

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Curso de Fisioterapia

Camila França Frizzo
Fernanda Oliveira Cardoso
Tamiris Aguiar Ribeiro

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DOS NÍVEIS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE IDOSOS PRATICANTES E NÃO
PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARES**

São Paulo
2017

**Camila França Frizzo
Fernanda Oliveira Cardoso
Tamiris Aguiar Ribeiro**

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DOS NÍVEIS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE IDOSOS PRATICANTES E NÃO
PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof^a Ma. Renata Cléia Claudino Barbosa, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

**São Paulo
2017**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Radrizzani

Frizzo, Camila França

Avaliação da capacidade funcional e dos níveis de ansiedade e depressão de idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares / Camila França Frizzo, Fernanda Oliveira Cardoso, Tamiris Aguiar Ribeiro. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2017.
50 p.

Orientação de Renata Cléia Claudino Barbosa

Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia (Graduação),
Centro Universitário São Camilo, 2017.

1. Ansiedade 2. Depressão 3. Idoso fragilizado I. Frizzo, Camila Franca II. Cardoso. Fernanda Oliveira III. Ribeiro. Tamiris Aquiar

Camila França Frizzo
Fernanda Oliveira Cardoso
Tamiris Aguiar Ribeiro

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DOS NÍVEIS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE IDOSOS PRATICANTES E NÃO
PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARES**

São Paulo, 24 de Novembro de 2017

Professor Orientador Renata Cléia Claudino Barbosa

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em nossas vidas e nos mostrar que enquanto Ele for o nosso chão, não há quem nos derrube.

E de maneira especial nossa Orientadora Renata Claudino Barbosa, pelo convívio, apoio, ensino e, principalmente por nos mostrar que para conquistar o mundo não é fácil é preciso muita dedicação, mas cada degrau conquistado deve ser comemorado com muita alegria. Palavras faltam para expressar o quão importante o seu papel foi em nossas vidas e o quanto amadurecemos e aprendemos no seu convívio.

A elaboração deste trabalho foi possível graças ao conjunto de incentivos e ajudas que colaboraram diretamente para a construção e finalização do mesmo.

Por isso, agradecemos de maneira muito especial nossos Familiares; Colegas da turma de Fisioterapia; Amigos e Professores, que com muita paciência cederam as mãos nos momentos difíceis e aplaudiram nos momentos de conquista, aos participantes do nosso estudo e ao Centro Social Nossa Senhora do Rosário da Pompéia e seus funcionários que nos acolheram e cederam o espaço.

FRIZZO, Camila França; CARDOSO, Fernanda Oliveira; RIBEIRO, Tamiris Aguiar. **Avaliação da capacidade funcional e dos níveis de ansiedade e depressão de idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares**. 2017. TCC (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

As alterações fisiológicas do envelhecimento podem contribuir para o declínio da capacidade funcional e para o desenvolvimento de doenças crônicas como a ansiedade e a depressão. Diante deste cenário, ações de prevenção e promoção da saúde como a prática regular de exercícios físicos são empregadas na prática na tentativa de minimizar o impacto negativo destas condições na qualidade de vida do idoso. O objetivo deste estudo é avaliar a capacidade funcional, níveis de ansiedade e depressão de idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. Trata-se de um estudo transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (parecer nº 2284976). Participaram do estudo 40 idosos frequentadores do Centro Social da Paróquia Nossa Senhora do Rosário da Pompéia que foram divididos em Grupo Praticante (GP=20) e Grupo Não Praticante (GNP=20) de atividade física regular e submetidos a avaliação da capacidade funcional e dos níveis de ansiedade e depressão. A comparação entre os grupos foi realizada por meio do teste T Student e o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os idosos do GP apresentaram melhor capacidade funcional (pontuação SPPB: $7 \pm 1,6$ vs. $5,6 \pm 1,9$; $p=0,04$) e menores níveis de depressão em relação ao GNP (pontuação GDS: $5,8 \pm 4,8$ vs. $12 \pm 6,5$; $p = 0,002$) respectivamente. Não houve diferença estatística nos níveis de ansiedade entre os dois grupos ($4,6 \pm 5,3$ vs. $7,5 \pm 4,7$). Conclui-se que idosos praticantes de exercício físico regular apresentaram melhores níveis de capacidade funcional e menores níveis de depressão.

Palavras-Chave: Ansiedade. Depressão. Idoso fragilizado.

FRIZZO, Camila França; CARDOSO, Fernanda Oliveira; RIBEIRO, Tamiris Aguiar. **Evaluation of the functional capacity and levels of anxiety and depression of predictive and non-practical people of regular physical exercises.** 2017.TCC (graduation in Physiotherapy) Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

To Physiological changes in aging may contribute the decline of functional capacity and to the development of chronic diseases such as anxiety and depression. Preventive and health promotion actions such as regular physical exercise are used in practice in an attempt to minimize the negative impact of these conditions on the quality of life of the elderly. Objective: To evaluate the functional capacity, anxiety and depression levels of exercise practicing and non-practicing seniors. This is a cross-sectional study approved by the Research Ethics Committee of Centro Universitário São Camilo (SEEM nº 2284976). A total of 40 elderly attending the Social Center of the Parish of Nossa Senhora do Rosário de Pompéia participated in the study. They were divided into a Practical Group (GP = 20) and Non-Practicing Group (GNP = 20) of regular physical activity and submitted to functional capacity and levels of anxiety and depression. The groups were compared using the Student T test and the significance level was 5% ($p < 0.05$). Elderly GP showed better functional capacity (SPPB score: 7 ± 1.6 vs. 5.6 ± 1.9 , $p = 0.04$) and lower levels of depression compared to GNP (GDS score: $5, 8 \pm 4.8$ vs. 12 ± 6.5 , $p = 0.002$) respectively. There was no statistical difference in anxiety levels between the two groups (4.6 ± 5.3 vs. 7.5 ± 4.7). Conclusion Elderly people exercising regularly had better levels of functional capacity and lower levels of depression.

Keywords: Anxiety. Depression. Frail Elderly.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 Geral..... | 13 |
| 2.2 Específico..... | 13 |
| 3 METODOLOGIA..... | 14 |
| 3.1 Casuística..... | 14 |
| 3.2 Amostra | 14 |
| 3.3 Delineamento do Estudo | 15 |
| 3.4 Capacidade Funcional..... | 15 |
| 3.5 Níveis de Ansiedade | 16 |
| 3.6 Níveis de Depressão | 16 |
| 3.7 Análise dos dados | 17 |
| 4 DESENVOLVIMENTO | 18 |
| 4.1 Envelhecimento Populacional | 18 |
| 4.2 Alterações Fisiológicas do Envelhecimento | 19 |
| 4.3 Capacidade Funcional no Envelhecimento | 20 |
| 4.4 Medidas de Promoção e Prevenção para a Saúde do Idoso | 21 |
| 4.5 Fisioterapia nas Medidas de Prevenção e Promoção para a Saúde do Idoso | 22 |
| 4.6 Abordagem Fisioterapêutica em Grupo..... | 23 |
| 4.7 Efeitos da Prática Regular da Atividade Física na Saúde dos Idosos | 24 |
| 4.8 Ansiedade, Depressão e incidência de alteração cognitiva..... | 26 |
| 5 Resultados | 28 |
| 5.1 Caracterização da Amostra | 28 |
| 5.2 Capacidade Funcional..... | 28 |
| 5.3 Níveis de Ansiedade | 29 |
| 5.4 Níveis de Depressão | 30 |
| 6 Discussão..... | 31 |
| 7 CONCLUSÃO..... | 33 |
| 8 REFERÊNCIAS..... | 34 |
| ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido | 40 |
| ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP | 43 |
| ANEXO D - Questionário SF-36 | 46 |
| ANEXO E - Escala GDS..... | 49 |

| | |
|----------------------------|----|
| ANEXO F – GAI | 50 |
| ANEXO G - Escala SPPB..... | 51 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial crescente, estudos demográficos mostram que entre os anos de 1950 e 2025, a população total brasileira crescerá 05 vezes, enquanto a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentará 15 vezes. Assim, em 2025 o Brasil terá cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (Filgueiras et al., 2009). Portanto, o envelhecimento da população é um dos mais importantes desafios para a saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde o envelhecimento ocorre em um ambiente de grande desigualdade social. Esta mudança demográfica traz uma série de demandas e desafios para a equipe multiprofissional, pois o processo de envelhecimento é acompanhado por diversas alterações fisiológicas que podem contribuir para o declínio da capacidade funcional e para o desenvolvimento de doenças crônicas como a ansiedade e a depressão (Czeresnia, 2003).

Atualmente a ansiedade e a depressão são consideradas as maiores causas de sofrimento emocional em idosos e estão diretamente associadas à diminuição da qualidade de vida nesta população. Estima-se que entre 10 a 20% dos idosos detêm sintomas significativos de ansiedade definida por um sentimento difuso, vago, desagradável, de medo e apreensão que pode ser acompanhado por um conjunto de sintomas, derivado da antecipação de um perigo de algo desconhecido ou estranho (Bernadino, 2013). A depressão é caracterizada pela presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria, podem estar seguidos de uma sensação subjetiva de cansaço e/ou fadiga, acompanhados de alterações do sono e apetite, desinteresse, pessimismo, lentidão e ideias de fracasso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a depressão como a quarta causa específica de incapacitação social, com perspectivas de ser a segunda causa de incapacitação em países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento aproximadamente no ano de 2020 (Lima et al., 2016).

As causas de ansiedade e depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de

vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves (Stella et al., 2002).

Diante deste cenário, diversas ações de prevenção e promoção da saúde como a orientação da prática regular de exercícios físicos são rotineiramente desenvolvidas pelos profissionais da saúde, visto que, diversos estudos têm demonstrado que a aderência a prática regular de exercícios pode melhorar significativamente a qualidade de vida desta população. De acordo com a OMS a prática de exercícios físicos leves e moderados pode retardar os declínios funcionais e melhorar os aspectos mentais e sociais.

Estudos recentes evidenciaram que a prática regular do exercício físico pode melhorar significativamente o desempenho cognitivo do idoso, aumentando sua autoestima, o humor, a sensação de bem-estar, promovendo a redução de respostas fisiológicas ao estresse (Minghell et al., 2013). Contudo, no Brasil, poucos estudos foram desenvolvidos para avaliar os efeitos da prática regular do exercício físico na capacidade funcional e nos níveis de ansiedade e depressão de idosos.

Conforme exposto previamente, o processo de envelhecimento está associado a alterações fisiológicas de diversos órgãos e sistemas, inclusive o sistema nervoso central (SNC), contribuindo para maior suscetibilidade do idoso para o desenvolvimento de doenças como a ansiedade e depressão, com impacto negativo na capacidade física e qualidade de vida. A importância de avaliar os efeitos do exercício físico nos níveis de ansiedade e depressão é devido à maior suscetibilidade do idoso para o desenvolvimento de doenças, levando em consideração o processo de envelhecimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar os efeitos de um programa de exercícios nos níveis de ansiedade e depressão de idosos assistidos na Paróquia Nossa Senhora do Rosário da Pompéia.

2.2 Específico

Avaliar a capacidade funcional, níveis de ansiedade e depressão de idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular assistidos na Paróquia Nossa Senhora do Rosário da Pompéia.

3 METODOLOGIA

3.1 Casuística

Foi realizado um estudo transversal com coparticipação entre o Centro Social da Paróquia Nossa Senhora do Rosário da Pompéia da cidade de São Paulo, por um período de 2 meses. Os idosos foram convidados para participar do estudo como voluntários após atividades desenvolvidas pelo Centro Social e divididos em dois grupos: GP - Praticantes de Exercício Físico Regular e GNP – Não Praticantes de Exercício Físico Regular. Todos que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e a coleta de dados foi iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, sob o número do parecer 2284976.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos com idade ≥ 60 anos, de ambos os gêneros cadastrados no Centro Social da Paróquia Nossa Senhora do Rosário da Pompéia. Foram excluídos idosos que apresentassem alteração cognitiva e/ou musculoesqueléticas que impossibilita a realização dos questionários e/ou testes de avaliação física.

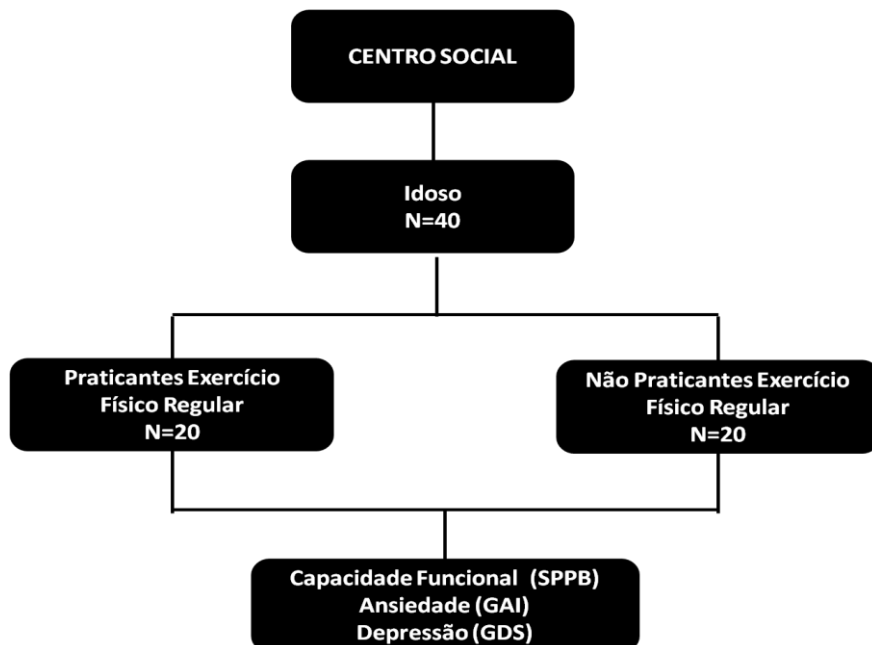
3.2 Amostra

Conforme descrito previamente os idosos voluntários foram divididos em dois grupos de acordo com os seus hábitos de vida. Para a determinação dos grupos, foi considerado exercício físico regular atividades físicas regulares desempenhadas no mínimo 2 vezes por semana com duração de 30 minutos com ou sem supervisão de um profissional da área da saúde. O Centro Social oferece a todos os idosos cadastrados um programa de envelhecimento saudável composto por exercício com duração de 50 minutos desenvolvidos pelos estagiários do último ano do curso de fisioterapia devidamente supervisionados por um docente. Portanto, os idosos que praticavam exercício físico regular realizado no próprio Centro Social foram inclusos no GP, enquanto o grupo não praticante (GNP=20) foi constituído de idosos que utilizavam outros serviços tais como, oficina da memória e artes.

3.3 Delineamento do Estudo

A coleta de dados foi realizada em período de 02 meses e as avaliações foram empregadas em um único dia no Centro Social da Paróquia Nossa Senhora do Rosário da Pompéia, por um período aproximado de 01 (uma) hora. Todos os idosos que aceitaram participar do estudo e que preencheram os critérios de inclusão previamente estabelecidos foram submetidos à avaliação da capacidade funcional pelo teste de avaliação física *Short Physical Performance Battery* (SPPB), níveis de ansiedade pelo inventário *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) e depressão pelo questionário *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Figura 1).

Figura 1- Delineamento do estudo. SPPB = Short Physical Performance Battery; GAI = Geriatric Anxiety Inventory; GDS= Geriatric Depression Scale.



3.4 Capacidade Funcional

A avaliação da capacidade funcional foi realizada por meio do SPPB que avalia o equilíbrio, a marcha e a força de membros inferiores (MMII), com paciente em três posições dos pés: (1) em paralelo, (2) com o hálux encostado na borda medial do calcanhar e (3) com o hálux encostado na borda posterior do calcanhar. Atribui-se 1

ponto se realizado em tempo menor ou igual (\leq)10", para os dois primeiros testes. No terceiro teste, a pontuação variou de 0 para 10". Para avaliação da marcha, utilizou-se um cronômetro para registrar o tempo que o indivíduo levou para percorrer um corredor de três metros (ida e volta), repetindo duas vezes o percurso. A pontuação do instrumento variou de: 0, quando incapaz; 1, se $>6,52"$; 2 se o tempo variou entre 4,66" e 6,52"; 3 entre 3,62" e 4,65" e 4, se tempo 16,7"; 2 entre 13,7" e 16,69"; 3, tempo entre 11,2" e 13,69" e 4 se $<11,19"$. O escore total do SPPB permite valores entre 0 e 12 pontos e representa o desempenho dos MMII dos idosos por meio da seguinte graduação: 0 a 3 pontos, quando é incapaz ou mostra desempenho muito ruim; 4 a 6 pontos representa baixo desempenho; 7 a 9 pontos, em caso de moderado desempenho e 10 a 12 pontos, ao apresentar bom desempenho (Pinheiro et al., 2016).

3.5 Níveis de Ansiedade

Os níveis de ansiedade foram avaliados pelo GAI, considerado um instrumento breve para avaliação de ansiedade em população idosa. O inventário é composto por 20 itens dicotômicos em que o respondente deve marcar resposta declarando concordar ou discordar das afirmações apresentadas. O ponto de corte sugerido pelos autores para indicar a presença de ansiedade generalizada corresponde a 10/11 (Martiny, 2011).

3.6 Níveis de Depressão

Os sintomas de depressão foram avaliados por meio da GDS, composta por quinze itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana do teste. Para a quantificação dos resultados foi considerado a seguinte classificação: valores de 0-10 pontos – idosos normais; pontuações ≥ 11 são indicativas de depressão; uma pontuação média de 15 é indicadora de idosos gravemente deprimidos (Apóstolo, 2012).

3.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do programa Sigma Stat 4.0 e estão apresentados em tabelas, gráficos, média e desvio padrão. A comparação entre os grupos foi realizada por meio do teste T Student e o intervalo de confiança adotado foi de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0.05$).

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 Envelhecimento Populacional

A estimativa de vida da população aumentou devido a avanços tecnológicos, melhores condições de vida (saneamento básico), hábitos alimentares mais saudáveis, associado à redução da taxa de fecundidade e queda da taxa de mortalidade infantil, caracterizado pela transição demográfica que está acontecendo desde a década de 60 sendo um fenômeno global (Siqueira et al., 2011). O envelhecimento da população está acontecendo em todos os países, embora cada um esteja em uma fase diferente desta transição, isto traz como resultado que, haverá mais idosos acima de 60 anos que crianças com menos de cinco (OMS, 2012).

Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011), atualmente a população brasileira compreende 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51%, o equivalente a 97 milhões, são mulheres e 49%, o equivalente a 93 milhões, são homens. O contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos a mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total.

Estima-se que em 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar em número de idosos, representando um aumento de 15 vezes dessa população, enquanto a população geral crescerá cinco vezes nesse mesmo período. Atualmente, as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011). Resultado da maior expectativa de vida das mulheres que, em média, vivem oito anos a mais que os homens. Dentre os fatores que concorrem para esse fenômeno, destacam as mortes violentas (assassinatos e acidentes), cujas vítimas, quando jovens e adultas, são homens em mais de 90% dos casos e o acompanhamento médico contínuo maior entre as mulheres do que entre os homens ao longo de suas vidas (Küchemann e Berlindes, 2012).

As mudanças na pirâmide populacional levam a uma série de consequências culturais, epidemiológicas e sociais (Marques e Freitas, 2009).

4.2 Alterações Fisiológicas do Envelhecimento

Na população idosa é comum observar manifestações de sinais e sintomas de doenças comuns que por diversas vezes nesta população tornam-se frequentes, algumas destas condições foram denominadas de síndromes geriátricas os chamados “gigantes da geriatria” ou cinco “is” que são: Imobilidade, instabilidade postural, incontínências, insuficiência cognitiva e Iatrogenia/Iatrofarmacogenia (Horan, 1993).

As alterações causadas pelo processo de envelhecimento estão relacionadas a alterações fisiológicas nos diversos órgãos e sistemas. Dentre elas estão às alterações musculoesqueléticas, cardiovasculares, respiratórias, visuais, auditivas, renais e neurológicas. Com o avançar da idade, ocorrem alterações oculares, como catarata e glaucoma, que trazem como consequência, a instabilidade estática e dinâmica do corpo, os reflexos visuais não reagem adequadamente (Meireles et al., 2008).

O sistema vestibular sofre um processo de degeneração com o envelhecimento e ocorre principalmente no sistema nervoso parassimpático (SNP). Há também uma perda significativa de sensores das células vestibulares, um decréscimo dos neurônios vestibulares primários resultando em déficits na transmissão de informação e perda da plasticidade (Meireles et al., 2008). A perda auditiva, bem como a presença de zumbido e vertigem, encontrados comumente em idosos são resultados da alta sensibilidade dos sistemas auditivo e vestibular a problemas clínicos comuns no processo de percepção da informação auditiva no sistema nervoso central, aos processos de deterioração funcional destes sistemas com o envelhecimento (Buss, Gracioll e Rossi, 2010).

O processo do envelhecimento determina diversas alterações no sistema cardiovascular. No pericárdio e endocárdio há um aumento do colágeno e no miocárdio há degeneração de fibras musculares. Ocorre também uma redução no número de células que participam do sistema de produção e condução de estímulos. Nas artérias há um aumento do colágeno e perda do componente elástico, levando maior rigidez na parede e aumento da pressão arterial (Netto, 2002).

De acordo com Nobrega et al. (1999) o processo de envelhecimento afeta todos os componentes do controle postural o sensorial, efetor (força, amplitude de

movimento, alinhamento biomecânico, flexibilidade) e central. A integração dos vários sistemas corporais sob o comando central é fundamental para o controle do equilíbrio corporal. No idoso ocorre também redução da massa óssea, mais frequentemente em mulheres, que, quando em níveis mais acentuados, caracteriza a osteoporose, que pode predispor à ocorrência de fraturas.

A frequência respiratória diminui devido às alterações estruturais e funcionais. A parede torácica sofre alterações devido à calcificação das cartilagens. Há uma diminuição no volume e na difusão do oxigênio. Devido ao processo do envelhecimento o tamanho e o peso dos rins diminuem, o fluxo plasmático reduz 10% por década após os 50 anos e a filtração glomerular diminui cerca de 35% a 50%, paralelamente uma alteração na capacidade de concentração e diluição urinária (Netto, 2002).

4.3 Capacidade Funcional no Envelhecimento

A capacidade funcional (CF) é uma medida da funcionalidade global que é por sua vez o resultado da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante o período de vida. À medida que a população envelhece o indicador de saúde torna-se importante, não é mais a presença ou não da doença, mas o grau de capacidade funcional do indivíduo. O envelhecimento sem a presença de doenças já envolve algum grau de declínio funcional, compatível com a fisiologia da senescência, expressa por uma diminuição discreta, porém contínua de vigor, força, prontidão, velocidade de reação e outras funções. Quando essa perda funcional é exacerbada, digamos por um fator genético ou de exposição ambiental, temos o advento de um quadro clínico de doença crônica, que na maioria das vezes é expressa pela insuficiência de um órgão ou sistema biológico que caracteriza a doença (Ramos, 2009).

As medidas de capacidade funcional variam de um grau de independência total em todas as atividades cotidianas, com autonomia completa de decisões, para um de dependência total nas atividades diárias e perdas completa de autonomia de decisão. Quase todos os idosos têm perdas sensoriais limitantes na idade avançada, particularmente em termos visuais e auditivos, e mais de 30% tem uma leve disfunção

cognitiva. A consequência é uma alta prevalência de incapacidades físicas e mentais, Uma quantidade relevante de idosos sentem a necessidade de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma das principais atividades diárias (Fhon et al., 2012).

A diminuição da capacidade para realização de atividades da vida diária (AVDs) aumenta o risco de um idoso se tornar dependente da rede de saúde, sendo mais dependentes aqueles que apresentam maior comprometimento da capacidade funcional (Lima, 2011).

A utilização da CF como indicador de saúde das populações de idosos, é de extrema importância para o planejamento de políticas públicas voltadas para os idosos (Ramos, 2009).

4.4 Medidas de Promoção e Prevenção para a Saúde do Idoso

A promoção da saúde é definida como:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (Carta de Ottawa, 1986).

O movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, através da divulgação do documento “A new perspective on the health of Canadians”. A realização deste estudo teve como pano de fundo os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico centrado no manejo das doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos. Desta forma, o significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (Buss, 2003).

As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (Czeresnia, 2003).

A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (Buss, 2003).

4.5 Fisioterapia nas Medidas de Prevenção e Promoção para a Saúde do Idoso

De acordo com o COFFITO (2012), a fisioterapia é uma ciência que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano. Por um longo período de tempo, centrou sua atuação no cuidado reabilitador em espaços hospitalares e clínicas especializadas, mas, na atualidade, a aproximação entre a fisioterapia e o nível primário de saúde apresenta-se como uma estratégia capaz de fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do sistema único de saúde (SUS) e contribuindo para a garantia da integralidade na assistência.

Segundo Deliberato (2002) a OMS estabelece que a saúde seja o estado de completo bem-estar mental, físico e social, e não somente ausência de enfermidade ou moléstia. O Ministério da Educação (MEC) distinguiu o fisioterapeuta como um profissional generalista, onde pode ser capaz, de atuar em todos os níveis de prevenção e atenção a saúde, não necessariamente devendo ficar restrito as ações reabilitadoras e curativas. Diante disto, para inserirmos o papel do fisioterapeuta na saúde do idoso, poderemos iniciar a partir do momento da prevenção, sendo definida como o ato ou efeito de prevenir.

Os fisioterapeutas que atendem pacientes idosos devem conhecer os princípios de aplicação de exercícios físicos nesses indivíduos, principalmente se deseja atuar no nível primário de prevenção. Hoje em dia, para os profissionais da saúde é de grande preocupação alertar as pessoas idosas sobre os melhores cuidados para obter um envelhecimento saudável, incluindo as orientações sobre a realização e a prática

do exercício físico, seja ele individual ou em grupo que além de tudo proporciona ao idoso uma comunicação social (Ferreira, 2009).

A educação voltada a saúde, exercícios físicos globais e específicos, orientações posturais, atividades de memória, fortalecimento e mobilizações tanto individualmente quanto em grupo, pode ser definida como medidas primárias da fisioterapia para tratar o envelhecimento natural dos idosos. Esta abordagem diminui o uso de medicamentos, melhora a CF estimulando assim melhora na qualidade de vida (QV) (Pereira et al., 2006).

Logo a fisioterapia na saúde do idoso tem como objetivo avaliar as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento natural, promovendo assim ações que vão prevenir e promover da melhor forma suas necessidades. Por tanto a participação de projetos realizados por estes profissionais, torna-se muito importantes para a prevenção e promoção de saúde do idoso (Deliberato, 2002).

4.6 Abordagem Fisioterapêutica em Grupo

Os centros de convivência têm sido estimulados em todo o Brasil, objetivam melhoria física e mental, por meio de exercícios físicos e atividades de memória, além do desenvolvimento de outras atividades como as de lazer e lúdicas. A percepção de uma boa qualidade de vida está diretamente interligada com a autoestima e ao bem-estar, e esses fatores estão associados à boa saúde física e mental, a hábitos saudáveis, a lazer, à espiritualidade e principalmente à manutenção da capacidade funcional deste idoso (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Um envelhecimento bem-sucedido pode estar ao alcance da grande maioria da população idosa, mas necessita-se de um investimento na prevenção e na intervenção para a promoção de saúde, ou seja, evitar na população sequelas incapacitantes (NETTO, 2007).

Neste sentido, os centros de convivência através de uma abordagem fisioterapêutica é uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade e dentro do âmbito de ser e estar saudável. Segundo Almeida et al. (2010), estes centros estimulam o indivíduo a adquirir maior

autonomia, melhora da autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social. Este fator influencia bastante a continuidade dos idosos nos programas e nas mudanças positivas que ocorrem em suas vidas.

Segundo Cardoso (2006) a preservação ou a recuperação da capacidade funcional consiste em um objetivo prioritário na atenção à saúde do idoso. A consciência dos efeitos que a idade exerce sobre a capacidade de aprender e das demandas naturais dessa fase da vida tornam essencial um trabalho específico para evitar o isolamento social e a inatividade funcional.

Nessa perspectiva, a participação dos idosos a fisioterapia em centros de convivência proporciona uma vida mais ativa e saudável, melhorando os aspectos de bem-estar pessoal que vai levar a uma melhoria nos aspectos: Intelectuais, sociais, emocionais, vocacionais, espirituais e físicos. Pois já foi destacado que pessoas que estão em contato com outras que buscam o mesmo objetivo, são inclinadas a ter hábitos de vida mais saudáveis (Cardoso, 2006).

4.7 Efeitos da Prática Regular da Atividade Física na Saúde dos Idosos

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que resulta num aumento do dispêndio energético, constituindo-se processo complexo e dinâmico (Oliveira et al., 2010).

Sabe-se que os benefícios à saúde ocorrem mesmo quando a prática de atividade física é iniciada numa fase tardia de vida, sendo necessária rotina. Em idosos, a atividade física regular é igualmente importante para o aumento ou preservação da força e da potência muscular, manutenção da mobilidade e da vida independente, e prevenção e redução das quedas e das fraturas (Oliveira et al., 2010).

Lim et al. (2007) em um estudo transversal, demonstraram que há uma correlação moderada e positiva entre a atividade física e os benefícios para a qualidade de vida. Uma vez que é importante não apenas aumentar os anos vividos pelos indivíduos, mas também aumentar concomitantemente a QV durante esses anos.

A prática das atividades físicas tem sido consistentemente associada benéficamente para a manutenção da funcionalidade, reduzindo os efeitos deletérios ocasionados pelo envelhecimento (OMS, 2005). Além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso, ou seja, nas capacidades funcionais. Outro benefício promovido pela prática de exercícios é a melhora das funções orgânicas e cognitivas, garantindo maior independência pessoal e prevenindo doenças (Maciel, 2010).

Observa-se também a redução do risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II; bem como, atua na prevenção ou redução da HAS, previne o ganho de peso ponderal (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão (OMS, 2006).

A prática regular de exercícios físicos aeróbios pode produzir efeitos antidepressivos e proteger o organismo dos efeitos prejudiciais do estresse na saúde física e mental (Araujo, 2007). Brown, Morgan e Raglin (1993), buscaram estudar componentes fisiológicos para avaliar os efeitos da atividade física nos níveis de ansiedade. Os pesquisadores concluíram que os exercícios físicos aeróbios produziram redução da ansiedade com resultados similares às estratégias de meditação e relaxamento.

De acordo com Spirduso (2005), a atividade física diária e o exercício provavelmente contribuem para a prevenção de quedas, pois as descobertas de todos os estudos com relação ao assunto de exercícios e quedas, quando consideradas em conjunto, sugerem que um programa de exercícios que aumente significativamente a força, mantenha uma composição e peso corporal eficiente para a locomoção e que também melhore o equilíbrio deve diminuir o número de quedas observadas nas pessoas mais idosas.

Segundo Faber et al. (2006) a atividade física é uma modalidade terapêutica que melhora a mobilidade física e a estabilidade postural. Muitos estudos têm examinado os efeitos do exercício físico sobre a estabilidade postural, porém poucos investigadores têm continuado a examinar os efeitos sobre a frequência de quedas na vida diária. A participação em programa de exercícios de intensidade leve tem

demonstrado reduzir significativamente o número de quedas de idosos quando se comparam tais idosos com os dos grupos controles que não realizam exercícios.

4.8 Ansiedade, Depressão e incidência de alteração cognitiva

Muitos idosos nessa etapa da vida são acometidos por distúrbios mentais. Em razão da alta taxa de problemas psiquiátricos ou emocionais em idosos, o número de pessoas que procuram serviços de atendimento em saúde mental cresce a cada ano (Ramos, 2003).

No caso da ansiedade, são frequentes os sintomas como insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigamento, suor. Para o diagnóstico de uma síndrome ansiosa é importante verificar a intensidade dos sintomas e seu impacto na vida do indivíduo (Dalgalarondo, 2000).

A ansiedade acontece diante de uma visão catastrófica dos eventos, anunciando que algo perigoso pode acontecer. As pessoas com elevados níveis de ansiedade apresentam uma tendência de antecipar sua inabilidade e questionar suas habilidades intelectuais. Considerando que como processo de envelhecimento natural, temos um declínio considerável destes idosos, essas alterações podem tornar-se negativas e interferir na atenção seletiva, na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio, o que nessa fase da vida poderia ser a diferença entre uma saúde mental boa ou comprometida (Coes, 1991).

No que tange à depressão, é importante destacar que ela tem sido considerada como um dos transtornos que mais afetam o idoso. Seu diagnóstico no idoso é ainda mais complexo quando comparado ao diagnóstico em outras faixas etárias, pois, o próprio processo de envelhecimento apresenta algumas características semelhantes aos sintomas depressivos, o que conduz à confusão no diagnóstico (Juruena, 2001).

A depressão caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce grande impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o

humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (Carreira et al., 2011).

Atualmente, é apontada como o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e de outras atividades da vida cotidiana, sendo responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano (Giavoni et al., 2008). Também é considerada a enfermidade mental de maior prevalência em nível mundial e estima-se que em 2020 será a segunda causa global de incapacidade (González et al., 2010).

A cognição envolve aquisição, processamento e aplicação da informação na vida cotidiana, orientando a seleção, o desempenho, a análise e o aprendizado de todas as atividades humanas, sendo a base para o estabelecimento da autodeterminação e autonomia do idoso. Logo, a preservação da capacidade cognitiva indicará as condições que um indivíduo deverá ter para conservar sua integridade física, psicológica e social (Parente, 2006).

Segundo Nascimento (2008) risco de desenvolvimento de declínio cognitivo pode ser associado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, sendo a escolaridade um de seus determinantes mais evidenciados em estudos sobre fatores associados ao declínio cognitivo. Outros fatores também são destacados nos estudos, como o sexo, estado civil, tabagismo e etilismo.

O sistema mais afetado pelo processo do envelhecimento é o sistema nervoso central (SNC) sendo este responsável pelas sensações, movimentos, funções psíquicas e biológicas, dessa maneira, a disfunção cognitiva é determinada por uma associação complexa de fatores, que incluem condições individuais e sociais e que poderão interferir diretamente em aspectos da QV do idoso (Chaves et al., 2015).

5 Resultados

5.1 Caracterização da Amostra

A amostra do estudo foi composta por 40 idosos de ambos os gêneros com prevalência do gênero feminino (37/3). Dentro do GP todos os idosos avaliados eram do gênero feminino, com média de idade de 78 ($\pm 7,44$) anos e IMC 25,5 ($\pm 2,45$) (Kg/m^2). No GNP houve uma prevalência do gênero feminino (17/3), com média de idade de 74,6 ($\pm 7,6$) anos e IMC 26,15 ($\pm 4,4$) (Kg/m^2).

Tabela 1 - Caracterização da população estudada

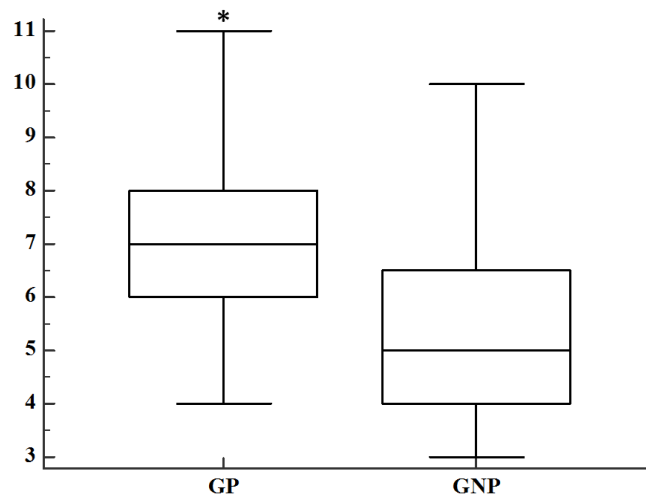
| Características | GP | GNP |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|
| | Valores | Valores |
| Gênero (F/M) | 20/0 | 17/3 |
| Idade (anos) | 78 ($\pm 7,44$) | 74,6 ($\pm 7,6$) |
| IMC (Kg/m^2) | 25,5 ($\pm 2,45$) | 26,15 ($\pm 4,4$) |

Legenda: Os valores estão apresentados em média e desvio padrão (\pm DP), exceto para o gênero. Descrição das abreviações: F= feminino; M= masculino; IMC= índice de massa corpórea; kg/m^2 = quilos por metro quadrado.

5.2 Capacidade Funcional

Comparado com o GPN os idosos do GP apresentaram melhor capacidade funcional (pontuação SPPB: $7 \pm 1,6$ vs. $5,6 \pm 1,9$; $p=0,04$) (Figura 2).

Figura 2 - Box Plot de comparação da capacidade funcional entre o GP e GNP.

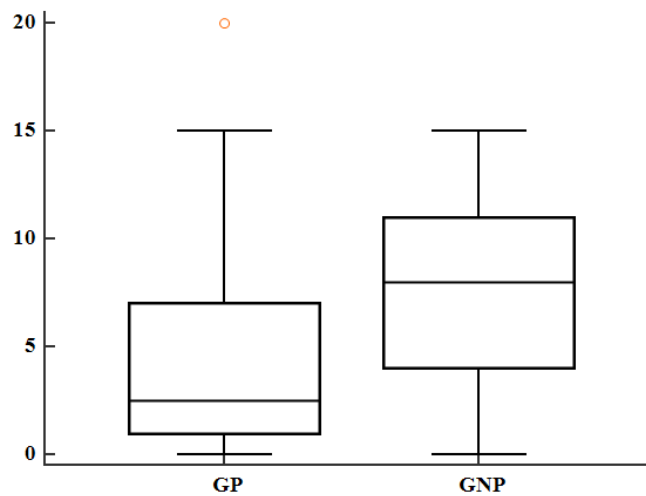


Legenda: GP, Praticante de exercício físico regular; GNP, Não praticante de exercício físico regular. Os dados estão representados em mediana, * $p < 0,05$.

5.3 Níveis de Ansiedade

Não foi verificada diferença estatística nos níveis de ansiedade entre os dois grupos ($4,6 \pm 5,3$ vs. $7,5 \pm 4,7$), conforme pode ser verificado na figura 3.

Figura 3. Box Plot de comparação dos níveis de ansiedade entre o GP e GNP.

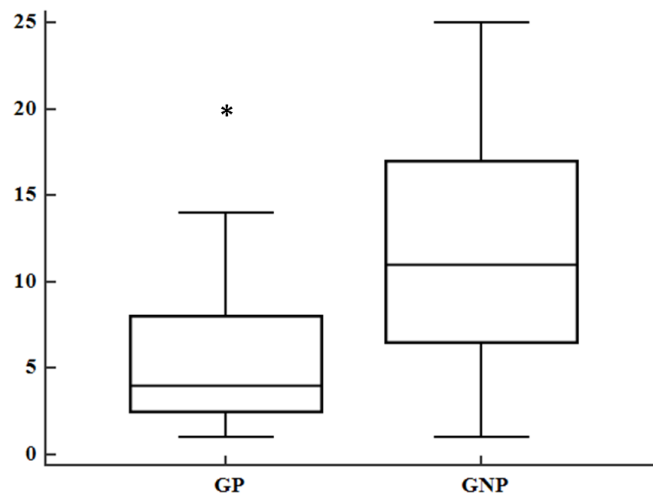


Legenda: GP, Praticante de exercício físico regular; GNP, Não praticante de exercício físico regular. Os dados estão representados em mediana, * $p < 0,05$.

5.4 Níveis de Depressão

Os idosos praticantes de exercício físico regular apresentaram menores níveis de depressão de acordo com a pontuação verificada no GDS: $5,8 \pm 4,8$ vs. $12 \pm 6,5$; $p = 0,002$ respectivamente.

Figura 4. Box Plot de comparação dos níveis de depressão entre o GP e GNP.



Legenda: GP, Praticante de exercício físico regular; GNP, Não praticante de exercício físico regular. Os dados estão representados em mediana, * $p < 0,05$.

6 Discussão

Nossos resultados demonstraram que idosos praticantes de exercício físico regular apresentaram melhor capacidade funcional e menores níveis de depressão. Em contrapartida, não houve diferença nos níveis de ansiedade entre os idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular.

No que se refere à capacidade funcional os resultados deste estudo corroboram com os resultados apresentados por Franchi et al., 2009 após demonstrarem que idosos diabéticos praticantes de exercício físico regular apresentam um nível de capacidade funcional melhor quando comparados aos diabéticos não praticantes de exercício físico regular. A capacidade funcional refere-se à condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio. Portanto, a manutenção desta condição é fundamental para o idoso, visto que o seu declínio está associado ao maior risco de institucionalização, quedas e morte (Nogueira et al., 2010).

Em relação aos níveis de ansiedade e depressão Cheik et al. (2003) desenvolveram um estudo similar ao proposto pelo nosso grupo. Os autores verificaram a influência do exercício físico e da atividade física nos índices de ansiedade e depressão em idosos. Foram selecionados 54 idosos saudáveis, de ambos os sexos, que foram divididos em 3 grupos: Grupo A – controle (indivíduos sedentários), n=18; Grupo B – grupo de desportistas (indivíduos sedentários que passaram a praticar exercícios físicos regularmente), n=18; Grupo C – grupo de lazer (indivíduos que participam de programas de atividade física não sistematizada) n=18. Os voluntários foram submetidos a uma avaliação composta por questionários para avaliar os níveis de ansiedade e depressão. Os resultados revelaram que o grupo de desportistas obteve um índice satisfatório e significativo de redução dos escores de depressão, passando de leve para normal, contudo, os índices de ansiedade permaneceram inalterados em todos os grupos analisados.

Segundo Almeida et al. (2010) há uma correlação negativa entre a participação em atividades sociais e os sintomas de depressão, ou seja, quanto mais amigos e mais atividades sociais, menor a sintomatologia depressiva, que podemos verificar através dos questionários aplicados que o GP teve um menor nível de depressão comparado ao GNP.

Marin (1995) demonstrou que, durante a realização de exercício físico, ocorre liberação de β endorfina e da dopamina pelo organismo, propiciando um efeito tranquilizante e analgésico em indivíduos que praticam exercícios físicos regulares. Além disso, é possível observar um efeito relaxante pós-esforço que possibilita ao indivíduo a manutenção de um estado de equilíbrio psicossocial frente às ameaças do meio externo, contribuindo para diminuição dos níveis de ansiedade. Não foi verificado, no nosso estudo, diferenças estatística ($p < 0,05$) entre os grupos GP e GNP, contudo, observamos que a pontuação obtida no GAI foi menor no GP quando comparado ao GNP sugerindo menores níveis de ansiedade.

7 CONCLUSÃO

Verificou-se que idosos praticantes de exercício físico regular apresentaram melhores níveis de capacidade funcional e menores níveis de depressão quando comparados com idosos que não praticam atividade física regular, pois com a prática regular de exercícios faz com que esses idosos estejam mais aptos e ativos para realizar suas tarefas do dia a dia o que interfere positivamente na qualidade de vida e bem estar.

Nossos resultados corroboram com estudos recentes e sugerem que os idosos devem ser continuamente orientados e motivados pela equipe multiprofissional a realizar exercícios físicos regulares.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.A., et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.435-443, 2010.

APÓSTOLO, João. Instrumentos para avaliação em geriatria. **ESENF**, São Paulo, 308 p. 2012.

ARAÚJO, Sônia Regina Cassiano de; MELLO, Marco Túlio de; LEITE, José Roberto. Transtornos de ansiedade e exercício físico. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 2, n. 29, p.164-171, out. 2007.

BERNARDINO, Ana Raquel Pais. **Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados**. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Universidade da Beira Interior Ciências Sociais e Humanas, São Paulo, 137 f. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos & Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, n. 27. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

BRASÍLIA. Decreto - Lei 938/69, Lei 6.316/75. Atividade de Saúde, regulamentada pelo Decreto-Lei 13 de Out de 1969. COFFITO, 2012.

BRASÍLIA. Organização Mundial da Saúde (OMS). Atividade física e saúde na Europa: Evidências para a ação. Centro de investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer. Porto, 2006.

BRASÍLIA. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução GONTIJO, Suzana. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60p, 2005.

BRASÍLIA. Portaria nº1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 13 dez 1999.

BROWN DR, Morgan WP, Raglin JS. Effects of exercise and rest on the state anxiety and blood pressure of physically challenged college students. **J. Sports Med Phys Fitness**. Wisconsin, p. 300-305. set. 1993.

BUSS, Leonardo Henrique; GRACIOLL, Lílian Seligman; ROSSI, Angela Garcia. PROCESSAMENTO AUDITIVO EM IDOSOS. **Cefac**, Santa Maria – Rs, v. 1, n. 12, p.146-151, fev. 2010.

BUUS, Paulon Marchiori. Introdução ao conceito de promoção de saúde. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, p 15-38, 2003.

CARDOSO, Adilson Santana. Percepção subjetiva de saúde e nível de atividade física de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 81-91, Jun 2006.

CARREIRA, L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2 p. 268-273, 2011.

CHAVES, Anety Souza, et. al. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 18 n. 3, 2015.

CHEIK, N. C., et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Rev. Bras. Ci. e Mov.** v. 11 n. 3, p. 45-52. 2003.

COES, Maria do Carmo Rabelo. Ansiedade: uma avaliação quantitativa de seus efeitos negativos sobre o desempenho no vestibular. **Psicologia: teoria e pesquisa**. São Paulo, v.7 n.5, maio-ago. 1991.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências** Rio de Janeiro, p. 39-53 2003.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 1 ed. São Paulo: artmed, 2000. 437 p

DELIBERATO, Paulo C. P. **Fisioterapia Preventiva Fundamentos e Aplicações**. 1 ed. Barueri, Manole, 2002.

ETIÓPIA. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Cooperação do país e estratégias**. Etiópia, 2012.

FABER, MJ et al. Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: A multicenter randomized controlled trial. **Arch Phys Med Rehabil.**, Amsterdam, v. 7, n. 87, p.885-896, jul. 2006.

FERREIRA, Aleksandro B. Programa de Atenção Particularizada ao Idoso em Unidades Básicas de Saúde. *Revista Saúde Soc.* São Paulo, v.18, n.4, p.776-786, 2009.

FHON, Jack R.S. et. al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 20, n. 5, set.-out. 2012.

FILGUEIRAS, Marcelo Carvalho et. al. Atuação fisioterapêutica na promoção de saúde na terceira idade: Percepções do idoso. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 237-247, 2009.

FRANCHI, Kristiane Mesquita Barros, et al. Estudo comparativo do conhecimento e prática de atividade física de idosos diabéticos tipo 2 e não diabéticos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** São Paulo, v. 11, n. 3, p. 327-339. 2008.

GIAVONI, A. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 975-982, 2008.

GONZÁLEZ, L.A.M. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 32-39, 2010.

HORAN, M. A. Presentation of disease in old age. In: BROCKLEHURST, J. C.; TALLIS, R. C.; FILLIT, H. M. **Textbook of geriatric medicine and gerontology**. 4 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1993. p. 145-9.

JURUENA, M., et. al. Revisão comparativa entre os transtornos no humor. **Revista de psiquiatria clínica**. Santa Catarina, v. 27, n.2, 2001.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p.165-180, abr. 2012.

LIM K.C., et al. Aging, health, and physical activity in Korean Americans. **Geriatr Nurs**, v.28, n. 2, p. 112-9. 2007.

LIMA, Ana Maraysa Peixoto et al. Depressão em idosos. **Revista de Epidemiologia e Controle da Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p.97-103, out. 2016.

LIMA, M.F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p. 3689-3696. 2011.

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

MARIN-NETO, J.A. et al. Atividades físicas: “remédio” cientificamente comprovado? **A Terceira Idade**, v. 10, n. 6, p. 34-43. 1995.

MARQUES, Giselda Quitanda; FREITAS, Ivani Bueno de Almeida. Experiência piloto de assistência domiciliar. **Revista de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 43, n. 4, p.825-832, maio 2009.

MARTINY C, et al. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). **Rev Psiq Clín.**, Rio de Janeiro, v. 38 n. 1, mar. 2011.

MEIRELES, Aline Estrela et al. Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. **Revista Neurociências**, Goiás, v. 18, n. 1, p.103-108, maio 2009.

MINGHELLI, Beatriz et al. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Revista Psiq. Clínica**, Portugal, v. 40, n. 2, p.71-76, ago. 2013.

NASCIMENTO, N.M.R. Estudo comparativo sobre a prevalência de declínio cognitivo entre dois grupos de idosos. **Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul, 2008.

NETTO, Matheus Papaléo. Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2007. P. 637-644.

NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. 524 p.

NÓBREGA, Antonio Claudio Lucas da et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Curitiba, v. 6, n. 5, p.207-211, dez. 1999.

NOGUEIRA, Silvana L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 4, p.322-329, ago. 2010.

OLIVEIRA, Katya Luciene. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entra grupos de idosos. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 11 p. 352-355, mai-ago. 2006.

OLIVEIRA, Aldalan Cunha de et al. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 13, p.301-312, nov. 2010.

OTTAWA Carta. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, nov. 1986.

PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta. **Cognição e Envelhecimento**. 1 ed. Porto Alegre: artmed, 2006. 312p.

PEREIRA, L. S. M. et al. Fisioterapia em gerontologia. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PINHEIRO, Sarah Brandão et al. Avaliação do equilíbrio e do medo de quedas em homens e mulheres idosos antes e após a cirurgia de catarata senil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, R, v. 19, n. 3, p.521-532, maio 2016.

RAMOS, LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19 n. 3, mai-jun. 2003.

RAMOS, LR. Saude pública e envelhecimento: O paradigma da capacidade funcional. **Boletim do Institute de Saúde**. São Paulo, n. 41, abr. 2009.

SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003.

SPIRDUSO, Waneen W. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. 1 ed. Barueri, Manole, p. 409 2005.

SIQUEIRA et al. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Cien Saude Colet.**, v. 7, n. 4, p. 899-906. 2011

STELLA, Florindo et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, Rio Claro, v. 8, n. 3, p.91-98, dez. 2002.

ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a), o (a) Senhor (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), a participar da pesquisa: “AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE IDOSOS: UMA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA”, que será realizada por pesquisadoras e docentes do Curso de Graduação em fisioterapia do Centro Universitário São Camilo.

Caso aceite participar da pesquisa, suas informações serão colhidas através de entrevista realizada na Paróquia Nossa Senhora do Rosário de Pompéia, localizada na Avenida Pompéia, nº 1250 São Paulo - SP e, o senhor (a) será submetido (a) à alguns testes com duração aproximada de 30 á 40 minutos para avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida. Com este estudo, queremos verificar os efeitos da prática regular de exercícios físicos nos níveis de ansiedade e depressão em idosos cadastrados na Paróquia Nossa Senhora do Rosário de Pompéia. Caso queira desistir de participar da pesquisa o senhor (a) não terá nenhum prejuízo no seu atendimento na igreja.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicitamos a assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto a pesquisadora.

Nome do pesquisador: Renata Cleia Claudino Barbosa

Telefones: (11) 9 6054 0798

E-mail: re_claudino@hotmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa da São Camilo

Tel: (011) 3465-2669

E-mail: cpq@saocamilo-sp.br

Eu,.....declarar
o que fui informado (a) dos objetivos e método desta pesquisa e que será garantida a
minha privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando

integralmente o meu anonimato. Fui informado (a) de que, se desejar poderei obter esclarecimentos a qualquer momento, ter acesso aos resultados e desistir de participar em qualquer fase da pesquisa sem que meu atendimento na igreja seja prejudicado.

Declaro que depois de esclarecida pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, autorizo a realização desta pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador
Renata Cleia Claudino Barbosa

São Paulo, ____ de _____ de 2017.

ANEXO B – Carta de co participação

CARTA DE COPARTICIPAÇÃO DA IGREJA

A Paróquia Nossa Senhora do Rosário da Pompéia, na condição de instituição coparticipante do estudo, autoriza a coleta de dados referente ao projeto de pesquisa "Efeitos de um programa de atividade física nos níveis de ansiedade e depressão em idosos: Uma abordagem fisioterapêutica." de responsabilidade das pesquisadoras "Camila França Frizzo, Fernanda Oliveira Cardoso e Tamiris Aguiar Ribeiro" sob orientação da professora Renata Cleia Claudino Barbosa, que estão vinculadas ao Centro Universitário São Camilo - SP (Instituição Proponente), mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Essa instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

LUIZ FABI NETO

Nome e cargo do Responsável institucional

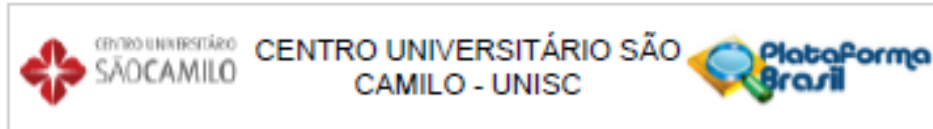


Assinatura e carimbo do Responsável institucional

Luiz Fabi Neto
Presidente

São Paulo, 10 de JULHO de 2017.

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE IDOSOS: UMA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA

Pesquisador: RENATA CLÉIA CLAUDINO BARBOSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61928016.0.0000.0062

Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.284.976

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores apresentaram uma emenda ao projeto original.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da emenda foi retirar a intervenção composta por exercícios, proposta no projeto original, além da alteração da instituição coparticipante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foi adicionado risco aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisadora justifica que a alteração do projeto foi devido a falta de tempo hábil para execução da pesquisa. Assim, serão aplicados os instrumentos de avaliações propostos, mas não serão realizados os exercícios.

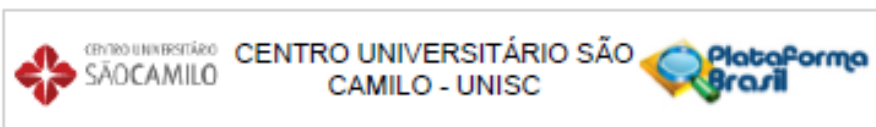
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a carta de autorização da nova instituição coparticipante.

Recomendações:

Destaca-se que para as próximas emendas faz necessário anexar o projeto na íntegra com as

Endereço: Rua Raul Pompéia, 144
 Bairro: Pompéia CEP: 05.025-010
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3485-2654 E-mail: coep@uoccamilo-sp.br



Continuação do Parecer: 2.284.878

alterações descritas na carta da emenda.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após discussão em plenária a Emenda 1 foi aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar relatório de acompanhamento da pesquisa ao término da pesquisa.

Informações no site: www.saocamilo-sp.br --> Institucional --> comissões --> coep --> relatório de pesquisa.

Enviar o relatório por meio da Plataforma Brasil.

Anexar o relatório no ícone "Enviar Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_983884_E1.pdf | 24/08/2017 20:11:28 | | Aceito |
| Outros | EMENDA.docx | 24/08/2017 19:56:07 | RENATA CLÉIA CLAUDINO BARBOSA | Aceito |
| Outros | Carta.pdf | 24/08/2017 19:55:18 | RENATA CLÉIA CLAUDINO BARBOSA | Aceito |
| Outros | Respostas.docx | 27/03/2017 14:23:14 | RENATA CLÉIA CLAUDINO BARBOSA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | TCC2.docx | 27/03/2017 14:07:13 | RENATA CLÉIA CLAUDINO BARBOSA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.pdf | 27/03/2017 14:04:42 | RENATA CLÉIA CLAUDINO BARBOSA | Aceito |
| Folha de Rosto | Parecer.pdf | 31/10/2016 16:13:09 | RENATA CLÉIA CLAUDINO BARBOSA | Aceito |

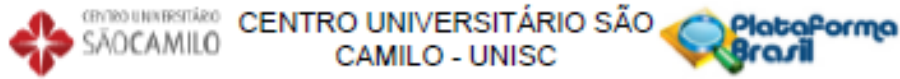
Situação do Parecer:

Aprovado

Neocessita Apreolição da CONEP:

Não

Endereço: Rua Rui Pompéia, 144
 Bairro: Pompéia CEP: 05.025-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3485-2854 E-mail: coep@saocamilo-sp.br



Continuação do Parecer: 2.284.978

SAO PAULO, 19 de Setembro de 2017

Assinado por:

Adriana Aparecida de Faria Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Raul Pompéia, 144
Bairro: Pompéia CEP: 05.025-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3485-2854 E-mail: coep@uoccamilo-sp.br

ANEXO D - Questionário SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

| | | | | |
|-----------|-----------|-----|------|------------|
| Excelente | Muito Boa | Boa | Ruim | Muito Ruim |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

| | | | | |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| Muito Melhor | Um Pouco Melhor | Quase a Mesma | Um Pouco Pior | Muito Pior |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

| Atividades | Sim, dificuldade muito | Sim, dificuldade um pouco | Não, não dificuldade de modo algum |
|---|------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 |
| c) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| d) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e) Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g) Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades. | 1 | 2 |
| d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra). | 1 | 2 |

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. | 1 | 2 |

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

| | | | | |
|------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

| | | | | | |
|---------|------------|------|----------|-------|-------------|
| Nenhuma | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito grave |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

| | | | | |
|-------------------|----------|---------------|----------|--------------|
| De maneira alguma | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

| | Todo Tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|--|------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

| Todo Tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo |
|------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso |
|---|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO E - Escala GDS

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

| |
|---|
| 0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses. |
|---|

| |
|--|
| 1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses. |
|--|




| |
|---|
| Total > 5 = suspeita de depressão |
|---|

ANEXO F – GAI

Tabela 1. Versão original, traduções (T1 e T2), retrotraduções (R1 e R2) e versão sintética

| | Original | Tradução | Retrotradução | Versão sintética |
|-----|--|---|--|---|
| 1. | I worry a lot of the time | T1: Eu me preocupo em grande parte do tempo T2: Eu me preocupo muito o tempo todo | B1: I worry a great part of time B2: I care too much all the time | Eu me preocupo em grande parte do tempo |
| 2. | I find it difficult to make a decision | T1: Eu acho difícil tomar uma decisão T2: Eu acho difícil tomar uma decisão | B1: I find it difficult to make a decision B2: I find it difficult to make a decision | Eu acho difícil tomar uma decisão |
| 3. | I often feel jumpy | T1: Sinto-me agitado com frequência T2: Sinto-me nervoso com frequência | B1: I often feel agitated B2: I often feel nervous | Sinto-me agitado com frequência |
| 4. | I find it hard to relax | T1: Acho difícil relaxar T2: Eu acho difícil relaxar | B1: I find it hard to relax B2: I find it difficult to relax | Eu acho difícil relaxar |
| 5. | I often cannot enjoy things because of my worries | T1: Eu frequentemente não consigo aproveitar as coisas por causa de minhas preocupações T2: Eu frequentemente não aproveito as situações por causa das minhas preocupações | B1: I often can not enjoy things because of my concerns B2: I often do not take advantage of situations because of my worries | Eu frequentemente não consigo aproveitar as coisas por causa de minhas preocupações |
| 6. | Little things bother me a lot | T1: Pequenas coisas me aborrecem muito T2: Pequenas coisas me aborrecem muito | B1: Little things bother me a lot B2: Little things bother me a lot | Pequenas coisas me aborrecem muito |
| 7. | I often feel like I have butterflies in my stomach | T1: Eu frequentemente sinto como se tivesse borboletas no estômago T2: Frequentemente eu me sinto como se tivesse borboletas no meu estômago | B1: Often feel like I have butterflies in the stomach B2: Often I feel like I have butterflies in my stomach | Eu frequentemente sinto como se tivesse um "frio na barriga" |
| 8. | I think of myself as a worrier | T1: Eu penso em mim mesmo como alguém preocupado T2: Eu penso que sou preocupado | B1: I think of myself as someone concerned B2: Eu penso que sou preocupado | Eu penso que sou preocupado |
| 9. | I can't help worrying about even trivial things | T1: Não posso deixar de preocupar-me mesmo com coisas triviais T2: Eu não posso ajudar preocupando-me sempre com pequenas coisas | B1: I can not help it to concern myself even with trivial things B2: I can not help worrying me always with small things | Não posso deixar de preocupar-me mesmo com coisas triviais |
| 10. | I often feel nervous | T1: Frequentemente me sinto nervoso T2: Frequentemente me sinto nervoso | B1: I often feel nervous B2: I often feel nervous | Frequentemente me sinto nervoso |
| 11. | My own thoughts often make me anxious | T1: Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso T2: Meus pensamentos me fazem sentir, frequentemente, ansioso | B1: My own thoughts often make me anxious B2: My thoughts often make me anxious | Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso |
| 12. | I get an upset stomach due to my worrying | T1: Tenho dor de estômago devido a minha preocupação T2: Tenho dores no estômago por causa das minhas preocupações | B1: I have stomach pain because of my concern B2: I have stomach pain because of my worries | Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações |
| 13. | I think of myself as a nervous person | T1: Eu penso em mim mesmo como uma pessoa nervosa T2: Eu penso em mim como uma pessoa nervosa | B1: I think of myself as a nervous person B2: I think of myself as a nervous person | Eu me vejo como uma pessoa nervosa |
| 14. | I always anticipate the worst will happen | T1: Eu sempre espero que o pior irá acontecer T2: Eu sempre antecipo que coisas ruins vão acontecer | B1: I always hope that the worst will happen B2: I always anticipate that bad things will happen | Eu sempre espero que o pior irá acontecer |
| 15. | I often feel shaky inside | T1: Frequentemente me sinto tremendo por dentro T2: Eu frequentemente me sinto como se estivesse chacoalhando por dentro | B1: I often feel shivering inside B2: I often feel like I'm shaking inside | Frequentemente me sinto tremendo por dentro |
| 16. | I think that my worries interfere with my life | T1: Eu acredito que minhas preocupações interferem na minha vida T2: Eu acho que minhas preocupações interferem na minha vida | B1: I believe that my concerns interfere in my life B2: I think my concerns interfere in my life | Eu acho que minhas preocupações interferem na minha vida |
| 17. | My worries often overwhelm me | T1: Minhas preocupações me oprimem com frequência T2: Minhas preocupações frequentemente me oprimem | B1: My often worries overwhelm me B2: My worries often overwhelm me | Minhas preocupações frequentemente me oprimem |
| 18. | I sometimes feel a great knot in my stomach | T1: Eu, algumas vezes, sinto um grande nó em meu estômago T2: Às vezes eu sinto como se tivesse um grande nó no estômago | B1: Sometimes I feel a big knot in my stomach B2: Sometimes I feel like a big knot in my stomach | Às vezes eu sinto como se tivesse um grande nó no estômago |
| 19. | I miss out on things because I worry too much | T1: Eu perco coisas por me preocupar demais T2: Eu erro e perco coisas porque me preocupo demais | B1: I lose things because I worry too much B2: I commit mistakes and lose things because I care too much | Eu perco coisas por me preocupar demais |
| 20. | I often feel upset | T1: Frequentemente me sinto aborrecido T2: Frequentemente me sinto chateado | B1: I often feel boring B2: I often feel upset | Frequentemente me sinto chateado |

ANEXO G - Escala SPPB

| SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY – SPPB (Guralnik, 1994; Nakano, 2007) | | | |
|---|--|-----|-----|
| Avaliação do equilíbrio estático | | / / | / / |
|  | 1ª Posição Pés unidos em paralelo: _____ seg < 10" = 0 ponto > 10" = 1 ponto | | |
|  | 2ª Posição Hálux encostado na borda medial do calcanhar: _____ seg < 10" = 0 ponto > 10" = 1 ponto | | |
|  | 3ª Posição Hálux encostado no calcanhar: _____ seg < 3" = 0 ponto > 3" e < 9,99" = 1 ponto > 10" = 2 pontos | | |
| Teste de Velocidade de Marcha (2,4m) | | | |
| 1ª tentativa: _____ seg / 2ª tentativa: _____ seg | | | |
| Considerar o menor tempo e pontue: > 6,52" = 1 ponto > 4,66" e < 6,51" = 2 pontos > 3,62" e < 4,65" = 3 pontos < 3,61" = 4 pontos | | | |
| Levantar e Sentar 5x (apenas realizar o teste quando o indivíduo for capaz de: levantar-se sem ajuda e sem o uso dos braços) | | | |
| Tempo: _____ seg | | | |
| não conseguiu levantar-se 5 x ou completou o teste em tempo > 60 seg = 0 ponto ≥ 16,70" = 1 ponto ≥ 13,70" e < 16,69" = 2 pontos ≥ 11,20" e < 13,69" = 3 pontos ≤ 11,19" = 4 pontos Falhas no teste (motivos): | | | |
| Pontuação total do teste equilíbrio | | | |
| Pontuação do teste velocidade da marcha | | | |
| Pontuação do teste levantar e sentar 5x | | | |
| Pontuação total do SPPB | | | |

| Timed Up & Go Test - TUGT (Podsiadlo e Richardson, 1991) | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Instrução: sujeito sentado em uma cadeira, com as costas apoiadas, usando seus calçados usuais e seu dispositivo de auxílio à marcha. Após o comando "vá", deve se levantar da cadeira e andar um percurso linear de 3 m, com passos seguros, retornar em direção à cadeira e sentar-se. | | | |
| TEMPO GASTO NA TAREFA (segundos) Considerar o menor tempo | / / | / / | / / |
| | 1ª. tentativa: | 1ª. tentativa: | 1ª. tentativa: |
| | 2ª. tentativa: | 2ª. tentativa: | 2ª. tentativa: |