

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNISAGRADO

BRUNA DENELV SILVA

Fatores de risco cardiovasculares, nível de atividade física e capacidade funcional de idosos

BAURU

2021

BRUNA DENELV SILVA

Fatores de risco cardiovasculares, nível de atividade física e capacidade funcional de idosos.

Monografia de Iniciação Científica
apresentado a Pró Reitoria de Pesquisa e Pós
Graduação do Centro Universitário
UNISAGRADO, sob orientação da Prof^a Dr^a
Camila Gimenes

BAURU

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

S586f	<p>Silva, Bruna Denelv</p> <p>Fatores de risco cardiovasculares, nível de atividade física e capacidade funcional de idosos / Bruna Denelv Silva. -- 2021. 32f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Camila Gimenes</p> <p>Monografia (Iniciação Científica em Fisioterapia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP</p> <p>1. Idosos. 2. Funcionalidade. 3. Doenças Cardiovasculares. I. Gimenes, Camila. II. Título.</p>
-------	---

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha família e aos meus amigos que sempre me apoiaram e me incentivaram a realizá-lo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, minha orientadora Camila Gimenes, ao UNISAGRADO por me proporcionar realizar esta pesquisa, aos meus amigos que também me ajudaram nessa jornada e acima de tudo a Deus pela intercessão de Maria que me conduziram até aqui e tornou possível a conclusão desse trabalho.

RESUMO

Introdução: O número de idosos vem aumentando mundial e nacionalmente e estudar a saúde dessa população é extremamente importante visto que há um aumento de doenças cardiovasculares que reduzem a expectativa de vida e há um declínio na capacidade funcional, podendo gerar dependências físicas que afetam diretamente seu condicionamento físico e suas atividades de vida diária. **Objetivo:** avaliar os fatores de risco cardiovasculares, o nível de atividade física e a capacidade funcional de idosos, investigar os fatores de risco mais prevalentes e associar o nível de atividade física com a capacidade funcional. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal que participaram idosos da cidade de Bauru- SP e região por busca ativa na comunidade. Foram obtidas características pessoais e dados sociodemográficos por meio de uma entrevista dirigida e feitos questionamentos a respeito do estilo de vida a fim de obter respostas sobre a existência de fatores de risco cardiovasculares (tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade, doenças associadas). Para avaliação cognitiva foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM); o nível de atividade física foi avaliado por meio do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Para avaliar a capacidade funcional foi utilizado o teste de caminhada de 6 minutos (TC6). **Estatística:** Inicialmente, foi aplicado um teste de normalidade (Shapiro-Wilk) para averiguar o enquadramento dos conjuntos de dados analisados no modelo Gaussiano de distribuição. Como estatística descritiva foram empregados valores de média e desvio padrão e frequências absoluta e relativa. As associações (nível de atividade física x capacidade funcional) foram feitas pelo teste de Qui-quadrado com nível de significância de 5%. Foram estudados 22 pacientes, $66,04 \pm 4,34$ anos, peso $72,95 \pm 17,93$ kg, altura $1,61 \pm 0,07$ m, IMC $27,80 \pm 5,25$ Kg/m². Quanto aos fatores de risco, referidos pelos pacientes, dois (9%) relataram ser fumantes, sete (31,8%) disseram que bebem socialmente, todos referiram praticar atividade física e realizar alimentação adequada. Quanto ao nível de atividade física, avaliado pelo IPAQ, 8 pacientes (36,3%) apresentaram ser Insuficientemente Ativo A, 10 pacientes (45,5%) apresentaram ser Insuficientemente Ativo B e 4 pacientes (18,2%) apresentaram ser Ativos. Em relação à capacidade funcional 15 pacientes (63,7%) apresentaram resultados abaixo do previsto. Os idosos estudados apresentaram como fatores de risco cardiovasculares mais prevalentes o sobrepeso e o etilismo. A maioria foi considerada insuficientemente ativa, não atingiu a distância percorrida no teste de caminhada, porém apresentou a capacidade funcional preservada. Não foi encontrada associação entre o nível de atividade física e a capacidade funcional.

Palavras-chave: idosos, funcionalidade, doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

Introduction: The number of elderly people has increased worldwide and nationally and studying the health of this population is extremely important since there is an increase in cardiovascular diseases that cause a longer life expectancy and there is a decline in functional capacity, which can generate physical dependencies that affect their physical fitness and their activities of daily living. **Objective:** to assess cardiovascular risk factors, the level of physical activity and the functional capacity of the elderly, investigate the most prevalent risk factors and associate the level of physical activity with functional capacity. **Methods:** This is a cross-sectional study involving elderly people from the city of Bauru-SP and region through active search in the community. There were personal characteristics and sociodemographic data through a directed interview and questions about the lifestyle were asked in order to obtain answers about the existence of cardiovascular risk factors (smoking, alcohol consumption, sedentary lifestyle, obesity, associated diseases). For cognitive assessment, the Mini Mental State Examination (MMSE) was selected; the level of physical activity was assessed using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). To assess functional capacity, the 6-minute walk test (6MWT) was used. **Statistic:** Initially, a normality test (Shapiro-Wilk) was applied to verify the fit of the data datasets in the Gaussian distribution model. Descriptive statistics were mean and standard deviation values and absolute and relative frequencies. Associations (level of physical activity x functional capacity) were made using the Chi-square test with a significance level of 5%. Twenty-two patients were studied, 66.04 ± 4.34 years, weight 72.95 ± 17.93 kg, height 1.61 ± 0.07 m, BMI 27.80 ± 5.25 kg/m². As for the risk factors mentioned by the patients, two (9%) reported being smokers, seven (31.8%) said they drink socially, all reported practicing physical activity and eating properly. As for the level of physical activity, assessed by the IPAQ, 8 patients (36.3%) were Insufficiently Active A, 10 patients (45.5%) were Insufficiently Active B and 4 patients (18.2%) were Active. Regarding functional capacity, 15 patients (63.7%) had results below expectations. The elderly individuals studied presented overweight and alcohol consumption as the most prevalent cardiovascular risk factors. Most were considered insufficiently active, did not reach the distance walked in the walk test, but had preserved functional capacity. No association was found between the level of physical activity and functional capacity.

Keywords: elderly, functionality, cardiovascular diseases.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos	13
3. JUSTIFICATIVA.....	14
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	15
4.1 AMOSTRA	15
4.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	15
4.3 VARIÁVEIS A SEREM INVESTIGADAS.....	15
4.3.1 Características pessoais e dados sociodemográficos.....	15
4.3.2 Avaliação cognitiva (Mini mental)	15
4.3.3 Fatores de risco cardiovasculares e doenças existentes	16
4.3.4 Antropometria	16
4.3.5 Nível de Atividade Física.....	17
4.3.6 Capacidade Funcional.....	17
Estatística	18
5. RESULTADOS.....	19
6. DISCUSSÃO.....	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em pesquisa	29
ANEXO B – Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	32
ANEXO C - <i>International Physical Activity Questionnaire</i> (IPAQ).....	33
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	35

1. INTRODUÇÃO

A população de idosos no Brasil e no mundo vem crescendo de uma forma significativa. Comparando o Brasil com o resto do mundo estima-se um número de 39 idosos para cada 100 jovens e em 2040 esse número aumentará para 153 idosos para cada 100 jovens, sendo o número de idosos maior que o de jovens. Estudos realizados pelo IBGE apontam que até o ano de 2060, pessoas com mais de 65 anos aumentarão de 9,2% para 25,5% sendo um idoso em cada quatro pessoas. (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

No Brasil desde a década de 40 a taxa de idosos em relação ao crescimento populacional aumentou significativamente. Na década de 50 os valores foram superiores a 3% ao ano, chegando a 3,4% entre 1991 e 2000. Em uma margem de 25 anos, observamos também que o crescimento da população idosa foi de 126,3% e o crescimento populacional total foi de 55,3%. (INOUE *et al.*, 2008). Nesse período a faixa dos 80 anos também aumentou representando 14% da população brasileira. (IBGE, 2011).

Em relação à transição demográfica comparada aos gêneros, observamos um processo de feminização da velhice, sendo assim, quanto mais a população envelhece mais feminina ela fica. As mulheres representavam em 2012, 55,5% da população idosa feminina e 61% de idosas acima de 80 anos no Brasil. (IBGE, 2011). O fato das mulheres se cuidarem mais que os homens em relação à saúde, propicia a elas uma diferença de oito anos em expectativa de vida entre os gêneros. Os fatores que contribuem para isso se devem pelas mulheres procurarem mais ajuda e se informarem mais ao longo da vida, auxiliando para sua maior longevidade. Além disso, assassinatos e acidentes, com vítimas jovens e adultas homens são muito mais frequentes, explicando ainda mais essa discrepância. (BANDEIRA, MELO, PINHEIRO, 2010).

Com esse aumento do número de idosos no Brasil e no mundo são necessárias mudanças de estratégias políticas, econômicas e sociais, visando uma melhor expectativa de vida e conseqüentemente diminuindo deficiências físicas e necessidade de cuidados. (SOUZA *et al.*, 2016).

Segundo Pereira, Nogueira e Silva (2015), com o aumento da expectativa de vida é necessário refletir não apenas sobre a longevidade do indivíduo, mas também proporcionar meios para que esses anos passem de uma forma satisfatória. Isso está relacionado não só com uma existência longa, mas uma vida com autonomia, suporte social, bem-estar, amor, felicidade, entre outros. Uma análise feita na população idosa em relação à saúde e à qualidade de vida ajuda a estabelecer um perfil de populações específicas melhorando os meios de intervenção decorrentes aos aspectos ambientais, culturais e subjetivos.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o AVC e as Doenças Cardíacas Isquêmicas, respondem por cerca de 36 milhões, ou 63,0% das mortes no mundo. No Brasil, as DCNT também se constituem como um problema de saúde, correspondendo a 54,0% de todas as mortes, no ano de 2016. Na faixa etária de 30-69 anos, as DCNT representaram 56,1% dos óbitos (BRASIL, 2019).

Por isso os profissionais de saúde precisam ficar atentos a qualquer alteração de saúde desses indivíduos no processo de envelhecimento, pois dentre os aspectos negativos podemos destacar o aumento da prevalência de doenças cardiovasculares (DCV), que é a principal causa de morte nos idosos. A avaliação frequente e importante para detectar problemas de saúde e fatores de risco relacionados a essas alterações cardiovasculares, como a idade, o sexo, a raça, os antecedentes familiares, a hipertensão arterial, a obesidade, o estresse, a vida sedentária, o álcool, o tabaco, os anticoncepcionais, a alimentação rica em sódio e gordura, o sedentarismo, dislipidemia e diabetes. Um estudo realizado em Gotemburgo, Suécia, mostrou que idosos com mais de 70 anos que caminhavam diariamente pelos menos 30 minutos apresentavam melhor capacidade física, menor densidade, menor prevalência de doença coronariana em relação aos que caminhavam menos de 30 minutos (CAETANO *et al.*, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), as doenças cardíacas e os acidentes vasculares cerebrais possuem fatores de riscos comportamentais importantes como, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e uso nocivo do álcool. Esses podem estar associados ao sobrepeso e obesidade, presença de doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outros. Idosos com uma alimentação saudável com pouco sal, sem o uso de tabaco e uso excessivo de álcool, praticantes de

atividades físicas regulares apresentam menos chances de desenvolver eventos cardiovasculares.

Ramis *et al.* (2012), aponta o tabaco assim como o álcool, um grande fator de risco para doenças capaz de gerar agravos não transmissíveis. O idoso que apresenta este hábito é mais vulnerável ao agravamento dos estados de doenças próprias do envelhecimento, e acabar gerando novas complicações decorrentes do seu estilo tabágico.

No processo de envelhecimento podem ocorrer alterações na composição corporal. É comum ocorrer perda de massa corporal magra resultando na perda da musculatura esquelética e aumento da massa de gordura corporal, mais localizada na parte abdominal (PÍCOLI; FIGUEIREDO; PATRIZZI, 2011). O Índice de Massa Corporal (IMC) é considerado o indicador antropométrico mais utilizado para avaliar o risco nutricional, realizado através do peso/altura². Segundo Lipschitz (1994), são considerados baixo-peso o IMC menor que 22 kg/m², peso normal IMC entre 22 kg/m² e 27 kg/m² e sobrepeso acima de 27 kg/m². Em idosos o IMC apresenta controvérsias em função do decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo, redução da massa corporal magra e diminuição da quantidade de água no organismo. Sendo assim, o uso do IMC vem sendo discutido em relação aos limites de normalidade adotados para a análise de desnutrição, sobrepeso e obesidade em idosos (SOUZA, 2013).

A antropometria é um método não invasivo que avalia o tamanho, as proporções e a composição do corpo, refletindo tanto a saúde como o estado nutricional. Dentre as vantagens desse método é a questão de ser de simples realização e baixo custo, e a fácil utilização desse recurso em lugares que não oferecem outros métodos mais sofisticados como em domicílios e regiões com menor desenvolvimento econômico. (SAMPAIO *et al.* 2017).

Nos idosos a atividade física regular é importante para o aumento e a preservação da força, potência muscular, mobilidade e vida independente e também essencial para a prevenção e redução das quedas e de fraturas. (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

O exercício físico aumenta o desempenho cognitivo, aumentando a atenção seletiva e a memória de curto prazo. Diversos estudos dão evidência que a prática de

atividade física moderada ou intensa pode ser um tratamento não farmacológico para a melhora dessa cognição. (OLIVEIRA *et al.* 2019).

Ainda sobre os fatores de risco cardiovasculares, um terço da população idosa é tabagista e/ou etilista. Sendo a prevalência de ambos maiores nos homens do que nas mulheres. (SENGER *et al.*, 2011).

A capacidade funcional refere-se à condição do indivíduo em viver de forma autônoma e se relacionar em seu meio. Sua perda está relacionada com a institucionalização e quedas, e foi considerado um fator de risco independente para mortalidade em longevos. O declínio da capacidade funcional está associado a uma série de fatores multidimensionais e se a identificação desses fatores for precoce pode ajudar na prevenção de dependência. (NOGUEIRA *et al.*, 2010).

A incapacidade funcional está relacionada com a dificuldade no desempenho de atividades diárias ou a impossibilidade de realizá-las e está associada com maior risco de hospitalização, institucionalização e morte. Um estudo realizado no Brasil mostrou que 44,6% dos idosos apresentavam algum grau de incapacidade e uma elevada prevalência de sedentarismo, apresentando distúrbios nutricionais e elevado número de doenças crônicas não transmissíveis. (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016).

A perda da capacidade funcional traz implicações para o idoso, para a família e para a comunidade, podendo trazer dificuldades na realização das atividades de vida diárias como tomar banho, alimentar-se e as atividades instrumentais da vida diária associadas a questão da independência do indivíduo na sociedade, como fazer a utilização de meios de transportes e ir ao supermercado. Um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 mostrou os principais fatores de risco que estão relacionados com a incapacidade funcional em idosos, dentre eles estão ser do sexo feminino, maior idade, presença de doenças crônicas, autoavaliação ruim de saúde, baixa renda e baixa escolaridade. É muito importante avaliar a incapacidade funcional para auxiliar na prevenção, promoção e organização de algumas estratégias com foco nos idosos e na população. (NUNES *et al.*, 2017).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar os fatores de risco cardiovasculares, o nível de atividade física e a capacidade funcional de idosos.

2.2 Objetivos específicos

- investigar os fatores de risco cardiovasculares mais prevalentes;
- associar o nível de atividade física com a capacidade funcional.

3. JUSTIFICATIVA

Com o notável crescimento do número de idosos no Brasil e no mundo, é relevante estudar essa população a fim de buscar uma melhor qualidade de vida. Analisar os fatores de risco cardiovasculares, nível de atividade física, e capacidade funcional é relevante pensando em prevenir complicações, evitar a dependência física e reduzir gastos com a saúde.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 AMOSTRA

Trata-se de um estudo transversal que participaram idosos da cidade de Bauru-SP e região por busca ativa na comunidade. A amostra foi feita por conveniência e a coleta iniciada em novembro de 2020.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNISAGRADO e aprovado pelo parecer número 3.908.740 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

4.3 VARIÁVEIS A SEREM INVESTIGADAS

4.3.1 Características pessoais e dados sociodemográficos

Foram coletados dados na forma de entrevista dirigida: sexo, idade, cor da pele (classificada de acordo com a percepção do paciente – branca, negra, amarela, parda), escolaridade (analfabeto, fundamental incompleto, médio incompleto, superior incompleto, alfabetizado, fundamental completo, médio completo, superior completo), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro, vive só).

4.3.2 Avaliação cognitiva (Mini mental)

Para avaliação cognitiva foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO B) que foi desenvolvido nos Estados Unidos da América e publicado em 1975. O objetivo do instrumento é avaliar o estado mental, mais especificamente sintomas de demência. Sua criação derivou da necessidade de uma avaliação padronizada, simplificada, reduzida e rápida no contexto clínico. O MEEM original é composto por duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo nove pontos. O escore total é de 30 pontos baseados em itens dicotômicos. Os pontos de corte 23/24 são usados por recomendação de Folstein et al. (1975), como sugestivos de déficit

cognitivo. Estes autores não apresentam pontos de corte baseados na idade, escolaridade e nem no diagnóstico, discrepando do que é corrente em vários países, inclusive no Brasil (MELO; BARBOSA, 2015).

4.3.3 Fatores de risco cardiovasculares e doenças existentes

Foram feitos questionamentos a respeito do estilo de vida:

- tabagismo: É fumante ou não, se sim quantos maços de cigarro por dia? Há quanto tempo fuma? No caso de ex-fumantes as mesmas perguntas e há quanto tempo parou?
- etilismo: Faz consumo de bebidas alcóolicas? Quantas vezes na semana? Em que quantidade?
- sedentarismo: Pratica atividade física? Quantas vezes na semana? Tempo de duração?
- alimentação inadequada associada ao sobrepeso e obesidade, presença de doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outros.

Os indivíduos foram questionados quanto à presença de doenças como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HA) e dislipidemia; uso de medicamentos e histórico familiar de cardiopatias.

4.3.4 Antropometria

Foram realizadas as seguintes medidas antropométricas:

Estatura: foi medida em estadiômetro (precisão de 0,1 cm)

Peso: foi verificado em balança digital da marca Filizola.

Estado nutricional: foi obtido através do cálculo do índice de massa corporal [(IMC) = peso/estatura²].

Circunferência abdominal: medida é feita no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, onde pode ocorrer acúmulo de gordura visceral que está relacionada com vários fatores de risco, como aumento da pressão arterial, colesterol elevado e diabetes podendo elevar o risco de doenças cardiovasculares como citado acima. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017)

estabelece que a medida igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres indica risco de doenças ligadas ao coração.

Relação cintura-quadril: é a medida da circunferência abdominal dividida pela medida da circunferência do quadril em centímetros. O índice que indica risco cardiovascular é igual ou maior que 0,85 para mulheres e 0,90 para homens. Quanto menor o valor menos risco oferece, mulheres com RCQ de 0,8 ou menos, ou homens com RCQ de 0,9 ou menos são considerados "seguros". Uma relação de 1,0 ou maior, para qualquer gênero, é considerada "em risco".

4.3.5 Nível de Atividade Física

O nível de atividade física foi avaliado por meio do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (ANEXO C) um instrumento específico que analisa o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade moderada à vigorosa. Ele separa a atividade em dois níveis sendo eles menos ativos e mais ativos como no trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer, ainda são possíveis, estimar o tempo despendido em atividades passivas realizadas na posição sentada (BINOTTO; TASSA, 2014).

4.3.6 Capacidade Funcional

Para avaliar a capacidade funcional foi utilizado o Teste de caminhada de 6 minutos (TC6), que avalia a distância máxima percorrida em 6 minutos andando, por meio da demarcação do solo com as medidas de distância (ATS, 2002). Os equipamentos utilizados para realizar o TC6 foram: cronômetro (NautikaProcon®), cones para delimitação do circuito, esfigmomanômetro (Lane Instruments®), estetoscópio e oxímetro (New Tech®). Os indivíduos foram instruídos a usar roupas e calçados confortáveis, além de manter a medicação usual. Antes da realização do teste, os voluntários permaneceram em repouso por 10 minutos, neste tempo foram verificados pressão arterial, oximetria de pulso, nível de dispnéia por meio da escala de Borg (BORG, 1982) e frequência cardíaca. Durante o teste, a cada dois minutos foram avaliados a frequência cardíaca, saturação de oxigênio e nível de dispnéia. Ao término, todos os dados vitais coletados previamente foram reavaliados. Além disso, foi calculada a distância total caminhada pelo indivíduo. (ATS, 2002).

O valor da distância prevista para cada indivíduo foi calculado pela fórmula $DPTC6 = 622,461 - (1,846 \times idade) + (61,503 \times \text{gênero: masculino} = 1; \text{feminino} = 0)$. (IWAMA *et al.*, 2009).

A capacidade funcional prevista foi calculada pela fórmula $CF = (\text{Distância Percorrida} / \text{Distância Prevista}) \times 100\%$. É considerada normal a capacidade funcional acima de 80%. (COSTA *et al.*, 2017).

Estatística

Inicialmente foi aplicado um teste de normalidade (Shapiro-Wilk) para averiguar o enquadramento dos conjuntos de dados analisados no modelo Gaussiano de distribuição. Como estatística descritiva foram empregados valores de média e desvio padrão e frequências absoluta e relativa. A associação “nível de atividade física x capacidade funcional” foi feita pelo teste de Qui-quadrado. Todas as análises estatísticas foram realizadas pelo do software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0 com nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS

Foram estudados 22 pacientes com idade $66,04 \pm 4,34$ anos, peso $72,95 \pm 17,93$ kg, altura $1,61 \pm 0,07$ m, IMC $27,80 \pm 5,25$ Kg/m². Na tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos da amostra.

Tabela 1. Dados sociodemográficos da amostra.

		n	%
Gênero	Masculino	12	54,5
	Feminino	10	45,5
Cor da pele	Branca	9	40,9
	Parda	9	40,9
	Negra	4	18,2
Escolaridade	Fundamental Incompleto	3	13,6
	Médio Incompleto	15	68,2
	Superior Incompleto	3	13,6
	Superior Completo	1	4,6
Estado civil	Solteiro	4	18,2
	Casado	15	68,2
	Divorciado	2	9,0
	Viúvo	1	4,6

Dados apresentados em frequências absoluta (n) e relativa (%).
Fonte: elaborada pela autora.

Quanto à avaliação cognitiva pelo teste Mini mental, 20 pacientes (91,0%) apresentaram uma cognição intacta, portanto sem perdas cognitivas e indicando um

risco nulo de ser constatado com demência, 1 paciente (4,6%) apresentou perda cognitiva leve, com traços de perda de memória, indicando um risco leve de ser constatado com demência e 1 paciente (4,6%) apresentou perda cognitiva moderada, com dificuldades em funções de memória e orientação local, o que indica um médio risco de ser constatado com demência.

Quanto aos fatores de risco cardiovasculares, 2 pacientes (9%) relataram ser fumantes, e os outros 20 pacientes (91%) relataram não ser fumantes ou nunca terem fumado, sobre serem etilistas 7 (31,8%) disseram que bebem socialmente e 15 (68,2%) relataram que não fazem o consumo de bebidas alcóolicas, e todos referiram praticar atividade física e realizar alimentação adequada. Sabemos que esses são fatores importantes para determinar outras atividades realizadas.

Os fatores de risco mais prevalentes foram em primeiro lugar o etilismo (31,8%) em relação à pesquisa os pacientes fazem mais consumo de bebidas alcoólicas e em segundo o tabagismo com uma porcentagem bem inferior (9%).

Sobre o uso de medicamentos, 14 dos pacientes (63,7%) não relataram o uso dos mesmos, já 8 pacientes (36,3%) relataram que tomam remédios devido á algumas comorbidades existentes, entre eles os mais destacados foram, clonazepan, insulina, losartan, glifage, nesina, enalapril, atenolol, AS, hidroclorotiazida, aglicasida.

Em relação às comorbidades 12 pacientes (54,5%) apresentaram ter alguma comorbidade, as mais comuns foram diabetes e hipertensão arterial sistólica (HAS), outras comorbidades também foram citadas em menor quantidade como colesterol, osteoporose, artrite e glaucoma.

Sobre o histórico familiar de cardiopatias 1 paciente (4,5%) apresentou já ter tido infarto, outro paciente (4,5%) já possui uma ponte safena e 1 paciente (4,5%) relatou casos na família de o irmão ter ponte safena e a mãe ter problemas no pulmão. Os outros 19 pacientes (86,5%) não apresentaram nenhum histórico cardiopata.

Quanto aos dados antropométricos os valores encontram-se na tabela 2.

Tabela 2. Dados antropométricos da amostra

Peso	71,6 ± 16,7
Altura	1,6 ± 0,07
IMC	28,0 ± 4,6
CA	95,95 ± 9,82
RCQ	0,99 ± 0,081

Dados apresentados em média e desvio padrão. IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; RCQ: relação cintura quadril.

Fonte: elaborada pela autora.

Quanto ao nível de atividade física, avaliado pelo IPAQ, oito pacientes (36,3%) apresentaram ser insuficientemente Ativo A (realiza 10 minutos contínuos de atividade física, seguindo pelo menos um dos critérios citados frequência 5 dias/semana ou duração 150 minutos/semana), outros dez pacientes (45,5%) apresentaram ser insuficientemente Ativo B (fazem uma frequência melhor mas não atinge nenhum dos critérios da recomendação citada nos indivíduos insuficientemente ativos A) e quatro pacientes (18,2%) apresentaram ser Ativos (cumprindo as seguintes recomendações atividade física vigorosa ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos/sessão; moderada ou caminhada ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos/sessão; qualquer atividade somada ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 min/semana).

Quanto à capacidade funcional avaliada pelo TC6, 15 pacientes (63,7%) realizaram o teste e apresentaram resultados abaixo do esperado devido o nível de distância percorrida ter sido menor que o previsto. Já 7 pacientes (36,6%) apresentaram resultados dentro ou acima do esperado diante de atingir ou ultrapassar a distância prevista para eles.

A análise feita sobre o TC6 apresentou uma média de 388,3 metros para os homens e 430,7 metros para as mulheres em relação à distância percorrida. Já na distância prevista a média foi de 478,64 metros para os homens e 451,43 metros para as mulheres tendo um resultado inferior tanto para os homens como as mulheres, com uma porcentagem de 0,81 nos resultados dos homens e 0,96 nos resultados das mulheres.

A capacidade funcional foi avaliada por meio do teste da caminhada de seis minutos (TC6). Os participantes foram instruídos sobre como o teste deveria ser realizado sendo solicitado que caminhasse o mais rápido possível e foram incentivados pelo examinador, por estímulo verbal, a cada 30 segundos. Os participantes foram instruídos a reduzir a velocidade ou mesmo interromper o teste caso apresentasse desconforto respiratório muito grande, dor no peito ou dor muscular intensa. Ao final de seis minutos, a distância percorrida foi registrada.

Não encontramos associação entre o nível de atividade física e a capacidade funcional ($p=0,306$).

6. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou os fatores de risco cardiovasculares, o nível de atividade física e a capacidade funcional de idosos. Encontramos prevalência de tais fatores de risco cardiovasculares: etilismo e tabagismo e não encontramos associação entre o nível de atividade física e a capacidade funcional. Por conta do momento de pandemia que estamos vivendo, nosso número amostral foi pequeno, com 22 pacientes, pois os indivíduos não sentiam-se a vontade para estar presente em avaliação reduzindo assim o número amostral.

O presente estudo avaliou os fatores de risco cardiovasculares onde a maioria dos participantes relatou não serem fumantes e nem fazer o consumo de bebidas alcoólicas. Já em relação à atividade física e a alimentação adequada todos os participantes referiram praticar exercícios e ter uma alimentação balanceada. Segundo Stein e Börjesson (2019), o sedentarismo é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, considerado como a quarta maior causa de morte no mundo. Em indivíduos pouco ativos apresentam um risco de 20% a 30% maior de morte em comparação a indivíduos fisicamente ativos. Existem recomendações internacionais quanto à prática de atividade física, incluindo um mínimo de 150 minutos de exercício aeróbico de intensidade moderada, dividida em 5 dias por semana por no mínimo 30 minutos. Para a obesidade a verificação das medidas antropométricas é de extrema importância para pessoas que já apresentam esse diagnóstico médico e a detecção de novos casos precocemente. (FERREIRA *et al.*, 2017). Segundo Souza *et al.* (2019), as dislipidemias são alterações no perfil lipídico que contribuem para o desenvolvimento da doença arterial coronariana (DAC), aterosclerose e hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo também secundárias à obesidade, podendo surgir durante a infância e se potencializar durante a vida, de acordo com a combinação de outros fatores, como o estilo de vida, hábitos alimentares e históricos familiares.

Sobre o nível de atividade física o presente estudo mostrou que a maioria dos pacientes demonstraram ser insuficientemente ativos. Mesmo nas horas de lazer, o exercício físico não consegue ser introduzido como prática regular. Isto fica evidenciado no estudo de Hallal *et al* realizado na Região Sul do Brasil, que apontou 41% dos indivíduos são insuficientemente ativos, nesse momento do dia (lazer). Dentre os diversos fatores que contribuem para a baixa prática dos exercícios, podem-se destacar

a falta de informação, quanto à sua importância para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, e a falta de tempo durante o dia para a sua realização. Estes fatores podem ser minimizados por idosos que frequentam programas de prevenção e adotam mudanças no estilo de vida. Faz-se importante destacar que a inatividade física age como acelerador do declínio humano, ocasionando maior incapacidade funcional, perda de qualidade de vida, aumento do número de doenças e da mortalidade. De acordo com Pitanga *et al*, existe a tendência de uma maior prática de atividade física pelos idosos acima de 60 anos, especialmente mulheres, em decorrência da aposentadoria. Porém, esta afirmação não corresponde completamente aos achados desta pesquisa.

A inatividade física pode ser considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas, sendo que na população idosa há uma maior preocupação em decorrência do envelhecimento, que vem acompanhado do declínio físico (MEROM *et al.*, 2012). Sendo assim os idosos classificados como Irregularmente ativos e Sedentários estão mais expostos a instalação de enfermidades crônicas e ao progressivo declínio das funções físicas (JUNIOR *et al.*, 2012).

Na capacidade funcional o estudo demonstrou que grande parte dos pacientes apresentou uma média inferior em relação aos resultados esperados, sendo a distância percorrida abaixo da distância prevista. Segundo Parahyba e Simões (2006), ressaltam a importância da avaliação da capacidade funcional, para avaliar o estado de saúde dos idosos, já que muitos deles possuem múltiplas doenças simultaneamente, variando entre gravidade e podem provocar diversos impactos na vida cotidiana. Já A FLECK *et al.*, (2003) diz como é necessária a importância científica social da investigação de condições que permitem uma boa qualidade de vida aos idosos, tentar responder a contradição entre velhice e bem-estar associando velhice com doença permitindo a criação de alternativas de intervenção visando o bem-estar de pessoas nessa faixa etária. Para Maciel (2010), a Capacidade funcional é o grau em que o indivíduo consegue desempenhar e preservar sua capacidade de realizar atividades básicas, que estão relacionados ao seu autocuidado, como higiene, alimentação, vestimenta, relacionadas com a independência dentro da comunidade, como cozinhar, lavar roupa, tomar suas medicações, arrumar a casa, coisas da vida diária.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo realizado pudemos observar que os fatores de risco mais prevalentes nos idosos foram o sobrepeso e o etilismo. A maioria foi considerada insuficientemente ativa e não atingiu a distância percorrida no teste de caminhada. Não foi encontrada nenhuma associação entre a capacidade funcional e a atividade física.

Sugerimos mais estudos sobre o tema com uma amostra maior.

REFERÊNCIAS

- A FLECK, Marcelo P; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, dez. 2003.
- ATS Statement: guidelines for the six minute walk test. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 166, n.1, p.111-7, 2002.
- BANDEIRA, L.; MELO, H. P.; PINHEIRO, L. S. **Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE 2008**. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Edição especial da revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. 1ª impressão Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. 2010; 107-119.
- BRASÍLIA. Agência Brasil. **OMS: 17,5 milhões de pessoas morrem todos os anos de doenças cardiovasculares**. Brasília: EBC, 2016.
- BINOTTO, M. A.; TASSA, K. Atividade física em idosos: uma revisão sistemática baseada no International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 1, p. 249-64, 2014.
- BORG, G. A. Psychophysical bases of perceived exertion. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.14, n. 5, p.377-81,1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxas de óbito por AVC e doenças cardíacas caem entre as mulheres**. Acesso em: 28 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45282-taxas-de-obito-por-avc-e-doencas-cardiacas-caem-entre-as-mulheres>
- BRASIL. **Secretaria especial de políticas para as mulheres**. Com todas as mulheres por todos os seus direitos. Brasília: SPM, 2010.
- BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N.; OLINDA, R. A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem Fap UNIFESP**, v. 69, n. 5, p.825-32, 2016.
- CAETANO, A. J. *et al.* Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 2, p.327-35, 2008.
- COSTA, C. H. *et al.* Can we use the 6-minute step test instead of the 6-minute walking test? An observational study. **Physiotherapy**, v. 103, n. 1, p. 48-52, 2017.
- FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p.189-98, 1975.
- HALLAL, *et al.* Physical Inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine & Science In Sports & Exercise**, v. 35, n. 11, p. 1894-1900, nov. 2003.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto contexto – Enfermagem**, v. 17 n. 2, p. 350-357. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

IWAMA, A. M. *et al.* The six-minute walk test and body weight-walk distance product in healthy Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 42, n. 11, p.1080-5, 2009.

JÚNIOR, J. S. V.; TRIBESS, S.; PAULO, T. R. S.; MARTINS, C. A.; ROMO-PEREZ, V. Physical activity as an indicator of predictive functional disability in elderly. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p.259-65, abr./mai. 2012.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**. v. 21, p.55-67, 1994.

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz. Revista de Educação Física. Unesp**, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J.G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p.3865-76, 2015.

MEROM, D.; SINNREICH, R.; ABOUDI, V.; KARK, J. D.; NASSAR, H. Lifestyle physical activity among urban palestinians and israelis: a cross-sectional comparison in the Palestinian-Israeli Jerusalem risk factor study. **BMC Public Health**, London, v. 12, n. 90, p. 1-13, 2012.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3 , p.507-19, 2016.

NOGUEIRA, S. L.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, A. Q.; PEREIRA, E. T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 4, p.322-9, 2010.

NUNES, J. D. *et al.* Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p.295-304, 2017.

OLIVEIRA, P. P. *et al.* Análise comparativa do risco de quedas entre pacientes com e sem diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 234-9, 2012.

OLIVEIRA, *et al.* O nível de atividade física como um fator interveniente no estado cognitivo de idosos da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4163-4170, nov. 2019.

PARAHYBA, Maria Isabel; SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, dez. 2006.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 4, p.893-908, 2015.

PÍCOLI, T. S.; FIGUEIREDO, L. L.; PATRIZZI, L. J. Sarcopenia e envelhecimento. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p.455-62, 2011.

PITANGA, Francisco José Gondim; LESSA, Ines. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 870-877, jun. 2005.

RAMIS, T.R *et al.* Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Revista brasileira de epidemiologia**. [online]. vol.15, n.2, pp. 376-385, p.2012.

SENGER, A. E. V. *et al.* Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p.713-9, 2011.

SAMPAIO, *et al.* Indicadores antropométricos como preditores na determinação da fragilidade em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4115-4124, dez. 2017.

STEIN, Ricardo; BORJESSON, Mats. Physical Inactivity in Brazil and Sweden - Different Countries, Similar Problem. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 2, n. 112, p. 119-120, 2019. Sociedade Brasileira de Cardiologia.

SOUZA, Natália Aparecida de *et al.* Dislipidemia familiar e fatores associados a alterações no perfil lipídico em crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 323-332, jan. 2019.

SOUZA, M. A. H. *et al.* Profile of lifestyle of older elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p.819-26, 2016.

SOUZA, R. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p.81-90, 2013.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em pesquisa

<p>CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO - UNISAGRADO</p>	
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores de risco cardiovasculares, nível de atividade física, capacidade funcional, mobilidade e risco de quedas em idosos.

Pesquisador: [REDACTED]

Área Temática: [REDACTED]

Versão: 1

CAAE: 29622320.0.0000.5502

Instituição Proponente: Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.908.740

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal com idosos de Bauru e região, de ambos os sexos e excluídos indivíduos com trauma prévio (fratura, entorse, luxação) nos últimos três meses; sequelas neurológicas (Acidente Vascular Encefálico); deformidades congênitas e ou adquiridas em membros inferiores; estado cognitivo alterado (Baixa pontuação no Questionário de Avaliação Cognitiva); labirintopatia e comprometimento grave da visão que impeçam a execução dos testes. Amostra por conveniência, por busca ativa na comunidade. A coleta será feita nos meses de agosto a novembro de 2020 na Clínica de Fisioterapia do Unisagrado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar os fatores de risco cardiovasculares, o nível de atividade física, a capacidade funcional, a mobilidade e o risco de quedas em idosos.

Objetivos específicos

- Investigar os fatores de risco cardiovasculares mais prevalentes
- associar o nível de atividade física com a capacidade funcional
- associar a mobilidade funcional com o risco de quedas
- associar o equilíbrio com o risco de quedas

<p>Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Bairro: Rua Imã Arrinda Nº 10-50 UF: SP Município: BAURU Telefone: (14)2107-7340</p>	<p>CEP: 17.011-160 E-mail: comitedeeticadehumanas@usc.br</p>
---	---

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
SAGRADO CORAÇÃO -
UNISAGRADO**



Continuação do Parecer: 3.906.740

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram elencados no TCLE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto detalhado, com rigor metodológico e utilização de instrumentos validados e pertinentes às variáveis que serão coletadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Embora os riscos estejam registrados no TCLE, sugere-se inseri-los no corpo do projeto (Método).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1519431.pdf	03/03/2020 22:00:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COMPLETO_CEP.pdf	03/03/2020 21:59:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/03/2020 21:59:24		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_CAMILA_GIMENS.pdf	03/03/2020 21:59:08		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 Bairro: Rua Imã Arrinda Nº 10-50 CEP: 17.011-160
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)2107-7340 E-mail: comitedeeticadehumanas@uac.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SAGRADO CORAÇÃO -
UNISAGRADO



Continuação do Parecer 3.908.740

BAURU, 10 de Março de 2020

Assinado por:
Marcos da Cunha Lopes Virmond
(Coordenador(a))

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Bairro: Rua Imã Aminda Nº 10-50 CEP: 17.011-160
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)2107-7340 E-mail: comitedeeticadehumanos@uac.br

Página 02 de 02

ANEXO B – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

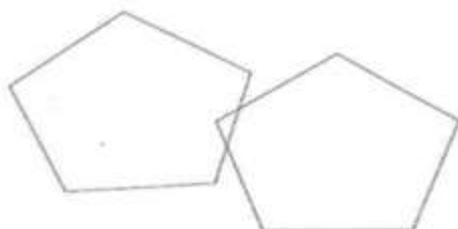
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (____/30)



ANEXO C - International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA -

Nome: _____
Data: ____ / ____ / ____ Idade : ____ Sexo: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: ____ Minutos: ____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar

moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?
_____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?
_____ horas ____ minutos

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título: Fatores de risco cardiovasculares, nível de atividade física, capacidade funcional, mobilidade e risco de quedas em idosos

Pesquisador responsável: [REDACTED]
[REDACTED]

Endereço completo e telefone: Rua Irmã Armanda, 10-50. Jardim Brasil, Bauru-SP.
CEP: 17011-160 Fone Pesquisador Responsável: [REDACTED]
[REDACTED]

Local em que será desenvolvida a pesquisa: Clínica de Fisioterapia do UNISAGRADO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que vai avaliar sua saúde. Vamos realizar medidas de peso, altura, circunferência da cintura, serão feitas perguntas a respeito do seu estilo de vida (tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade, doenças existentes). Será aplicado um questionário para saber como está o nível de atividade chamado International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Serão feitos testes para verificar sua capacidade física em que o (a) senhor (a) irá caminhar em um corredor por seis minutos, irá sentar e levantar de uma cadeira e também testar seu equilíbrio.

Riscos: Caso o(a) senhor(a) sinta-se constrangido diante de algum questionamento poderá negar-se a responder. Ao realizar os testes físicos o(a) senhor(a) poderá sentir uma leve tontura e os mesmos serão interrompidos caso isso ocorra e o (a) senhor(a) receberá auxílio dos pesquisadores.. Os testes serão supervisionados pelos pesquisadores a todo momento e assim não oferece risco de queda.

Benefícios: Espera-se que com as avaliações da pesquisa o(a) senhor(a) possa conhecer melhor seu estado de saúde.

Custos e Pagamentos: Não existirão encargos adicionais associados à participação do sujeito de pesquisa neste estudo.

Confidencialidade

Eu _____ entendo que qualquer informação obtida sobre mim será confidencial. Também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Direito de Desistência:

Entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

Consentimento Voluntário:

Certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Data: _____

Certifico que expliquei a (o) Sr.(^a) _____ a natureza, o propósito, os benefícios e os possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa; que respondi a todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável

