicaram a inexistência de Academias da Terceira Idade (ATIs) e de programas de atividade física realizados nos Centros de Saúde, próximos às suas residências. Todavia, vale destacar que a frequência de utilização é baixa entre aqueles que afirmaram ter ATIs ou aparelhos livres perto de casa. (Tabela 11)

A tabela 12 apresenta a regressão linear simples da variação percentual dos sintomas depressivos, de acordo com a atividade física de lazer, as variáveis sociodemográficas e de saúde.

Observou-se que as variáveis associadas ao aumento da variação percentual dos sintomas depressivos foram: idade (grupo etário 80 anos ou mais), baixa renda (1º quartil) e dependência funcional (não realizam quatro ou mais ABVD'/AIVD's). Permanecer ativo no lazer mostrou-se associado à redução de 13,76% na variação percentual dos sintomas depressivos. (Tabela 12)

**Tabela 10.** Percepção de sintomas depressivos e recursos utilizados para amenizar a sintomatologia. Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.

Variáveis	Sintomas depressivos elevados		
	1ª onda (pareada) (2009/2010)	2ª onda (2013/2014)	1ª e 2ª onda
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Percepção atual dos sintomas depressivos</b>	n= 145	n= 150	n= 84
Não	53 (36,6)	50 (33,3)	23 (27,4)
Sim	92 (63,4)	100 (66,7)	61 (72,6)
<b>Percepção de sintomas depressivos na maior parte do dia</b>	n= 92	n= 100	n= 61
Não	43 (46,7)	40 (40,0)	19 (31,1)
Sim	49 (53,3)	60 (60,0)	42 (68,9)
<b>Percepção de sintomas depressivos em outros momentos da vida</b>	n=145	n= 150	n= 84
Não	72 (49,7)	82 (54,7)	42 (50,0)
Sim	73 (50,3)	68 (45,3)	42 (50,0)
<b>Recursos para amenizar os sintomas depressivos</b>	n= 73	n= 68	n= 42
<b>Medicamento antidepressivo</b>			
Não	22 (30,1)	25 (36,8)	10 (23,8)
Sim	51 (69,9)	43 (63,2)	32 (76,2)
<b>Terapia psicológica</b>			
Não	53 (72,6)	49 (72,1)	27 (64,3)
Sim	20 (27,4)	19 (27,9)	15 (35,7)
<b>Terapia alternativa</b>			
Não	64 (87,7)	60 (88,2)	36 (85,7)
Sim	09 (12,3)	08 (11,8)	06 (14,3)
<b>Atividades do Centro de Atenção Psicossocial</b>			
Não	71 (97,3)	66 (97,1)	41 (97,6)
Sim	02 (2,7)	02 (2,9)	01 (2,4)
<b>Atividade física</b>			
Não	55 (75,3)	50 (73,5)	33 (78,6)
Sim	18 (24,7)	18 (26,5)	09 (21,4)
<b>Outros<sup>e</sup></b>			
Sim	13 (17,8)	10 (14,7)	04 (9,5)
Não	60 (82,2)	58 (85,3)	38 (90,5)

<sup>e</sup> Foram citados: práticas espirituais (n=6), auxílio familiar (n=5); grupos de convivência (n=3); trabalho voluntário ou remunerado (n=4); canto (n=2); cuidar de pássaros (n=1); leitura (n=1); meditação (n=1).

**Tabela 11.** Prática de atividade física no lazer, motivos de adesão e de permanência em programas de atividade física. Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.

Variáveis	Sintomas depressivos elevados		
	1ª onda (pareada)	2ª onda	1ª e 2ª onda
	(2009/2010)	(2013/2014)	
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Tipo de atividade física realizada no lazer</b>	n= 144	n= 149	n= 83
Não realiza	92 (63,9)	99 (66,4)	56 (67,5)
Caminhada	24 (16,7)	27 (18,1)	17 (20,5)
Alongamento	05 (3,5)	08 (5,4)	03 (3,6)
Ginástica	02 (1,4)	04 (2,7)	01 (1,2)
Hidroginástica	05 (3,5)	05 (3,4)	04 (4,8)
Musculação	04 (2,8)	---	---
Bicicleta	04 (2,8)	---	---
Pilates e ioga	05 (3,5)	02 (1,3)	01 (1,2)
Dança	01 (0,7)	01 (1,7)	01 (1,2)
Futebol	---	01 (0,7)	---
Outras	02 (1,4)	02 (1,3)	---
<b>Local em que realiza a atividade física de lazer</b>	n= 52	n= 50	n= 84
Casa	06 (11,5)	12 (24,0)	04 (14,8)
Praça, parque, ruas do bairro	23 (44,2)	19 (38,0)	12 (44,4)
Praia	03 (5,8)	03 (6,0)	02 (7,4)
Academias de ginástica/musculação	14 (26,9)	08 (16,0)	06 (22,2)
Centro Comunitário, de Saúde ou Salão	04 (7,7)	04 (8,0)	02 (7,4)
Paroquial			
Outros	02 (3,8)	04 (8,0)	01 (3,7)
<b>Motivos de adoção à prática de atividade física</b>	n= 127	n= 66	n= 76
Gostar de sair de casa	07 (5,5)	05 (3,8)	05 (6,6)
Ocupar tempo livre	03 (2,4)	04 (3,0)	02 (2,6)
Gostar e ter prazer pela atividade física	03 (2,4)	04 (3,0)	---
Socialização	06 (4,7)	05 (3,8)	04 (5,3)
Melhorar a saúde	71 (55,9)	78 (58,6)	44 (57,9)
Recomendação médica	20 (15,7)	19 (14,3)	11 (14,5)
Convite de amigos	07 (5,5)	05 (3,8)	04 (5,3)
Proximidade da residência	01 (0,8)	---	---
Outros <sup>2</sup>	09 (7,1)	13 (9,8)	06 (7,9)
<b>Motivos de desistência da atividade física</b>	n= 130	n= 31	n= 77
Aulas não adequadas	02 (1,5)	02 (1,5)	01 (1,3)
Compromissos com afazeres domésticos	03 (2,3)	03 (2,3)	03 (3,9)
Cuidado com familiares	08 (6,2)	08 (6,1)	07 (9,1)
Limitação física	69 (53,1)	72 (55,0)	45 (58,4)
Cansaço ou falta de disposição	24 (18,5)	25 (19,1)	11 (14,3)
Dor	07 (5,4)	03 (2,3)	02 (2,6)
Medo de quedas	01 (0,8)	03 (2,3)	01 (1,3)
Distância	01 (0,8)	02 (1,5)	01 (1,3)
Não gostar	02 (1,5)	04 (3,1)	01 (1,3)
Condições climáticas	02 (1,5)	01 (0,8)	01 (1,3)
Falta de tempo	01 (0,8)	01 (0,8)	---
Nada	01 (0,8)	01 (0,8)	---

Continua...

Continuação Tabela 11.

Falta de companhia	01 (0,8)	01 (0,8)	01 (1,3)
Condição socioeconômica	01 (0,8)	---	---
Outros <sup>††</sup>	07 (5,4)	05 (3,8)	03 (3,9)
<b>Participaria de um programa sobre estilo de vida saudável</b>	<i>n</i> = 144	<i>n</i> = 148	<i>n</i> = 84
Não	74 (51,4)	75 (50,7)	41 (49,4)
Sim	70 (48,6)	73 (49,3)	42 (50,6)
<b>Existe programa de AF próximo à residência</b>	<i>n</i> = 139	<i>n</i> = 145	<i>n</i> = 82
Não	93 (66,9)	101 (69,7)	56 (68,3)
Sim	46 (33,1)	44 (30,3)	26 (31,7)
<b>Existe academia/equipamentos ao ar livre (ATIs)</b>	<i>n</i> = 145	<i>n</i> = 150	<i>n</i> = 84
Não	97 (66,9)	94 (62,7)	57 (67,9)
Sim	48 (33,1)	56 (37,3)	27 (32,1)
<b>Utiliza academia/equipamentos ao ar livre (ATIS)</b>	<i>n</i> = 48	<i>n</i> = 56	<i>n</i> = 27
Não	45 (93,8)	48 (85,7)	26 (96,3)
Sim	03 (6,3)	08 (14,3)	01 (3,7)

AF= Atividade Física      ATIS = Academias da Terceira Idade

<sup>†</sup> Foram citados: falta de incentivo (*n*=3), medo da velhice (*n*=3), estética (*n*=1). Apesar de não ser um facilitador, os idosos relataram nessa questão “o não gostar e o não ter nada” que os motive iniciar a prática de atividade física (*n*=15).

<sup>††</sup> Foram citados: acomodação (*n*=3); falta de lugar/espço (*n*=3); depressão (*n*=2); desinteresse (*n*=2); cumprir horário (*n*=1); não ver resultado (*n*=1).

**Tabela 12.** Regressão linear simples da variação percentual dos sintomas depressivos, de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e atividade física de lazer. *EpiFloripa* Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.

Variáveis	Regressão Linear Simples		
	Erro Padrão <sup>‡</sup>	Variação Percentual (IC95%)	Valor de p
<b>Sexo</b>			0,561 <sup>†</sup>
Homens		Ref.	
Mulheres	3,30	-1,91 (-8,37; 4,55)	
<b>Idade</b>			<0,001 <sup>††</sup>
62 a 69 anos		Ref.	
70 a 79 anos	3,50	6,88 (0,02; 13,7)	
80 anos ou mais	4,32	16,20 (7,7; 24,7)	
<b>Anos de Estudo</b>			0,610 <sup>††</sup>
12 ou mais		Ref.	
9 a 11	4,85	5,44 (-4,1; 14,9)	
5 a 8	4,85	3,77 (-5,7; 13,3)	
1 a 4	4,07	7,37 (-0,6; 15,4)	
0	7,28	7,80 (-6,5; 22,1)	
<b>Renda familiar</b>			0,012 <sup>††</sup>
4º quartil		Ref.	
3º quartil	4,46	0,22 (-8,5; 9,0)	
2º quartil	4,35	0,49 (-8,5; 9,0)	
1º quartil	4,39	11,68 (3,0; 20,3)	
<b>Déficit cognitivo</b>			0,670 <sup>†</sup>
Não		Ref.	
Sim	3,15	1,35 (-4,8; 7,5)	
<b>Dependência funcional</b>			<0,001 <sup>††</sup>
Nenhuma ABVD/AIVD		Ref.	
1 a 3 ABVD/AIVD's	3,69	9,40 (2,1; 16,6)	
4 ou mais ABVD/AIVD's	4,07	18,68 (10,7; 26,7)	
<b>Uso de antidepressivo</b>			0,400 <sup>†</sup>
Não		Ref.	
Sim	4,39	3,70 (-4,9; 12,3)	
<b>Atividade física de lazer</b>			0,005 <sup>††</sup>
Permaneceu inativo		Ref.	
Ativo e tornou inativo	3,67	-3,74 (-10,9; 3,5)	
Inativo e tornou ativo	6,50	-13,05 (-25,8; -0,3)	
Permaneceu ativo	4,24	-13,76 (-22,1; -5,4)	

<sup>‡</sup> Escore médio da variação percentual. Ref.=categoria de referência

ABVD's = Atividades Básicas da Vida Diária.

AIVD's = Atividades Instrumentais da Vida Diária.

<sup>†</sup> Teste de *Wald* para heterogeneidade.

<sup>††</sup> Teste de *Wald* para tendência linear.

Na tabela 13 está apresentada a regressão linear múltipla da variação percentual dos sintomas depressivos de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e atividade física de lazer.

No modelo de regressão linear múltiplo verificou-se associação entre sintomas depressivos e atividade física de lazer, ajustada por sexo, idade, renda familiar e dependência funcional. Foi identificado que os idosos que se mantiveram ativos no lazer reduziram 8,83% na variação percentual dos escores de sintomas depressivos. (Tabela 13)

**Tabela 13.** Regressão linear múltipla da variação percentual dos sintomas depressivos, de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e atividade física de lazer. *EpiFloripa* Idoso, Florianópolis. Brasil, 2009/2010 e 2013/2014.

Variáveis	Regressão Linear Múltipla		Valor de p
	Erro Padrão <sup>‡</sup>	Varição Percentual (IC95%)	
<b>Sexo</b>			0,591 <sup>a†</sup>
Homens		Ref.	
Mulheres	3,26	-1,73 (-8,1; 4,7)	
<b>Idade</b>			<0,001 <sup>b††</sup>
62 a 69 anos		Ref.	
70 a 79 anos	3,50	6,90 (0,03; 13,8)	
80 anos ou mais	4,33	16,17 (7,7; 24,7)	
<b>Renda familiar</b>			0,021 <sup>c††</sup>
4º quartil		Ref.	
3º quartil	4,45	-0,22 (-9,0; 8,5)	
2º quartil	4,34	-0,13 (-8,6; 8,4)	
1º quartil	4,42	10,8 (2,1; 19,5)	
<b>Dependência funcional</b>			<0,001 <sup>d††</sup>
Nenhuma ABVD/AIVD		Ref.	
1 a 3 ABVD/AIVD's	3,76	8,68 (1,3; 16,1)	
4 ou mais ABVD/AIVD's	4,30	15,24 (6,8; 23,7)	
<b>Atividade física de lazer</b>			0,044 <sup>e††</sup>
Permaneceu inativo		Ref.	
Ativo e tornou inativo	3,71	-2,9 (-10,2; 4,4)	
Inativo e tornou ativo	6,51	-10,4 (-23,1; 2,4)	
Permaneceu ativo	4,40	-8,83 (-17,5; -0,2)	

<sup>‡</sup>Escore médio da variação percentual. ABVD's=Atividades Básicas da Vida Diária. AIVD's=Atividades Instrumentais da Vida Diária. Ref.=categoria de referência.

<sup>a</sup> controlado pela idade

<sup>b</sup> controlado pelo sexo

<sup>c</sup> controlado pelo sexo, idade

<sup>d</sup> controlado pelo sexo, idade, renda familiar

<sup>e</sup> controlado pelo sexo, idade, renda familiar, dependência funcional

<sup>†</sup> Teste de *Wald* para heterogeneidade

<sup>††</sup> Teste de *Wald* para tendência linear

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1 SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS (EPIFLORIPA IDOSO – 2009/2010)<sup>h</sup>

A prevalência de sintomas depressivos na linha de base do *EpiFloripa Idoso* (23,9%; IC95%21,84;26,01) foi elevada, assemelhando-se aos valores obtidos em outros estudos (HOFFMANN et al., 2010; LIMA et al., 2009) e superior à investigação epidemiológica realizada em Florianópolis em 2002, que detectou 19,7% de suspeita de depressão entre os idosos do município. (BENEDETTI et al., 2008)

Foram observadas importantes associações da sintomatologia depressiva com as variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sociais. A literatura destaca a associação dos sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas (CUNHA et al., 2012; SUASSUNA et al., 2012; BATISTONI et al., 2010; ROMBALDI et al. 2010; KANEKO et al., 2007; BLAY et al., 2007), indicando que as desigualdades sociais influenciam as condições de vida e de saúde e podem contribuir para o aparecimento desses sintomas. Baixa escolaridade, idade e perda econômica foram as variáveis sociodemográficas associadas aos sintomas depressivos.

Indivíduos com baixa escolaridade têm maior risco à sintomatologia depressiva (BATISTONI et al., 2010; MACIEL; GUERRA, 2006; GAZALLE et al., 2004), sinalizando que a alta escolaridade é um fator protetor para o não surgimento desses sintomas (GAZALLE et al., 2004). O nível educacional possibilita que o indivíduo amplie os recursos de enfrentamento às situações estressantes da vida. (GAZALLE et al., 2004)

A idade enquanto fator protetor no modelo final pode ser explicada pela inclusão da variável dependência funcional, sugerindo que essa pode modificar o efeito da idade sobre a depressão. A relação entre aumento da idade e sintomas depressivos ainda não está totalmente estabelecida (BATISTONI et al., 2010). A respeito disso, Batistoni e col. (2010) indicam que nas investigações em que são controlados os fatores de risco relacionados à idade (saúde física, fatores sociais), o aumento da idade em si não é um fator de risco para a depressão, o que foi observado na presente investigação.

---

<sup>h</sup> Discussão atualizada a partir da versão previamente apresentada no artigo publicado na Revista de Saúde Pública, v.47, n.4, p.701-710, 2013 (ANEXO VI).

A desvantagem socioeconômica aumenta o risco de depressão, conforme destacado pela literatura (ALMEIDA et al., 2012). A perda econômica associou-se aos sintomas depressivos. Não é possível afirmar se o indivíduo ficou deprimido porque perdeu a boa situação econômica (estabilidade financeira) ou se a incapacidade gerada pela depressão ao longo da vida ocasionou essa perda, pois a pessoa tornou-se incapaz de lidar com a situação financeira e ocupacional. A posição social pode relacionar-se inversamente com alguns sintomas depressivos como tristeza, pensar no passado e preferir ficar em casa, indicando que a condição socioeconômica pode contribuir para o aparecimento desses sintomas (ROMBALDI et al., 2010). Por outro lado, a perda econômica pode ser desencadeada pela depressão, pois esta se relaciona com a cognição e com a realização das atividades diárias. A realização das atividades do dia a dia pode ficar comprometida, uma vez que a depressão eleva a probabilidade de incapacidade funcional (NASCIMENTO et al., 2013; SUASSUNA et al., 2012; HOFFMAN et al., 2010; LIMA et al., 2009; MACIEL; GUERRA, 2006; CASTRO-COSTA et al., 2008) e dependência (MOTL et al., 2005), criando-se um ciclo.

Déficit cognitivo e sintomas depressivos estiveram associados e são fatores interrelacionados. A depressão pode levar a quadros clínicos de demência ou a demência pode cursar com sintomas de depressão (LIMA et al., 2009). Os déficits cognitivos podem melhorar quando o paciente é tratado da depressão.

A associação do desfecho com a dor crônica pode ser compreendida pela existência de um modelo de depressão no idoso que é principalmente relacionado a esse tipo de dor. Isso indica que a pessoa não era deprimida antes e passou a apresentar a sintomatologia depressiva por causa da dor crônica. No caso da osteoartrite, a maior causa de dor em idosos, espera-se a coexistência da depressão em dois sintomas articulares importantes: dor e incapacidade física. (LEITE et al., 2011)

A sintomatologia depressiva associou-se à autopercepção de saúde, como em outras investigações (CASTRO-COSTA et al., 2008; BLAY et al., 2007; KANEKO et al., 2007; MACIEL; GUERRA, 2006). A depressão é importante marcador de incapacidade do idoso, pois afeta a saúde de modo geral e, conseqüentemente, a capacidade funcional. (NASCIMENTO et al., 2013; HOFFMANN et al., 2010; LIMA et al., 2009; CASTRO-COSTA et al., 2008)

A disfunção sexual pode ser identificada como um marcador de saúde, observada nos idosos que iniciam processos de perda funcional,

enquanto a manutenção da vida sexual ativa envolve saúde física, mental, emocional, afetiva, fatores internos e externos. Os distúrbios na ereção causados por doenças vasculares periféricas, cirurgias de próstata e diabetes, podem comprometer a sexualidade ou o ato sexual (SILVA, 2003). Os distúrbios de ereção estão fortemente associados a sintomas depressivos (ARAÚJO et al., 1998) e afetam a qualidade de vida dos idosos. A melhora desses distúrbios pode gerar sentimentos de alegria, resultando na melhora da autoestima, da interação social, do sentimento de confiança e competência (SILVA, 2003). A melhora desses aspectos por meio da atividade sexual e a percepção da vitalidade sexual podem contribuir para a redução dos sintomas depressivos entre os homens. Os sentimentos de amor, carinho e companheirismo são os principais aspectos inerentes à atividade sexual na velhice feminina (SILVA, 2003), e a percepção desses sentimentos pode contribuir para o não aparecimento ou para a redução dos sintomas depressivos.

A depressão pode ser explicada quimicamente pela diminuição do número de neurotransmissores liberados, com redução da atividade serotoninérgica e noradrenérgica. A atividade sexual e a atividade física (CUNHA et al., 2008) têm efeitos benéficos para a saúde devido à liberação desses hormônios e proporcionam sensação de bem estar e prazer, por isso, o efeito protetor em relação ao desenvolvimento de sintomas depressivos para ambos os sexos. Destacam-se ainda os benefícios psicossociais da prática de atividade física, por meio da interação social. (REICHERT et al., 2011)

Houve menor prevalência de sintomas depressivos em idosos ativos no lazer, corroborando outras investigações que avaliaram o nível de atividade física total ou somente o lazer. (BENEDETTI et al., 2008; KU et al., 2009; SMITH et al., 2010; REICHERT et al., 2011; GIULI et al., 2012; KORNILOFF et al., 2012; ELAVSKY et al., 2013; LOPRINZI, 2013; MINGHELLI et al., 2013; SARRÓ-MALUQUER et al., 2013; LEE et al., 2014; WASSINK-VOSSSEN et al., 2014)

Em estudo conduzido no Sul do Brasil, os idosos ativos fisicamente tiveram probabilidade 68% menor de apresentar sintomas depressivos quando comparados àqueles insuficientemente ativos (REICHERT et al., 2011). Idosos depressivos provenientes de uma coorte holandesa (*Sectional Study used Data from the Netherlands Study of Depression in Older Persons - NESDO*) foram menos ativos fisicamente, ao considerar o nível de atividade física total (WASSINK-VOSSSEN et al., 2014). Na investigação proveniente da coorte *Alameda County Study*, o maior nível de atividade física apresentou-se como fator

protetor na prevalência (OR=0.90) e na incidência de depressão (OR=0.83) (STRAWBRIDGE et al., 2002). Associação entre sintomas depressivos e baixo nível de atividade física também foi identificada no *National Health and Nutrition Examination Survey* - 2005 e 2006 (LEE et al; 2014). Benedetti e col. (2008), em investigação oriunda do projeto de pesquisa “Perfil do Idoso de Florianópolis” realizada no ano de 2002, verificaram que os idosos inativos tiveram 2,38 mais chance de apresentar suspeita à depressão quando comparados aos ativos. Portanto, a associação obtida na presente investigação confirma os resultados da literatura, bem como reafirma o que foi observado por Benedetti e col. (2008) e indica a importância dessa prática como fator protetor aos sintomas depressivos.

A participação em grupos de convivência mostrou-se também como efeito protetor, sinalizando a importância da rede social na manutenção da saúde e na prevenção e/ou tratamento da depressão entre pessoas idosas. Entretanto, não é possível inferir se a participação em grupos de convivência contribuiu para o não aparecimento dos sintomas depressivos ou se o fato de não apresentar esses sintomas contribuiu para a participação nos grupos. Neste caso, a participação em grupos seria um marcador de que a pessoa não tem depressão, ou os idosos que não participam de grupos podem estar expostos ao maior risco de desenvolvimento de sintomas depressivos, o que os impede de participar dos mesmos.

#### 4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE, VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS E SOCIAIS DOS IDOSOS (2009/2010 e 2013/2014)

O número de idosos longevos (80 anos ou mais) foi quase três vezes maior na amostra do seguimento, como também foi observado o aumento do número de idosos com 90 anos. A diferença estatística encontrada para o grupo etário entre as duas ondas, auxilia a compreensão dos demais resultados, como a diferença significativa das variáveis de saúde, quedas e déficit cognitivo.

Para as pesquisas desenvolvidas na área do envelhecimento, a idade é uma variável importante, não por ser causal, e sim por ser indicador de um conjunto de outras influências relacionadas a alterações comportamentais (BATISTONI et al., 2010). A idade também está

associada às condições de saúde dos idosos. (LIMA-COSTA et al., 2007; CASTRO-COSTA et al., 2008; FERRETTI et al., 2013)

O aumento da idade é um fator associado às quedas (SIQUEIRA et al., 2007; SIQUEIRA et al., 2011; CRUZ et al., 2012; FERRETTI et al., 2013), e o risco de cair aumenta linearmente com o avançar da idade (GAMA; GÓMEZ-CONESA, 2008). A perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea (SIQUEIRA et al., 2007), bem como o uso de medicamentos (SIQUEIRA et al., 2007; REZENDE et al., 2012), incapacidade funcional (PERRACINI et al., 2012; BRITO et al., 2013; DEL DUCA et al., 2013), sintomas depressivos (ANTES et al., 2009; PERRACINI et al., 2012) e inatividade física (SIQUEIRA et al., 2007; PERRACINI et al., 2012), por exemplo, contribuem para a ocorrência de quedas em idosos. A presença desses fatores também podem ter colaborado para o aumento das quedas observado na segunda onda. Especificamente, sobre a relação quedas e uso de medicamentos, além da interação medicamentosa que deve ser destacada, recente estudo de revisão apontou que os antidepressivos estão entre os principais grupos farmacológicos associados ao aumento do risco de quedas (REZENDE et al., 2012). Deve-se considerar que 93,9% dos idosos da presente investigação utilizam medicamentos e que desses, 16% fazem uso de antidepressivos.

Da mesma forma, o número de doenças está relacionado à idade (LIMA-COSTA et al., 2007), sendo observado aumento do autorrelato de morbidades entre os idosos investigados na segunda onda. Porém, a variação foi estatisticamente significativa somente para a prevalência de déficit cognitivo. A prevalência de demência ou de déficit cognitivo é influenciada pela idade, podendo variar de 1,2% no grupo etário de 65 a 69 anos à 54,8% no grupo acima de 95 anos. (LOPES; BOTTINO, 2002)

Quanto às variáveis comportamentais, detectou-se redução estatística significativa da prevalência de participação em grupos de convivência e relação sexual. Conforme mencionado anteriormente, o aumento do número de idosos longevos (20,2% da amostra tem 80 anos ou mais) auxilia o entendimento da redução da prevalência para essas duas variáveis, que também estão associadas à idade (SILVA, 2003; MORAES et al., 2011; BENEDETTI et al., 2012) e à perda da capacidade funcional.

O estudo de Moraes e col. (2011) que analisou a compreensão da sexualidade em casais idosos identificou que essa vai além do ato

sexual, e é compreendida pelos sentimentos de amor, respeito, carinho, união e amizade. Porém, ao serem indagados sobre a vivência da sexualidade, os idosos revelaram que atividade sexual diminuiu com o avançar da idade, pelas doenças, uso de medicamentos ou redução do desejo (MORAES et al., 2011). O aumento do número de viúvos no seguimento, apesar de não apresentar diferença significativa, também auxilia a explicação dos resultados, pois a redução da atividade sexual pode estar relacionada à perda do companheiro. Esse aumento da prevalência de viúvos foi maior entre as mulheres (primeira onda =146; segunda onda=169) quando comparada aos homens (primeira onda=10; segunda onda=12).

A participação em grupos de convivência é preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (BRASIL, 2006) e incentivada pelos profissionais da saúde por ampliar a rede social (DOMINGUES et al., 2008). Em Florianópolis esses grupos funcionam em centros comunitários, salão paroquial, clubes ou associações e tem um coordenador ou presidente (voluntário) que conta com o apoio de outros membros para o desenvolvimento das atividades. As atividades propostas são de fácil realização e de caráter integrativo, o que favorece o envelhecimento ativo. (LOPES, 2012)

Os resultados do seguimento mostram redução da prevalência de participação dos idosos nesses grupos, que pode ser em decorrência da associação com os sintomas depressivos obtida na primeira onda, bem como pelo aumento da idade, das morbidades, do déficit cognitivo ou pelo desinteresse do que é proposto. As variações do humor ou queixas somáticas podem levar os idosos a preferir atividades com menos convívio social ou limitar àquelas realizadas em casa. (DOMINGUES et al., 2008)

Considera-se que os grupos são importantes espaços de interação social, e as atividades desenvolvidas possibilitam a troca de experiências sobre o envelhecimento, além de oportunizar a valorização do idoso como ser ativo e presente na sociedade (DOMINGUES, 2008). Pesquisa realizada com idosas longevas destaca ainda que a participação em grupos desta natureza contribui para o direcionamento do envelhecimento, para a nova realidade do ser idoso e estimula as pessoas a investirem no envelhecimento ativo. (LOPES, 2012)

Portanto, torna-se importante incentivar os idosos que não estão frequentando grupos a fazê-lo e avaliar as razões pelas quais isso não está ocorrendo. Do mesmo modo, faz-se necessário repensar a estrutura organizacional dos grupos de convivência, ampliar a rede de

atendimento comunitário e propor outras atividades adequando-se ao interesse e às necessidades dos idosos, além de considerar as mudanças sociais e culturais das gerações que envelhecem.

Espera-se que os grupos de convivência consigam incluir além das pessoas com sintomas depressivos, aqueles que foram apontados como minorias na investigação realizada em Florianópolis (BENEDETTI et al., 2012), que foram os homens, idosos com baixo nível de atividade física e aqueles que tinham percepção negativa de saúde.

#### 4.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS E ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS (2009/2010 e 2013/2014)

##### 4.3.1 Sintomas depressivos

A prevalência de sintomas depressivos elevados foi 22,8% na segunda onda, não sendo observada variação estatística significativa das prevalências entre as duas ondas. Ao analisar a evolução dos sintomas depressivos, a maioria dos idosos continuou livre da suspeita à depressão e as prevalências foram semelhantes para aqueles que tiveram remissão (9,3%), recorrência (12,7%) ou incidência (10%). Resultados semelhantes foram identificados pela pesquisa longitudinal que envolveu idosos de Juiz de Fora, Minas Gerais. As autoras não constataram diferenças entre a prevalência de sintomas depressivos após dezesseis meses, a maioria dos idosos permaneceu livre da sintomatologia depressiva e não foi verificada variação significativa para a pontuação da escala *Center for Epidemiological Studies – Depression* (CES-D). (BATISTONI et al., 2010)

Em contrapartida, Julien e col. (2013), no seguimento de cinco anos do *VoisiNuAge Study* observaram aumento da prevalência de sintomas depressivos em idosos ( $n=498$ ) avaliados pela GDS. Na primeira avaliação a prevalência foi 40%, 48% na segunda, 55% e 52% na terceira e quarta avaliações, respectivamente.

Também foi observado aumento da prevalência de sintomas depressivos dos idosos de Taiwan em todos os períodos de avaliação (1996; 1999; 2003 e 2007) do estudo de seguimento de 11 anos. Para as mulheres foi identificada tendência de apresentar escores mais elevados de sintomas depressivos, entretanto a diferença não foi observada em todos os momentos de avaliação. (KU et al., 2012)

Apesar de não ter sido evidenciado aumento significativo da prevalência, as proporções de recorrência e incidência de sintomas depressivos tornam-se resultados importantes para a saúde pública do município.

Outro aspecto a ressaltar é que ao considerar o autorrelato de diagnóstico de depressão, foi verificada redução da prevalência dos idosos sintomáticos e que tinham autorrelato dessa doença. A depressão é subdiagnosticada nesse grupo etário (CHEW-GRAHAM et al., 2012; SUASSUNA et al, 2012; LIMA et al., 2009), e a alteração nos sintomas depressivos nos idosos de Florianópolis pode não estar sendo investigada na prática clínica. Este fato merece atenção. O subdiagnóstico da doença impossibilita que o idoso receba orientações, acompanhamento ou tratamento adequado aos sintomas da doença que causam déficits na saúde global e qualidade vida. (DOMINGUES et al., 2008; CHEW-GRAHAM et al., 2012; LIMA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2006)

#### **4.3.2 Percepção dos sintomas depressivos e recursos para amenizá-los**

Os idosos foram questionados sobre a percepção da presença dos sintomas depressivos no seu dia a dia ou em outros momentos da vida, uma vez que a GDS apesar de ser uma escala de autopercepção, não indica o conhecimento do idoso sobre a sintomatologia depressiva na sua vida. Ou seja, o idoso pode responder as questões da GDS relacionadas ao humor deprimido ou perda de interesse (por exemplo, “Na maior parte do tempo, o(a) senhor(a) se sente feliz?” e “O(a) senhor(a) anda sem esperança em relação às coisas da sua vida?”), sem identificar que estas perguntas estão relacionadas aos principais sintomas analisados para o diagnóstico da depressão. O humor deprimido e a perda de interesse acompanhados de, pelo menos, outros quatro sintomas, com duração mínima de duas semanas consecutivas, na maior parte do dia e acompanhado de prejuízo pessoal, social e profissional, são critérios para o diagnóstico da depressão. (DSM-IV, 2008)

Todos os idosos foram questionados, mas para a análise descritiva realizada foram consideradas somente as pessoas que tiveram alteração da GDS na primeira, na segunda ou em ambas as ondas. Ou seja, objetivou-se verificar a percepção dos idosos sobre a presença dos sintomas, considerando que em algum momento do estudo, esses

apresentaram alteração dos escores da GDS, evitando que a autopercepção estivesse vinculada apenas aos possíveis sintomas somáticos associados ao envelhecimento (DOMINGUES et al., 2008). Dessa forma, a autopercepção positiva dos sintomas possibilitou o questionamento sobre os recursos utilizados para amenizá-los.

Embora a apresentação dos resultados tenha sido de forma descritiva, as informações fornecidas são importantes para o entendimento do enfrentamento dos sintomas depressivos pela população idosa de Florianópolis.

A maioria dos idosos sintomáticos pela GDS também apresentaram conhecimento e percepção atual desses sintomas e indicaram a presença desses na maior parte do dia. Os resultados sinalizam a necessidade de ações de saúde pública visando minimizá-los, uma vez que esses sintomas influenciam negativamente a vida do idoso, comprometendo a qualidade de vida (STELLA et al., 2002), contribuindo para a perda da independência e a autonomia (NASCIMENTO et al., 2013; SUASSUNA et al., 2012), além de reduzir a realização das atividades diárias e atividades físicas (JULIEN et al., 2013), o que pode acarretar incapacidade e limitação funcional (SANTOS et al., 2012; HOFFMANN et al., 2010; CASTRO-COSTA et al., 2008), colaborando para o início de um ciclo de inatividade. (NASCIMENTO et al., 2013)

A indicação de percepção dos sintomas depressivos em outros momentos da vida também são resultados importantes na tentativa de entender o que tem sido ofertado aos idosos sintomáticos com ou sem diagnóstico de depressão, bem como identificar o que esse grupo tem realizado para minimizar a sintomatologia no seu dia a dia.

Dentre os recursos utilizados, o uso de antidepressivo e a terapia psicológica foram os mais citados pelos idosos com sintomas depressivos elevados (com ou sem autorrelato de diagnóstico clínico de depressão). O antidepressivo é o método mais indicado para o tratamento da depressão e aparece no nível I de evidências do *National Health and Medical Research Council* (FRAZER et al., 2005). Os antidepressivos tricíclicos (como a imipramina e a amitriptilina,) são os mais antigos, eficazes, porém menos tolerados pelos efeitos anticolinérgicos (constipação, boca seca), sedativos e tonturas (BRASIL, 2013d). Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são os antidepressivos mais recentes, com destaque para a fluoxetina (BRASIL, 2013d). Os ISRS são a classe mais utilizada pelos

idosos no tratamento da depressão (STOPPE JÚNIOR, 2003) e também é um dos mais usados pelos idosos dessa investigação.

A psicoterapia se mostra importante recurso (FRAZER et al., 2005) e, para o indivíduo que está sob efeito de antidepressivos revela eficácia na inibição dos sintomas da depressão (BERLINCK; FÉDIDA, 2000). Nos casos de depressão leve e moderada é indicado o uso de terapias alternativas (JACOB, 2012, FRAZER et al., 2005).

Portanto, o tratamento da depressão no idoso pode relacionar-se à intervenção médica, psicológica e por meio de terapias alternativas/mudanças no estilo de vida. (FRAZER et al., 2005)

### **4.3.3 Sintomas depressivos e atividade física**

A atividade física tem sido apontada como uma terapia alternativa que pode auxiliar o controle dos sintomas depressivos ou o tratamento da depressão (JOSEFSSON et al., 2014; SILVEIRA et al., 2013; MURA et al., 2013; ROBERTSON et al., 2012; KROGH et al., 2011; DESLANDES et al., 2009; MORAES et al., 2007; BLUMENTHAL et al., 2007). Diferentes modalidades de atividade física promovem melhora do humor e redução dos sintomas depressivos em idosos (FRAZER et al., 2005), sejam elas aeróbias (MELO et al., 2014; SILVEIRA et al., 2013; DESLANDES et al., 2010; MOTL et al., 2005; SINGH et al., 2005; MATHER et al., 2002; PENNINX et al., 2002), de resistência (MELO et al., 2014; SINGH et al., 2005; MOTL et al., 2005), força ou flexibilidade. (FRAZER et al., 2005; MOTL et al., 2005). Os efeitos da combinação medicação antidepressiva e atividade física no tratamento da depressão em idosos também têm sido foco de algumas investigações. (BLUMENTHAL et al, 2007; BLUMENTHAL et al, 1999; MATHER et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2005)

Nesse contexto, algo positivo a salientar refere-se ao fato dos médicos terem indicado a prática de atividade física à maioria dos idosos no momento do diagnóstico da doença. Esses resultados são motivadores, pois a indicação médica assume importância para a adesão da população idosa em programas de atividade física (CARDOSO et al., 2008; CERRI; SIMÕES, 2007) ou para a adesão de hábitos saudáveis.

Todavia, além da inatividade física avaliada pelo IPAQ, a maioria dos idosos sintomáticos afirmou não praticar atividade física no lazer. Assim, entender os motivos para a adesão e a desistência desse

grupo nessas atividades podem auxiliar o direcionamento das ações de saúde pública.

Os motivos de adesão mais citados foram melhorar a saúde e recomendação médica. Esses motivos foram similares aos observados em outras investigações que não envolveram, exclusivamente em suas amostras, idosos com sintomas depressivos (CARDOSO et al., 2008; CERRI; SIMÕES, 2007; EIRAS et al. 2010; SOUZA, VENDRÚSCULO, 2010; GOMES; ZAZÁ 2009; PEREIRA; OKUMA, 2009; ROSQVIST et al., 2009). Diante disso, a conscientização dos benefícios da atividade física para a saúde mental pode contribuir para a adesão vinculada ao motivo melhorar a saúde, e a recomendação médica torna-se um dos principais facilitadores à prática de atividade física pelos idosos sintomáticos, sinalizando a importância e necessidade de articulação da rede de atenção à saúde mental dos idosos de Florianópolis.

Em relação à desistência, a limitação física e o cansaço (ou falta de disposição) foram os aspectos mais citados pelos idosos sintomáticos. A limitação física pode estar vinculada às doenças crônicas e suas respectivas consequências e problemas na saúde do idoso. Conforme destaca os estudos sobre adesão e permanência, os problemas de saúde relacionam-se a não continuidade dos idosos nos programas de atividade física (LOPES, 2012; EIRAS et al., 2010; SOUZA, VENDRÚSCULO, 2010; ROSQVIST et al., 2009; CARDOSO et al., 2008; CASSOU et al., 2008; REICHERT et al., 2007). O cansaço ou a falta de disposição é um dos sintomas observados na depressão (DSM-IV, 2008), e a presença desses contribui para a baixa motivação e adesão em realizar atividade física. (KU et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2013; MEURER et al., 2012)

Portanto, o cansaço e a falta de disposição além de ser uma barreira para a prática de atividade física é também um motivo de desistência sinalizado pelos idosos sintomáticos. A melhora da aptidão funcional pode auxiliar na melhora e percepção de mais energia e disposição para realizar as atividades cotidianas, evitando o ciclo de inatividade (NASCIMENTO et al., 2013). Além disso, benefícios da atividade física como a melhora do bem-estar físico, da autoestima, do sono, dentre outros, pode contribuir positivamente para assegurar a participação do idoso, de forma prazerosa e motivadora.

Outro aspecto que merece destaque é a indicação dos idosos sintomáticos sobre “não gostar ou não tem nada que os motive” a iniciar um programa de atividade física. Além das barreiras e facilitadores

descritos anteriormente, esses resultados remetem à reflexão sobre as formas tradicionais dos programas de atividade física para idosos desenvolvidos no contexto da Atenção Básica ou pelos programas extensionistas, municipais ou privados.

Promover práticas em saúde (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013) e ações de aconselhamento visando à adoção de hábitos saudáveis, incluindo a prática de atividade física, tornam-se importantes estratégias a serem desenvolvidas pela atenção básica. (SIQUEIRA et al., 2009)

No ano de 2012, foi desenvolvido o programa de mudança de comportamento denominado “VAMOS – Vida Ativa Melhorando a Saúde” nos Centros de Saúde de Florianópolis, que tem por objetivo oferecer conhecimentos e estratégias que auxiliem na adoção de um estilo de vida mais ativo (BENEDETTI et al., 2012b). Especificamente sobre a saúde mental, os resultados demonstraram que os idosos participantes do VAMOS reduziram os sintomas depressivos após a intervenção, que teve duração de três meses (MEURER et al., 2013), e que houve manutenção dessa redução após seis e doze meses do início da intervenção<sup>ij</sup>. Vale ressaltar que a redução e a manutenção foi verificada somente para os idosos participantes do VAMOS, e o mesmo não foi observado no grupo que participou do programa de ginástica, nem no grupo controle.

Ao considerar o baixo alcance dos programas de atividade física desenvolvidos em Florianópolis e a inatividade física no lazer (CORSEUIL et al., 2012; BRASIL, 2013), torna-se válido oportunizar diferentes ações. Assim, programas de mudança de comportamento podem ser uma alternativa de promoção da atividade física, atendendo àqueles que não gostam de programas convencionais de exercício físico, que não têm oportunidade e/ou que não podem estar inseridos em tais programas.

Contudo, ao serem questionados sobre a participação em programas dessa natureza, a maioria dos idosos sintomáticos relataram o não interesse em participar. Além disso, os idosos indicaram a

---

<sup>i</sup> Resumo submetido ao XV Congresso de Ciências do Desporto e Educação Física dos Países de Língua Portuguesa, realizado em Recife em abril de 2014. Até a finalização do presente estudo, o evento ainda não havia disponibilizado a publicação dos resumos na Revista Portuguesa de Ciências do Desporto.

<sup>j</sup> Manuscrito foi elaborado sobre a efetividade e manutenção do VAMOS e do programa de exercício sobre os sintomas depressivos. Esse foi submetido em abril de 2014 e está em processo de análise.

inexistência de ATIs e de programas de atividade física realizados nos Centros de Saúde próximos às suas residências. Vale ressaltar que a existência dessa infraestrutura também não atrai a utilização pelos idosos com sintomas depressivos, uma vez que a frequência de uso é baixa entre aqueles que afirmaram ter ATIs ou aparelhos livres perto de casa. Ou seja, a falta de infraestrutura é uma barreira, todavia, conforme foi apontado pelos idosos sintomáticos, a existência não é garantia de utilização. Outros aspectos parecem estar envolvidos, como a falta de disposição ou motivação. (MEURER et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2013)

Nesse contexto, os aspectos ora citados auxiliam o entendimento do que foi observado nos resultados do nível de atividade física de lazer: 40,8% dos idosos da amostra continuaram inativos e 32,3% que eram ativos na primeira onda, tornaram-se inativos no seguimento. Esses resultados contribuíram para a associação obtida entre a variação percentual dos sintomas depressivos e o nível de atividade física de lazer. Permanecer ativo no lazer no seguimento contribuiu para reduzir 8,83% da variação percentual dos escores de sintomas depressivos.

Os resultados encontrados na presente pesquisa assemelham à outras investigações (KU et al., 2012; JULIEN et al., 2013; SMITH et al., 2010; KU et al., 2009). No estudo de seguimento de 11 anos, realizado com idosos de Taiwan, os níveis iniciais de atividade física foram associados negativamente à mudança dos sintomas depressivos (KU et al., 2012). Para essa mesma coorte, considerando somente a atividade física de lazer e o seguimento de sete anos, os idosos que permaneceram inativos tiveram 1,43 mais chance de desenvolver sintomas depressivos quando comparado aos que permaneceram ativos (KU et al., 2009). A pesquisa com idosos canadenses, na subamostra de mulheres, foi detectado que o aumento de 5,5 pontos na GDS associou à diminuição de 21% na frequência de caminhada após um ano de seguimento (JULIEN et al., 2013). A atividade física diária associou ao menor risco de incidência de sintomas depressivos em idosos japoneses proveniente do *Honolulu-Asia Aging Study* (SMITH et al., 2010). No seguimento de oito anos a incidência de sintomas depressivos foi de 13,6% entre aqueles que caminhavam pouco (<0,25 milhas/dia, aproximadamente 402 metros); 7,6% para os intermediários (0,25 a 1,5 milhas/dia) e 8,5% entre aqueles que caminhavam mais de 1,5 milhas/dia (aproximadamente, 2.414 metros). (SMITH, 2010)

A associação obtida no presente estudo remete à importância conferida ao modo de viver ativo como fator de proteção à saúde. (MALTA et al., 2009)

#### **4.3.4 Sugestões para o modelo de atenção à saúde mental dos idosos de Florianópolis**

A realização do estágio de doutorado sanduíche tinha dentre os objetivos, conhecer programas de intervenção para pessoas com diagnóstico de depressão, visando direcionar ações para esse público no Brasil. A experiência do estágio em Portugal oportunizou o conhecimento dos programas extensionistas desenvolvidos pela Faculdade de Desporto da Universidade do Porto e pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, bem como ações desenvolvidas com idosos semi-dependentes em Centros Dia; Instituições Asilares e Centros Comunitários do Porto. Apesar dos idosos com sintomas depressivos elevados (com ou sem diagnóstico clínico de depressão) estar inseridos nesses programas, não foi localizada nenhuma intervenção específica e/ou exclusiva para idosos com diagnóstico clínico de depressão. Foi realizado contato com o grupo de pesquisa sobre saúde mental e envelhecimento da Universidade de Coimbra e com o Instituto de Envelhecimento de Lisboa, os quais não estavam desenvolvendo, naquele momento, intervenção para idosos com depressão. Também foram realizadas visitas na Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso, no Hospital São João na cidade do Porto. Intervenções com atividade física aconteciam somente com adultos esquizofrênicos, numa parceria entre a Faculdade de Desporto e o Hospital.

Em relação aos programas extensionistas e comunitários observados durante esse estágio pode ser constatada similaridade à realidade brasileira. Os programas parecem não conseguir incluir os idosos com depressão moderada e grave. As especulações formuladas referem-se à baixa motivação dos idosos com sintomas depressivos elevados na adesão e permanência nos programas, bem como as características de apatia, falta de interesse e disposição, e limitação funcional que podem ser acentuadas com a gravidade da doença.

Nesse sentido, as sugestões tecidas pautam-se nos resultados obtidos, no referencial teórico e na realidade vivenciada durante a

participação em outras pesquisas realizadas com a população idosa nos Centros de Saúde de Florianópolis.

O suporte social da família e amigos em conjunto com as ações do Sistema de Saúde tornam-se importantes na tentativa de incluir idosos com sintomas depressivos elevados em atividades físicas, sejam elas supervisionadas ou não. A aproximação dos idosos em atividades prazerosas e com significado próprio de contexto local e comunitário (KNUTH et al., 2011), também deve ser considerado.

A recomendação médica foi um dos motivos apontados para adesão à prática de atividade física e a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com o Sistema de Saúde (BRASIL, 2010a). Logo, a rede de atenção à saúde mental na Atenção Básica, que está sendo construída (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS, 2014a), poderá incluir efetivamente a atividade física, articulando as ações que já são desenvolvidas pelos profissionais de Educação Física na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o que está amparado pelos protocolos de Atenção a Saúde Mental e Atenção à Saúde do Idoso. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS, 2014b; PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS, 2014c)

Assim, como sugestões de estratégias a serem adotadas para a articulação da atividade física à rede de atenção à saúde mental de Florianópolis (prevenção, promoção e tratamento), destaca-se:

- desenvolvimento de material didático (*flyers*, cartazes, cartilha) sobre os benefícios da atividade física como estratégia de promoção da saúde<sup>k</sup>, prevenção<sup>l</sup> ou auxiliar no tratamento da depressão

---

<sup>k</sup> O conceito de promoção da saúde adotado neste estudo refere-se ao apresentado na Carta de Ottawa (1986), documento da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, o qual define promoção da saúde como “processo para aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la”. Esta abordagem socioambiental, apesar de estar fundada na ideia de risco epidemiológico, visa os condicionantes gerais da saúde (socioambientais e econômicos), além de condenar estratégias de culpabilização do indivíduo e de prescrição de comportamentos que não considerem os ambientes sociais, econômicos e culturais que o mesmo está inserido (FERREIRA et al., 2011). Considerou-se também o conceito preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual a promoção da saúde é “uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde”. (BRASIL, 2010a, p. 10)

na população idosa de Florianópolis. Com o intuito de difundir e democratizar o conhecimento científico produzido, a universidade poderá ofertar suporte teórico para elaboração desse material em conjunto com a equipe de saúde. Conforme destaca o relatório da Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010c), outro aspecto a destacar refere-se a parceria entre universidade e órgãos que tenham trabalhos voltados à cultura, esporte e lazer visando por meio desses a inclusão social da população assistida pela rede de saúde mental;

- oportunizar atividades de educação em saúde aos idosos, com programas como o VAMOS, que tem por objetivo oferecer conhecimentos e estratégias que auxiliem na adoção de um estilo de vida mais ativo (BENEDETTI et al., 2012b). Acredita-se na relação informação/educação/ação visando transformar a informação em conhecimento e ação para a saúde (BORGES et al., 2014), os quais podem favorecer a emancipação e autonomia aos idosos para suas escolhas;

- nas ações que já são desenvolvidas - como as práticas de ginástica, alongamento, caminhada -, que os idosos possam também receber informações sobre os benefícios da atividade física para a saúde mental, sobre a importância da redução do comportamento sedentário e sobre as possibilidades de movimentar-se nos diferentes contextos da atividade física;

- oportunizar a oferta de práticas diferentes, visando incluir àqueles que não gostam das modalidades tradicionalmente desenvolvidas, como ginástica e caminhada. A ioga, por exemplo, que pode ser realizada nos mesmos espaços que acontecem as aulas de ginástica e não requer investimento em materiais, mostrou-se uma prática efetiva na redução dos sintomas depressivos em idosos institucionalizados ou vivendo na comunidade (WANG et al., 2014). Intervenções de atividades físicas não supervisionadas também contribuem para a melhora dos sintomas depressivos (CONN et al., 2010). Exemplificando, programas de caminhada com aconselhamento telefônico promoveu redução dos sintomas depressivos em pacientes com diabetes (PIETTE et al., 2011) e merecem ser testadas no contexto brasileiro, enquanto estratégia de promoção e prevenção da saúde física e mental. Na presente investigação, essa modalidade foi a mais citada

---

<sup>1</sup> Entende-se que é uma ação antecipada que visa o controle de doenças infecciosas, a redução do risco das doenças crônicas não transmissíveis e de outros agravos à saúde da população. (CZERESNIA, 1999)

entre os idosos sintomáticos e as praças, parques e ruas dos bairros foram os locais mais citados. A prática de caminhada com aconselhamento telefônico via rede de atenção à saúde da SMS ou orientação prévia com os profissionais de Educação Física podem oportunizar mais benefícios para a redução dos sintomas depressivos e para a saúde física.

#### 4.4 LIMITAÇÕES E ASPECTOS POSITIVOS

As limitações da presente tese referem-se a não utilização da ponderação para amostras complexas na segunda onda e a utilização de dados parciais. A coleta de dados em andamento e a modificação dos setores censitários do IBGE (censo de 2010), que difere do adotado para a primeira onda (dados do censo de 2000), impossibilitaram a tomada de decisão para a correção dos pesos dessa amostra parcial. Essa correção será realizada a partir da amostra final do estudo de seguimento para os manuscritos que serão elaborados a partir dessa tese.

A validade interna pode ter sido comprometida pela análise parcial dos dados da segunda onda. Porém, nesse estudo a amostra parcial representava 54% da amostra da segunda onda ( $n=1.564$ ) e a proporção de perdas e recusas (7,1%), momentaneamente, é considerada baixa para um estudo de seguimento (HULLEY et al., 2008). Vale destacar que essa proporção de perdas é parcial, e por isso foi considerada baixa para essa amostra parcial, podendo ser ampliada até o final da coleta de dados da segunda onda.

Para a presente investigação, optou-se pela análise exclusiva do domínio lazer, pela possibilidade desse ser o domínio com maior potencial para interferência profissional. (TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR et al. 2012)

Embora as entrevistas tenham ocorrido de forma aleatória, deve-se considerar que foram entrevistados primeiramente os idosos dos bairros centrais ou de fácil acesso dos entrevistadores, o que pode gerar viés de seleção, em especial pelas diferenças ambientais, econômicas, culturais e sociais entre as regiões continental e ilhéu do município.

Por outro lado, a elevada taxa de resposta na primeira onda contribuiu para a validade interna do estudo e diminuiu a chance de ocorrência de erros sistemáticos, com reprodutibilidade satisfatória (valores de kappa variando de 0,6 a 0,9). A utilização de amostra ampla e representativa do município, na linha de base, permitiu a extrapolação

dos resultados para a população como um todo. A análise do seguimento permitiu o estudo da associação observada na primeira onda entre sintomas depressivos elevados e atividade física de lazer, considerando a variação dessas ao longo do tempo.

Outro aspecto positivo a ser considerado refere-se ao cuidado para evitar viés de informação. Como o desfecho da presente investigação foi obtido por uma escala de autopercepção, foram excluídas as entrevistas respondidas por cuidadores. Além disso, os entrevistadores não tinham conhecimento sobre objetivos e hipóteses da pesquisa, e não tinham vínculo de pesquisa relacionado ao banco de dados do *EpiFloripa Idoso* 2013/2014 .

## 5. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A presente tese, oriunda de um estudo longitudinal, apresenta relevantes informações sobre os sintomas depressivos e atividade física de lazer da população idosa de Florianópolis.

Na primeira onda do *EpiFloripa Idoso*, a prevalência de sintomas depressivos foi de 23,9%. Os fatores de risco associados foram baixa escolaridade, situação econômica pior quando comparada àquela que tinha aos 50 anos, déficit cognitivo, percepção negativa de saúde, dependência funcional e dor crônica. O grupo etário intermediário (70 a 79 anos), atividade física de lazer, participação em grupos de convivência ou religiosos e ter relação sexual mostraram-se fatores protetores ao aparecimento dos sintomas depressivos.

No seguimento, além do aumento significativo de idosos dos grupos etários 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, foi observado aumento significativo entre as prevalências de quedas e déficit cognitivo. Para as variáveis participação em grupos de convivência e relação sexual verificou-se redução estatística significativa entre as duas ondas.

A prevalência de sintomas depressivos na segunda onda foi de 22,8%. A análise do seguimento (parcial) identificou recorrência dos sintomas em 12,7% dos idosos; incidência de 10%; remissão de 9,3% e 68% permaneceu livre de suspeita à depressão. Ao analisar o nível de atividade física de lazer foi detectado que 40,8% dos idosos permaneceram inativos; 32,3% eram ativos e tornaram-se inativos; 6,7% eram inativos e tornaram-se ativos e 20,2% permaneceram ativos no lazer.

Para os idosos sintomáticos, o antidepressivo, a terapia psicológica e a atividade física foram os recursos mais citados para amenizar a sintomatologia; melhorar a saúde e recomendação médica foram os motivos frequentes para a adesão à prática de atividade física, enquanto a limitação física e o cansaço (ou falta de disposição) foram os motivos de desistência mais citados.

A associação encontrada na primeira onda entre atividade física de lazer e sintomas depressivos também foi observada no seguimento. Para os idosos que permaneceram ativos no lazer, a associação indicou redução de 8,83% da variação percentual dos escores de sintomas depressivos, sendo esta associação ajustada por sexo, idade, renda familiar e dependência funcional.

Concluindo, as prevalências obtidas nas duas ondas indica que, aproximadamente, um quarto das amostras apresentava sintomas

depressivos elevados. A alta prevalência de inatividade física no lazer identificada na primeira onda também foi evidenciada no seguimento. Situação clínica adversa, desvantagem socioeconômica, inatividade física no lazer, pouca atividade social e sexual foram fatores associados aos sintomas depressivos. Associação inversa entre sintomatologia e atividade física de lazer foi evidenciada no seguimento, uma vez que os idosos que permaneceram ativos reduziram os sintomas depressivos.

Os resultados obtidos poderão auxiliar e subsidiar as políticas de atenção à saúde mental da população idosa, considerando os fatores modificáveis que se mostraram associados. Além disso, espera-se que o efeito positivo da atividade física de lazer evidenciado na redução da variação percentual dos sintomas depressivos neste estudo longitudinal, possa contribuir para a articulação da atividade física enquanto estratégia alternativa na promoção da saúde, prevenção ou auxiliar no tratamento da depressão da população idosa de Florianópolis.

Sugere-se a realização de outros estudos com essa amostra investigando o comportamento ao longo do tempo dos demais fatores associados aos sintomas depressivos, além da análise da relação dessa sintomatologia com a prática de atividade física no lazer e a percepção do ambiente. Investigação sobre a associação da atividade física de deslocamento aos sintomas depressivos também se torna interessante, assim como estudos sobre a relação dessa sintomatologia e o nível de atividade física total e comportamento sedentário, avaliado pela acelerometria.

Recomenda-se ainda adicionais pesquisas longitudinais sobre essa temática em outras regiões do país, considerando as diferenças culturais. Estudos que avaliem os efeitos de intervenções conduzidas no contexto comunitário sobre os efeitos da atividade física nos sintomas depressivos de idosos, também se tornam importantes.

## 6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.57, n.2B, p. 421-6, 1999.

ALMEIDA, O.P.; PIRKIS, J.; KERSE, N.; SIM, M.; FLICKER, L.; SNOWDON, J. et al. Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. **Journal of Affective Disorders**, v.138, n.3, p.322-331, 2012.

ALVARENGA, M. R. M.; DE CAMPOS OLIVEIRA, M. A.; FACCEANDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.4, p. 497-503, 2012.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, NATIONAL COUNCIL ON THE AGING. **Nutrition screening e intervention resources for healthcare professionals working with older adults**. Nutrition Screening Initiative. Washington: American Dietetic Association; 2002.

Disponível em:

<[http://www.eatright.org/cps/rde/xchg/ada/hs.xsl/nutrition\\_nsi\\_ENU\\_HTML.htm](http://www.eatright.org/cps/rde/xchg/ada/hs.xsl/nutrition_nsi_ENU_HTML.htm)>.

ANTES, D.L. **Quedas e fatores associados em idosos de Florianópolis-SC**: estudo EpiFloripa Idoso 2009. 2011. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-graduação em Educação Física, Florianópolis.

ARAUJO, A.B.; DURANTE, R.; FELDMAN, H.A.; GOLDSTEIN, I.; MCKINLAY, J.B. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. **Psychosomatic Medicine**. v.60, n.4, p.458-465, 1998.

ARGIMON, I. I. D. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, p. 64-72, 2005.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C.M.C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n.4, p.316-20, 2006.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. The alcohol use disorders identification test. **Guidelines for use in primary care**, v.2, p., 2001.

BABYAK, M.; BLUMENTHAL, J. A.; HERMAN, S.; KHATRI, P.; DORAISWAMY, M.; MOORE, K.; CRAIGHEAD, W. E.; BALDEWICZ, T. T.; KRISHNAN, K. R. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. **Psychosomatic medicine**, v.62, n.5, p. 633-638, 2000.

BARCELOS-FERREIRA, R.; IZBICKI, R.; STEFFENS, D. C.; BOTTINO, C. M. C. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: Systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, v.22, n.5, p. 712-726, 2010.

BARCELOS-FERREIRA, R.; LOPES, M. A.; NAKANO, E. Y.; STEFFENS, D. C.; BOTTINO, C. M. C. Clinical and sociodemographic factors in a sample of older subjects experiencing depressive symptoms. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.27, n.9, p. 924-930, 2012.

BARCELOS-FERREIRA, R.; PINTO JR, J. A.; NAKANO, E. Y.; STEFFENS, D. C.; LITVOC, J.; BOTTINO, C. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v.17, n.7, p. 582-590, 2009.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.6, p. 1137-1143, 2010.

BELTRÃO, K. I.; TEIXEIRA, M. D. P.; PARAHYBA, M. I. C. A.; FLETCHER, P. **Capacidade funcional dos idosos : uma análise dos suplementos saúde da PNAD com a teoria de resposta ao item** Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 132 p. (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas , ISSN 1518-675X ; n. 45).

BENEDETTI, T. R. B. **Atividade física: uma perspectiva de promoção da saúde do idoso no município de Florianópolis.** 2004. 220 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis.

BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Physical activity and mental health status among elderly people. **Atividade física e estado de saúde mental de idosos**, v.42, n.2, p. 302-307, 2008.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v.17, n.8, p. 2087-2093, 2012a.

BENEDETTI, T. R. B.; Schwingel, A.; GOMEZ, L.S.R.; CHODZKO-ZAJKO, W. **Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados.** Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano; v.14, n.6, p.723-737, 2012b.

BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, P. A clínica da depressão: questões atuais. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v.3, n.2, p. 9-25, 2000.

BLAY, S. L.; ANDREOLI, S. B.; FILLENBAUM, G. G.; GASTAL, F. L. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v.15, n.9, p. 790-799, 2007.

BLUMENTHAL, J. A.; BABYAK, M. A.; DORAISWAMY, P. M.; WATKINS, L.; HOFFMAN, B. M.; BARBOUR, K. A.; HERMAN, S.; CRAIGHEAD, W. E.; BROSSE, A. L.; WAUGH, R. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. **Psychosomatic medicine**, v.69, n.7, p. 587-596, 2007.

BLUMENTHAL, J. A.; BABYAK, M. A.; MOORE, K. A.; CRAIGHEAD, W. E.; HERMAN, S.; KHATRI, P.; WAUGH, R.;

NAPOLITANO, M. A.; FORMAN, L. M.; APPELBAUM, M. Effects of exercise training on older patients with major depression. **Archives of Internal Medicine**, v.159, n.19, p. 2349, 1999.

BORGES, L. J. **Influência de um programa de exercício físico na saúde mental e na aptidão funcional de idosos usuários dos Centros de Saúde de Florianópolis**. 2009. 181 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, n.4, p. 273-9, 2007.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v.45, n.2, p. 72-78, 2010.

BORGES, L.J.; GUIDARINI, F.; GERAGE, A.M.; SCHERER, F.C.; MEURER, S.T.; BORGES, R.A.; BENEDETTI, T. R. B. Pedômetros: estratégia de promoção da atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, n.17, v.1, 211-13, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN** na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica**. 256 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.7).

BRASIL.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E.

Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial.

Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010c, 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 148 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. vol.32. 134 p. 2012. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 17 de novembro de 2013. **Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 176 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRENES, G.A. et al. Treatment of minor depression in older adults: A pilot study comparing sertraline and exercise. **Aging Mental Health**, v.11, n.1, p.61-68, 2007.

- BRIDLE, C.; SPANJERS, K.; PATEL, S.; ATHERTON, N. M.; LAMB, S. E. Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **The British Journal of Psychiatry**, v.201, n.3, p. 180-185, 2012.
- BRITO, T. A.; FERNANDES, M. H.; COQUEIRO, R. D. S.; JESUS, C. S. D. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.22, p. 43-51, 2013.
- BRUCKI, S. M.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.61, n.3B, p. 777-81, 2003.
- CARDOSO, A. S. A.; BORGES, L. J.; MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. B.; KUHNEN, A. P. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. **Movimento (ESEF/UFRGS)**, v.14, n.1, p. 225-239, 2008.
- CASSOU, A. C.; FERMINO, R. C.; SANTOS, M. S.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; REIS, R. S. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. **Revista da Educação Física/UEM**, v.19, n.3, p. 353-360, 2008.
- CASTRO-COSTA, É.; LIMA-COSTA, M. F.; CARVALHAIS, S.; FIRMO, J. O.; UCHOA, E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in community-dwelling older adults (The Bambuí Health Aging Study). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.30, n.2, p. 104-109, 2008.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p. 1943-1954, 2012.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C.S.; DO NASCIMENTO MANGAS, R. M. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p. 2985-2994, 2013.
- CERRI, A. D. S.; SIMÕES, R. Hidroginástica e Idosos: por que eles praticam? **Movimento (ESEF/UFRGS)**, v.13, n.1, p. 81-92, 2007.

CHALDER, M.; WILES, N. J.; CAMPBELL, J.; HOLLINGHURST, S. P.; HAASE, A. M.; TAYLOR, A. H.; FOX, K. R.; COSTELLOE, C.; SEARLE, A.; BAXTER, H. Facilitated physical activity as a treatment for depressed adults: randomised controlled trial. **BMJ: British Medical Journal**, v.344, p., 2012.

CHANG, M.; PHILLIPS, C.; COPPIN, A. K.; VAN DER LINDEN, M.; FERRUCCI, L.; FRIED, L.; GURALNIK, J. M. An association between incident disability and depressive symptoms over 3 years of follow-up among older women: The Women's Health and Aging Study. **Aging Clinical and Experimental Research**, v.21, n.2, p. 191-197, 2009.

CHEW-GRAHAM, C.; KOVANDŽIĆ, M.; GASK, L.; BURROUGHS, H.; CLARKE, P.; SANDERSON, H.; DOWRICK, C. Why may older people with depression not present to primary care? Messages from secondary analysis of qualitative data. **Health and Social Care in the Community**, v.20, n.1, p. 52-60, 2012.

CONN, V. S. Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. **Annals of behavioral Medicine**, v.39, n.2, p. 128-138, 2010.

CORSEUIL, M. W. **Atividade física no lazer e percepção do ambiente em idosos: estudo de base populacional em Florianópolis/SC - EpiFloripa Idoso 2009**. 2010. 157 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis.

CORSEUIL, M. W.; SCHNEIDER, I. J. C.; SILVA, D. A. S.; COSTA, F. F.; SILVA, K. S.; BORGES, L. J.; D'ORSI, E. Perception of environmental obstacles to commuting physical activity in Brazilian elderly. **Preventive Medicine**, v.53, n.4, p. 289-292, 2011.

CRUZ, D.K.A.; MALTA, D.C. **Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional**. In: Benedetti, T.R.B. et al.(org). A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde. Florianópolis: Postmix. p.23-50, 2014.

CRUZ, D. T. D.; RIBEIRO, L. C.; VIEIRA, M. D. T.; TEIXEIRA, M. T. B.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.46, p. 138-146, 2012.

CUNHA, G.S.; RIBEIRO, J.L.; OLIVEIRA, A.R. Níveis de beta-endorfina em resposta ao exercício e no sobretreinamento. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v.52, n.4, p.589-598, 2008.

CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DEL DUCA, G. F. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.2, p. 346-54, 2012.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4, p.701-709, 1999.

DEL DUCA, G. F.; ANTES, D. L.; HALLAL, P. C. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, p. 68-76, 2013.

DESLANDES, A.; MORAES, H.; ALVES, H.; POMPEU, F.; SILVEIRA, H.; MOUTA, R.; ARCOVERDE, C.; RIBEIRO, P.; CAGY, M.; PIEDADE, R. Effect of aerobic training on EEG alpha asymmetry and depressive symptoms in the elderly: a 1-year follow-up study. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.43, n.6, p. 585-592, 2010.

DESLANDES, A.; MORAES, H.; FERREIRA, C.; VEIGA, H.; SILVEIRA, H.; MOUTA, R.; POMPEU, F. A.; LAKS, J. Exercise and mental health: many reasons to move. **Neuropsychobiology**, v.59, n.4, p. 191-198, 2009.

DESLANDES, A. C. Exercício físico na prevenção e no tratamento das doenças mentais mais prevalentes no idoso (Depressão, Alzheimer e Parkinson). In: JÚNIOR, E. D. D. A. (Ed.). **Envelhecimento e Vida Saudável**. Rio de Janeiro, 2009, cap.8, p. 141-159.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. rev. Trad. Claudia Dornelles. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008.

DJERNES, J. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.113, n.5, p. 372-387, 2006.

DOMINGUES, P.C. **Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças e auto-relatadas em idosos da comunidade**. 2008. 108 f. Dissertação ( Mestrado ) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

DOMINGUES, P.C.; NERI, A.L. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.14, n.3, 2009

EIRAS, S. B.; DA SILVA, W. H. A.; DE SOUZA, D. L.; VENDRUSCOLO, R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.31, n.2, p., 2010.

ELAVSKY, S.; GOLD, C.; ROVINE, M.; MALMBERG, B. Behavioral correlates of depressive symptoms in older unlike-sex twin pairs. **Aging Clinical and Experimental Research**, v.25, n.3, p. 257-264, 2013.

FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D.; CARDOSO, M.H.C.A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl. 1, p.865-872, 2011.

FERREIRA, P. C. D. S.; TAVARES, D. M. D. S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p. 401-407, 2013.

FERRETTI, F.; LUNARDI, D.; BRUSCHI, L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. **Fisioterapia em Movimento**, v.26, p. 753-762, 2013.

FILLENBAUM, G.G. **The wellbeing of the elderly**: approaches to multidimensional assessment. Geneva: WHO; 1984. p. 24-30

FRAZER, C. J.; CHRISTENSEN, H.; GRIFFITHS, K. M. Effectiveness of treatments for depression in older people. **Medical Journal of Australia**, v.182, n.12, p. 627-32, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GAMA, Z. A. D. S.; GÓMEZ-CONESA, A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v.42, p. 946-956, 2008.

GAZALLE, F. K.; LIMA, M. D.; TAVARES, B. F.; HALLAL, P. C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p. 365-71, 2004.

GIEHL, M. W. C.; SCHNEIDER, I. J. C.; CORSEUIL, H. X.; BENEDETTI, T. R. B.; D'ORSI, E. Physical activity and environment perception among older adults: a population study in Florianópolis, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.3, p. 516-525, 2012.

GIULI, C.; PAPA, R.; MOCCHEGIANI, E.; MARCELLINI, F. Predictors of participation in physical activity for community-dwelling elderly Italians. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.54, n.1, p. 50-54, 2012.

GOMES, C. D. S.; MACIEL, Á. C. C.; FREIRE, A. D. N. F.; MOREIRA, M. D. A.; RIBEIRO, M. D. O.; GUERRA, R. O. Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in northeastern Brazil. **Archives of gerontology and geriatrics**, v.58, n.2, p. 214-218, 2014.

GOMES, K. V.; ZAZÁ, D. C. Motivos de adesão a prática de atividade física em idosas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.14, n.2, p. 132-138, 2009.

GUIMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.9, n.4, p. 481-492, 2006.

HOFFMANN, E. J.; RIBEIRO, F.; FARNESE, J. M.; LIMA, E. W. B. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.3, p. 190-7, 2010.

HULLEY, S.B., CUMMINGS, S.R., BROWNER, W.S. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para o TCU**. Estimativas da população para 1º de julho de 2009, segundo os municípios. Brasília; 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/PO2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/PO2009_DOU.pdf)>. Acesso em: 8 ago 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira - 2010. Rio de Janeiro; 2010. [citado 2010 ago 8]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf)

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Revista de Psiquiatria**, v.29, n.1, p. 19-27, 2007.

JACOB, K. Depression: a major public health problem in need of a multi-sectoral response. **The Indian journal of medical research**, v.136, n.4, p. 537, 2012.

JOSEFSSON, T.; LINDWALL, M.; ARCHER, T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic

review. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, v.24, n.2, p. 259-272, 2014.

JULIEN, D.; GAUVIN, L.; RICHARD, L.; KESTENS, Y.; PAYETTE, H. Longitudinal associations between walking frequency and depressive symptoms in older adults: Results from the voisinuage study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.61, n.12, //, p. 2072-2078, 2013.

KANEKO, Y.; MOTOHASHI, Y.; SASAKI, H.; YAMAJI, M. Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural Japanese community: a cross-sectional study. **Community Mental Health Journal**, v.43, n.6, p. 583-590, 2007.

KNUTH, A. G.; MALTA, D. C.; DUMITH, S. C.; PEREIRA, C. A.; NETO, O. L. M.; TEMPORÃO, J. G.; PENNA, G.; HALLAL, P. C. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)–2008 . **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p. 3697-3705, 2011.

KORNILOFF, K.; HÄKKINEN, A.; KOPONEN, H. J.; KAUTIAINEN, H.; JÄRVENPÄÄ, S.; PELTONEN, M.; MÄNTYSELKÄ, P.; KAMPMAN, O.; OKSA, H.; VANHALA, M. Relationships between depressive symptoms and self-reported unintentional injuries: the cross-sectional population-based FIN-D2D survey. **BMC Public Health**, v.12, n.1, p. 516, 2012.

KORNILOFF, K.; HÄKKINEN, A.; KOPONEN, H. J.; KAUTIAINEN, H.; JÄRVENPÄÄ, S.; PELTONEN, M.; MÄNTYSELKÄ, P.; KAMPMAN, O.; OKSA, H.; VANHALA, M. Relationships between depressive symptoms and self-reported unintentional injuries: the cross-sectional population-based FIN-D2D survey. **BMC Public Health**, v.12, n.1, p. 516, 2012.

KROGH; JESPER; NORDENTOFT; MERETE; STERNE; C., J. A.; LAWLOR; A., D. **The Effect of Exercise in Clinically Depressed Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials**. Memphis, TN, ETATS-UNIS: Physicians Postgraduate Press, v.72, 2011. 10 p.

KU, P.W.; FOX, K. R.; CHEN, L.J. Physical activity and depressive symptoms in Taiwanese older adults: a seven-year follow-up study. **Preventive Medicine**, v.48, n.3, p. 250-255, 2009.

KU, P. W.; FOX, K. R.; CHEN, L. J.; CHOU, P. Physical activity and depressive symptoms in older adults: 11-year follow-up. **American Journal of Preventive Medicine**, v.42, n.4, p. 355-362, 2012.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo; Health, well-being and aging: the SABE study in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.2, p. 127-141, 2005.

LEE, C. T.; YEH, C. J.; LEE, M. C.; LIN, H. S.; CHEN, V. C. H.; HSIEH, M. H.; YEN, C. H.; LAI, T. J. Leisure activity, mobility limitation and stress as modifiable risk factors for depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.54, n.2, p.e221-e229, 2012.

LEE, H.; LEE, J. A.; BRAR, J. S.; RUSH, E. B.; JOLLEY, C. J. Physical activity and depressive symptoms in older adults. **Geriatric Nursing**, v.35, n.1, p. 37-41, 2014.

LEITE, A. A.; COSTA, A. J. G.; LIMA, B.; PADILHA, A. V. L.; ALBUQUERQUE, E.; MARQUES, C. D. L. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.51, n.2, p. 118-23, 2011.

LIMA, M. T.; DE SOUZA, R.; SILVA, L. R. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.58, n.1, p. 1-7, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. D.; MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.10, p. 2467-2478, 2007.

LIMA-COSTA, M. F. F.; UCHOA, E.; GUERRA, H. L.; FIRMO, J. O.; VIDIGAL, P. G.; BARRETO, S. M. The Bambuí health and ageing

study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.34, p. 126-135, 2000.

LOPES, M. A. **Pessoas longevas e atividade física**: fatores que influenciam a prática. 2012. 246 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis.

LOPES, M.A.; BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.60, n.1, p.61-69, 2002.

LOPRINZI, P. D. Objectively measured light and moderate-to-vigorous physical activity is associated with lower depression levels among older US adults. **Aging and Mental Health**, v.17, n.7, p. 801-805, 2013.

MACIEL, A.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.1, p. 26-33, 2006.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. D.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D.; MORAIS NETO, O.; TEMPORÃO, J. G. A Política Nacional de Promoção da Saúde ea agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.18, n.1, p. 79-86, 2009.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, p. 1639-1648, 2006.

MATHER, A. S.; RODRIGUEZ, C.; GUTHRIE, M. F.; MCHARG, A. M.; REID, I. C.; MCMURDO, M. E. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder Randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, v.180, n.5, p. 411-415, 2002.

MELO, B.; MORAES, H. S.; SILVEIRA, H.; OLIVEIRA, N.; DESLANDES, A. C.; LAKS, J. Efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.19, n.2, p. 205-214, 2014.

MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.16, n.1, p. 18-24, 2011.

MEURER, S. T.; BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS, MOTIVAÇÃO E AUTOESTIMA DE IDOSOS PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.34, n.3, p., 2012.

MEURER, S. T.; BORGES, L. J.; GERAGE, A.M.; BORGES, R.A.; BENEDETTI, T. R. B. **Comparação da efetividade de um programa de mudança de comportamento e de um programa de exercício físico tradicional sobre os sintomas depressivos em idosos.** CONBIPE. Anais do XV Congresso Brasileiro e VIII Congresso Internacional de Psicologia do Esporte e do Exercício. p.92. 2013.

MINAYO, M. C. D. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.4, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. Antecipação do fim: suicídio de idosos no Brasil. Editorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.1940, 2012.

MINGHELLI, B.; TOM, B.; NUNES, C.; NEVES, A.; SIMÕES, C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.40, n.2, p. 71-76, 2013.

MORAES, H.; DESLANDES, A.; FERREIRA, C.; POMPEU, F.; RIBEIRO, P.; LAKS, J. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.29, n.1, p. 70-9, 2007.

MORAES, K. M.; VASCONCELOS, D. P. E.; SILVA, A. S. R. D.; SILVA, R. C. C. D.; SANTIAGO, L. M. M.; FREITAS, C. A. S. L. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, p. 787-798, 2011.

MOTL, R.W. et al. Depressive symptoms among older adults: long-term reduction after physical activity intervention. **Journal of Behavioral Medicine**, n.28, v.4, p.385-394, 2005.

MURA, G.; CARTA, M. G. Physical Activity in Depressed Elderly. A Systematic Review. **Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH**, v.9, p. 125, 2013.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. **The Lancet**, v.349, n.9061, p.1269-1276, 1997.

NASCIMENTO, C. M. C.; AYAN, C.; CANCELA, J. M.; PEREIRA, J. R.; ANDRADE, L. P. D.; GARUFFI, M.; GOBBI, S.; STELLA, F. Physical exercises, functional capacity and depressive symptoms in Brazilian elderly. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.15, n.4, p. 486-497, 2013.

NELSON, M. E.; REJESKI, W. J.; BLAIR, S. N.; DUNCAN, P. W.; JUDGE, J. O.; KING, A. C.; MACERA, C. A.; CASTANEDA-SCEPPA, C. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v.116, n.9, p. 1094, 2007.

OLIVEIRA, A.C.B. **Estudo comparativo dos efeitos da atividade física com os da terapêutica medicamentosa em idosos com depressão maior**. 2005. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, D.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4, p. 734-746, 2006.

OLIVEIRA, M. F. D.; BEZERRA, V. P.; SILVA, A. O.; ALVES, M. D. S. C. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; CALDAS, C. P. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p. 2191-2198, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **World Mental Health Day. Depression**. Disponível em: <[http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_mental\\_health\\_day/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_mental_health_day/en/index.html)>. Acesso em: 10 out 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)>. Acesso em: 01 nov 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Relatório mundial da saúde. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. 2002.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.6, p. 918-923, 2005.

PENNINX, B.W.J.H. et al. Exercise and Depressive Symptoms: A Comparison of Aerobic and Resistance Exercise Effects on Emotional and Physical Function in Older Persons With High and Low Depressive Symptomatology. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v.57, n.2, p.124-132, 2002.

PEREIRA, J. R. P.; OKUMA, S. S. O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v.23, p. 319-334, 2009.

PERRACINI, M. R.; TEIXEIRA, L. F.; RAMOS, J. L. A.; PIRES, R. S.; NAJAS, M. S. Fall-related factors among less and more active older

outpatients. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v.16, p. 166-172, 2012.

PIETTE, J. D.; RICHARDSON, C.; HIMLE, J.; DUFFY, S.; TORRES, T.; VOGEL, M.; BARBER, K.; VALENSTEIN, M. A randomized trial of telephone counseling plus walking for depressed diabetes patients. **Medical Care**, v.49, n.7, p. 641, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Saúde Mental: uma Rede sendo tecida**.

2014a. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+mental&menu=6>>. Acesso em: 19 jan 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Saúde Mental: uma Rede sendo tecida**.

**Protocolo de Atenção em Saúde Mental**. 2014b. Disponível em:

<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf)>. Acesso em: 19 jan 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Capital Idoso. Protocolo de Atenção em Saúde do Idoso**.

2014c. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+idoso&menu=6>>. Acesso em: 19 jan 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas de desenvolvimento humano no Brasil (PNUD). Brasília (DF): 2003. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.aspx?indiceAccordion=1&li=1i\\_Atlas2003](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.aspx?indiceAccordion=1&li=1i_Atlas2003)>. Acesso em: 9 ago 2010 ago

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo  
Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 793-798, 2003.

- REICHERT, C. L.; DIOGO, C. L.; VIEIRA, J. L.; DALACORTE, R. R. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.33, n.2, p. 165-170, 2011.
- REICHERT, F. F.; BARROS, A. J.; DOMINGUES, M. R.; HALLAL, P. C. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American journal of public health**, v.97, n.3, p. 515, 2007.
- REZENDE, C. D. P.; GAEDE-CARRILLO, M. R. G.; SEBASTIÃO, E. C. D. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, p. 2223-2235, 2012.
- ROBERTSON, R.; ROBERTSON, A.; JEPSON, R.; MAXWELL, M. Walking for depression or depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. **Mental Health and Physical Activity**, v.5, n.1, p. 66-75, 2012.
- ROMBALDI, A. J.; SILVA, M. C. D.; GAZALLE, F. K.; AZEVEDO, M. R.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional; Prevalence of depressive symptoms and associated factors among southern Brazilian adults: cross-sectional population-based study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.4, p. 620-629, 2010.
- ROSA, T. E. D. C.; BENÍCIO, M. H. D. A.; LATORRE, M. D. R. D. D.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p. 40-48, 2003.
- ROSQVIST, E.; HEIKKINEN, E.; LYYRA, T. M.; HIRVENSALO, M.; KALLINEN, M.; LEINONEN, R.; RASINAHO, M.; PAKKALA, I.; RANTANEN, T. Factors affecting the increased risk of physical inactivity among older people with depressive symptoms. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, v.19, n.3, p. 398-405, 2009.

ROSQVIST, E.; HEIKKINEN, E.; LYYRA, T. M.; HIRVENSALO, M.; KALLINEN, M.; LEINONEN, R.; RASINAHO, M.; PAKKALA, I.; RANTANEN, T. Factors affecting the increased risk of physical inactivity among older people with depressive symptoms. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, v.19, n.3, p. 398-405, 2009.

SANTOS, K. T.; FERNANDES, M. H.; REIS, L. A.; COQUEIRO, R. S.; ROCHA, S. V. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.16, n.4, p. 295-300, 2012.

SARRÓ-MALUQUER, M.; FERRER-FELIU, A.; RANDO-MATOS, Y.; FORMIGA, F.; ROJAS-FARRERAS, S. Depression in the elderly: Prevalence and associated factors. **Semergen**, v.39, n.7, p. 354-360, 2013.

SASS, A.; GRAVENA, A. A. F.; PILGER, C.; MATHIAS, T.; MARCON, S. S. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta paul. enferm**, v.25, n.1, p. 80-85, 2012.

SCHUCH, F.; VASCONCELOS-MORENO, M.; BOROWSKY, C.; FLECK, M. Exercise and severe depression: preliminary results of an add-on study. **Journal of Affective Disorders**, v.133, n.3, p. 615-618, 2011.

SILVA, R.M.O. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. **Acta Fisiatrica**, v.10, n.3, p.107-112, 2003.

SILVA, R. J. D. S.; MENEZES, A. S.; TRIBESS, S.; RÓMO-PEREZ, V.; JÚNIOR, J. S. V. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.1, p. 49-62, 2012.

SILVA, S.A.da. **Depressão e incapacidade funcional em idosos: um estudo de base populacional**. 2013. 164 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, São Paulo.

SILVEIRA, H.; MORAES, H.; OLIVEIRA, N.; COUTINHO, E. S. F.; LAKS, J.; DESLANDES, A. Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. **Neuropsychobiology**, v.67, n.2, p. 61-68, 2013.

SINGH, N.A. et al. A randomized controlled trial of high versus general practitioner care for clinical depression in older adults. **Journals of Gerontology Series A: Psychological Sciences and Social Sciences**, v.60A, n.6, p.768-776, 2005.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; VIEIRA, V.; HALLAL, P. C. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.41, p. 749-756, 2007.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S. D.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVA, S. M.; DILÉLIO, A. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, p. 1819-1826, 2011.

SMITH, T. L.; MASAKI, K. H.; FONG, K.; ABBOTT, R. D.; ROSS, G. W.; PETROVITCH, H.; BLANCHETTE, P. L.; WHITE, L. R. Effect of Walking Distance on 8-Year Incident Depressive Symptoms in Elderly Men with and without Chronic Disease: The Honolulu-Asia Aging Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.58, n.8, p. 1447-1452, 2010.

SNOWDON, J. How high is the prevalence of depression in old age? **Revista brasileira de Psiquiatria**, v.24, p. 42-47, 2002.

SOUSA, R. L. D.; MEDEIROS, J. G. M. D.; MOURA, A. C. L. D.; SOUZA, C.; MOREIRA, I. F. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, n.2, p. 102-7, 2007.

SOUZA, D. L. D.; VENDRUSCULO, R. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto "Sem Fronteiras".

**Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v.24, p. 95-105, 2010.

STAFFORD, M.; MCMUNN, A.; ZANINOTTO, P.; NAZROO, J. Positive and negative exchanges in social relationships as predictors of depression: Evidence from the English longitudinal study of aging. **Journal of Aging and Health**, v.23, n.4, p. 607-628, 2011.

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D. I.; COSTA, J. L. R. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, v.8, n.3, p. 91-98, 2002.

STOPPE JÚNIOR, A. Depressão. In: JACOB FILHO, W. (org). **Terapêutica do Idoso. Manual da Liga do Gamia**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 2003. p.63-74.

STRAWBRIDGE, W.J., DELEGER, S., ROBERTS, R.E., KAPLAN, G.A. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. **American Journal Epidemiology**, n.156, v.4, p.328-34, 2002.

SUASSUNA, P. D.; VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. A.; CALDAS, C. P. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.643-650, 2012.

SUIJA, K.; PECHTER, Ü.; KALDA, R.; TÄHEPÖLD, H.; MAAROOS, J.; MAAROOS, H.-I. Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice. **International Journal of Rehabilitation Research**, v.32, n.2, p. 132-138, 2009.

TENG, C. T.; HUMES, E. D. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.32, n.3, p. 149-59, 2005.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; OLIVEIRA, R. J. D. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.58, n.3, p. 341-347, 2012.

TWISK, J.W.R. **Applied longitudinal data analysis for epidemiology: a practical guide.** 2003. Cambridge University Press.

VAN GOOL, C. H.; KEMPEN, G. I. J. M.; PENNINX, B. W. J. H.; DEEG, D. J. H.; BEEKMAN, A. T. F.; VAN EIJK, J. T. M. Impact of depression on disablement in late middle aged and older persons: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Social Science and Medicine**, v.60, n.1, p. 25-36, 2005.

WANG, F.; DESMEULES, M.; LUO, W.; DAI, S.; LAGACE, C.; MORRISON, H. Leisure-Time Physical Activity and Marital Status in Relation to Depression Between Men and Women: A Prospective Study. **Health Psychology**, v.30, n.2, p. 204-211, 2011.

WANG, Y. Y.; CHANG, H. Y.; LIN, C. Y. Systematic review of yoga for depression and quality of sleep in the elderly. **Journal of Nursing**, v.61, n.1, p. 85-92, 2014.

WASSINK-VOSSEN, S.; COLLARD, R. M.; OUDE VOSHAAR, R. C.; COMIJS, H. C.; DE VOCHT, H. M.; NAARDING, P. Physical (in)activity and depression in older people. **Journal of Affective Disorders**, v.161, p. 65-72, 2014.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**CARTA ENVIADA AOS IDOSOS**



**Universidade  
Federal de Santa  
Catarina**



Prezado (a) Senhor (a),

Estamos entrando em contato porque em 2009/2010 o senhor (a) participou da pesquisa *EpiFloripa*, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), da qual somos responsáveis.

Na ocasião, fizemos-lhe uma visita, aferimos sua pressão arterial, verificamos seu peso, altura e fizemos algumas perguntas. Gostaríamos de agradecer a sua participação na nossa pesquisa. Ela foi muito importante e nos ajudou a avaliar o perfil de saúde da população idosa de Florianópolis. Os resultados da pesquisa estão disponíveis no site [www.epifloripa.ufsc.br](http://www.epifloripa.ufsc.br)

Estamos lhe escrevendo, pois gostaríamos de saber como o senhor (a) está. Para isso faremos uma nova visita nos próximos meses! Gostaríamos que, se possível, o senhor (a) entrasse em contato conosco para atualizarmos os seus números de telefone e endereço.

Nossos contatos são:

Telefones: 3721-9388 ramal 206 (das 14:00 às 17:00 horas).  
32386844      91343699      88522338

Site: [www.epifloripa.ufsc.br](http://www.epifloripa.ufsc.br)

E-mail: [epifloripaidoso@gmail.com](mailto:epifloripaidoso@gmail.com)

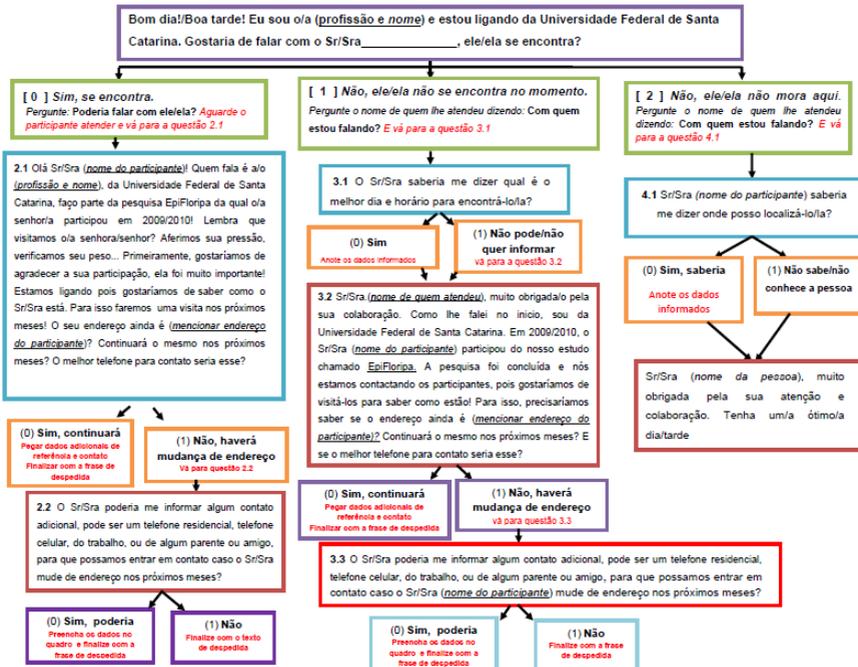
Mais uma vez muito obrigada!

---

Professora Dra. Eleonora d'Orsi  
Coordenadora do Projeto

## APÊNDICE B

### ROTEIRO LIGAÇÕES – *EpiFloripa Idoso* 2013/2014



**Frase de despedida:** Sr/Sra (nome do participante/nome atendeu telefone), gostaria de agradecer-lhe (a) pela sua atenção! Vou lhe deixar o contato da nossa pesquisa, caso o Sr/Sra queira se comunicar conosco, esclarecer alguma dúvida ou se pretende mudar de endereço pode nos informar mediante estes contatos. Gostaria de anotar? O nosso site é [www.epifloripa.ufsc.br](http://www.epifloripa.ufsc.br). O telefone de contato é o (48) 3721-9388, ramal 206. Nesse telefone, poderá falar com a Prof. Eleonora D'Orsi, coordenadora da pesquisa. E o nosso e-mail é: [epifloripaidoso@gmail.com](mailto:epifloripaidoso@gmail.com). Mais uma vez muito obrigada, tenha um excelente dia!

**APÊNDICE C**  
**QUESTIONÁRIO**  
***EpiFloripa Idoso 2013/2014***

Início da entrevista:    h    min	
<p>Meu nome é &lt;...&gt;. Sou entrevistador(a) da UFSC e conforme combinamos com o(a) Sr.(a) estou aqui para realizarmos a entrevista da mesma pesquisa que o(a) Sr.(a) participou em 2009/2010, sobre a saúde dos idosos de Florianópolis. Sua participação é muito importante, pois poderemos verificar como está a saúde das pessoas com 60 anos ou mais da cidade de Florianópolis. Se o(a) entrevistado(a) tiver que marcar para outro dia, anotar na planilha de campo Dia e Hora da entrevista agendada. Caso você tenha chegado a casa no horário combinado e não encontrar ninguém, deixe um bilhete informando que esteve no local e que entrará em contato para remarcar. Caso o(a) entrevistado(a) tenha concordado ou tenha ficado na dúvida continue: Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde e também tomar algumas medidas como, por exemplo, sua altura e peso. Este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações dadas pelo(a) Sr.(a) não serão divulgadas nem as respostas que o(a) Sr.(a) nos der. Peço que durante esta entrevista o(a) Sr.(a) não tome café, chimarrão, chá ou qualquer outro alimento que possa influenciar na sua pressão arterial, pois iremos verificá-la. Desde já agradeço a sua disponibilidade. Está o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual o(a) Sr.(a) concorda em participar da pesquisa, fique a vontade para fazer a leitura e, se assim desejar, assinar. Uma cópia ficará com o(a) Sr.(a).</p>	
<b>BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO</b>	<i>Etiqueta de identificação</i>
<b>ESTE BLOCO DEVERÁ ESTAR PREENCHIDO ANTES DA ENTREVISTA.</b>	
Setor censitário IBGE: _____	SETOR_CENS
Número do questionário: _____	ID
Nome DO ENTREVISTADOR: _____	NOME
NOME DA MÃE: _____	NOMEMAE
Data de nascimento: dia [ ] mês [ ] ano [ ]	DATANASC
Local de nascimento: Cidade: _____ Estado: _____ País: _____	LOCALNASC
Nome do entrevistador: _____	ESTANASC
Endereço completo: _____	PAISNASC
Logradouro: _____ Nome: _____	ENTREVISTADOR
Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____	ENDERECO
CEP: _____	BAIRRO
Telefone residencial (fixo) _____	CEP
Celular do entrevistado _____	TEL
Telefone trabalho _____	CEL
Celular de outro membro da família: _____ (nome: _____)	OUTRO_TEL
Telefone de um parente/amigo próximo _____ (nome: _____)	OUTRO_TEL
Ponto de referência do domicílio _____	NOME
	OUTRO_CEL
	NOME
	REFDOMICILIO
Data da entrevista (1ª visita): ____/____/____	DATAENTREV1
Data da entrevista (2ª visita): ____/____/____	DATAENTREV2
<b>BLOCO GERAL</b>	
As questões a seguir são para o(a) entrevistador(a) somente anotar as respostas, sem perguntar ao entrevistado.	
<b>1. Quem responde:</b> (1) Idoso (2) Informante	RESP_
<b>2. Sexo do(a) idoso(a):</b> (1) Masculino – Pule e marque 8888 nas questões 353 a 356 (2) Feminino	SEXO_
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O(A) SENHOR(A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA.</b> [AS QUESTÕES 7 E 28 PODERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A). AS DEMAIS PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]	
<b>3. Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?</b> (Marcar os anos completos) Idade        (9999) Não sabe ou não quer informar	IDADE_ _ _
<b>4. Neste momento o(a) Sr.(a) está?</b> (1) Casado(a) com companheiro(a) – Pule para a questão 7 e marque 8888 nas questões 5 e 6 (2) Solteiro(a) (3) Divorciado(a)/separado(a) (4) Viúvo(a) (9999) Não sabe ou não quer informar	ESTADOCIVIL01_
<b>5. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) teve marido/esposa, noivo(a), namorado(a), ou qualquer tipo de relacionamento amoroso?</b> (0) Não – Pule para a questão 7 e marque 8888 na questão; Não realize a segunda parte do bloco de violência, marque 8888 nas questões 621 a 654. (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 7 e marque 8888 na questão 6; Não realize a segunda parte do bloco de violência, marque 8888 nas questões 621 a 654.	ESTADOCIVIL02_
<b>6. Algum destes relacionamentos darou um rão ou mais?</b> (0) Não - Não realize a segunda parte do bloco de violência, marque 8888 nas questões 621 a 654 (1) Sim (8888) Não se aplica	ESTADOCIVIL03_

(9999) Não sabe ou não quer informar - Não realiza a segunda parte do bloco de violência, marque 8888 nas questões 621 a 654						
7. O(a) Sr.(a) considera que sua cor da pele, raça ou etnia é: (1) Branca (2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						RACA_
8. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não - Marque opção (0) Resposta errada nas questões 91 e 92 (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar						ALFABETIZADO_
9. O(a) Sr.(a) estuda na escola? (0) Não - Pule para questão 11, marque 8888 na questão 10 (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar- Pule para a questão 11, marque 8888 na questão 10						ESTUDO_
10. Quantos anos o(a) Sr.(a) estudou? (Marcar os anos completos) Anos [ ] (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						ANOSESTUDO_
11. Cuidador é uma pessoa que fica lhe ajudando nas suas atividades diárias, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se ou ajudar a tomar seus remédios. O(a) Sr.(a) tem cuidador? (0) Não - Pule para a questão 13, marque 8888 na questão 12 (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar- Pule para a questão 13, marque 8888 na questão 12						CUIDADOR_
12. Quem é seu cuidador principal? (1) Esposo(a)/companheiro(a) (2) Filho(a)/Neto(a) (3) Cuidador formal (pessoa contratada para cuidar do idoso) (4) Outros (5) Sem cuidador fixo (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						PRINCIPALCUIDA_
O(a) Sr.(a) mora?						
13. Sim - Pule para a questão 20, marque 8888 nas questões 14 a 19 e na questão 27	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MORA01_	
14. Com cuidador profissional	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MORA02_	
15. Com o cônjuge/companheiro(a)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MORA03_	
16. Com outros de sua geração (irmão(o), cunhada(o), amigo(a))	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MORA04_	
17. Com filhos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MORA05_	
18. Com netos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MORA06_	
19. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a)? [exceto o(a) entrevistado(a)] [ ] pessoas (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						PESSOAS_
20. Em relação à sua vida financeira, o(a) Sr.(a) tem algum tipo de renda? (0) Não - Pule para a questão 27, marque 8888 nas questões 21 a 26 (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar						RENDA01_
21. O(a) Sr.(a) tem algum trabalho remunerado atualmente? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						TRABALHA_
22. Recebe aposentadoria? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						APOSENTADORIA_
23. Recebe pensão? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						PENSAO_

<b>24. Recebe ALGUMA outra renda?</b> (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RENDA02_				
<b>25. Considerando todas as SUAS fontes de renda, quanto o(a) Sr.(a) recebeu no último mês?</b> R\$ _____,00 (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RENDA03_-----				
<b>26. Quantas pessoas dependem dessa renda, incluindo o(a) Sr.(a)?</b> (1) Só eu (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RENDA04_				
<b>27. No último mês, quanto receberam EM REAIS as OUTRAS pessoas que moram na casa? (lembrar que inclui salários, pensões, mesadas, aluguéis, bônus, etc).</b> Renda1 _____ Renda2 _____ Renda3 _____ Renda4 _____ Renda5 _____ Renda6 _____ Renda7 _____ Renda8 _____ Renda9 _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	RENDA04a ---- RENDA04b ---- RENDA04c ---- RENDA04d ---- RENDA04e ---- RENDA04f ---- RENDA04g ---- RENDA04h ---- RENDA04i ----				
<b>28. Comparando quando o(a) Sr.(a) tinha 50 anos, a sua atual situação econômica é:</b> (1) Melhor (2) A mesma (3) Pior (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	ECONOM_				
<b>BLOCO SAÚDE MENTAL</b> (PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)). <b>AS PERGUNTAS 60 A 93 DEVERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) MESMO QUE O INFORMANTE ESTEJA RESPONDENDO!</b> <b>AGORA EU FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA.</b>					
<b>29. Em geral o(a) Sr.(a) diria que a sua memória é:</b> (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO01_				
<b>30. Nos últimos 3 meses, o(a) Sr.(a) realizou alguma atividade para estimular a sua memória?</b> (0) Não - <i>Pule para a questão 50 e marque 8888 nas questões 31 a 49</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para a questão 50 e marque 8888 nas questões 31 a 49</i>	MEMO02_				
Quais foram estas atividades? (Não ler as questões, enquadre a resposta do idoso)					
31. Palavras cruzadas	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO03_
32. Leitura	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO04_
33. Cursos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO05_
34. Jogos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO06_
35. Computadores	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO07_
36. Meditação	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO08_
37. Caminhada	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO09_
38. Academia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO10_
39. Jardinagem	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO11_
40. Dança	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO12_

41. Controlar o peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO13_
42. Comer mais frutas e vegetais	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO14_
43. Comer massas e cereais integrais	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO15_
44. Comer mais peixe	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO16_
45. Frequentar grupos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO17_
46. Trabalho voluntário	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO18_
47. Viagens em grupo	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO19_
48. Visitar família e amigos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO20_
49. Outras	(0) Não	(1) Sim. Qual?	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO21_
50.O(a) Sr (a) gostaria de participar de um programa de atividades para estimular a sua memória? (0) Não - Pule para a questão 58 e marque 8888 nas questões 5Ja57. (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 58 e marque 8888 nas questões 5J a 57. Por favor informe quais dos programas lhe interessam:					MEMO22_
51. Atividade Física?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO23_
52. Atividade social (participação em grupos de convivência)?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO24_
53. Atividade cultural (cursos, cinema, teatro, museus)?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO26_
54. Exercícios para a memória (jogos, uso de computadores)?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO27_
55. Alimentação?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO28_
56. Meditação?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO29_
57. Outras?	(0) Não	(1) Sim. Qual? _____	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	MEMO30_
58.O(a) Sr (a) gostaria de receber orientações para prevenir perda de memória/demência (ex.: exercícios para a mente, atividade física, dieta)? (0) Não - Pule para a questão60 e marque 8888 na questão 59 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 60 e marque 8888 na questão 59					MEMO31_
59. Como o(a) Sr (a) gostaria de receber estas orientações? (1) Reuniões/palestras (2) Correspondência (3) Via email/internet (4) Visita domiciliar (5) Outras _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					MEMO32_
60. Que dia do mês é hoje?	(0) resposta errada	(1) resposta correta	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	MMSE01_
61. Em que mês estamos?	(0) resposta errada	(1) resposta correta	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	MMSE02_
62. Em que ano estamos?	(0) resposta errada	(1) resposta correta	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	MMSE03_
63. Em que dia da semana estamos?	(0) resposta errada	(1) resposta correta	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	MMSE04_
64. Qual é a hora aproximada? (considere a variação de + ou -1 hora)	(0) resposta errada	(1) resposta correta	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	MMSE05_
65. Em que local nós estamos?	(0) resposta errada	(1) resposta correta	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	MMSE06_
66. Em que rua nós estamos?	(0) resposta errada	(1) resposta correta	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	MMSE07_
67. Em que bairro nós estamos?	(0) resposta errada	(1) resposta correta	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	MMSE08_
68. Em qual cidade nós estamos?	(0) resposta errada	(1) resposta correta	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	MMSE09_

	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
69. Em qual estado nós estamos?	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE10_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
Es você dizer 3 palavras e o(a) Sr.(a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TILOLO (Se ele não entender as três palavras, repita novamente 3 vezes, no máximo)					
70. CARRO	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE11_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
71. VASO	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE12_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
72. TILOLO	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE13_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
TILCOA Sr.(a) faz cálculos / contas?					
(0) Não – Faça para soletrar a palavra MUNDO de trás para diante, marque 8888 nas questões 74 a 78 e responda as questões 79 a 83					
(1) Sim – Faça para fazer a subtração seriada, responda as questões 74 a 78 e marque 8888 nas questões 79 a 83					
(8888) Não se aplica					
(9999) Não quer informar					
Se a resposta for Sim, pergunte: Se de 100 reais foram tiradas 7, quanto resta? E se retirarmos mais 7 reais, quanto resta? (total de 5 subtrações, continue a subtração seguinte do resultado anterior, mesmo que esteja errado)					
74. _____	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE16_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
75. _____	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE17_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
76. _____	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE18_
	resposta errada	resposta correta	se aplica	Não quer informar	
77. _____	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE19_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
78. _____	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE20_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
Se a resposta for Não, peça-lhe para soletrar a palavra "MUNDO" de trás para diante					
79.O	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE21_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
80.L	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE22_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
81.N	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE23_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
82.U	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE24_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
83.M	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE25_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
O(a) Sr.(a) poderia repetir as três palavras que disse há pouco? Registre as palavras que foram repetidas, corretamente. Se houver erros, corrija-os e prometa. Considere correto se o entrevistado espontaneamente se auto-corrigir.					
84. 84.1 - Carro	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE26_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
84.2 - Vaso	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE27_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
84.3 - Tilo	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE28_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: O que é isto? Responda com o caneta. Registre as respostas corretas.					
85. Relógio	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE29_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
86. Caneta	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE30_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que o(a) Sr.(a) a repita depois de mim: (Considere acerto somente se a repetição for perfeita)					
87. "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LA"	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE31_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
Diga: Por favor, pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e cole-o no chão. (Considere acerto a realização de cada etapa pedida. Não mostre como se faz. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas).					
88. Com a mão direita	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE32_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
89. Dobre-o ao meio	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE33_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
90. Cole-o no chão	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE34_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
Por favor, faça o que está escrito aqui: (mostre o cartão). (Não aceite se pedir ajuda ou ler a frase sem realizar o comando. Pergunte antes se a pessoa está emergendo bem ou se precisa colocar os óculos).					
91. "FECHE OS OLHOS"	(0)	(1)	(8888)	(9999)	MMSE35_
	resposta errada	resposta correta	Não se aplica	Não quer informar	
92. Peça-lhe para escrever uma frase. Se não compreender o significado ajude com "alguma frase que tenha começo, meio e fim, ou alguma coisa que queira dizer ou alguma coisa que aconteceu hoje".					
	(0)				MMSE36_
	resposta errada				

(1) Resposta correta (8888) Não se aplica (9999) Não quer informar					
93. Copie este desenho ( <b>copie-o e corte-o</b> ). Peça-lhe que copie o desenho no espaço abaixo, da melhor forma possível. Considere certo se ambas as figuras tiverem 5 lados e uma interseção entre elas.				MMSE37_	
(0) Resposta errada (1) Resposta correta (8888) Não se aplica (9999) Não quer informar					
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU HUMOR</b> <b>[PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]</b>					
94. O(a) Sr(a), de um modo geral, está satisfeito(a) com a sua vida?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS01_
95. O(a) Sr(a) tem a sensação de que a sua vida anda meio vazia?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS02_
96. O(a) Sr(a) tem medo de que alguma coisa ruim vai lhe acontecer?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS03_
97. Na maior parte do tempo, o(a) Sr(a) se sente feliz?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS04_
98. Nos últimos tempos o(a) Sr(a) deixou de fazer muitas atividades, ou coisas que tinha interesse em fazer?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS05_
99. O(a) Sr(a) se sente impotente diante das coisas, incapaz diante das coisas?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS06_
100. O(a) Sr(a) acha que tem mais problemas de memória que a maioria das pessoas?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS07_
101. O(a) Sr(a) se sente cheio(a) de energia?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS08_
102. O(a) Sr(a) anda sem esperança em relação às coisas da sua vida?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS09_
103. O(a) Sr(a) acha a que maioria das pessoas está melhor que Sr(a)?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS10_
104. Acontece com frequência de o(a) Sr(a) sentir que as coisas estão chatas, sem graça?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS11_
105. Na maior parte do tempo o(a) Sr(a) anda de bom humor?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS12_
106. Nos últimos tempos o(a) Sr(a) tem preferido ficar mais em casa do que antes? Deixou de sair e fazer coisas novas fora de casa?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS13_
107. O(a) Sr(a) acha que estar vivo agora é maravilhoso?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS14_
108. O(a) Sr(a) se sente inútil, sem valor?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	GDS15_
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS SINTOMAS DEPRESSIVOS</b> <b>[PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]</b>					
PARA ESCLARECIMENTO AO IDOSO: ALGUNS EXEMPLOS DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS MAIS FREQUENTES ENTRE OS IDOSOS SÃO: HUMOR DEPRIMIDO, PERDA DE INTERESSE, REDUÇÃO DO APETITE, PERTURBAÇÃO DO SONO, DIMINUIÇÃO DA ENERGIA, SENTIMENTO DE CULPA, FALTA DE CONCENTRAÇÃO E PENSAMENTOS SOBRE MORTE.					
109. O(a) Sr(a) percebe atualmente a presença dos sintomas depressivos em sua vida? (0) Não – Pule para a questão 111 e marque 8888 na questão 110 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 111 e marque 8888 na questão 110					SINTDEPRE01_
110. Atualmente, esses sintomas estão presentes na maior parte do dia? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					SINTDEPRE02_
111. O(a) Sr(a) já percebeu a presença desses sintomas em outros momentos da sua vida? (0) Não – Pule para a questão 118 e marque 8888 nas questões 112 a 117 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 118 e marque 8888 nas questões 112 a 117					SINTDEPRE03_
O que o(a) Sr(a) faz/fez para amenizar os sintomas depressivos no seu dia a dia?					
112. Utiliza(o) medicamento antidepressivo?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	SINTDEPRE04_
113. Faz/fez terapia psicológica (ou acompanhamento psicológico)?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	SINTDEPRE05_
114. Faz/fez uso de terapia alternativa?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	SINTDEPRE06_
115. Participa(o) das atividades oferecidas pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	SINTDEPRE07_

116. Prática(ou) atividade física?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	SINTEPRES08_
117. Outros?	(0) Não	(1) Sim. Qual?	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	SINTEPRES09_
<b>BLOCO SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA</b>					
[AS QUESTÕES 118 A 120 PODERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]. AS QUESTÕES 121 A 130 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]					
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA.</b>					
118. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é: (1) <b>Muito boa</b> (2) <b>Boa</b> (3) <b>Regular</b> (4) <b>Ruim</b> (5) <b>Muito ruim</b> (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					SAUD01_
119. Excluída após realização do estudo piloto.					
120. Excluída após realização do estudo piloto.					
121. Excluída após realização do estudo piloto.					
122. O(A) Sr(a) fuma ou fumava cigarros? (0) <b>Não</b> – Pule para a questão 128 e marque 8888 nas questões 123 a 127 (1) <b>Fumou e parou</b> – Responda as questões 123 a 125 e marque 8888 nas questões 126 e 127 (2) <b>Fuma atualmente</b> – Pule para a questão 126 e marque 8888 nas questões 123 a 125 (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 128 e marque 8888 nas questões 123 a 127					FUMO01_
123. Por quantos anos o(a) Sr(a) fumou? __ anos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					FUMO02_
124. Quantos cigarros o(a) Sr(a) fumava por dia? __ cigarros (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					FUMO03_
125. Há quantos anos o(a) Sr(a) parou de fumar? __ anos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					FUMO04_
126. Há quantos anos o(a) Sr(a) fuma? __ anos (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					FUMO05_
127. Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma por dia? __ cigarros (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					FUMO06_
128. Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas alcoólicas? (0) <b>Nunca</b> – Pule para a questão 131 e marque 8888 nas questões 129 e 130 (1) <b>Mensalmente ou menos</b> (2) <b>De 2 a 4 vezes por mês</b> (3) <b>De 2 a 3 vezes por semana</b> (4) <b>4 ou mais vezes por semana</b> (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 131 e marque 8888 nas questões 129 e 130					AUDIT1_
129. Quantas doses de álcool o(a) Sr(a) toma normalmente ao beber? (Ver quadro de equivalência de dose padrão) (0) 1 ou menos (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					AUDIT2_
130. Com que frequência o(a) Sr(a) toma cinco ou mais doses de uma vez? (Ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo) (0) <b>Nunca</b> (1) <b>Menos de que uma vez ao mês</b> (2) <b>Mensalmente</b> (3) <b>Semanalmente</b> (4) <b>Todos ou quase todos os dias</b> (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					AUDIT3_
<b>BLOCO DE FUNCIONALIDADE GLOBAL</b>					
[AS QUESTÕES 131 A 136 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE. AS QUESTÕES 137 A 140 PODERÃO					

SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)					
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ATIVIDADES SOCIAIS.					
O(A) SR(A) FREQUENTA ALGUMA DAS SEGUINTES ATIVIDADES?					
131. Grupos de convivência ou religiosos?	(0) Não – <i>Pule para questão 137 e marque 8888 na questão 132-136</i>	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para questão 137 e marque 8888 na questão 132-136</i>		CONVIVE01_
132. Com que frequência o(a) Sr. (a) participa dos grupos de convivência ou religiosos?	(1) Uma vez por semana (2) Duas ou mais vezes por semana (3) Uma ou duas vezes por mês (4) Menos de uma vez por mês (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar				CONVIVE02_
133. Excluída após realização do estudo piloto.					
134. Excluída após realização do estudo piloto.					
135. Excluída após realização do estudo piloto.					
136. Excluída após realização do estudo piloto.					
137. O(a) Sr. (a) tem relações sexuais?	(0) Não – <i>Pule para a questão 140 e marque 8888 nas questões 138 e 139</i>	(1) Sim	(8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 140 e marque 8888 nas questões 138 e 139</i>		SEX01_
138. Com que frequência o(a) Sr. (a) tem relações sexuais?	(1) 1 ou mais vezes por semana (2) Menos do que uma vez na semana mas pelo menos uma vez por mês (3) Menos de uma vez por mês (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar				SEX02_
139. Excluída após realização do estudo piloto.					
140. Excluída após realização do estudo piloto.					
AGORA EU VOU LHE PERGUNTAR SOBRE O USO DA INTERNET E E-MAIL.					
[PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]					
141. O(a) Sr. (a) usa a internet ou e-mail?	(0) Não – <i>Pule para a questão 172 e marque 8888 nas questões 142 a 171</i> (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 172 e marque 8888 nas questões 142 a 171</i>				WEB01_
142. Em média, quantas vezes o(a) Sr. (a) usa a internet ou e-mail? (Marque somente uma resposta)	(1) Todos os dias, ou quase todos os dias (2) Pelo menos uma vez por semana (mas não todos os dias) (3) Pelo menos uma vez por mês (mas não todos os dias) (4) Pelo menos uma vez a cada 3 meses (5) Menos que a cada 3 meses – <i>Pule para a questão 148 e marque 8888 nas questões 143 a 147</i> (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Pule para a questão 148 e marque 8888 nas questões 143 a 147</i>				WEB02_
Nos últimos 3 meses o Sr. (a) utilizou a internet? (Leia as opções de resposta e assinale todas as alternativas que se aplicam)					
143. Em casa?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB03_
144. No trabalho?	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB04_
145. Em local de estudo (cursos, grupos de idosos, etc)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB05_
146. Na casa de outras pessoas	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB06_
147. Em outros lugares (Livrarias, wi-fi, bibliotecas, etc)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB07_
Em quais dos seguintes tipos de computadores/aparelhos eletrônicos o Sr.(a) acessa a internet? (Leia as opções de resposta e assinale todas as alternativas que se aplicam)					
148. Computador de mesa ou portátil (Laptop, notebook ou netbook)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB08_
149. Tablet ou celular	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB09_
150. Outros	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB10_
Para qual das seguintes atividades o Sr.(a) utilizou a internet? (Leia as opções de resposta e assinale todas as alternativas que se aplicam)					
151. Envio e recebimento de mensagens (e-mail)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB11_

157. Encontrar informações sobre bens e serviços (ex.: endereço de lojas, onde comprar determinado produto)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB12_
158. Busca de informações para aprender ou investigar alguma coisa	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB13_
159. Finanças (bancos, extratos, pagar contas, etc)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB14_
160. Compras virtuais (shopping, lojas, etc)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB15_
161. Venda de bens ou serviços (lojões)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB16_
162. Usar sites de redes sociais (Facebook, Twitter, Orkut, Badoo, etc)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB17_
163. Criar, carregar ou compartilhar conteúdo (Youtube, blogs, etc)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB18_
164. Sites de notícias (jornal, blog, etc)	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB19_
165. Olhar canais de TV e escutar rádio	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB20_
166. Jogos	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB21_
167. Procurar emprego ou enviar currículo de emprego	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB22_
168. Informações sobre saúde	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB23_
169. Informações sobre uma alimentação saudável	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB24_
170. Informações sobre atividade física	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB25_
171. Outras	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	WEB26_
172. Qual o seu e-mail ou de alguém que mora com o(a) Sr.(a)?  ----- (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					WEB27_
<b>AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES E TAREFAS DO SEU DIA-A-DIA. POR FAVOR, DIGA SINCERAMENTE SE CONSEGUE FAZER CADA COISA SEM NENHUMA DIFICULDADE, COM POUCA DIFICULDADE, COM MUITA DIFICULDADE OU NÃO CONSEGUE FAZER.</b>					
<b>[PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]</b>					
173. Deitar/ levantar da cama	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD01_
174. Comer	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD02_
175. Cuidar da aparência	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD03_
176. Andar no plano	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD04_
177. Tomar banho	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD05_
178. Vestir-se	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD06_
179. Ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD07_
180. Subir um lance de escadas	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD08_
181. Tomar seus remédios na hora	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD09_
182. Andar perto de casa	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD10_
183. Fazer compras	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD11_
184. Preparar refeições	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD12_
185. Cortar as unhas dos pés	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD13_
186. Sair de ônibus ou táxi	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD14_
187. Fazer limpeza da casa	(0) Nenhuma	(1) Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza (9999) Não sabe ou não quer informar	AVD15_
188. Excluída após realização do estudo piloto.					
189. Excluída após realização do estudo piloto.					
190. Excluída após realização do estudo piloto.					
191. Excluída após realização do estudo piloto.					
192. Excluída após realização do estudo piloto.					

193. Excluída após realização do estudo piloto.							
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA. (PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTEPELO(A) IDOSO(A))							
Entregue o instrumento impresso para que o idoso acompanhe e explique: Este questionário apresenta declarações que utilizamos para falar a respeito dos nossos sentimentos e pensamentos. Responda cada declaração conforme melhor se aplica em você, tendo uma resposta para cada frase. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.							
194. Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria de fazer	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP01_
195. Eu sinto que o que acontece comigo, está fora do meu controle	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP02_
196. Eu me sinto livre para planejar o futuro.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP03_
197. Eu me sinto excluído de tudo.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP04_
198. Eu posso fazer as coisas que eu quero.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP05_
199. As responsabilidades familiares me impedem de fazer o que quero.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP06_
200. Eu me sinto livre para fazer as coisas.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP07_
201. Minha idade me impede de fazer as coisas que eu quero.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP08_
202. A falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que eu quero.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP09_
203. Eu fico animado a cada dia.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP10_
204. Eu sinto que minha vida tem sentido	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP11_
205. Eu gosto das coisas que faço.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP12_
206. Eu gosto de estar na companhia de outras pessoas.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP13_
207. De modo geral, eu olho para o meu passado com uma sensação de felicidade	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP14_
208. Eu me sinto cheio de energia hoje em dia	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP15_
209. Eu acho fazer coisas que nunca fiz antes.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP16_
210. Eu me sinto satisfeito com o rumo que a minha vida tomou.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP17_
211. Eu sinto que a vida está cheia de oportunidades.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP18_
212. Eu sinto que o meu futuro parece bom.	Frequentemente (3)	Às vezes (2)	Raramente (1)	Nunca (0)	(8888) Não se aplica	(9999) Não quer informar	CASP19_
BLOCO SOBRE QUEDAS [AS QUESTÕES 213 A 228 E 264 PODERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTEPELO(A) IDOSO(A). AS DEMAIS PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]							
Agora não gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente faz a atividade. Se você atualmente não faz a atividade (por ex. alguém vai às compras para você), responda de maneira a mostrar como você se sentiria em relação a quedas se você tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor responda alternativa que mais se aproxima com sua opinião sobre o quão preocupado você fica com a possibilidade de cair, se você fizesse esta atividade.							
	Nem um pouco preocupado (1)	Um pouco preocupado (2)	Muito preocupado (3)	Extremamente preocupado (4)	Não se aplica (8888)	Não sabe ou não quer informar (9999)	
213. Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira).	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED01
214. Vestindo ou tirando a roupa.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED02
215. Preparando refeições simples.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED03
216. Tomando banho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED04
217. Indo às compras.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED05
218. Sentando ou levantando de uma cadeira.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED06

219	Subindo ou descendo escadas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED07
220	Caminhando pela vizinhança.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED08
221	Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED09
222	Ir atender o telefone antes que pare de tocar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED010
223	Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado).	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED011
224	Visitando um amigo ou parente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED012
225	Andando em lugares cheios de gente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED013
226	Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada).	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED014
227	Subindo ou descendo uma ladeira.	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED015
228	Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube).	(1)	(2)	(3)	(4)	(8888)	(9999)	MED016
<b>Eu gostaria de esclarecer para o(a) Sr.(a) que uma queda é qualquer tombo que o(a) Sr.(a) tenha sofrido, mesmo que isso NÃO tenha causado nenhum tipo de ferimento ou outro problema qualquer.</b>								
229.	O(a) Sr.(a) sofreu alguma queda no último ano? (0) Não - <i>Pule para a questão 265 e marque 8888 nas questões 230 a 264</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para a questão 265 e marque 8888 nas questões 230 a 264</i>							QD1
230.	Quantas vezes o(a) Sr.(a) caiu no último ano? (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							QD2
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA ÚLTIMA QUEDA.</b>								
231.	O(a) Sr.(a) sabe me dizer quando ocorreu sua última queda (data aproximada)? Mês: _____ Anos: _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							QD3
232.	Excluída após realização do estudo piloto.							
233.	Em que lugar aconteceu a queda? (1) Dentro de casa. Onde? _____ (2) Na rua - perto de sua casa _____ (3) No pátio/jardim _____ (4) Na rua - longe de sua casa _____ (5) Outros. Qual? _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							QD5
234.	O que o(a) Sr.(a) estava fazendo no momento da queda: (1) Caminhando _____ (2) Descendo escada _____ (3) Subindo escada _____ (4) Atividade doméstica _____ (5) Tomando banho _____ (6) Outros. Qual? _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							QD6
235.	Após a queda por quanto tempo o(a) Sr.(a) permaneceu no chão? _____ minutos. (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							QD8
236.	Excluída após realização do estudo piloto.							
237.	Como a queda ocorreu? (1) Sentiu-se fraco de repente _____ (2) Sentiu-se tonto _____ (3) Escorregou _____ (4) Pisou em falso _____ (5) Torceu o pé _____ (6) Tropeçou em algo _____ (7) Desequilibrou-se _____ (8) Outras. Quais? _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							QD10
238.	Algum fator motivou a queda? Como: (1) Tapete _____ (2) Má iluminação _____ (3) Irregularidades no chão _____ (4) Calçado inadequado _____ (5) Piso molhado _____ (6) Outros. Qual? _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar							QD11
239.	Excluída após realização do estudo piloto.							
240.	Excluída após realização do estudo piloto.							
241.	Excluída após realização do estudo piloto.							

242. Excluída após realização do estudo piloto.						
243. Excluída após realização do estudo piloto.						
244. Esta queda teve alguma consequência? (0) Não – Pule para questão 251 e marque 8888 nas questões 245 a 250 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para questão 251 e marque 8888 nas questões 245 a 250						QD17
<b>Qual?</b>						
245. Fratura	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo:	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar		QD18
246. Entorse	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo:	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar		QD19
247. Hematoma	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo:	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar		QD20
248. Escoriação (arranhão, esfurfamento)	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo:	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar		QD21
249. Corte	(0) Não	(1) Sim. Local do corpo:	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar		QD22
250. Outra. Qual?		(1) Sim. Local do corpo:	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar		QD23
251. Excluída após realização do estudo piloto.						
252. Excluída após realização do estudo piloto.						
253. Excluída após realização do estudo piloto.						
254. Excluída após realização do estudo piloto.						
255. O(a) Sr.(a) teve que restringir ou diminuir suas atividades diárias normais por causa da queda? (0) Não (1) Sim. <b>Por quanto tempo aproximadamente?</b> ..... (dias) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						QD28
256. Excluída após realização do estudo piloto.						
257. Excluída após realização do estudo piloto.						
258. Excluída após realização do estudo piloto.						
259. Excluída após realização do estudo piloto.						
260. Excluída após realização do estudo piloto.						
261. Excluída após realização do estudo piloto.						
262. Excluída após realização do estudo piloto.						
263. Excluída após realização do estudo piloto.						
264. O(a) Sr.(a) tem medo de cair novamente? (Poderá ser respondida somente pelo idoso) (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar						QD39
<b>QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA</b>						
[AS QUESTÕES 265 A 276 PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE. AS QUESTÕES 277 A 279 PODERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A).]						
Para responder às questões lembre que:						
Nós estamos interessados em saber que tipo de atividade física que o(a) Sr.(a) faz como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que o(a) Sr.(a) gasta fazendo atividade física em uma semana normal/habitual.						
Atividade física é todo e qualquer movimento corporal.						
Por favor, considere apenas as atividades físicas que você realiza por dez minutos seguidos ou mais.						
Para responder as seguintes questões lembre-se que:						
Atividades físicas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte do que o normal.						
Atividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte do que o normal.						
<b>ATIVIDADE FÍSICA COMO DESLOCAMENTO/MEIO DE TRANSPORTE</b>						
As próximas questões se referem à forma como você se desloca (caminha ou pedala) para ir de um lugar a outro em uma semana normal/habitual, incluindo ir ao supermercado, farmácia, ao grupo de convivência para idosos, igreja, cinema, lojas, trabalho e outros.						
Pense somente nas caminhadas ou pedaladas que você faz por pelo menos 10 minutos contínuas.						
265. Em quantos dias durante uma semana normal o(a) Sr.(a) anda de bicicleta para ir de um lugar para outro por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO inclui o pedalar por lazer ou exercício) (0) Nenhum – Pule para a questão 267 e marque 8888 na questão 266 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 267 e marque 8888 na questão 266						IPA_QD_biked

<p>266. Nos dias que o(a) Sr.(a) pedala para ir de um lugar para outro, quanto tempo no total você pedala POR DIA?  ..... horas ..... minutos  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	IPAQ0_biket
<p>267. Quantos dias durante uma semana normal o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar para outro, como: ir ao trabalho, supermercado, farmácia, ao grupo de convivência para idosos, igreja, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO inclui as caminhadas por lazer ou exercício)  (0) Nenhum – Pule para a questão 269 e marque 8888 na questão 268  (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 269 e marque 8888 na questão 268</p>	IPAQ0_caminhad
<p>268. Nos dias que o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar para outro, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA? (NÃO inclui as caminhadas por lazer ou exercício)  ..... horas ..... minutos  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	IPAQ0_caminhad
<b>ATIVIDADES FÍSICAS DE LAZER, RECREAÇÃO, EXERCÍCIO E ESPORTE</b>	
<b>Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana normal/habitual/USUALMENTE POR LAZER, RECREAÇÃO, EXERCÍCIO OU ESPORTE. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS. POR FAVOR NÃO INCLUA ATIVIDADES QUE VOCÊ JÁ TENHA CITADO.</b>	
<p>269. Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr.(a) tenha citado anteriormente, em quantos dias durante uma semana normal, o(a) Sr.(a) CAMINHA (lazer ou exercício físico) no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos?  (0) Nenhum – Pule para a questão 271 e marque 8888 na questão 270  (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 271 e marque 8888 na questão 270</p>	IPAQ0_caminhad
<p>270. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminha no seu tempo livre/lazer, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA?  ..... horas ..... minutos  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	IPAQ0_caminhad
<p>271. Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr.(a) faz atividades MODERADAS no seu tempo livre, como por exemplo: ginástica, hidroginástica, jogar voleibol recreativo, dançar por pelo menos 10 minutos contínuos?  (0) Nenhum – Pule para a questão 273 e marque 8888 na questão 272  (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 273 e marque 8888 na questão 272</p>	IPAQ0_moderada
<p>272. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz estas atividades moderadas no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA?  ..... horas ..... minutos  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	IPAQ0_moderada
<p>273. Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr.(a) faz atividades VIGOROSAS no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, musculação, enferm, esportes em geral, por pelo menos 10 minutos contínuos?  (0) Nenhum – Pule para a questão 275 e marque 8888 na questão 274  (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias por semana  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 275 e marque 8888 na questão 274</p>	IPAQ0_vigorosa
<p>274. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA?  ..... horas ..... minutos  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	IPAQ0_vigorosa
<p>275. Nos últimos três meses, qual foi o principal tipo de atividade física ou esporte que o(a) Sr.(a) praticou no seu tempo livre/lazer? (Não ler as opções, anotar apenas o primeiro citado)  (0) Não realiza atividades físicas no lazer – Pule para a questão 277 e marque 8888 na questão 276  (1) Caminhada (não vale deslocamento para ir de um lugar a outro)  (2) Corrida  (3) Alongamento  (4) Musculação  (5) Ginástica aeróbica (spinning, step, jump)  (6) Pilates, ioga  (7) Dança  (8) Hidroginástica  (9) Natação  (10) Artes marciais e lutas (karatê, judô, jiu-jitsu)  (11) Bicicleta  (12) Futebol  (13) Voleibol  (14) Tênis  (15) Outros  (8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 277 e marque 8888 na questão 276</p>	Tipo_AFuizer

<p>276. Qual é o principal local que o(a) Sr.(a) utiliza para realizar as atividades físicas no seu tempo livre/lazer? (Ler as opções de resposta e anotar apenas uma alternativa)</p> <p>(1) Casa  (2) Praças, parques, ruas do bairro e/ou demais espaços públicos  (3) Praia  (4) Academia de ginástica/musculação e clubes  (5) Centros de saúde ou centros comunitários e/ou igreja  (6) Outros</p> <p>(8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Local_AFazer
<p>277. Qual o principal motivo que levou ou levará o(a) Sr.(a) a iniciar um programa de atividade física?</p> <p>(1) Gostar de sair de casa  (2) Presençar o tempo livre  (3) Gostar e ter prazer pela atividade física  (4) Interagir com outras pessoas/ socialização  (5) Melhorar a saúde  (6) Por recomendação médica  (7) Por convite de amigos  (8) Proximidade da residência  (9) Outros. Especificar: _____</p> <p>(8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Motiv_AF
<p>278. Qual o principal motivo que levou ou levará o(a) Sr.(a) a desistir de um programa de atividade física?</p> <p>(1) Aulas não adequadas (desmotivante, muito intensa, exercícios inadequados)  (2) Influência negativa do ambiente (local inadequado, sem segurança)  (3) Compromisso com afazeres domésticos  (4) Cuidados familiares (cuidar do(a) esposo(a), filhos ou netos)  (5) Limitação por doença (já instalada e/ou aparecimento de doença que compromete a prática de atividade física)  (6) Cansaço, falta de disposição  (7) Problemas pessoais com o professor ou colegas de grupo  (8) Sentir dor quando realizava os exercícios físicos  (9) Medo de cair ao realizar os exercícios  (10) Outros, Especificar: _____</p> <p>(8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Desist_AF
<p>279. O(a) Sr.(a) participaria de um programa sobre estilo de vida saudável com duração de três meses, caso ele fosse oferecido no Centro de Saúde próximo à sua casa?</p> <p>(0) Não  (1) Sim</p> <p>(8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Oferta_AF
280. Excluída após realização do estudo piloto.	
281. Excluída após realização do estudo piloto.	
282. Excluída após realização do estudo piloto.	
283. Excluída após realização do estudo piloto.	
284. Excluída após realização do estudo piloto.	
285. Excluída após realização do estudo piloto.	
286. Excluída após realização do estudo piloto.	
287. Excluída após realização do estudo piloto.	
<p>288. Qual é o principal tipo de transporte que o(a) Sr.(a) utiliza?</p> <p>(1) Carro  (2) Moto  (3) Ônibus  (4) Bicicleta  (5) Outros</p> <p>(8888) Não se aplica  (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Tipo_transporte
<p>As próximas perguntas se referem a informações sobre a maneira que o(a) Sr.(a) percebe ou pensa sobre o seu bairro. Nas perguntas, sempre que eu disser "perto de sua casa", me refiro a sua vizinhança, lugares para os quais o(a) Sr.(a) consegue ir caminhando em 15 minutos ou menos.</p>	
<p>289. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora nesse bairro?</p> <p>meses _____ anos _____</p> <p>(9999) Não sabe ou não quer informar</p>	TempoBairro
<p>Vamos falar sobre comércio, lojas, estabelecimentos, espaços públicos e outros locais perto de sua casa, isto é, a menos de 15 minutos a pé de onde você mora.</p>	

[AS QUESTÕES 290 A 320 DEVERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]	
<p><b>290.</b> Existem locais como supermercado, loja de conveniência/mercadinho/armazém, feira livre, perto de sua casa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Amb_locais1
<b>291.</b> Excluída após realização do estudo piloto.	
<b>292.</b> Excluída após realização do estudo piloto.	
<b>293.</b> Excluída após realização do estudo piloto.	
<p><b>294.</b> Existem locais como lojas, livrarias, bancos, farmácia, salão de beleza, barbeiro, perto de sua casa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Amb_locais2
<p><b>295.</b> Existem locais como restaurantes, padarias, lanchonete, cafeteria, perto de sua casa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Amb_locais3
<b>296.</b> Excluída após realização do estudo piloto.	
<p><b>297.</b> Existem locais como postos de saúde e centros comunitários perto de sua casa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Amb_locais4
<p><b>298.</b> Existem pontos de ônibus perto de sua casa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Amb_locais5
<p><b>299.</b> Existem espaços públicos como parques, praças, pistas de caminhada, ciclovia e/ou quadras de esportes, perto de sua casa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Amb_locais6
<p><b>300.</b> Existem academias/equipamentos para atividade física ao ar livre (Academia da Terceira Idade), perto de sua casa?</p> <p>(0) Não - <i>Pule para o questionário 302 e marque 8888 no questionário 301</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para o questionário 302 e marque 8888 no questionário 301</i></p>	Acad3idade_1
<p><b>301.</b> Você utiliza a academia ao ar livre (Academia da Terceira Idade) para fazer suas atividades físicas?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Acad3idade_2
<p><b>302.</b> Existem locais como academias de ginástica/ musculação e/ou clubes, perto de sua casa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Amb_locais7
<b>Agora vamos falar sobre as ruas e calçadas perto de sua casa.</b>	
<p><b>303.</b> Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa?</p> <p>(0) Não - <i>Pule para o questionário 305 e marque 8888 no questionário 304</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - <i>Pule para o questionário 305 e marque 8888 no questionário 304</i></p>	Amb_Estrut1
<p><b>304.</b> As calçadas próximas a sua casa são bem cuidadas (pavimentadas sem buracos)?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Amb_Estrut2
<p><b>305.</b> Existem áreas verdes (como por exemplo: árvores) ao longo das calçadas e ruas perto de sua casa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	Amb_Estrut3
<p><b>306.</b> As ruas perto de sua casa são planas (sem subidas e descidas, sem morros/depressões que dificultem caminhar ou andar de bicicleta)?</p> <p>(0) Não</p>	Amb_Estrut4

(1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	
307. Existem locais com acesso de lixo e/ou locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_Estru5
<b>Agora vamos falar sobre o trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos perto de sua casa.</b>	
308. O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificulta a prática de caminhada ou o uso de bicicleta perto da sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegTrnsito1
309. Existem faixas de pedestres, ruas ou passarelas que auxiliam os pedestres a atravessar as ruas perto de sua casa? (0) Não – <i>Fale para a questão 311 e marque 8888 na questão 310</i> (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – <i>Fale para a questão 311 e marque 8888 na questão 310</i>	Amb_SegTrnsito2
310. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas travesssem na faixa de pedestre? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegTrnsito3
<b>Agora vamos falar sobre a segurança no seu bairro.</b>	
311. As ruas perto de sua casa são bem iluminadas à noite? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegBairro1
312. Durante o dia, o(a) Sr(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegBairro2
313. Durante a noite, o(a) Sr(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegBairro3
314. Existe um alto nível de criminalidade no seu bairro, como por exemplo, depredação de locais públicos e privados, furtos, assaltos, arrombamentos, agressões, etc? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	Amb_SegBairro4
<b>Agora vamos falar sobre sua família, amigos, vizinhos e oportunidades no seu bairro. Por favor, considere da família indivíduos que morem com o(a) Sr(a).</b>	
315. Alguém(a) amigo(a) ou vizinho(a) convidou o(a) Sr(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	SuporteSoc_1
316. Alguém de sua família convidou o(a) Sr(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	SuporteSoc_2
317. Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas orientadas e/ou ginástica em grupo e/ou passeio de bicicleta no seu bairro? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	SuporteSoc_3
318. Existem programas de atividade física nas unidades de saúde ou centros comunitários perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	SuporteSoc_4

(8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					
319. O(a) Sr.(a) tem cachorro? (0) Não – Pule para a questão 321 e marque 8888 na questão 320 (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 321 e marque 8888 na questão 320					SuporteSoc_5
320. O(a) Sr.(a) costuma passear/caminhar com o seu cachorro nas ruas do seu bairro? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					SuporteSoc_6
<b>BLOCO MORBIDADES</b>					
[A QUESTÃO 336 PODERÁ SER RESPONDIDA SOMENTE PELO(A) IDOSO(A). AS DEMAIS PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE.]					
<b>ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM/TEVE:</b>					
321. Doença de catarata ou cataratas?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		COSTAS
322. Artrite ou reumatismo?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		ARTRITE
323. Câncer?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		CA
324. Diabetes?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		DIAB
325. Bronquite ou asma?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		BRONQ
326. Doença do coração ou cardiovascular?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		CARDIO
327. Insuficiência renal crônica?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		RENAL
328. Tuberculose?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		TB
329. Cirrose?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		CIRROSE
330. derrame ou AVC ou isquemia cerebral?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		AVC
331. Osteoporose?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		OSTEOP
332. Hipertensão (pressão alta)?	(0) Não	(1) Sim	(9999) Não sabe ou não quer informar		HAS01
333. Excluída após realização do estudo piloto.					
334. Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem ou teve depressão em algum momento da sua vida? (0) Não - Pule para a questão 336 e marque 8888 na questão 335 (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar – Pule para a questão 336 e marque 8888 na questão 335					LEPGE01_
335. Ao dar o diagnóstico de depressão, o médico ou profissional de saúde indicou que o(a) Sr.(a) praticasse atividade física? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					LEPGE02_
336. Excluída após realização do estudo piloto.					
<b>AGORA VOU VERIFICAR SUA PRESSÃO, ALTURA E PESO</b>					
337. Pressão arterial sistólica membro superior direito: PASD   _ _ _ _   (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					PASD   _ _ _ _
338. Pressão arterial diastólica membro superior direito: PADD   _ _ _ _   (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					PADD   _ _ _ _
339. Pressão arterial sistólica membro superior esquerdo: PASE   _ _ _ _   (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					PASE   _ _ _ _
340. Pressão arterial diastólica membro superior esquerdo: PADE   _ _ _ _   (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					PADE   _ _ _ _
341. Peso: _ _ _ _ _ kg (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					PESO _ _ _ _
342. Estatura 1: Estatura1   _ _ _ _   cm (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					ESTAT1 _ _ _ _
343. Estatura 2: Estatura2   _ _ _ _   cm (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					ESTAT2 _ _ _ _
344. Perímetro da cintura 1: Cint1   _ _ _ _   cm (8888) Não se aplica					CINTM1 _ _ _ _

(9999) Não sabe ou não quer informar	
345. Perímetro da cintura 2. Cint2 _____ cm (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	CINTM2 ___
<b>BLOCO SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
[AS QUESTÕES 349 E 353 PODERÃO SER RESPONDIDAS SOMENTE PELO(A) IDOSO(A). AS DEMAIS PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]	
<b>AGORA VOU FAZER UMA PERGUNTA SOBRE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.</b>	
346. O(a) Sr(a) tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público? (0) Não (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar	USOOSER01 _
347. Excluída após realização do estudo piloto.	
348. Excluída após realização do estudo piloto.	
349. Excluída após realização do estudo piloto.	
350. Excluída após realização do estudo piloto.	
351. Excluída após realização do estudo piloto.	
352. Excluída após realização do estudo piloto.	
353. Excluída após realização do estudo piloto.	
354. Excluída após realização do estudo piloto.	
355. Excluída após realização do estudo piloto.	
356. Excluída após realização do estudo piloto.	
<b>BLOCO MEDICAMENTOS</b>	
[PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]	
<b>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OS REMÉDIOS QUE O(A) SR(A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS.</b>	
Pense em todos os remédios que o(a) Sr.(a) usou nos últimos 30 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, pomadas, cápsulas, injeções, xampus e sabonetes medicinais, produtos naturais ou qualquer outro, inclusive aqueles utilizados para tratar machucados, que use sempre ou só de vez em quando.	
357. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) usou algum remédio? (0) Não -Pule para questão 366 e marque 8888 nas questões 358 a 365 (1) Sim (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para questão 366 e marque 8888 nas questões 358 a 365	USO_MED ___
<b>O(A) SR(A) PODERIA ME MOSTRAR TODAS AS EMBALAGENS E RECEITAS QUE TEM DOS REMÉDIOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?</b>	
<b>REMÉDIO 1</b>	
358. Qual o nome do remédio? MED1 _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	MED1
359. De que forma o(a) Sr(a) está usando este remédio? (1) Usa para resolver um problema de saúde momentâneo (2) Usa regularmente sem data para parar (3) Outro (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	TIPO1 ___
360. Para qual doença ou problema de saúde o(a) Sr(a) usa este remédio? DOE1 _____ (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	DOE1 _
361. Quem lhe indicou este remédio? (1) O(a) Sr.(a) repetiu uma receita antiga (2) O(a) Sr.(a) mesmo decidiu tomar o remédio (3) Médico ou dentista do SUS (4) Médico ou dentista particular ou do plano de saúde (5) Farmacêutico ou o balconista da farmácia (6) Enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da saúde (7) Parentes, vizinhos ou amigos (8) Outro. Quem? _____ (8888) Não se aplica	IND1 INDIS _____

(9999) Não sabe ou não quer informar	
362. Como conseguiu este remédio? (1) Farmácia do Posto/Policlínica/Hospital SUS (2) Comprou (3) Conseguiu e ganhou uma parte (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	CONSEI ___ CONSEI 5 _____
363. Excluída após realização do estudo piloto.	
364. Excluída após realização do estudo piloto.	
365. Excluída após realização do estudo piloto.	
366. Excluída após realização do estudo piloto.	
367. Excluída após realização do estudo piloto.	
368. Excluída após realização do estudo piloto.	
369. Excluída após realização do estudo piloto.	
<b>BLOCO ALIMENTAÇÃO</b> <b>[PODERÁ SER RESPONDIDO PELO(A) IDOSO(A) OU INFORMANTE]</b>	
<b>NAS PRÓXIMAS QUESTÕES, VOU PERGUNTAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO.</b>	
370. Quantas refeições o(a) Sr.(a) faz por dia? Considerar que refeição é qualquer alimento consumido em horários que caracterizam um hábito para o entrevistado, devendo, portanto, considerar os lanches consumidos entre refeições principais. ___ refeições (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT199 __
<b>NAS PRÓXIMAS QUESTÕES O(A) SR.(A) DEVE CONSIDERAR O NÚMERO DE DIAS DA SEMANA, OU SEJA, DE 0 A 7 DIAS, CONSIDERANDO: 0=NINGUM DIA/NUNCA/OUASE NUNCA. 1=UMA VEZ. 2=DUAS VEZES. 3=TRÊS VEZES. 4=QUATRO VEZES. 5=CINCO VEZES. 6=SEIS VEZES E 7= TODOS OS DIAS DA SEMANA.</b>	
371. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru? <input type="checkbox"/> dias - Se a resposta for 0, pule para a questão 373 e marque 8888 na questão 372 (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 373 e marque 8888 na questão 372	VIGNUT201 _
372. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come este tipo de salada: (0) No almoço (uma vez por dia) (1) No jantar (uma vez por dia) (2) No almoço e no jantar (duas vezes por dia) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT202 _
373. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer verduras ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, apim ou inhame? <input type="checkbox"/> dias - Se a resposta for 0, pule para a questão 375 e marque 8888 na questão 374 (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 375 e marque 8888 na questão 374	VIGNUT203 _
374. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come verduras ou legume cozido: (0) No almoço (uma vez por dia) (1) No jantar (uma vez por dia) (2) No almoço e no jantar (duas vezes por dia) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT204 _
375. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco ou cabrito)? <input type="checkbox"/> dias - Se a resposta for 0, pule para a questão 377 e marque 8888 na questão 376 (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 377 e marque 8888 na questão 376	VIGNUT205 _
376. Quando o(a) Sr.(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr.(a) costuma: (0) Tirar sempre o osso de gordura vivível (1) Comer com a gordura (2) Não come carne vermelha com muita gordura (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT206 _
377. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frango/galinha? <input type="checkbox"/> dias - Se a resposta for 0, pule para a questão 379 e marque 8888 na questão 378 (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 379 e marque 8888 na questão 378	VIGNUT207 _
378. Quando o(a) Sr.(a) come frango/galinha com pele, o(a) Sr.(a) costuma: (0) Tirar sempre a pele (1) Comer com a pele (2) Não come pedaços de frango/galinha com pele (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIGNUT208 _

<p>379. Em quantos dias na semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?      ___ dias - Se a resposta for 0, pule para a questão 381 e marque 8888 na questão 380      (8888) Não se aplica      (9999) Não sabe ou não quer informar - pule para a questão 381 e marque 8888 na questão 380</p>	VIGNUTT211 _
<p>380. Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr.(a) come frutas?      (0) Uma vez no dia      (1) Duas vezes no dia      (2) Três ou mais vezes no dia      (8888) Não se aplica      (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIGNUTT212 _
<p>381. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar leite? Sem contar leite de soja.      ___ dias - Se a resposta for 0, pule para a questão 383 e marque 8888 na questão 382      (8888) Não se aplica      (9999) Não sabe ou não quer informar - pule para a questão 383 e marque 8888 na questão 382</p>	VIGNUTT213 _
<p>382. Quando o(a) Sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?      (0) Integral      (1) Desnatado ou semi-desnatado      (2) Os dois tipos (integral + desnatado ou semi-desnatado)      (8888) Não se aplica      (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIGNUTT214 _
<p>383. Quantos dias na semana o(a) Sr.(a) come alimentos fritos, como batata frita, ovo frito, pastel, alpim frito, bolinho frito, banana frita?      ___ dias      (8888) Não se aplica      (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIGNUTT215 _
<p>384. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>385. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>386. Em quantos dias na semana o(a) Sr.(a) costuma comer peixes como salmão, atum, sardinha, anchova, truta, corvina, cascudo, pintado e trairn?      ___ dias - Se a resposta for 0, pule para a questão 388 e marque 8888 na questão 387      (8888) Não se aplica      (9999) Não sabe ou não quer informar - pule para a questão 388 e marque 8888 na questão 387</p>	CPEIXE3 _
<p>387. Quando come salmão, atum, sardinha, anchova, truta, corvina, cascudo, pintado e trairn, esses são preparados fritos?      (0) Não, nunca; prefiro cozido, assado ou grelhado      (1) Sim, sempre      (2) Varia entre frito e outros formas (cozido, grelhado, assado)      (8888) Não se aplica      (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	CPEIXE4 _
<p>388. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>389. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>390. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>391. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>392. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>393. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>394. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>395. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>396. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>397. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>398. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<p>399. Excluída após realização do estudo piloto.</p>	
<b>BLOCO SAÚDE BUCAL</b> [PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]	
<b>AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE A SAÚDE DA SUA BOCA.</b>	
<p>400. Pensando nos seus dentes de cima, o(a) Sr.(a) já perdeu ou teve algum dente extraído? (Excluir extração do dente siso e extração de dente para colocação de aparelho dental).      (0) Não      (1) Sim, de 1 a 4 dentes      (2) Sim, de 5 ou mais dentes      (3) Sim, todos os dentes</p>	DENCIMA02 _

(8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	
<b>401.</b> Pensando nos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) já perdeu ou teve algum dente extraído? (Excluir extração do dente siso e extração de dente para colocação de aparelho dental). (0) Não (1) Sim, de 1 a 4 dentes (2) Sim, de 5 ou mais dentes (3) Sim, todos os dentes (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	DENBAIX002_
<b>402.</b> Como o(a) Sr.(a) considera a saúde dos seus dentes e de sua boca? (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	
<b>403.</b> O(a) Sr.(a) acha que precisa de algum tratamento dentário? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	TRATDENT_
<b>404.</b> O(a) Sr.(a) usa chapa (dentadura, prótese total)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	USOCHAPA_
<b>405.</b> O(a) Sr.(a) acha que precisa de chapa (dentadura, prótese total)? (Se a resposta for <u>sim</u> , pergunte imediatamente se em cima e/ou embaixo). (1) Sim, embaixo (2) Sim, em cima (3) Sim, em cima e embaixo (4) Não (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	NECHAPA_
<b>406.</b> Com que frequência o(a) Sr.(a) sente sua boca seca? (0) Nunca (1) De vez em quando (2) Frequentemente (3) Sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	BOCABECA_
<b>407.</b> Com que frequência o(a) Sr.(a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura? (0) Nunca (1) Raramente (2) De vez em quando (3) Frequentemente (4) Sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	DIFICOME_
<b>BLOCO SOBRE DISCRIMINAÇÃO (PODEÁ SER RESPONDIDO SOMENTEPELO(A) IDOSO(A))</b>	
Agora, vou lhe perguntar sobre situações em que o(a) Sr.(a) pode ter sido discriminado por outras pessoas, por diferentes motivos e diferentes lugares. Não há respostas certas ou erradas, quero saber apenas o que ocorreu com o(a) Sr.(a). Para esclarecimento do(a) idoso(a): A discriminação ocorre sempre que alguém é tratado mal ou injustamente por outras pessoas, por motivos não justificados, como classe social, idade, aparência física, local de moradia, cor da pele, religião, entre outros.	
<b>408.</b> O(a) Sr.(a) já foi confundido com um funcionário de um estabelecimento, quando, na verdade, o(a) Sr.(a) era um cliente? Por exemplo, confundido com um vendedor, balconista ou garçom? (0) Não - Pule para a questão 419 e marque 8888 nas questões 409 a 418 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 419 e marque 8888 nas questões 409 a 418	DIST_
<b>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todas os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).</b>	
<b>409.</b> Classe social	(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar DIS1CS_
<b>410.</b> Cor da pele ou raça	(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar DIS1CP_
<b>411.</b> Forma de vestir	(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não DIS1FV_

412. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	quer informar	DIS1PE_
413. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS1ID_
414. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS1LM_
415. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS1SE_
416. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS1OS_
417. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS1OM_
418. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr(a) se sentiu discriminado?					DIS1D_
(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					
419. Ao frequentar lojas, restaurantes ou lanchonetes, o(a) Sr(a) já foi tratado de maneira inferior em relação a outros clientes?					DIS2_
(0) Não -Pule para a questão 430 e marque 8888 nas questões 420 a 429 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 430 e marque 8888 nas questões 420 a 429					
<b>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).</b>					
420. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS2CS_
421. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS2CP_
422. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS2FV_
423. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS2PE_
424. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS2ID_
425. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS2LM_
426. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS2SE_
427. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS2OS_
428. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS2OM_
429. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr(a) se sentiu discriminado?					DIS2D_
(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					
430. O(a) Sr(a) já foi vigiado, perseguido ou detido por segurança ou policiais sem que tenha dado motivos para isso? Pense que isso pode ter acontecido em lojas, bancos, na rua, em festas, locais públicos, entre outros.					DIS3_
(0) Não -Pule para a questão 441 e marque 8888 nas questões 431 a 440 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 441 e marque 8888 nas questões 431 a 440					
<b>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).</b>					
431. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS3CS_
432. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS3CP_
433. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS3FV_
434. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS3PE_
435. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS3ID_

436. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS3LM_
437. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS3SE_
438. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS3OS_
439. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS3OM_
440. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS3D_
441. Ao frequentar repartições públicas, como cartório, companhia de águas, luz ou outras, o(a) Sr.(a) já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes? (0) Não - Pule para a questão 452 e marque 8888 nas questões 442 a 451 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 452 e marque 8888 nas questões 442 a 451					DIS4_
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					
442. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS4CS_
443. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS4CP_
444. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS4FV_
445. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS4PE_
446. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS4ID_
447. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS4LM_
448. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS4SE_
449. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS4OS_
450. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS4OM_
451. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS4D_
452. O(a) Sr.(a) já foi agredido fisicamente por policiais, segurança, desconhecidos ou até conhecidos, sem que tenha dado motivos para isso? (0) Não - Pule para a questão 463 e marque 8888 nas questões 453 a 462 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 463 e marque 8888 nas questões 453 a 462					DIS5_
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					
453. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS5CS_
454. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS5CP_
455. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS5FV_
456. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS5PE_
457. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS5ID_
458. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS5LM_
459. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS5SE_
460. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS5OS_
461. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS5OM_

462. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS5D_
463. O(a) Sr.(a) já participou de um processo seletivo para conseguir emprego ou estágio e foi recusado, mesmo tendo os melhores pré-requisitos dentre todos os candidatos? (0) Não - Pule para a questão 474 e marque 8888 nas questões 464 a 473 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 474 e marque 8888 nas questões 464 a 473					DIS6_
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					
464. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS6CS_
465. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS6CP_
466. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS6FV_
467. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS6PE_
468. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS6ID_
469. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS6LM_
470. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS6SE_
471. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS6OS_
472. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. Especificar:	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS6OM_
473. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS6D_
474. Ao frequentar postos de saúde, hospitais, prontos-socorros ou outros serviços de saúde, o(a) Sr.(a) já foi tratado de maneira inferior em relação às pessoas lá presentes? (0) Não - Pule para a questão 485 e marque 8888 nas questões 475 a 484 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 485 e marque 8888 nas questões 475 a 484					DIS7_
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					
475. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS7CS_
476. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS7CP_
477. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS7FV_
478. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS7PE_
479. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS7ID_
480. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS7LM_
481. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS7SE_
482. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS7OS_
483. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. Especificar:	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS7OM_
484. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS7D_

<p><b>485.</b> O(a) Sr.(a) já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade no trabalho ou em um estágio profissional? Considere as situações em que o(a) Sr.(a) foi tratado assim por alguém da sua equipe ou algum cliente, mesmo achando que tinha todos os condições de realizar as atividades. (0) Não - Pule para a questão 496 e marque 8888 nas questões 486 a 495 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 496 e marque 8888 nas questões 486 a 495</p>					DIS8_
<p><b>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim?</b> Por favor, leia as opções de resposta e anote todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).</p>					
486. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS8CS_
487. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS8CP_
488. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS8FV_
489. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS8PE_
490. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS8ID_
491. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS8LM_
492. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS8SE_
493. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS8CS_
494. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS8OM_
<p><b>495.</b> Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>					DIS8D_
<p><b>496.</b> O(a) Sr.(a) já foi avaliado de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas em algum estágio ou trabalho profissional? (0) Não - Pule para a questão 507 e marque 8888 nas questões 497 a 506 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 507 e marque 8888 nas questões 497 a 506</p>					DIS9_
<p><b>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim?</b> Por favor, leia as opções de resposta e anote todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).</p>					
497. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS9CS_
498. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS9CP_
499. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS9FV_
500. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS9PE_
501. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS9ID_
502. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS9LM_
503. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS9SE_
504. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS9CS_
505. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS9OM_
<p><b>506.</b> Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>					DIS9D_
<p><b>507.</b> Ao tentar ficar ou namorar com alguém, o (a) Sr.(a) já foi tratado com desprezo pela outra pessoa, sem ter dado motivo para isso? Considere apenas as situações em que o(a) Sr.(a) foi tratado pior em relação aos outros que também tentaram ficar ou namorar com esta ou estas pessoas. (0) Não - Pule para a questão 518 e marque 8888 nas questões 508 a 517 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre</p>					DIS10_

(8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 518 e marque 8888 nas questões 506 a 517					
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					
508. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS10CS_
509. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS10CP_
510. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS10FV_
511. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS10PE_
512. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS10ID_
513. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS10LM_
514. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS10SE_
515. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS10OS_
516. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS10OM_
517. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					
518. A família de alguma pessoa com quem o(a) Sr.(a) se relacionou afetivamente, física, emocional ou casou rejeitou o(a) Sr.(a) ou tentou impedir sua relação com ele(a)? (0) Não - Pule para a questão 529 e marque 8888 nas questões 519 a 528 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 529 e marque 8888 nas questões 519 a 528					
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					
519. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS11CS_
520. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS11CP_
521. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS11FV_
522. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS11PE_
523. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS11ID_
524. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS11LM_
525. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS11SE_
526. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS11OS_
527. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS11OM_
528. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					
529. O(a) Sr.(a) já foi tratado de modo inferior por algum de seus pais, filhos, pais, bios, primos ou avós em relação a outros familiares? (0) Não - Pule para a questão 540 e marque 8888 nas questões 530 a 539 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe informar - Pule para a questão 540 e marque 8888 nas questões 530 a 539					
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					
530. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não	DIS12CS

531. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	quer informar (9999) Não sabe ou não quer informar	DIS12CP_
532. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS12FV_
533. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS12PE_
534. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS12ID_
535. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS12LM_
536. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS12SE_
537. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS12OS_
538. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS12OM_
539. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS12D_
540. O(a) Sr.(a) já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas de estágio ou trabalho? Pense que isto pode ter acontecido durante a realização de trabalhos em equipe, reuniões de trabalho, congressos, eventos ou festas e reuniões informais. (0) Não - Pule para a questão 551 e marque 8888 nas questões 541 a 550 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 551 e marque 8888 nas questões 541 a 550 <b>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim?</b> Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					DIS13_
541. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS13CS_
542. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS13CP_
543. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS13FV_
544. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS13PE_
545. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS13ID_
546. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS13LM_
547. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS13SE_
548. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS13OS_
549. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS13OM_
550. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS13D_
551. O(a) Sr.(a) já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas da escola ou da universidade? Pense que isto pode ter acontecido recentemente ou no passado, durante a prática de esportes, aulas, realização de trabalhos em grupo, festas, reuniões importantes e outros encontros com colegas. (0) Não - Pule para a questão 562 e marque 8888 nas questões 552 a 561 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 562 e marque 8888 nas questões 552 a 561 <b>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim?</b> Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					DIS14_
552. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS14CS_
553. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS14CP_
554. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS14FV_
555. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS14PE_

556. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	quer informar (9999) Não sabe ou não quer informar	DIS14ID_
557. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS14LM_
558. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS14SE_
559. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS14OS_
560. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS14OM_
561. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS14D_
562. O(a) Sr.(a) já foi chamado por nomes, palavrões das quais não gostou ou termos pejorativos? Pense que isto pode ter acontecido em ruas, ônibus, shoppings, bancos, lojas, escolas, local de trabalho ou outros locais públicos. (0) Não - Pule para a questão 573 e marque 8888 nas questões 563 a 572 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar -Pule para a questão 573 e marque 8888 nas questões 563 a 572					DIS15_
<b>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e anote as letras ou motivos citados pelo(a) entrevistado(a).</b>					
563. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS15CS_
564. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS15CP_
565. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS15FV_
566. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS15PE_
567. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS15ID_
568. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS15LM_
569. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS15SE_
570. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS15OS_
571. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS15OM_
572. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS15D_
573. O(a) Sr.(a) já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de amigos do bairro, de pessoas de sua vizinhança ou de seu condomínio? Pense que isto pode ter acontecido em encontros da vizinhança, reuniões de condomínio, festas e outras datas de comemorações. (0) Não - Pule para a questão 584 e marque 8888 nas questões 574 a 583 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 584 e marque 8888 nas questões 574 a 583					DIS16_
<b>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e anote as letras ou motivos citados pelo(a) entrevistado(a).</b>					
574. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS16CS_
575. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS16CP_
576. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS16FV_
577. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS16PE_
578. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS16ID_
579. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS16LM_

580. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	quer informar (9999) Não sabe ou não quer informar	DIS16SE_
581. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS16OS_
582. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS16OM_
583. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS16D_
584. O(a) Sr.(a) já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade na escola ou na universidade? Considere as situações em que o (a) Sr.(a) foi tratado assim por professores ou colegas, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades. (0) Não - Pule para a questão 595 e marque 8888 nas questões 585 a 594 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 595 e marque 8888 nas questões 585 a 594					DIS17_
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					
585. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS17CS_
586. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS17CP_
587. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS17FV_
588. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS17PE_
589. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS17ID_
590. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS17LM_
591. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS17SE_
592. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS17OS_
593. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS17OM_
594. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar					DIS17D_
595. O(a) Sr.(a) já foi avaliado em provas ou outros trabalhos da escola ou da universidade de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas? (0) Não - Pule para a questão 606 e marque 8888 nas questões 596 a 605 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar - Pule para a questão 606 e marque 8888 nas questões 596 a 605					DIS18_
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, leia as opções de resposta e assinale todos os motivos citados pelo(a) entrevistado(a).					
596. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS18CS_
597. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS18CP_
598. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS18FV_
599. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS18PE_
600. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS18ID_
601. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS18LM_
602. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS18SE_
603. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS18OS_
604. Outro motivo	(0) Não	(1) Sim. <b>Especificar:</b>	(8888) Não se aplica	(9999) Não sabe ou não quer informar	DIS18OM_

<p><b>605.</b> Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr (a) se sentiu discriminado(a)?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	DIS18D_
<p><b>BLOCO SOBRE VIOLÊNCIA</b> [PODERÁ SER RESPONDIDO SOMENTE PELO(A) IDOSO(A)]</p>	
<p><b>QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM DE ABUSO/VIOLÊNCIA</b></p>	
<p><b>606.</b> O(a) Sr (a) tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL01_
<p><b>607.</b> O(a) Sr (a) está ajudando a sustentar alguém?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL02_
<p><b>608.</b> O(a) Sr (a) muitas vezes se sente triste ou só?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL03_
<p><b>609.</b> Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como o(a) Sr (a) deve viver ou onde deve morar?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL04_
<p><b>610.</b> O(a) Sr (a) se sente desconfortável com alguém da sua família?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL05_
<p><b>611.</b> O(a) Sr (a) é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL06_
<p><b>612.</b> O(a) Sr (a) sente que ninguém quer o(a) Sr (a) por perto?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL07_
<p><b>613.</b> Alguém da sua família bebe muito?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL08_
<p><b>614.</b> Alguém da sua família obriga o(a) Sr (a) a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando o(a) Sr (a) sabe que não está?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL09_
<p><b>615.</b> Alguém já obrigou o(a) Sr (a) a fazer coisas que não queria fazer?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL10_
<p><b>616.</b> Alguém já pegou coisas que pertencem ao(a) Sr (a) sem o seu consentimento?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL11_
<p><b>617.</b> O(a) Sr (a) confia na maioria das pessoas da sua família?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVIOL12_

<p><b>618.</b> Alguém lhe diz que o(a) Sr.(a) causa muitos problemas?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVICL13_
<p><b>619.</b> Em casa, o(a) Sr.(a) tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVICL14_
<p><b>620.</b> Alguém próximo ao(a) Sr.(a) tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	RVICL15_
<p><b>ENTREVISTADOR, LEIA O QUADRO ABAIXO:</b></p>	
<p>Agora eu gostaria de conversar um pouquinho sobre como o(a) Sr.(a) e o seu/ua companheiro(a) resolvem os desentendimentos e desavenças de dia-a-dia. Nós sabemos que algumas das próximas perguntas podem ser delicadas e pessoais e que, às vezes, parece difícil falar sobre elas. Mas é muito importante para nossa pesquisa que o(a) Sr.(a) faça um esforço para lembrar como vocês se entenderam no último ano. Quero lembrar(o) Sr.(a) que as informações coletadas a seguir são confidenciais e anônimas.</p> <p>Não importa como as pessoas se relacionem, há horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau-humor, cansadas ou por qualquer outra razão. Nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças e desavenças.</p> <p>Agora eu vou ler uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças e desavenças entre pessoas que se relacionam. Para cada uma das coisas que vou dizer a seguir, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me dissesse se já aconteceu em momentos de discussão e brigas entre vocês.</p>	
<p><b>621.</b> Nos últimos 12 meses, nos momentos de discussão e brigas entre vocês, como o(a) Sr.(a) reagiu: o(a) Sr.(a) discutiu o problema calmamente?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIOL01_
<p><b>622.</b> E ele(a), discutiu o problema calmamente?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIOL02_
<p><b>623.</b> O(a) Sr.(a) procurou conhecer melhor o modo dele(a) pensar?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIOL03_
<p><b>624.</b> E ele(a), procurou conhecer melhor o seu modo de pensar?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIOL04_
<p><b>625.</b> O(a) Sr.(a) trouxe ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIOL05_
<p><b>626.</b> E ele(a) trouxe ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIOL06_
<p><b>627.</b> O(a) Sr.(a) xingou ou insultou ele(a)?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIOL07_
<p><b>628.</b> E ele(a) xingou ou insultou o(a) Sr.(a)?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIOL08_
<p><b>629.</b> O(a) Sr.(a) ficou emburrado(o) ou não falou mais no assunto?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar</p>	VIOL09_
<p><b>630.</b> E ele(a) ficou emburrado(a) ou não falou mais no assunto?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	VIOL10_

(8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	
<b>631.</b> O(a) Sr.(a) retirou-se do quarto, da casa ou do local? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.11_
<b>632.</b> F. ele(a) retirou-se do quarto, da casa ou do local? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.12_
<b>633.</b> O(a) Sr.(a) fez ou disse coisas só para irritar ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.13_
<b>634.</b> F. ele(a) fez ou disse coisas só para irritar o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.14_
<b>635.</b> O(a) Sr.(a) ameaçou bater ou jogar coisas nele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.15_
<b>636.</b> F. ele(a) ameaçou bater ou jogar coisas no(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.16_
<b>637.</b> O(a) Sr.(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.17_
<b>638.</b> F. ele(a) destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.18_
<b>639.</b> O(a) Sr.(a) jogou coisas sobre ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.19_
<b>640.</b> F. ele(a) jogou coisas sobre o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.20_
<b>641.</b> O(a) Sr.(a) empurrou ou agarrou ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.21_
<b>642.</b> F. ele(a) empurrou ou agarrou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.22_
<b>643.</b> O(a) Sr.(a) deu um tapa ou bofetada nele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL.23_
<b>644.</b> F. ele(a) deu um tapa ou bofetada no(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica	VIOL.24_

(9999) Não sabe ou não quer informar	
645. O(a) Sr.(a) chutou, mordeu ou deu um murro nele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL25_
646. E ele(a) chutou, mordeu ou deu um murro no(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL26_
647. O(a) Sr.(a) bateu ou tentou bater nele(a) com objetos? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL27_
648. E ele(a) bateu ou tentou bater no(a) Sr.(a) com objetos? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL28_
649. O(a) Sr.(a) espancou ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL29_
650. E ele(a) espancou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL30_
651. O(a) Sr.(a) estrangulou ou sufocou ele(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL31_
652. E ele(a) estrangulou ou sufocou o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL32_
653. O(a) Sr.(a) ameaçou ele(a) com faca ou arma? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL33_
654. E ele(a) ameaçou o(a) Sr.(a) com faca ou arma? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	VIOL34_
655. O(A) idoso(a) é acamado(a)? (0) Não (1) Sim (8888) Não se aplica (9999) Não sabe ou não quer informar	ACAM01_
<b>TERMINEI A ENTREVISTA, AGRADEÇO A SUA PARTICIPAÇÃO, COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA. O NOSSO TRABALHO É SUPERVISIONADO PELA UNIVERSIDADE, ASSIM, PODE SER QUE OUTRO PESQUISADOR ENTRE EM CONTATO COM O(A) SR.(A) PARA CONFIRMAR APENAS ALGUNS DADOS. MUITO OBRIGADO(A)!</b>	

Link de segurança: salvar o questionário também no pen drive e guardá-lo num local diferente do notebook.

**Término da entrevista: \_\_\_h \_\_\_min**

**APÊNDICE D**  
**CONTROLE DE QUALIDADE**  
*EpiFloripa Idoso 2013-2014*

Número do Questionário  
 Nome do entrevistado  
 Supervisor  
 Entrevistador  
 Setor Censitário

<p><b>O entrevistador mediu sua pressão nos dois braços?</b></p> <p><b>(0) Não</b>  <b>(1) Sim</b>        (8888) Não se aplica        (9999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p><b>O entrevistador pesou o Sr(a)?</b></p> <p><b>(0) Não</b>  <b>(1) Sim</b>        (8888) Não se aplica        (9999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p><b>O(a) Sr(a) foi convidado para realizar exames no HU?</b></p> <p><b>(0) Não</b>  <b>(1) Sim</b>        (8888) Não se aplica        (9999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p>Quem respondeu a entrevista?</p> <p>(0) Idoso        (1) Informante</p>
<p><b>4. Em relação seu estado conjugal, neste momento o(a) Sr.(a) está:</b></p> <p><b>(1) Casado(a)/ com companheiro(a)</b>  <b>(2) Solteiro(a)</b>  <b>(3) Divorciado(a)/separado(a)</b>  <b>(4) Viúvo(a)</b>        (9999) Não sabe ou não quer informar</p>
<p><b>11. Cuidador é uma pessoa que fica lhe ajudando nas suas atividades diárias, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se ou ajudar a tomar seus remédios. O(a) Sr.(a) tem cuidador?</b></p> <p>(0) Não        (1) Sim        (9999) Não sabe ou não quer informar</p>

**122. O(A) Sr.(a) fuma ou fumou cigarros?**

(0) Não

(1) Fumou e parou

(2) Fuma atualmente

(9999) Não sabe ou não quer informar

**185. Qual é a dificuldade que o(a) Sr(a) sente ao cortar as unhas dos pés?**

(0) Nenhuma

(1) Pouca dificuldade

(2) Muita dificuldade

(3) Não realiza

(9999) Não sabe ou não quer informar

**276. Qual é o principal local que o(a) Sr.(a) utiliza para realizar as atividades físicas no seu tempo livre/lazer? (Ler as opções de resposta e anotar apenas uma opção)**

(0) Não realiza atividades físicas no lazer

(1) Casa

(2) Praças, parques, ruas do bairro e/ou demais espaços públicos

(3) Praia

(4) Academia de ginástica/musculação e clubes

(5) Centros de saúde ou centros comunitários e/ou igreja

(6) Outros

(8888) Não se aplica

(9999) Não sabe ou não quer informar

**288. Qual é o principal tipo de transporte que o (a) Sr.(a) utiliza?**

(1) Carro

(2) Moto

(3) ônibus

(4) Bicicleta

(5) Outros

(8888) Não se aplica

(9999) Não sabe ou não quer informar

**322. Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem/teve: Artrite ou reumatismo?**

(0) Não

(1) Sim

(9999) Não sabe ou não quer informar

**357. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) usou algum remédio?**

(0) Não - *Pule para questão 366 e marque 8888 nas questões 358 a 365*

(1) Sim

(9999) Não sabe ou não quer informar - *Pule para questão 366 e marque 8888 nas questões 347 a 365*

**370. Quantas refeições o(a) Sr.(a) faz por dia? Considerar que refeição é qualquer alimento consumido em horários que caracterizam um hábito para o entrevistado, devendo, portanto, considerar os lanches consumidos entre refeições principais.**

\_\_ \_\_ refeições

(8888) Não se aplica

(9999) Não sabe ou não quer informar

**ANEXOS**

## ANEXO I

**PARECER CEPESH/UFSC**  
***EpiFloripa Idoso (2009/2010)***

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos	<i>CERTIFICADO</i> Nº 318
<p>O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPESH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPESH, <b>CERTIFICA</b> que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP</p>		
<b>APROVADO</b>		
<b>PROCESSO:</b> 352/08 FR- 229650		
<b>TÍTULO:</b> Condições de saúde da população idosa do município de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional, 2008.		
<b>AUTOR:</b> Eleonora d'Orsi.		
<b>DPTO.:</b> Saúde Pública/CCS/UFSC		
 Coordenador do CEPESH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza		<b>FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.</b>

**ANEXO II**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
***EpiFloripa Idoso (2009/2010)***



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -**  
**TCLE**

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa **“CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, 2009/10”**. Sua colaboração neste estudo é **MUITO IMPORTANTE**, mas a decisão de participar é **VOLUNTÁRIA**, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a situação de saúde dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos da cidade de Florianópolis – SC e sua relação com condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Garantimos que será mantida a **CONFIDENCIALIDADE** das informações e o **ANONIMATO**. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. **NÃO HÁ RISCOS** quanto à sua participação e o **BENEFÍCIO** será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e também serão verificadas as seguintes medidas: pressão arterial (duas vezes), peso, altura, cintura e

panturrilha que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário aproximadamente uma hora.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Eleonora d'Orsi, coordenadora deste projeto de pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na UFSC, no Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, ou pelo telefone (48) 3721 9388, ou e-mail [eleonora@ccs.ufsc.br](mailto:eleonora@ccs.ufsc.br)

*Eu.....  
.....  
..., declaro estar esclarecido(a)  
sobre os termos apresentados e  
consinto por minha livre e  
espontânea vontade em participar  
desta pesquisa e assino o presente  
documento em duas vias de igual  
teor e forma, ficando uma em  
minha posse.*

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

---

(Assinatura do participante )

**ANEXO III**

**PARECER CEPSH/UFSC**  
***EpiFloripa Idoso (2013/2014)***

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Condições de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2013

**Pesquisador:** Eleonora d'Orsi

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 16731313.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal de Santa Catarina

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 329.650

**Data da Relatoria:** 09/07/2013

**Apresentação do Projeto:**

O Projeto (CAAE 16731313.0.0000.0121) intitula-se: Condições de saúde e hábitos de vida em idosos - estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2013, está vinculado ao Departamento de Saúde Pública (CCS) da UFSC e é coordenado pela Profa. Dra. Eleonora d'Orsi, que assina a Folha de Rosto conjuntamente com a direção do CCS/UFSC, como responsáveis pelo projeto na Instituição.

A pesquisa sob análise tem caráter longitudinal, de base populacional, e visa dar seguimento a estudo anterior, sobre saúde dos idosos residentes em Florianópolis, realizado em 2009/2010 sob o título EpiFloripa Idoso, que à época foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq (Edital/Chamada Jovem Pesquisador nº 06/2008 Faixa B, sob número 569234/2008 2), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC em 23/12/2008, sob protocolo número 352/2008. A proponente forneceu endereço eletrônico para acesso a informações sobre o estudo de 2009/2010, EpiFloripa. Serão convidados a participar do estudo, todos os 1.705 idosos (amostra referente a indivíduos com 60 anos de idade, ou mais) entrevistados em 2009/2010, os quais serão visitados em seus domicílios (unidades de recenseamento do IBGE) para a presente investigação. A pesquisadora refere ainda, como critério de exclusão, aqueles idosos que se encontram

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade CEP: 88.040-900

UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-0696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 329/850

Institucionalizados (por exemplo, em asilos, hospitais ou presídios).

Consta do projeto que variáveis coletadas no inquérito realizado no ano de 2009/2010, disponíveis no banco de dados serão (re)utilizadas para o presente estudo, tais como, avaliação cognitiva e funcional, variáveis socioeconômicas e demográficas, condições de saúde, hábitos de vida (tabagismo, etilismo atividade física, dieta), peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial, uso de medicamentos, morbidades auto referidas, uso de serviços de saúde, ocorrência de quedas, sintomas depressivos, violência, auto-avaliação de saúde e percepção do ambiente urbano.

Para o presente estudo, além da obtenção e compilação de dados relativos as variáveis acima, será ainda elaborado um questionário estruturado, contendo perguntas referentes a avaliação cognitiva e funcional, condições sociais, hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física, dieta) quedas, medo de quedas, inclusão digital, saúde bucal, qualidade de vida, sintomas depressivos, violência, uso de serviços de saúde, equilíbrio, ocorrência de fraturas e percepção do ambiente urbano. Embora o instrumento de coleta de dados não tenha sido anexado ao presente projeto, a pesquisadora define e fundamenta criteriosamente os métodos e/ou testes que serão aplicados para obtenção e análise dos dados a serem coletados na pesquisa.

Os entrevistadores serão estudantes bolsistas da UFSC, com disponibilidade de no mínimo 20 horas semanais para execução do trabalho de campo.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Investigar as condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos com idade superior a 60 anos e acompanhar as mudanças ocorridas nessas condições após 3 anos.

##### Objetivos Secundários:

Estimar a incidência de declínio cognitivo e funcional; Estimar a associação da prática de atividade física e condições socioeconômicas, condições de saúde, hábitos de vida e ambiente; Avaliar a associação entre o ambiente físico e social e declínio funcional; Estimar a associação entre as condições socioeconômicas e a incidência de declínio cognitivo e funcional; Estimar a associação entre condições de vida e saúde e declínio cognitivo e funcional. Estimar a associação entre hábitos de vida e declínio cognitivo e funcional. Estimar a associação entre violência e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Estimar a associação entre as quedas e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Estimar a associação entre medo de cair e a incidência de declínio cognitivo e

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade CEP: 88.040-900

UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-4208 Fax: (48)3721-0696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Protocolo: 329/050

funcional e hábitos de vida; Estimar a associação

entre a inclusão digital e a incidência de declínio cognitivo e funcional, condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Estimar a associação entre as condições de saúde bucal e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Estimar a associação entre qualidade de vida e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Estimar a associação entre sintomas depressivos e condições socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida, incluindo atividade física. Avaliar a associação entre declínio cognitivo e funcional e auto-avaliação de saúde geral controlando o efeito dos agravos e doenças gerais. Verificar se variáveis antropométricas e/ou o equilíbrio podem predir fraturas em idosos.

Metas a serem alcançadas: Produção de conhecimento científico inovador para a área de Saúde do Idoso, incluindo a publicação em periódicos científicos de alcance internacional, os artigos originários dos objetivos específicos do estudo.

Consta também do projeto, que os respectivos resultados serão divulgados amplamente para pesquisadores, profissionais da saúde, gestores políticos na área de saúde pública e saúde do idoso, bem como para o público alvo da pesquisa. Além disso a divulgação ocorrerá por meio de apresentações em congressos nacionais/internacionais e através de publicações revisadas por pares. Com os dados disponíveis, iremos nos concentrar em publicações de qualidade e de alto impacto em periódicos científicos nacionais e internacionais que tenham sua qualidade avaliada e reconhecida.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Segundo a proponente (formulário projeto de pesquisa-PB), não existem riscos diretos para os participantes, uma vez que as entrevistas serão realizadas mediante consentimento e com data e hora marcadas de acordo com a disponibilidade do participante.

Complementa, ainda, no tópico Questões Éticas que consta do projeto na íntegra, que o projeto será devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E, que serão solicitadas assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa.

Destaca, por fim, que os indivíduos/participantes que forem diagnosticados com déficit cognitivo ou funcional, ou que relatarem algum tipo de dor ou desconforto serão instruídos a procurar a unidade de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-0206 Fax: (48)3721-0696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 329/850

saúde de referência mais próxima.

É, portanto, necessário considerar sempre a existência de riscos intrínsecos à pesquisa aos participantes da mesma. Sempre há risco, mesmo que não-intencional, de quebra do sigilo. Incluem-se ainda agravos imediatos ou tardiamente decorrentes de possíveis danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrentes (com nexo causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico).

De um modo consistente com a menção a cima aos riscos relativos à pesquisa com seres humanos, a legislação vigente (Res. CNS n. 196/96, no seu artigo V) complementarmente estabelece que:

V.5 - O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

V.6 - Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

V.7 - Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

Deve-se levar em conta a participação de sujeitos sob condições de vulnerabilidade, tais como os participantes idosos (população amostral do estudo sob análise), adultos que embora capazes, poderão estar expostos a condicionamentos específicos decorrentes de morbidades/inerenças, assegurando-lhes

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-000  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-0696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 329.050

a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias. Tais condições não constam como critérios de exclusão do atual estudo.

**Benefícios:**

A proponente assinala como benefícios, o conhecimento sobre as condições de saúde e hábitos de vida dos idosos residentes em Florianópolis e sua evolução em 3 anos.

Ademais, informa que o estudo pretende gerar conhecimento científico sobre tema altamente relevante no contexto internacional e nacional, qual seja, características multidimensionais da saúde dos idosos.

Segundo a pesquisadora, deseja-se que este seja o primeiro estudo longitudinal que investigue declínio cognitivo e funcional nesta população. Todo conhecimento produzido será divulgado por meio de artigos científicos, seminários e apresentação em eventos nacionais e internacionais. Também tem-se como objetivo, que o conhecimento gerado por este estudo seja disseminado para profissionais, planejadores e gestores da área da saúde e do Sistema Único de Saúde para que estes possam utilizar os achados deste estudo como referência para a elaboração de políticas, ações e serviços direcionados aos agravos crônicos não transmissíveis e demais agravos na população idosa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Variáveis a serem consideradas no estudo (EpiFloripa Idoso 2013):

- Socio-demográficas: cor da pele, escolaridade, renda mensal, número de moradores do domicílio, estado civil (coletadas com base na classificação do IBGE)
- Função cognitiva (segundo o Mini-Mental State Examination/MMSE)
- Capacidade Funcional (segundo escala de atividades básicas e instrumentais da vida diária)
- Medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência da cintura) e pressão arterial: coleta direta de medidas antropométricas e por aparelho digital para pressão arterial
- Saúde bucal

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-0696 E-mail: cnp@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 329.650

- Ocorrência de quedas e fraturas
- Equilíbrio
- Medo de quedas
- Hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física)
- Presença de sintomas depressivos
- Violência e abuso
- Inclusão digital
- Doenças autorreferidas
- Percepção do ambiente
- Qualidade de vida

A proponente informa, no projeto de pesquisa na íntegra, que a seleção e treinamento dos entrevistadores serão realizados pelos coordenadores do estudo. Será elaborado um manual de instruções para a equipe de campo. Estima-se a realização de 300 entrevistas por mês, em média o que totaliza aproximadamente 6 meses de trabalho de campo, excluindo o treinamento, pré-teste e estudo piloto. Estão previstas reuniões semanais de avaliação entre a equipe de campo e os supervisores e coordenadores do estudo.

Para garantir um maior percentual de acompanhamento, será realizada atualização dos endereços de todos os participantes do estudo através dos contactos telefônicos e/ou de e-mail que os participantes forneceram em 2009/2010. Será elaborado um manual de instruções do estudo que servirá como guia para os entrevistadores no caso de dúvidas no preenchimento ou codificação do questionário. Também apresentará orientações sobre a postura e forma de abordagem do entrevistador.

A atualização dos endereços será realizada de forma ativa mediante ligações para outros contatos telefônicos fornecidos pelos participantes e/ou pelos endereços de e-mail coletados em 2009. Outras técnicas serão também consideradas para atualizar o endereço dos participantes, tais como a procura dos nomes em listas telefônicas, redes sociais na Internet (Facebook e Orkut) e visita nos endereços fornecidos pelos participantes em 2009. Será enviada uma carta informando os participantes sobre o contato telefônico posterior.

Além da equipe de campo, o estudo contará com supervisores, todos alunos de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva, Educação Física e Ciências Médicas da UFSC, e pesquisadores do Departamento de Saúde Pública, Departamento de Educação Física e Departamento de Nutrição da UFSC com larga experiência em inquéritos populacionais e epidemiologia.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-0206 Fax: (48)3721-9698 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 329.650

A pesquisadora destaca que o estudo envolverá equipe numerosa e qualificada de pesquisadores e alunos de pós-graduação e iniciação científica. Destaca, ainda, que o projeto conta com a colaboração do Prof. Luiz Roberto Ramos, do Centro de Estudos do Envelhecimento, da Universidade Federal de São Paulo. Além disso, conta também com a participação ativa do Prof. André Junqueira Xavier, da Universidade do Sul de Santa Catarina (ambos integram a equipe de pesquisa, conforme o descrito no formulário projeto de pesquisa-PB). A proponente informa que, adicionalmente, a equipe do projeto tem recebido assessoria de pesquisadores de outros centros nacionais e internacionais, tais como, os professores César de Oliveira, do Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública, da University College London (Londres-U), um dos responsáveis pelo Estudo ELSA na Inglaterra (English Longitudinal Study on Ageing); e também conta com a colaboração do Professor Martin Orrel, da Mental Health Sciences Unit, Faculty of Brain Sciences, University College London, London, UK.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos: (1) Folha de rosto; (2) Formulário Projeto de Pesquisa-PB (incluindo: Orçamento e Patrocinador, e Cronograma de Execução); (3) Projeto de Pesquisa estruturado; (4) TCLE; (5) Declaração de concordância da coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (CCS/UFSC). TCLE; (5) Declaração de concordância da coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (CCS/UFSC).

**Recomendações:**

Nenhuma recomendação é necessária, uma vez que foi satisfeita a lista de pendências apresentadas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Concluímos pela recomendação de aprovação do presente estudo.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-0696 E-mail: csp@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Processo: 329-850

FLORIANOPOLIS, 09 de Julho de 2013

---

Assinador por:  
**Washington Portela de Souza**  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-4208 Fax: (48)3721-0698 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO IV  
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
*EpiFloripa Idoso (2013/2014)*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
TCLE**

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “**Condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, *EpiFloripa 2013***”. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) Senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo acompanhar a situação de saúde dos participantes do *Estudo Epifloripa* entrevistados em 2009/2010 e estabelecer sua relação com condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e também serão verificadas as seguintes medidas: pressão arterial (duas vezes), peso, altura e cintura que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessário aproximadamente uma hora. Os seus dados coletados anteriormente na

entrevista realizada em 2009/2010 serão novamente utilizados para fins comparativos.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professora Eleonora d'Orsi, coordenadora deste projeto de pesquisa, no endereço abaixo:

**DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:**

Nome completo: Professora Eleonora d'Orsi,  
 Doc. de Identificação: 6271033 SSP/SC  
 Endereço completo: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
 Departamento de Saúde Pública - Trindade  
 Florianópolis/SC - 88040-900  
 Fone: (+55 48) 3721-9388 ramal 206  
 Endereço de email: [eleonora@ccs.ufsc.br](mailto:eleonora@ccs.ufsc.br)

**IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:**

Nome completo \_\_\_\_\_

Doc. de Identificação \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO E ASSENTIMENTO/ANUÊNCIA DE PARTICIPANTE VULNERÁVEL:** (Quando se tratar de população vulnerável)

Nome completo \_\_\_\_\_

Doc. de Identificação \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:**

(Quando se tratar de população vulnerável)

Nome completo \_\_\_\_\_

Doc. de Identificação \_\_\_\_\_

Tipo de representação: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado **“Condições gerais de saúde e hábitos de vida em idosos: estudo longitudinal de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa 2013”**, assim como autorizo o acesso aos meus dados previamente coletados, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.”

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.”

“Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.”

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

(local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do voluntário ou representante legal acima identificado)

**ANEXO V**

**PARECER CEPESH/UFSC**

**Projeto Sintomas Depressivos e Atividade Física em idosos de  
Florianópolis**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Sintomas depressivos e atividade física em idosos de Florianópolis

**Pesquisador:** Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 11502913.4.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 313.958

**Data da Relatoria:** 24/06/2013

**Apresentação do Projeto:**

Estudo de Benedetti e Borges que pretende analisar 150 idosos remanescentes do projeto Epifloripa acerca de sintomas depressivos e prática desportiva.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segunda as autoras, analisar a relação entre sintomas depressivos e nível de atividade física em idosos de Florianópolis, Santa Catarina

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-0695 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 310.828

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 24 de Junho de 2013

---

Assinado por:  
**Washington Portela de Souza**  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cnp@reitoria.ufsc.br

**ANEXO VI**

**Artigo: Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos:  
estudo *EpiFloripa***

Lucélia Justino Borges<sup>1</sup>Tânia R Bertoldo Benedetti<sup>2</sup>André Junqueira Xavier<sup>3</sup>Eleonora d'Orsi<sup>1B</sup>

## Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo *EpiFloripa*

### Associated factors of depressive symptoms in the elderly: *EpiFloripa* study

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em idosos.

**MÉTODOS:** Estudo epidemiológico transversal e de base domiciliar (inquérito *EpiFloripa* Idoso) com 1.656 idosos, realizado por conglomerados em dois estágios, setores censitários e domicílios, em Florianópolis, SC. A prevalência de sintomas depressivos (detecção) foi obtida por meio da *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), e testadas associações segundo variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sociais. Foram calculadas razões de prevalências brutas e ajustadas com intervalo de 95% de confiança por regressão de Poisson.

**RESULTADOS:** A prevalência de sintomas depressivos foi de 23,9% (IC95% 21,84;26,01). Os fatores de risco associados no modelo final foram: escolaridade de cinco a oito anos (RP = 1,50; IC95% 1,08; 2,08), um a quatro anos (RP = 1,62; IC95% 1,18; 2,23) e nenhum ano de estudo (RP = 2,11; IC95% 1,46;3,05); situação econômica pior quando comparada com a que tinha aos 50 anos (RP = 1,33; IC95% 1,02;1,74); déficit cognitivo (RP = 1,45; IC95% 1,21;1,75); percepção de saúde regular (RP = 1,95; IC95% 1,47;2,60) e ruim (RP = 2,64; IC95% 1,82;3,83); dependência funcional (RP = 1,83; IC95% 1,43; 2,33); e dor crônica (RP = 1,35; IC95% 1,10;1,67). Grupo etário de 70 a 79 anos (RP = 0,77; IC95% 0,64;0,93); atividade física de lazer (RP = 0,75; IC95% 0,59;0,94); participação em grupos de convivência ou religiosos (RP = 0,80; IC95% 0,64;0,99); e ter relação sexual (RP = 0,70; IC95% 0,53;0,94) mostraram-se fatores protetores no aparecimento dos sintomas depressivos.

**CONCLUSÕES:** Situação clínica adversa, desvantagem socioeconômica e pouca atividade social e sexual mostraram-se associadas aos sintomas depressivos em idosos.

**DESCRIPTORIOS:** Idoso. Depressão, epidemiologia. Fatores de Risco. Fatores Socioeconômicos. Envelhecimento. Saúde Mental. Estudos Transversais.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

<sup>2</sup> Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC, Brasil

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

#### Correspondência | Correspondence:

Lucélia Justino Borges  
Centro de Desportos  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário - Trindade  
88040-900 Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: lucelajb@yahoo.com.br

Recebido: 16/10/2011  
Aprovado: 4/3/2013

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rbsp](http://www.scielo.br/rbsp)

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To estimate the prevalence and associated factors of depressive symptoms in the elderly.

**METHODS:** Cross-sectional population based epidemiological study (The *EpiFlorida* Elderly survey) was carried out in two stage cluster, census tracts and households, with 1.656 elderly individuals in Florianópolis, SC. The prevalence of depressive symptoms (outcome) was obtained using Geriatric Depression Scale (GDS-15) and its associations with socio-demographic, health, behavioral and social variables were assessed. Crude and adjusted prevalence ratios (PR) with 95% confidence intervals were calculated using Poisson regression.

**RESULTS:** Depressive symptoms were observed in 23.9% of the elderly individuals (95%CI 21.84;26.01). In the final model, depressive symptoms were associated with: 5 to 8 years of schooling (PR = 1.50, 95%CI 1.08;2.08); one to four years of schooling (PR = 1.62, 95%CI 1.18;2.23) and no schooling (PR = 2.11, 95%CI 1.46;3.05); being in a worse financial condition than at the age of 50 (PR = 1.33, 95%CI 1.02;1.74); cognitive impairment (PR = 1.45, 95%CI 1.21;1.75); perceiving their health to be regular (PR = 1.95, 95%CI 1.47;2.60) or poor (PR = 2.64, 95%CI 1.82;3.83); functional dependence (PR = 1.83, 95%CI 1.43;2.33) and chronic pain (PR = 1.35, 95%CI 1.10;1.67). Factors with protective effects were: being in the 70 to 79 year old age group (PR = 0.77, 95%CI 0.64;0.93); physical activity in leisure time (PR = 0.75, 95%CI 0.59;0.94); participation in social or religious groups (PR = 0.80, 95%CI 0.64;0.99) and having sexual relations (PR = 0.70, 95%CI 0.53;0.94).

**CONCLUSIONS:** Adverse clinical situations, being socioeconomically disadvantaged and low social and sexual activity were associated with depressive symptoms in the elderly.

**DESCRIPTORS:** Aged. Depression, epidemiology. Risk Factors. Socioeconomic Factors. Aging. Mental Health. Cross-Sectional Studies.

## INTRODUÇÃO

A depressão é frequente no idoso e é apontada como um dos problemas psiquiátricos mais comuns e importantes.<sup>1,2</sup> Segundo revisão sistemática, a prevalência mundial varia de 0,9% a 9,4% em idosos vivendo na comunidade e de 14% a 42% em institucionalizados.<sup>3</sup> Estudos epidemiológicos brasileiros conduzidos com a população idosa evidenciam que a prevalência de sintomas depressivos varia entre 19% e 34% nas diferentes regiões do País.<sup>4,5,6,7</sup>

A alta prevalência de depressão requer atenção dos profissionais e de gestores públicos da área da saúde, uma vez que esta doença eleva a probabilidade de incapacidade funcional nos idosos<sup>8</sup> e desencadeia importante problema de saúde pública.

Dentre os fatores associados a sintomatologia depressiva em idosos, destacam-se o sexo feminino,<sup>9</sup> a idade avançada,<sup>6,7,10</sup> a baixa escolaridade<sup>11</sup> e viver sozinho.<sup>12</sup> Além das características sociodemográficas, bem

estabelecidas pela literatura, outros fatores mostram-se associados, como: tabagismo,<sup>8</sup> comorbidades (doenças cardiovasculares, endócrinas, neurológicas, oncológicas),<sup>13</sup> maior utilização de medicamentos,<sup>13</sup> incapacidade funcional,<sup>8,10</sup> percepção negativa da saúde,<sup>6,12</sup> baixo nível de atividade física,<sup>4,5,6,12</sup> pensamentos suicidas,<sup>12</sup> insônia,<sup>6,12</sup> predomínio de trocas negativas no relacionamento com parentes e amigos.<sup>2</sup> Fatores, em especial os modificáveis, precisam ser mais explorados, considerando as diferenças culturais entre países e as regionais observadas no mesmo país, como o Brasil.

Identificar os fatores relacionados à presença da sintomatologia depressiva pode auxiliar na prevenção da depressão entre os idosos<sup>1</sup> e dar oportunidade a oferta de estratégias não farmacológicas de tratamento.

O objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em idosos.

## MÉTODOS

Estado transversal populacional e de base domiciliar e parte do inquérito *EpiFloripa Idoso*, realizado entre setembro de 2009 e junho de 2010 em Florianópolis, SC, Brasil.<sup>4</sup> A população estimada desse município era de 408.163 habitantes em 2009, sendo que 10,8% tinha 60 anos ou mais.<sup>5</sup> Florianópolis apresentou melhor índice de desenvolvimento humano municipal no *ranking* das regiões metropolitanas do Brasil (IDH-M 0,86)<sup>6</sup> e a esperança de vida ao nascer era de 75,8 anos, em 2009.<sup>4</sup>

Utilizou-se o tamanho da população igual a 44.460,<sup>4</sup> prevalência para o desfecho desconhecida (50%), erro amostral igual a quatro pontos percentuais, nível de 95% de confiança e efeito de delineamento igual a dois para o cálculo da amostra geral do *EpiFloripa Idoso*. Foram acrescidos 20% para perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão em estudos de associação, resultando em amostra desejável mínima de 1.599 pessoas.

O processo de seleção da amostra foi por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio, 80 dos 420 setores censitários foram sorteados sistematicamente de acordo com a renda média mensal do chefe da família (oito setores em cada decil de renda). No segundo estágio, as unidades foram os domicílios, os setores com menos de 150 domicílios foram agrupados e aqueles com mais de 500 domicílios (repetindo o decil de renda correspondente) foram divididos, originando 83 setores censitários.

Para a coleta de dados, entrevistadoras devidamente treinadas aplicaram questionário padronizado e pré-testado, utilizando o *Personal Digital Assistants* (PDA) em entrevista face a face. A consistência dos dados foi verificada semanalmente e o controle de qualidade via telefone foi feito por meio da aplicação de um questionário reduzido em 10% das entrevistas selecionadas aleatoriamente.

O desfecho foi sintoma depressivo, obtido por meio da aplicação da *Geriatric Depression Scale* (GDS) com 15 questões. O ponto de corte utilizado foi cinco/seis (não caso/caso).<sup>7</sup>

As variáveis independentes foram: grupo etário (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais); sexo; situação

conjugal (casado/com companheiro(a); solteiro(a); divorciado(a)/separado(a); viúvo(a)); cor da pele/raça autorreferida (branca; parda; negra ou preta; amarela; indígena); escolaridade (analfabeto; um a quatro anos; cinco a oito anos; nove a 11 anos; 12 anos ou mais); situação econômica atual comparada com a que tinha aos 50 anos (igual; pior); renda familiar *per capita* (1° quartil: ≤ R\$ 327,50; 2° quartil: > R\$ 327,50 e ≤ R\$ 700,00; 3° quartil: > R\$ 700,00 e ≤ R\$ 1.500,00; 4° quartil: > R\$ 1.500,00); estado cognitivo avaliado por meio do Miniexame do Estado Mental, considerando o nível de escolaridade (ausência de déficit cognitivo; provável déficit cognitivo); uso de álcool, segundo o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (não usa; uso moderado; uso excessivo); tabagismo (nunca fumou; fumou e parou; fuma atualmente); nível de atividade física, avaliado por meio do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (fisicamente ativo: pratica 150 minutos ou mais de exercícios físicos por semana; insuficientemente ativo: pratica exercício físico menos de 150 minutos por semana);<sup>17</sup> estado nutricional, avaliado pelo Índice de Massa Corporal (baixo peso; eutrófico; sobrepeso);<sup>8</sup> a estatura foi mensurada por estadiômetro portátil e a massa corporal por balança digital com resolução de 100 g; participação em grupo de convivência ou religioso no último ano (sim; não); frequência de relacionamento mensal com amigos e com parentes (sim [mais de uma vez por mês]; não [uma vez por mês ou menos]); capacidade de troca de mensagens pela Internet, definida como a capacidade autorreferida em usar um computador para envio e recebimento de mensagens (sim; não); dependência funcional, avaliada por meio da escala de atividades básicas e instrumentais da vida diária (incapacidade/dificuldade para realizar até três atividades; incapacidade/dificuldade para realizar 4-15 atividades);<sup>19</sup> autopercepção da saúde (muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim); dor crônica autorreferida na maioria dos dias (sim; não).

Foram testadas as seguintes doenças crônicas não transmissíveis referidas pelos idosos: doença de coluna ou costas, câncer, fibromialgia, bronquite ou asma, artrite/reumatismo, diabetes, hipertensão, doença cardiovascular diferente de hipertensão, acidente vascular ou isquemia cerebral.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Santa Catarina. *EpiFloripa*: condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis. Florianópolis; 2009 [citado 2011 ago 30]. Disponível em: <http://www.epifloripa.ufsc.br/>

<sup>5</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para o IBGE. Estimativas da população para 1° de julho de 2009, segundo os municípios. Brasília; 2009. [citado 2010 ago 01]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/PC09/PC09\\_DCU1.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/PC09/PC09_DCU1.pdf)

<sup>6</sup> Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas de desenvolvimento humano no Brasil (PNULC). Brasília (DF); 2003. [citado 2010 ago 01]. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.asp?indice=acrescimo\\_1&id=1](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.asp?indice=acrescimo_1&id=1). Atlas2003

<sup>7</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira - 2010. Rio de Janeiro; 2010. [citado 2010 ago 01]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicoesdevida/indicadoresbasetemas/indicadores sociais20100925\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicoesdevida/indicadoresbasetemas/indicadores sociais20100925_2010.pdf)

<sup>8</sup> Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Práticas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília (DF); 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Utilizou-se a Regressão de Poisson para avaliar as associações entre os sintomas depressivos e as variáveis independentes. Foi utilizado o critério de  $p < 0,20$  para entrada no modelo multivariável e  $p \leq 0,05$  no teste de Wald para manutenção da variável no modelo. Iniciou-se a entrada pelas variáveis sociodemográficas, seguida pelas variáveis de saúde, comportamentais e sociais na análise ajustada. As análises multivariáveis consideraram o efeito do desenho amostral

incorporando os pesos por meio do comando *svy* do Stata, projetado para a análise de dados provenientes de amostras complexas. Foi utilizado o pacote estatístico Stata versão 11.0 (Stata Corp. College Station, EUA) para realização das análises estatísticas.

Esta pesquisa atendeu preceitos éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo

Tabela 1. Análise univariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis sociodemográficas. Inquérito IpfFloripa Idoso, Florianópolis, SC, 2010.

Variável	Síndromas depressivos				Análise bruta		p
	Total		Suspeita à depressão		RP	IC95%	
	n	%	n	% <sup>a</sup>			
Sexo	n = 1.656		n = 1.613				0,016
Homens	598	36,1	116	19,8	1		
Mulheres	1.058	63,9	270	26,3	1,27	1,05-1,54	
Grupo solteiro (anos)	n = 1.656		n = 1.613				0,004
60 a 69	846	51,1	176	21,3	1		
70 a 79	596	36,0	138	23,7	1,09	0,84-1,42	
80 ou mais	214	12,9	72	35,3	1,85	1,35-2,53	
Estado civil	n = 1.656		n = 1.613				< 0,001
Casado	974	58,8	201	21,2	1		
Solteiro	95	5,7	23	25,0	1,64	1,07-2,50	
Divorciado	130	7,9	36	28,4	1,44	1,03-2,03	
Viuvo	457	27,6	126	28,4	1,48	1,19-1,85	
Cor da pele/raça autodeclarada	n = 1.653		n = 1.613				0,188
Branca	1.410	85,3	311	22,6	1		
Parda	131	7,9	41	32,3	1,44	1,06-1,97	
Preta	84	5,1	23	27,7	1,27	0,83-1,95	
Amarela	12	0,7	4	33,3	1,37	0,45-4,18	
Indígena	16	1,0	6	40,0	1,65	0,75-3,63	
Escolaridade (anos)	n = 1.656		n = 1.607				< 0,001
12 ou mais	386	23,4	41	10,9	1		
9 a 11	231	14,0	34	15,0	1,37	0,89-2,10	
5 a 8	315	19,1	75	24,1	2,13	1,51-3,01	
1 a 4	568	34,5	173	31,4	2,85	2,05-3,95	
0	148	9,0	61	42,7	3,94	2,72-5,70	
Renda familiar em quantis	n = 1.656		n = 1.613				< 0,001
4º quantil (> R\$ 1.500,00)	410	24,8	63	15,7	1		
3º quantil (> R\$ 700,00 e ≤ R\$ 1.500,00)	414	25,0	76	18,8	0,97	0,65-1,46	
2º quantil (> R\$ 327,50 e ≤ R\$ 700,00)	418	25,2	134	32,6	2,10	1,49-2,95	
1º quantil (≤ R\$ 327,50)	414	25,0	113	28,5	1,73	1,13-2,64	
Situação econômica comparada com a que tinha aos 50 anos	n = 1.654		n = 1.613				< 0,001
Melhor	775	46,9	174	23,0	1		
Igual	460	27,8	81	18,2	0,92	0,67-1,27	
Pior	419	25,3	131	32,0	1,63	1,19-2,23	

RP: razão de prevalência

<sup>a</sup>Porcentagem na linha

nº 352/2008). Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes do estudo.

## RESULTADOS

As entrevistadoras identificaram 1.911 domicílios elegíveis e foram entrevistados 1.705 idosos, com

taxa de resposta de 89,2%. Foram excluídas 49 entrevistas respondidas por cuidadores e utilizadas 1.656. A maioria das variáveis testadas apresentou concordância boa a excelente no controle de qualidade (valores de kappa variando entre 0,6 a 0,9).

A amostra foi composta principalmente por mulheres (63,9%); 51,1% tinha entre 60 a 69 anos; 58,8% era

Tabela 2. Análise univariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis de saúde. Inquérito EpiFloripa Idoso. Florianópolis, SC, 2010.

Variável	Sintomas depressivos				Análise bruta		p
	Total		Suspeita à depressão		RP	IC95%	
	n	%	n	%			
Déficit cognitivo	n = 1.648		n = 1.613				< 0,001
Não	877	53,2	160	18,5	1		
Sim	771	46,8	224	30,2	1,76	1,44;2,15	
Dependência funcional	n = 1.656		n = 1.613				< 0,001
0 a 3 AVDs	1.165	70,4	161	14,1	1		
4 ou mais AVDs	491	29,6	225	47,4	3,68	3,06;4,42	
Quedas no último ano	n = 1.656		n = 1.613				< 0,001
Não	1.348	81,4	282	21,4	1		
Sim	308	18,6	104	34,9	1,49	1,18;1,89	
Utiliza medicamentos	n = 1.656		n = 1.613				0,007
Não	178	10,7	18	10,3	1		
Sim	1.478	89,3	368	25,6	1,97	1,20;3,23	
Utiliza antidepressivo	n = 1.656		n = 1.613				< 0,001
Não	1.459	88,1	303	21,4	1		
Sim	197	11,9	83	42,6	1,96	1,57;2,45	
Auopercepção de saúde	n = 1.656		n = 1.613				< 0,001
Bom/Muito boa	848	51,2	80	9,7	1		
Regular	642	38,8	194	31,1	3,09	2,34;4,09	
Ruim/Muito ruim	165	10,0	112	69,6	6,86	4,97;9,46	
Sente dor a maioria dos dias	n = 1.656		n = 1.613				< 0,001
Não	1.059	63,9	158	15,3	1		
Sim	597	36,1	228	39,0	2,39	1,90;3,01	
Morbidades autorreferidas							
Doença da coluna ou dores nas costas	n = 1.655		n = 1.613				< 0,001
Não	826	49,9	142	17,6	1		
Sim	829	50,1	244	30,2	1,56	1,24;1,98	
Antrite ou rinite	n = 1.651		n = 1.608				< 0,001
Não	1.089	66,0	208	19,7	1		
Sim	562	34,0	175	31,8	1,67	1,35;2,05	
Fibromialgia	n = 1.652		n = 1.610				0,134
Não	1.591	96,3	361	23,3	1		
Sim	61	3,7	24	40,7	1,42	0,89;2,24	
Câncer	n = 1.656		n = 1.613				0,067
Não	1.506	90,9	345	23,5	1		
Sim	150	9,1	41	28,7	1,32	0,98;1,78	

Continua

Continuação						
Diabetes	n = 1.656		n = 1.613			< 0,001
Não	1.290	77,9	256	20,4	1	
Sim	366	22,1	130	36,2	1,70	1,39;2,07
Bronquite ou asma	n = 1.656		n = 1.613			< 0,001
Não	1.401	84,6	297	21,8	1	
Sim	255	15,4	89	35,7	1,58	1,26;1,97
Hipertensão	n = 1.656		n = 1.613			< 0,001
Não	683	41,2	120	18,1	1	
Sim	973	58,8	266	28,0	1,65	1,34;2,04
Doença cardiovascular	n = 1.656		n = 1.613			< 0,001
Não	1.200	72,5	229	19,6	1	
Sim	456	27,5	157	35,4	1,89	1,50;2,38
Acidente vascular cerebral ou isquemia cerebral	n = 1.656		n = 1.613			< 0,001
Não	1.527	92,2	330	22,2	1	
Sim	129	7,8	56	44,1	2,21	1,78;2,76

AVD: atividades da vida diária; RP: razão de prevalência  
 \* Porcentagem na linha

casada; 34,5% tinha até quatro anos de estudo e a renda per capita média foi de R\$ 1.347,97.

As mulheres, os idosos mais velhos (80 anos ou mais) e os analfabetos ou com baixa escolaridade apresentaram maior presença de sintomas depressivos na análise univariada. Com exceção da cor da pele, as demais variáveis sociodemográficas mostraram-se associadas aos sintomas depressivos na análise bruta (Tabela 1).

A presença de sintomas depressivos foi maior em indivíduos com déficit cognitivo, com maior dependência funcional, que sofreram queda no último ano, que sentiam dor na maioria dos dias e que tinham percepção ruim da saúde. As variáveis relacionadas à saúde foram associadas aos sintomas depressivos na análise bruta, exceto fibromialgia e câncer (Tabela 2).

Menor prevalência de sintomas depressivos foi observada em idosos que relataram ter relação sexual, que trocavam mensagens pela internet, que referiram consumo alto ou moderado de álcool, que participavam de grupos de convivência ou religiosos, que eram ativos no lazer e que tinham relacionamento mental com amigos ou parentes. Somente o tabagismo e o índice de massa corporal não foram associados aos sintomas depressivos na análise bruta (Tabela 3).

Maior prevalência de sintomas depressivos foi associada à baixa escolaridade, à pior situação econômica quando comparada a que tinha aos 50 anos, à presença de déficit cognitivo, à percepção negativa da saúde, à maior dependência funcional e sentir dor na maioria dos dias no modelo final da análise multivariável. Ser ativo no lazer, participar de grupos de convivência ou religiosos

e ter relação sexual foi associado à menor prevalência de sintomas depressivos. A idade foi associada inversamente aos sintomas depressivos (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas depressivos (23,9%; IC95% 21,84;26,01) foi elevada, assemelhando-se aos valores obtidos em outros estudos<sup>13,17</sup> e superior à investigação epidemiológica realizada em Florianópolis em 2002, que detectou 19,7% de depressão entre os idosos do município.<sup>3</sup>

Foram observadas importantes associações da sintomatologia depressiva com as variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sociais. A literatura destaca a associação dos sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas,<sup>4</sup> indicando que as desigualdades sociais influenciam as condições de vida e de saúde e podem contribuir para o aparecimento desses sintomas. Baixa escolaridade, idade e perda econômica foram as variáveis sociodemográficas associadas aos sintomas depressivos.

Indivíduos com baixa escolaridade têm maior risco a sintomatologia depressiva,<sup>4</sup> sinalizando que a alta escolaridade é um fator protetor para o não surgimento desses sintomas.<sup>8</sup> O nível educacional possibilita que o indivíduo amplie os recursos de enfrentamento às situações estressantes da vida.<sup>8</sup>

A idade como fator protetor no modelo final pode ser explicada pela inclusão da variável dependência funcional, sugerindo que pode modificar o efeito da

**Tabela 3.** Análise univariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis componentes e sociais. Inquérito Epifloripa Idoso, Florianópolis, SC, 2010.

Variável	Sintomas depressivos				Análise bruta		p
	Total		Suspeita à depressão		RP	IC95%	
	n	%	n	% <sup>a</sup>			
Consumo de álcool	n = 1.656		n = 1.613				0,002
Nunca	1.061	64,1	291	28,2	1		
Moderado	315	19,0	49	15,9	0,60	0,40;0,88	
Alto	280	16,9	46	16,9	0,59	0,42;0,84	
Tabagismo	n = 1.656		n = 1.613				0,815
Não tabagista	1.044	60,6	243	25,0	1		
Ex-tabagista	511	30,9	116	23,2	1,08	0,83;1,40	
Tabagista atual	141	8,5	27	19,4	0,98	0,57;1,68	
Índice de Massa Corporal	n = 1.627		n = 1.613				0,315
Eutrófico	628	38,6	130	21,2	1		
Baixo peso	137	8,4	34	25,6	1,32	0,90;1,94	
Sobrepeso	862	53,0	206	24,6	1,16	0,86;1,55	
Atividade física de lazer	n = 1.656		n = 1.613				< 0,001
Insuficientemente ativo	1.165	70,4	318	28,1	1		
Ativo	491	29,6	68	14,1	0,48	0,38;0,62	
Participação em grupos de convivência	n = 1.656		n = 1.613				0,005
Não	941	56,8	246	26,9	1		
Sim	715	43,2	140	20,1	0,71	0,56;0,90	
Relacionamento mensal com parentes	n = 1.653		n = 1.613				0,009
Sim	185	11,2	54	29,8	1		
Não	1.468	88,8	331	23,2	0,69	0,53;0,91	
Relacionamento mensal com amigos	n = 1.649		n = 1.613				< 0,001
Sim	280	17,0	99	37,1	1		
Não	1.369	83,0	284	21,2	0,56	0,47;0,67	
Tem relação sexual	n = 1.655		n = 1.613				< 0,001
Não	925	55,9	278	31,0	1		
Sim	730	44,1	108	15,1	0,43	0,31;0,59	
Troca de mensagens pela internet	n = 1.656		n = 1.613				< 0,001
Não	1.313	79,3	360	28,2	1		
Sim	343	20,7	26	7,7	0,34	0,22;0,52	

RP: razão de prevalência

<sup>a</sup> Potenciagem na linha

idade sobre a depressão. Considera-se que o aumento da idade está vinculado a vivência de diferentes episódios psicossociais (morte de parentes e amigos, término de relações conjugais), bem como a maior exposição às doenças crônicas.<sup>19</sup> Outra explicação é que pode ocorrer redução na suscetibilidade para depressão e ansiedade com o envelhecimento. Somar-se a isso a resposta emocional reduzida e maior resiliência às experiências estressantes.<sup>20</sup>

A desvantagem socioeconômica aumenta o risco de depressão, conforme destacado pela literatura.<sup>1</sup> A perda econômica associou-se aos sintomas depressivos.

Não é possível afirmar se o indivíduo ficou deprimido porque perdeu a boa situação econômica (estabilidade financeira) ou se a incapacidade gerada pela depressão ao longo da vida ocasionou esta perda, pois a pessoa tornou-se incapaz de lidar com a situação financeira e ocupacional. A posição social pode relacionar-se inversamente com alguns sintomas depressivos como tristeza, pensar no passado e preferir ficar em casa, indicando que a condição socioeconômica pode contribuir para o aparecimento desses sintomas.<sup>19</sup> Por outro lado, a perda econômica pode ser desencadeada pela depressão, pois esta se relaciona com a cognição e com a realização das atividades diárias. A realização

**Tabela 4.** Análise multivariada ajustada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis sociodemográficas, de saúde, funcionais e sociais. Inquérito Epifloripa Idoso, Florianópolis, SC, 2010.

Variável	Análise ajustada		
	RP	IC95%	p
Gênero (n = 1.613)			
Homem	1		
Mulher	0,85	0,71;1,01	0,065
Grupo etário (anos) (n = 1.613)			
60 a 69	1		
70 a 79	0,77	0,64;0,93	0,006
80 ou mais	0,90	0,68;1,18	0,426
Escolaridade (anos) (n = 1.607)			
12 ou mais	1		
9 a 11	1,01	0,65;1,57	0,958
5 a 8	1,50	1,08;2,08	0,015
1 a 4	1,62	1,18;2,23	0,003
0	2,11	1,46;3,05	< 0,001
Situação econômica comparada com a que tinha aos 50 anos (n = 1.613)			
Melhor	1		
Igual	0,94	0,76;1,16	0,582
Pior	1,33	1,02;1,74	0,036
Déficit cognitivo (n = 1.613)			
Não	1		
Sim	1,45	1,21;1,75	< 0,001
Autopercepção de saúde (n = 1.613)			
Boa	1		
Regular	1,95	1,47;2,60	< 0,001
Ruim	2,64	1,82;3,83	< 0,001
Dependência funcional (n = 1.613)			
0 a 3 AVIDs	1		
4 ou mais AVIDs	1,83	1,43;2,33	< 0,001
Sente dor a maioria dos dias (n = 1.656)			
Não	1		
Sim	1,35	1,10;1,67	0,004
Atividade física de lazer (n = 1.613)			
Insuficientemente ativo	1		
Ativo	0,75	0,59;0,94	0,015
Participação em grupos de convivência ou religiosos (n = 1.656)			
Não	1		
Sim	0,80	0,64;0,99	0,038
Tem relação sexual (n = 1.655)			
Não	1		
Sim	0,70	0,53;0,94	0,018

RP: razão de prevalência; AVIDs: atividades da vida diária

das atividades do dia a dia pode ficar comprometida, uma vez que a depressão eleva a probabilidade de incapacidade funcional entre os idosos e pode levar a dependência,<sup>16</sup> criando-se um ciclo.

Déficit cognitivo e sintomas depressivos estiveram associados e são fatores interrelacionados. A depressão

pode levar a quadros clínicos de demência ou a demência pode cursar com sintomas de depressão.<sup>11</sup> Os déficits cognitivos podem melhorar quando o paciente é tratado da depressão.

A associação do desfecho com a dor crônica pode ser compreendida pela existência de um modelo de

depressão no idoso que é principalmente relacionado a esse tipo de dor. Isso indica que a pessoa não era deprimida antes e passou a apresentar a sintomatologia depressiva por causa da dor crônica. No caso da osteoartrite, a maior causa de dor em idosos, espera-se a coexistência da depressão em dois sintomas articulares importantes: dor e incapacidade física.<sup>14</sup>

A sintomatologia depressiva associou-se a autopercepção de saúde, como em outras investigações.<sup>6,12</sup> O relato ruim/limbo ruim sobre a própria saúde pode ser entendido como sintoma depressivo em alguns casos. A depressão é importante marcador de incapacidade do idoso, pois afeta a saúde de modo geral e, consequentemente, a capacidade funcional.<sup>6,12,13</sup>

A disfunção sexual pode ser identificada como um marcador de saúde, observada nos idosos que iniciam processos de perda funcional, enquanto a manutenção da vida sexual ativa envolve saúde física, mental, emocional, afetiva, fatores internos e externos. Os distúrbios na ereção causados por doenças vasculares periféricas, cirurgias de próstata e diabetes podem comprometer a sexualidade ou o ato sexual propriamente dito.<sup>25</sup> Os distúrbios de ereção estão fortemente associados a sintomas depressivos<sup>26</sup> e afetam a qualidade de vida dos idosos. A melhora desses distúrbios pode gerar sentimentos de alegria, resultando na melhora da auto-estima, da interação social, do sentimento de confiança e competência.<sup>26</sup> A melhora desses aspectos por meio da atividade sexual e a percepção da vitalidade sexual pode contribuir para o afastamento dos sintomas depressivos entre os homens. Os sentimentos de amor, carinho e companheirismo são os principais aspectos inerentes a atividade sexual na velhice feminina,<sup>27</sup> e a percepção desses sentimentos pode contribuir para o não aparecimento ou para a redução dos sintomas depressivos.

A depressão pode ser explicada quimicamente pela diminuição do número de neurotransmissores liberados, os quais são responsáveis pela produção de hormônios como a serotonina e a endorfina. A atividade sexual e a atividade física<sup>28</sup> têm efeitos benéficos para a saúde devido à liberação desses hormônios e proporcionam sensação de bem-estar e prazer; por isso, o efeito protetor em relação ao desenvolvimento de sintomas depressivos para ambos os sexos. Destacam-se ainda os benefícios psicossociais da prática de atividade física, por meio da interação social.<sup>18</sup>

Houve menor prevalência de sintomas depressivos em idosos ativos no lazer, corroborando outras investigações.<sup>19,20,22</sup> Em estudo conduzido no Sul do Brasil, os idosos ativos fisicamente tiveram probabilidade 68% menor de apresentar sintomas depressivos quando comparados aqueles insuficientemente ativos.<sup>18</sup>

Investigação proveniente do *Honolulu-Asia Aging Study* (HAAS), que teve oito anos de seguimento, detectou que os idosos que caminharam mais que 0,25 milha por dia (aproximadamente 402 metros) tiveram menor risco de sintomas depressivos.<sup>23</sup> Considerando somente as atividades físicas de lazer, idosos de Taiwan apresentaram redução do risco de sintomas depressivos após sete anos de acompanhamento.<sup>19</sup>

A participação em grupos de convivência mostrou-se como efeito protetor, sinalizando a importância da rede social na manutenção da saúde e na prevenção e/ou tratamento da depressão entre pessoas idosas. Entretanto, não é possível inferir se a participação em grupos de convivência contribuiu para o não aparecimento dos sintomas depressivos ou se o fato de não apresentar esses sintomas contribuiu para a participação nos grupos. Neste caso, a participação em grupos seria um marcador de que a pessoa não tem depressão, i.e., os idosos que não participam de grupos podem estar expostos ao maior risco de desenvolvimento de sintomas depressivos, o que os impede de participar deles. Seria importante incentivar os idosos que não estão frequentando grupos a fazê-lo e avaliar as razões pelas quais isso não está ocorrendo.

A limitação do presente estudo refere-se ao delineamento transversal, que não permite definir relações de causalidade e efeito. Por outro lado, a elevada taxa de resposta contribuiu para a validade interna do estudo, diminuindo a chance de ocorrência de erros sistemáticos, e a reprodutibilidade foi satisfatória. A utilização de amostra ampla e representativa do município permite a extrapolação dos resultados para a população como um todo.

A identificação dos fatores associados aos sintomas depressivos mostra-se importante, uma vez que poderá subsidiar políticas de atenção à saúde do idoso de Florianópolis (prevenção e tratamento da depressão, em especial, estratégias não farmacológicas, como programas de atividade física), além de contribuir para discussão e entendimento da depressão na população idosa do Brasil e de outros países. Sugere-se a realização de estudos longitudinais visando melhor compreensão dos fatores associados, bem como a realização de pesquisas experimentais que analisem o comportamento de fatores modificáveis e sua relação com sintomas depressivos na população idosa.

#### AGRADECIMENTOS

Aos técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pelo auxílio na operacionalização do inquérito *Idoso/Flórida Idoso 2009/2010*.

## REFERÊNCIAS

- Almeida OP, Pirkis J, Kesse N, Sim M, Flicker L, Snowdon J, et al. Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. *J Affect Disord*. 2012;138(3):322-31. DOI:10.1016/j.jad.2012.09.021
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arg Neuro Psiquiatr*. 1999;57(28):421-6. DOI:10.1590/S0004-282X1999000300013
- Anaujo AB, Durante R, Feldman HA, Goldstein I, McKinlay JB. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Med*. 1998;60(4):458-65.
- Balsani SST, Neri AI, Capenino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Pública*. 2010;44(6):1137-43. DOI:10.1590/S0034-8910201000600020
- Benedetti TRB, Borges LJ, Pereski EI, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saude Pública*. 2008;42(2):302-7. DOI:10.1590/S0034-89102008005000007
- Casero-Cossa E, Lima-Costa MF, Canalis S, Firmo JOA, Uchoa E. Fatores associados with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):104-9. DOI:10.1590/S1516-44462008005000007
- Canha CS, Ribeiro JJ, Oliveira AR. Níveis de beta-endorfina em resposta ao exercício e no sobrepeso/obesidade. *Arg Bras Endocrinol Metab*. 2008;52(4):589-98. DOI:10.1590/S0004-27352008000400004
- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):372-87. DOI:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Cavalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Síndromes depressivas e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saude Pública*. 2004;38(3):365-71. DOI:10.1590/S0034-89102004000300005
- Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWL. Síndromes depressivas e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):190-7. DOI:10.1590/S0047-20852010000300004
- Jorm AF. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychol Med*. 2000;30(1):11-22.
- Kaneko Y, Mizohashi Y, Sasaki H, Yama J. M. Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural Japanese community: a cross-sectional study. *Community Ment Health J*. 2007;43(6):583-90. DOI:10.1007/s10597-007-9096-5
- Ku PW, Fox KR, Chen LJ. Physical activity and depressive symptoms in Taiwanese older adults: a seven-year follow-up study. *Prev Med*. 2009;48(3):250-5. DOI:10.1016/j.ypmed.2009.01.006
- Leite AA, Cossa AJG, Lima BMM, Padilha AWI, Albuquerque EC, Marques CDL. Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(2):118-23. DOI:10.1590/S0482-50042011000200002
- Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(1):1-7. DOI:10.1590/S0047-20852009000100001
- Mosé RW, Konopack J, McAuley E, Elavsky S, Jerome CJ, Márquez DX. Depressive symptoms among older adults: long-term reduction after physical activity intervention. *J Behav Med*. 2005;28(4):385-94. DOI:10.1007/s10865-005-9005-5
- Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1094-105. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185650
- Reichen CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacone RR. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(2):165-70. DOI:10.1590/S1516-44462011005000006
- Rombaldi AJ, Silva MC, Cazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a síndromes depressivas em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):620-9. DOI:10.1590/S1415-7902010000400007
- Rosa TEC, Benício M-HDA, Laçone MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Pública*. 2003;37(1):40-8. DOI:10.1590/S0034-89102003000100008
- Silva RMO. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. *Acta Fisioter*. 2003;10(3):107-12.
- Smith TL, Masaki KH, Fong K, Abbou RD, Ross GW, Petrovich H, et al. Effects of walking distance on 8-year incident depressive symptoms in elderly men with and without chronic disease: the Honolulu-Asta Aging Study. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(8):1447-52. DOI:10.1111/j.1532-5415.2010.02981.x
- Scaflord M, McMunn A, Zaninotto P, Nazroo J. Positive and negative exchanges in social relationships as predictors of depression: evidence from the English Longitudinal Study of Aging. *J Aging Health*. 2011;23(4):607-28. DOI:10.1177/0898264310392992
- Teng CT, Humes EC, Demeriso FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clin*. 2005;32(3):149-59. DOI:10.1590/S0101-60832005000300007

Pesquisa subvencionada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo nº 549834/2008-2).

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.