

DM

**Atividade Física, Depressão e Qualidade de Vida
em Pessoas Idosas do Estado do Amazonas, Brasil**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Luiz Antônio de Oliveira Jacinto
MESTRADO EM ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTO



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

fevereiro | 2020

Atividade Física, Depressão e Qualidade de Vida em Pessoas Idosas do Estado do Amazonas, Brasil

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Luiz Antônio de Oliveira Jacinto

MESTRADO EM ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTO

ORIENTAÇÃO

Élvio Rúbio Gouveia

CO-ORIENTAÇÃO

Rui Nuno Trindade de Ornelas

Jefferson Jurema

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à Deus por me conceder discernimento e sabedoria para vencer essa tarefa nada fácil, porém extremamente gratificante.

A realização desta Dissertação não poderia se concretizar sem a ajuda de várias pessoas e instituições.

Primeiramente externo minha gratidão ao Prof. Doutor Élvio Rúbio Gouveia, orientador desta tese, que por sua vez, deixou-me envaidecido ao ser convidado a fazer parte dos estudos relacionados ao Projeto SEVAAI. Uma pessoa muito responsável e solícita, sempre atendeu às minhas dúvidas e orientou para que tudo ocorresse da melhor forma.

Agradeço ao Prof. Doutor Rui Trindade de Ornelas, coorientador desta tese, indiscutivelmente um profundo conhecedor da Fisiologia. Obrigado por todo conhecimento repassado.

Grande apreço ao Prof. Doutor Jefferson Jurema, coorientador desta tese, que por sua vez possibilitou toda a intermediação à Universidade da Madeira; participando diretamente do processo maçante, porém necessário, de liberação de uma das Instituições a qual faço parte.

À Coordenadora do Curso de Mestrado em Atividade Física e Desporto da Universidade da Madeira – Portugal, Prof.^a Doutora Ana Catarina Fernando, sempre intermediando e auxiliando durante todo o processo acadêmico. Muito obrigado!

À Mestre Antonieta Tinôco, que sempre me motivou e orientou no decorrer de todo o processo. Obrigado por acreditar em mim.

A todos os professores e funcionários da Universidade da Madeira que contribuíram de forma direta e indiretamente para concretização desse trabalho. Em especial aos Doutores e Mestres que lecionaram as unidades curriculares do Mestrado em Atividade Física e Desporto.

Aos meus companheiros de curso: Bruna Vasconcelos, Geovani Douglas, Ketlen Miranda, Kleist Mendonça e Raphael Guimarães, que estiveram presentes nessa caminhada, buscando e compartilhando conhecimentos, obrigado por todo companheirismo, foram momentos inesquecíveis.

Aos meus amigos e alunos que no primeiro momento, onde tudo teve de ser resolvido nas pressas, fizeram uma festa de até breve, e em um baile, onde o casarão de

dança cedeu o espaço e carinhosamente doou todo o valor arrecadado para ajudar na fase inicial do mestrado, meus sinceros agradecimentos.

E um agradecimento mais que especial a toda minha família, pelo apoio, suporte emocional e financeiro. Meu porto seguro!

Em especial ao meu filho Luiz Gustavo, por toda compreensão nos momentos ausentes e distante, obrigado por ser esse filho maravilhoso e compreensivo, amor incondicional e imensurável. Te amo para sempre!

À minha mãe, “Dona Anita”, todo carinho e gratidão pelo incentivo, parceria e cuidado. Amor incondicional.

Ao meu pai, Luiz Jacinto, que apesar de estarmos distante hoje em dia, sempre esteve presente durante toda minha formação educacional. Muito obrigado!

À minha irmã Flávia e meu cunhado Aldemir, sem palavras para descrever todo incentivo e auxílio que me proporcionaram nesse período. Foram várias horas de conversas, tiradas de dúvidas, momentos de desabafos, mas sempre com palavras motivadoras e positivas. Obrigado por tudo.

À minha irmã Andrea e meu cunhado Alessandro, obrigado por todo suporte e tempo de estadia, visto que para se alcançar algo se faz necessário alguns sacrifícios, muito obrigado.

Ao meu irmão Jorge e minha cunhada Cibele, que no primeiro momento onde o tempo era muito curto e várias coisas tinham para se resolver, prontamente deram a solução e guardaram todos os meus pertences em sua residência.

Gostaria ainda, de agradecer o Secretário da Secretaria Municipal de Juventude Esporte e Lazer (SEMJEL) Sr. João Carlos, que me recebeu e sem colocar nenhum empecilho concedeu minha liberação no período em que precisei me ausentar; à Secretaria de Estado de Educação e Qualidade do Ensino (SEDUC), pelo afastamento concedido no período pretendido e aos demais funcionários e colegas que juntamente a mim integram a SEMJEL e a SEDUC, meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSM	<i>American College of Sports Medicine</i>
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AF	Atividade Física
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESSE	Estatuto Socioeconómico
GDS	Geriatric Depression Scale
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento de Educação Básica
IFI	Instituição Fiscal Independente
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
INPA	Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia
MET	Múltiplos de Gasto de Energia de Repouso
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
SEVAAI	Saúde, Estilo de Vida e Aptidão em Adultos e Adultos Idosos do Amazonas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

UMa	Universidade da Madeira
UnATI do Amazonas	Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade e número de participantes em Fonte Boa, Apuí e Manaus.....	50
Tabela 2 - Descritivas básicas da amostra, separados para homens e mulheres.....	59
Tabela 3 - Correlação entre Atividade Física e Depressão e Qualidade de Vida e depressão.....	66
Tabela 4 - Score na Escala Geriátrica de Depressão.....	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - População absoluta e relativa de idoso. Brasil: (1950 – 2100)	05
Figura 2 - Estado do Amazonas/BR.	15
Figura 3 - Município de Manaus/AM	17
Figura 4 - Município de Fonte Boa/AM	19
Figura 5 - Município de Apuí/AM	20
Figura 6 - Distribuição do número total de participantes pelas regiões de Apuí, Fonte Boa e Manaus-AM, Brasil.....	51
Figura 7 - Percentual da Prevalência de Depressão.....	60
Figura 8 - Percentual da Prevalência de Depressão por Género.....	61
Figura 9 - Percentual da Prevalência de Depressão em relação ao Estatuto Socioeconómico (ESSE).....	62
Figura 10 - Percentual da Prevalência de Depressão em função da Idade.....	63
Figura 11 - Percentual da Prevalência de Depressão ao Estado Civil.....	64
Figura 12 - Percentual da Prevalência de Depressão no Municípios Investigados.....	65

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1- Parecer Consubstanciado - Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos da Universidade do Estado do Amazonas (UEA).....	88
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	91
Anexo 3 - Carta de Anuência da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Amazonas (UnATI) ao Projeto SEVAAI.....	94
Anexo 4 - Instrumento de avaliação Atividade Física (Baecke modificado para idosos)..	97
Anexo 5 - Instrumento de avaliação do Estatuto Socioeconómico (ESSE)	102
Anexo 6 - Instrumento de avaliação da Escala Geriátrica de Depressão (GDS)	104
Anexo 7 - Instrumento de avaliação da percepção da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (QVRS) Short Form Health Survey (versão reduzida SF-12)	106

ÍNDICE

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO.....	02
1.1 JUSTIFICAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA TEMÁTICA.....	02
1.1.1 Desafios do Envelhecimento: Aumento do número de pessoas idosas no Brasil ...	02
1.1.2 Depressão: Magnitude do problema.....	06
1.1.3 Evidência de que existe uma relação entre a Atividade Física e a Depressão.....	08
1.1.4 Envelhecimento Saudável - Qualidade de Vida desafio atual das nossas sociedades.....	11
1.2 DESCRIÇÃO FÍSICA DO ESTADO DO AMAZONAS E DOS MUNICÍPIOS DE MANAUS, FONTE BOA E APUÍ.....	14
1.2.1 Descrição física do Estado do Amazonas	14
1.2.2 Descrição física do Município de Manaus.....	16
1.2.3 Descrição física do Município de Fonte Boa.....	18
1.2.4 Descrição física do Município de Apuí.....	19
1.3 OBJETIVOS.....	21
1.4 HIPÓTESES.....	21
1.5 ESTRUTURA DA TESE.....	22

CAPÍTULO II

2. ESTADO DA ARTE.....	25
2.1 DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS.....	25
2.1.1 Atividade Física.....	25
2.1.2 Depressão.....	26
2.1.3 Qualidade de vida relacionada à saúde.....	28
2.2 MUDANÇAS ASSOCIADAS AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO QUE AFETAM A ATIVIDADE FÍSICA, A DEPRESSÃO E A SAÚDE EM GERAL.....	30
2.2.1 Teorias do Envelhecimento.....	31
2.2.2 Como a Atividade Física pode interferir no processo de envelhecimento?.....	32
2.2.3 Como a Depressão pode interferir no processo de envelhecimento?.....	34
2.2.4 Como a Qualidade de Vida pode interferir no processo de envelhecimento?.....	35
2.3 MECANISMOS PELOS QUAIS A ATIVIDADE FÍSICA INFLUENCIA A DEPRESSÃO E A SAÚDE EM GERAL.....	36

2.4 RELAÇÕES ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA – EVIDÊNCIAS.....	39
--	----

2.5 ESTUDOS COMPARATIVOS NAS ÁERAS RELACIONADAS À ATIVIDADE FÍSICA, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA.....	43
--	----

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA.....	50
3.1 Amostra.....	50
3.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	51
3.3 Parecer Ético.....	52
3.4 Protocolos de avaliação.....	52
3.4.1 Atividade Física.....	53
3.4.2 Estatuto Sócio Económico.....	53
3.4.3 Escala Geriátrica da Depressão.....	54
3.4.4 Qualidade de Vida.....	54
3.5 Questões organizacionais do estudo.....	55
3.5.1 Organização e preparação da equipa de campo – Estudo Piloto.....	55
3.6 Procedimentos Estatísticos.....	56

CAPÍTULO IV

4. ESTUDO EMPÍRICO.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.1.1 Estimar a prevalência de depressão numa amostra de pessoa idosas do estado do Amazonas, tendo em consideração: o género, a idade, a área de residência, estatuto socioeconómico e estado civil.....	59
4.1.2 Investigar as relações entre a qualidade de vida e a depressão.....	66
4.1.3 Investigar as relações entre a atividade física e a depressão.....	67
4.2 Discussão.....	68

CAPÍTULO V

5. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS.....	74
5.1 Conclusões.....	74
5.2 Implicações Práticas.....	75
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento é acompanhado de mudanças físicas, sociais e mentais. A maneira como as incapacidades decorrentes do envelhecimento são aceleradas ou retardadas, depende, em grande parte, dos estilos de vida adotados ao longo da vida. Os principais objetivos deste trabalho foram: (1) estimar a prevalência de depressão numa amostra de pessoa idosas do estado do Amazonas considerando o gênero, a idade, a área de residência, o estatuto socioeconômico e o estado civil; (2) investigar as correlações entre o nível de atividade física e a qualidade de vida, e (3) investigar as correlações entre as variáveis anteriores e a depressão. **Metodologia:** Este estudo enquadra-se no projeto “Saúde, Estilo de Vida e Aptidão em Adultos e Adultos Idosos do Amazonas (SEVAAI)”, com um delineamento transversal, onde foram avaliadas pessoas idosas de 3 municípios: Apuí (n=151), Fonte Boa (n=250) e Manaus (n=300). A atividade física, a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas foram avaliadas através de questionário (entrevistas *face-to-face*). **Resultados:** A prevalência de depressão nesta amostra foi de 28.8%. As pessoas idosas que vivem em regiões mais isoladas, assim como aqueles com o estatuto socioeconômico mais baixo apresentam prevalências superiores de depressão ($p < .005$). Uma correlação positiva foi encontrada entre a atividade física (score total) e a qualidade de vida ($.163 > r < .231$, $p < .001$). Verificou-se uma correlação negativa entre o score total de atividade física e a depressão ($r < -.230$; $p < .001$). Similarmente, a correlação entre a qualidade de vida e a depressão foi negativa ($-.415 > r < .479$; $p < .001$). **Conclusões:** A prevalência de depressão em pessoas idosas do Estado do Amazonas é elevada e varia em função do local de residência e estatuto socioeconômico. A atividade física está positivamente associada à qualidade de vida, e ambas, negativamente correlacionadas com a depressão.

Palavras-chave: Atividade física; Qualidade de vida; Depressão; Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The aging process is accompanied by physical, social and mental changes. The way inability arising from aging is accelerated or delayed depends largely on lifestyles Adopted Along of life. The main objectives of this work Were: (1) to estimate the prevalence of depression in a sample of elderly people from the state of Amazonas considering the gender, age, area of residence, socio-economic status and marital status; (2) investigate the correlations between the level of physical activity and quality of life, and (3) investigate correlations between previous variables and depression. **Methodology:** This study is part of the project "Health, Lifestyle and Fitness in Adults and Elderly Adults of Amazonas (SEVAAI)", With a cross-sectional design, where they were evaluated Elderly of 3 municipalities: Apuí (n=151), Fonte Boa (n=250) and Manaus (n=300). Physical activity, quality of life and sociodemographic variables were evaluated through questionnaire (interviews *face-to-face*). **Results:** The prevalence of depression in this sample was 28. 8%. Older people living in more isolated regions, as well as those with the lowest socio-economic status, have higher prevalence of depression ($p < .005$). A positive correlation was found between physical activity (total score) and quality of life ($.163 > r < .231$, $p < .001$). There was a negative correlation between the total physical activity score and depression ($r < -. 230$; $p < .001$). Similarly, the correlation between quality of life and depression was negative ($-. 415 > r < .479$; $p < .001$). **Conclusions:** The prevalence of depression in elderly people in the State of Amazonas is high and varies depending on the place of residence and socio-economic status. Physical activity is positively associated with quality of life, and both negatively correlated with depression.

Keywords: Physical activity; Quality of life; Depression; Elderly.

RÉSUMÉ

Introduction: Le processus de vieillissement s'accompagne de changements physiques, sociaux et mentaux. La façon dont l'incapacité découlant du vieillissement est accélérée ou retardée dépend en grande partie des modes de vie adoptés tout au long de la vie. Les principaux objectifs de ce travail étaient les : (1) d'estimer la prévalence de la dépression dans un échantillon de personnes âgées de l'État d'Amazonas en tenant compte du sexe, de l'âge, zone de résidence, état socio-économique et de l'état matrimonial ; (2) étudier les corrélations entre le niveau d'activité physique et la qualité de vie, et (3) étudier les corrélations entre les variables précédentes et la dépression. **Méthodologie:** Cette étude s'inscrit dans le projet « Santé, style de vie et remise en forme chez les adultes et les personnes âgées d'Amazonas (SEVAAI) », avec une conception transversale, où les personnes âgées de 3 municipalités ont été évaluées : Apuí (n- 151), Fonte Boa (n -250) et Manaus (n -300). L'activité physique, la qualité de vie et les variables sociodémographiques ont été évaluées au moyen d'un questionnaire (*entrevues en personne*). **Résultats:** La prévalence de la dépression dans cet échantillon était de 28. 8%. Les personnes âgées vivant dans des régions plus isolées, ainsi que celles qui ont le statut socio-économique le plus faible, ont une prévalence plus élevée de la dépression ($p < .005$). Une corrélation positive a été trouvée entre l'activité physique (score total) et la qualité de vie ($r = .163$; $p < .001$). Il y avait une corrélation négative entre le score total d'activité physique et la dépression ($r = -.230$; $p < .001$). De même, la corrélation entre la qualité de vie et la dépression étaient négatives ($r = -.415$ et $r = .479$; $p < .001$). **Conclusions:** La prévalence de la dépression chez les personnes âgées dans l'État d'Amazonas est élevée et varie selon le lieu de résidence et le statut socio-économique. L'activité physique est positivement associée à la qualité de vie, et les deux négativement corrélées avec la dépression.

Mots-clés : Activité physique ; Qualité de vie ; La dépression ; Personnes âgées.

RESUMEN

Introducción: El proceso de envejecimiento va acompañado de cambios físicos, sociales y mentales. La forma en que la incapacidad derivada del envejecimiento se acelera o retrasa depende en gran medida de los estilos de vida adoptados a lo largo de la vida. Los principales objetivos de este trabajo fueron: (1) estimar la prevalencia de la depresión en una muestra de personas mayores del estado de Amazonas teniendo en cuenta que el sexo, la edad, el área de residencia, el estado socioeconómico y el estado civil; (2) investigar las correlaciones entre el nivel de actividad física y la calidad de vida, y (3) investigar las correlaciones entre las variables anteriores y la depresión. **Metodología:** Este estudio encaja en el proyecto "Salud, Estilo de Vida y Fitness en Adultos y Adultos Mayores de Amazonas (SEVAAI)", con un diseño transversal, donde se evaluó a personas mayores de 3 municipios: Apuí (n-151), Fonte Boa (n-250) y Manaos (n-300). La actividad física, la calidad de vida y las variables sociodemográficas se evaluaron a través de un cuestionario (*entrevistas cara a cara*). **Resultados:** La prevalencia de la depresión en esta muestra fue de 28.8%. Las personas mayores que viven en regiones más aisladas, así como las que tienen el estatus socioeconómico más bajo, tienen una mayor prevalencia de depresión ($p < .005$). Se encontró una correlación positiva entre la actividad física (puntuación total) y la calidad de vida ($.163 > r < .231$, $p < .001$). Hubo una correlación negativa entre la puntuación total de actividad física y la depresión ($r < -.230$; $p < .001$). Del mismo modo, la correlación entre la calidad de vida y la depresión fueron negativas ($-.415 > r < .479$; $p < .001$). **Conclusiones:** La prevalencia de la depresión en las personas mayores en el estado de Amazonas es alta y varía dependiendo del lugar de residencia y del estado socioeconómico. La actividad física se asocia positivamente con la calidad de vida, y ambos se correlacionan negativamente con la depresión.

Palabras clave: Actividad física; Calidad de vida; Depresión; Ancianos.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A expectativa de vida vem crescendo em alguns países, e o Brasil é um deles, ampliando-se a preocupação com a qualidade de vida na velhice. Com o número crescente de programas voltados para os idosos, tais como, atividades de ensino na terceira idade, prática desportiva e de lazer, entre outros, faz com que o envelhecimento da população brasileira tenha recebido nos últimos anos uma maior atenção dos pesquisadores de diferentes áreas, principalmente da saúde, visto que a expectativa de vida no Brasil está evoluindo de forma contínua e acelerada.

1.1 JUSTIFICAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA TEMÁTICA

1.1.1 Desafios do Envelhecimento: Aumento do número de pessoas idosas no Brasil

A questão do envelhecimento populacional e algumas de suas implicações tais como, a depressão, o alzheimer, a diabetes, a obesidade, entre outros, tem se evidenciado com maior prevalência quando o ser humano atinge a faixa etária dos 60 anos em diante. Os estudos voltados para o envelhecimento e suas implicações na terceira idade, apontam o para o facto de que a prática de atividade física pode ser uma das melhores alternativas quando se refere à qualidade de vida ou manutenção de um estilo de vida saudável. Alguns estudos têm comprovado que a prática regular de atividade física nas pessoas idosas pode minimizar ou até mesmo prevenir várias doenças relacionada com a componente física e mental, entre estas, destacamos a depressão, objeto deste estudo.

Para diversos autores, tais como Coelho, Gobbi, Costa (2013), o envelhecimento pode ser caracterizado como um processo dinâmico, podendo evoluir gradualmente, e ser

identificado por diferentes alterações: física, morfológica, psicológica, fisiológica e bioquímica, possibilitando um agravamento das condições de vida da pessoa idosa. Segundo Spirduso (2005), o corpo humano passa a ter restrições com o avançar da idade que se manifestam na realização de atividades da vida diária, sendo mais difícil realizá-las.

Em outros estudos, caracterizam o envelhecimento como uma etapa de modificações e adaptações, embora não aconteça de forma igualitária e nem no mesmo período de tempo para todas as pessoas (Hallal, Victora, Wells & Lima, 2003) e Spirduso (2005). Já autores como Gobbi, Corazza, Costa, Ueno e Gobbi (2013) orientam que o estilo de vida de forma ativa e saudável pode contribuir para que ocorra a manutenção da independência, podendo ser mensurado através dos níveis de aptidão física.

O envelhecimento pode ser entendido como um processo de alterações gradativas e inconversíveis no funcionamento e na estrutura de um organismo resultante do tempo (Ferreira, 2012). Com o passar dos anos levam a uma perda da deficiência funcional, das capacidades em adaptar-se e finalmente a morte (Spirduso, 2005). Ele representa, apesar disso, parte normal do ciclo da vida, logo, não deve ser considerado doença (Ferreira, 2012). O envelhecimento é um processo inevitável, definido por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais inerente de cada ser humano (Tonini, 2006). Em contrapartida, o envelhecimento por ser um processo ativo e gradual, com diferentes modificações funcionais e psicológicas, que pormenorizam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte (Ribeiro, 2008). Entretanto, o adulto-idoso passa por significativas transformações, onde fatores com características ambientais e genéticos tornam-se fundamentais quando pensamos como serão

os seus anos a mais de vida, sendo que o envelhecimento pode ser dividido em três dimensões: social, biológica e cronológica (Erminda, 1999).

O crescimento da expectativa de vida no Brasil tem elevado o número de idosos acima de 60 anos, e este já corresponde a 13,09% do total da população brasileira. Perante esta realidade, torna-se importante o investimento em pesquisas, modelos assistenciais, qualificação e formação de profissionais de saúde e em políticas públicas que proporcionem o envelhecimento da população com qualidade (Ferreira et al., 2017).

A forma acelerada que o envelhecimento populacional brasileiro vem se manifestando, já se tornou evidente, o mesmo não se pode dizer dos outros países. Um exemplo característico disso é a “França” e a “Bélgica” que “levaram 100 anos ou mais”, para duplicar a proporção de pessoas mais velhas (WHO, 2015), enquanto no Brasil, praticamente triplicou a população idosa em apenas 40 anos, ou seja, menos da metade que precisaram os países desenvolvidos. Na maior parte do mundo, foi um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante, durante muitas décadas e gerações. Já em países em desenvolvimento está sendo reduzido há duas ou três décadas (WHO, 2015).

Com certas mudanças na estrutura etária de localidades onde ainda existe uma predominância majoritária de jovens em comparação à média do país, o processo de aceleração do envelhecimento populacional no Brasil irá abrandar na próxima década. De acordo com a estatística da Instituição Fiscal Independente (IFI), o quantitativo relacionado a pessoas com idade ativa (na faixa etária de 15 a 64 anos) para cada idoso sofrerá uma redução superior a 20% no Norte e no Nordeste nos anos de 2020 a 2030. Foi divulgado recentemente pela Divisão de População da ONU, em 17 de junho de 2019, a estimativa populacional a nível mundial e também para todos países. Apesar dos resultados não apresentarem diferenças significativas relacionadas aos anteriores, com os indicadores

demográficos mais recentes, foi possível atualizar os números. Em seguida, com demonstração na figura 1, será possível compreender o crescimento absoluto e o crescimento percentual dos idosos em três divisões: 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais.

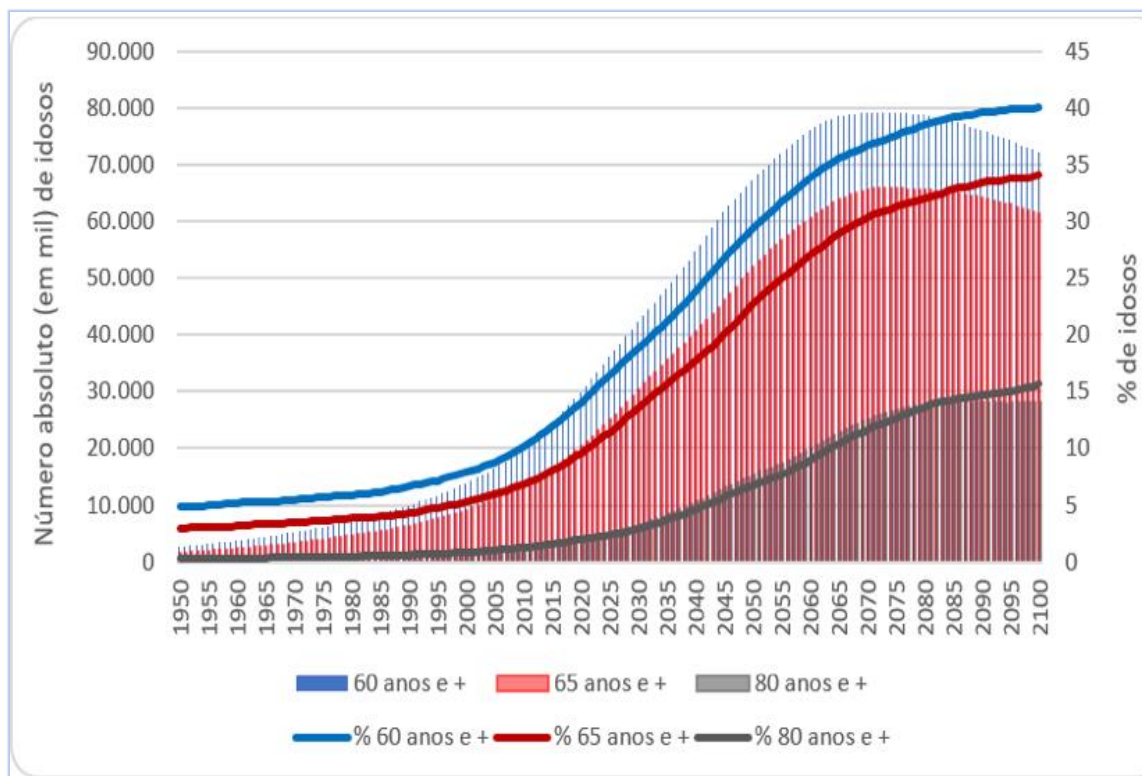


Figura 1 – População absoluta e relativa de idosos. Brasil: (1950 – 2100).

Fonte – UN/POP Division: World Population Prospects. 2019.

Dessa forma, o prolongamento da expectativa de vida ativa das pessoas e a conservação do processo autónomo, precisarão ser preceitos fundamentais quando relacionados às políticas públicas voltadas para o envelhecimento ativo (WHO, 2002). Em vista dos argumentos apresentados, diríamos que atualmente, este fenómeno demográfico coloca grandes desafios aos governos, às instituições sociais, aos cuidados de saúde e às famílias com idosos que terão de adaptar-se para melhor responder às exigências e necessidades desta população.

1.1.2 Depressão: Magnitude do problema

A depressão é um distúrbio que vem sendo investigado durante longos períodos de anos. Segundo Pereira (2016), há mais de “400 anos A.C”, percebe-se indícios de melancolia. A depressão é um conjunto de sintomas que afeta principalmente a área que envolve “emoção/afetiva” de uma pessoa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), a depressão é composta por diversos sintomas, entre os quais menciona-se: oscilações no humor, tristeza frequente, baixa estima, estado de fraqueza, isolamento social e descontentamento com a vida. Todos esses fatores podem causar sofrimento e disfunção no rendimento profissional, cultural ou no meio familiar. Quando nos referimos à sua natureza, a depressão pode ter diversas causas, visto que é considerada um problema multifatorial, sendo uma delas o isolamento social. Esta mesma organização médica aponta que a carga de depressão está em processo de progressão mundial e ela não tem idade, todavia, a população idosa parece sofrer mais esses danos, devido o envelhecimento ser crucial a este grupo etário.

A depressão ainda possui os seus sintomas clássicos: desesperança, olhar negativo de si e do mundo, diminuição do apetite e da libido, alterações no temperamento e no sono, entre outros. Mesmo que estudos indiquem fatores relacionados a prevalência como nível social, sexo e estado civil, o que salientaria um “público alvo”, os sintomas depressivos, podem afetar pessoas de qualquer faixa etária, sexo, religião e estado civil. Segundo Pereira (2016) em seu artigo denominado: “As fronteiras da depressão: um possível diálogo entre Freud e Beck”, a depressão mesmo quando investigada em campos diferentes das ciências psicológicas, poderá vincular-se ao fator “perda” e “atribuições patológicas ou esquemas”, dessa forma, pode-se perceber em um contexto geral, que a depressão se relaciona com fracassos e alterações de personalidade. De acordo com Del Porto (1999) o termo depressão

na linguagem corrente, vem sendo intitulado e descrito para caracterizar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s). Seria pertinente ressaltar que o estado de descontentamento é uma característica comum que ocorre na fase anímica de todos os indivíduos e a atenção colocada a ele, tem relação com a sua constância e com os resultados adquiridos, podendo impactar as relações interpessoais e o comportamento de maneira geral.

Apesar de uma das características mais relatada em relação à depressão seja a tristeza, muitos pacientes não citam como fator predominante. Vários descrevem a falta de interesse em certas situações ou atividades que lhe proporcionava muita satisfação. Para verificação de diagnósticos da depressão existem alguns sintomas a serem considerados: *Sintomas psíquicos*: característica comportamental depressiva; atenuação em relação a sentir prazer na maioria das atividades, anteriormente vistas como agradáveis; fadiga ou sensação de perda de energia; comedimento na capacidade de pensar, tomar decisões, ou apenas se concentrar. *Sintomas fisiológicos* são também descritos, tais como: alterações no sono; modificações no apetite e redução da libido. Adicionalmente, *evidências comportamentais*, como: isolamento social; situações angustiantes; pensamentos suicidas; retardo psicomotor, entre outras, são também descritos na literatura (Del Porto, 1999).

Na proporção que as pessoas vão envelhecendo a frequência de doenças psiquiátricas, especialmente a depressão, torna-se mais comum (Ávila & Bottino, 2006). As pessoas que já apresentaram quadros depressivos anteriormente, apontam déficits de memória episódica e possível disfunção de “lobo temporal”. Durante o processo de envelhecimento, os déficits ocorridos nas funções neuropsicológicas da memória episódica e do domínio executivo, se manifestam principalmente relacionados à diminuição no

processamento da informação, na atenção, nos processos inibitórios e na flexibilidade cognitiva (Green, 2000).

Ao fazermos uma análise com relação as alterações do quadro cognitivo de idosos deprimidos, inúmeros estudos asseguram que esta população apresenta redução no desempenho em testes de memória, porém são as “funções executivas” que apontam maior comprometimento, seguidas dos déficits de atenção e do retardo na velocidade de processamento (Ávila & Bottino, 2006).

1.1.3 Evidência de que existe uma relação entre a Atividade Física e a Depressão

Se torna cada vez mais evidenciado na literatura que a prática de atividade física regular traz incontestáveis benefícios para a saúde, como frequência cardíaca de repouso baixa e probabilidades reduzidas para desenvolver doenças cardiovasculares (Brum et al., 2004), estimula a autoestima e o prazer, propicia uma melhora significativa em relação às aptidões físicas associadas à saúde (Araújo & Araújo, 2000), favorece um melhor convívio social e conseqüentemente diminui os valores atingidos nos quadros depressivos (Cheik et al., 2003). Com isso, dada à importância da atividade física regular para a promoção da saúde e prevenção de doenças nos indivíduos (tratamento não medicamentoso e não ambulatorial), a Constituição brasileira (Brasil, 1988), instituiu a atividade física como necessidade do ser humano e direito do cidadão.

Logo, julga-se necessário analisar como a atividade física se tornaria benéfica para a melhoria dos danos oriundos da depressão, visto que os idosos frequentemente apresentam uma série de comprometimentos cognitivos e problemas ocasionados por outras patologias, utilizando geralmente, os tratamentos farmacológicos, muitas vezes por não perceberem os

efeitos da atividade física sobre a depressão. No entanto, segundo estudo de revisão de Moraes (2007), os fármacos constituem uma redução de 50% dos sintomas, e para uma circunstancial remissão, seria importante à utilização de outras formas de tratamento ligados ao medicamentoso. Entre esses métodos, a atividade física se destaca como tratamento não medicamentoso, podendo auxiliar tanto na prevenção quanto no tratamento de pessoas afetadas.

Baseado na gerocinesiologia (visa compreender como a atividade física se relaciona com a saúde e o bem-estar da população idosa no processo de envelhecimento) é possível perceber cada vez mais a consolidação da importância da atividade física e da aptidão funcional no público idoso (Jones & Rose, 2005). Atualmente, observa-se uma grande desmotivação e desinteresse das pessoas em desenvolverem práticas relacionadas a atividade física. Uma grande parcela de culpa dessa falta de interesse em se exercitar, está relacionado aos avanços advindos da tecnologia, que vêm contribuindo em grandes proporções para esta diminuição significativa da atividade física diária e proporcionando uma adição na deficiência das funções ou atividades motoras, onde os resultados são demonstrados no agravamento das taxas de incidência de doenças e diminuição da qualidade de vida (Bouchard, Blair & Haskell, 2007). A inatividade física tem sido considerada como um dos fatores preditores mais fortes da incapacidade física nos adultos idosos. Paterson e Stathokostas (2002) apresentaram a inatividade física, como um dos aspectos fundamentais quando se refere ao agravamento relacionado ao declínio da capacidade funcional.

Segundo Lima (2015) e Martínez-Cengotitabengoa (2016) durante essa etapa da vida, um considerável deterioramento à saúde do idoso é a depressão, uma doença psiquiátrica recorrente e incapacitante, definida pela perda de satisfação ou motivação em atividades do cotidiano e humor deprimido. Disfunções depressivas, isoladas ou em

combinação com outras circunstâncias, são os transtornos mais prevalentes em idosos, onde na maioria das situações não se manifestam de forma satisfatória aos tratamentos medicamentosos em comparação com as pessoas mais jovens.

A relação entre os aspectos sociais, físicos e mentais, a independência financeira e autonomia nas atividades diárias, assim como a sociabilização e a base familiar, que de uma certa forma favorecem a saúde e a segurança, farão com que se desenvolva um envelhecimento ativo e saudável (Queiroz, 2014). Sendo assim, pode-se dizer que o papel da atividade física no intuito de promover a saúde mental do idoso será primordial.

A prática de atividade física para pessoas idosas tem sido considerada um fator de extrema importância para a melhoria e a manutenção na performance das atividades diárias, melhorando assim a sua qualidade de vida (Rajeski, Craven Ettinger, McFarlane & Shumaker, 1996). Estudos indicam que o exercício e a atividade física estão diretamente relacionados com a evolução em vários aspectos da qualidade de vida ligada à saúde. Segundo Domingues e Neri (2009), para que haja manutenção da saúde e das capacidades funcionais, a atividade física torna-se um fator primordial na prevenção de doenças crônicas e para os tratamentos básicos ou suplementares de alguns distúrbios de saúde em idosos. Entre os vários benefícios, a prática da atividade física torna-se um elemento valioso, para pessoas de todas as faixas etárias, em especial pra os idosos (Benedetti, 1999), pois mantém a saúde em dia, proporcionando longevidade e minimizando os quadros depressivos (Cheik et al., 2003).

1.1.4 Envelhecimento Saudável - Qualidade de Vida desafio atual das nossas sociedades

Para a sociedade, manter-se saudável, e retardar o processo de envelhecimento, tornaram-se uma das principais metas no mundo atual. Com o aumento populacional de pessoas idosas, esse desafio em manter uma vida saudável, e conseqüentemente viver mais, resultaram em aspectos favoráveis à qualidade de vida. Quando o indivíduo sofre questionamentos e precisa posicionar-se em relação ao seu estado de saúde, a interpretação e o conhecimento sobre o assunto poderão influenciar na capacidade em responder as indagações e às necessidades da vida quotidiana (Mari et al., 2016).

Ao pensarmos em qualidade de vida da população idosa, devemos ligá-la a elementos que envolvam não apenas aspectos físicos, mas psicológicos e sociais. O bem-estar físico e mental, a inclusão social, bem como a produtividade e uma ótima base familiar, auxiliam em grande escala para um envelhecimento saudável (Sposito, Neri & Yassuda, 2016). Ao relacionar a qualidade de vida com a saúde, considera-se um importante preditor de mortalidade entre os adultos e os adultos idosos. O conceito de qualidade de vida abrange vários fatores e causas, ou seja, engloba diferentes dimensões tais como a cognitiva e emocional, a aptidão e saúde, a social e a socioeconômica (Spiriduso, Francis & MacRae, 2005).

Com a finalidade de mensurar a qualidade de vida de um idoso, leva-se em consideração três grandes aspectos: desenvolvimento físico, desenvolvimento psicológico e contexto social (Miranda & Banhato, 2008). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018), embora algumas das variações na saúde das pessoas idosas sejam genéticas, muitas se devem ao ambiente físico e social em que se vivem, incluindo suas casas, bairros e comunidades, bem como suas características pessoais: sexo, etnia ou status

socioeconómico. Esses fatores poderão influenciar o processo de envelhecimento em uma fase precoce. Portanto, julga-se necessário manter comportamentos saudáveis ao longo da vida, praticar atividade física regular, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de tabaco, ter uma alimentação saudável, podem contribuir para redução de doenças crônicas não transmissíveis e melhorar a capacidade física e mental.

Esse novo entendimento ressalta a importância dos determinantes sociais no processo de envelhecimento, tais como: acesso à saúde, segurança e participação comunitária, de forma que o contato deles nesses setores está relacionado à qualidade de vida, redução das patologias e, com isso, o crescimento da expectativa de vida (Neri, Yassuda, & Cachioni, 2012; Straub, 2014). Assim, ao melhorar as circunstâncias que podem ser desfavoráveis para um envelhecimento saudável e ativo, é possível fazer com que haja redução das taxas de mortalidade precoce na velhice e a existência de comorbidades, proporcionando um envelhecimento ativo e com mais qualidade de vida (Straub, 2014).

O processo de envelhecer bem envolve inúmeros fatores, sendo eles: aspectos da herança genética, objetividade de vida, fatores económicos e sociais, fatores psicológicos, afetivos e familiares. Mas, diante de todos esses fatores, como podemos associar o envelhecimento ativo em relação à qualidade de vida para essa determinada população?

Compreendemos que a participação e convívio em espaços que favoreçam um processo de envelhecimento ativo e saudável, a busca por novos projetos de vida e a prevenção ao isolamento influenciam diretamente na qualidade de vida dos idosos. O modo de vida saudável tem sido associado ao hábito de práticas de atividade física e a sociabilidade dos idosos, incluindo a participação em grupos de convivência. Para Neri (2005) a qualidade de vida está relacionada com a adequação dos indivíduos e grupos, inerentes a uma ou várias sociedades, em diferentes estágios da vida. É notório que a

preocupação com a qualidade de vida na velhice aumentou nos últimos trinta anos. Esta preocupação ocorreu, entre outros motivos, devido significativo aumento do número de pessoas idosas na população e o prolongamento da longevidade.

Diante do envelhecimento da população, o grande desafio lançado aos profissionais da saúde é o de conseguir um prolongamento da vida, priorizando a qualidade de vida cada vez melhor (Oliveira et al., 2010). Segundo estas investigadoras na proporção que o indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é influenciada pela habilidade destes em manter a sua autonomia e independência.

A definição de qualidade de vida na velhice abrange parâmetros subjetivos e objetivos, sendo persuadido pelos preceitos do indivíduo e da sociedade em que este vivia (Irigaray & Trentini, 2009). Os mesmos autores, observaram ainda que os sentimentos positivos (amor pela vida, alegria e amizade) foram os fatores mais citados e relacionados como imprescindíveis para a qualidade de vida na velhice. Os aspetos apresentados como causadores de danos ao bem-estar foram a política, a falta de segurança e as desigualdades sociais. As idosas também salientaram “ter saúde” como fator preponderante para a melhoria da qualidade de vida.

1.2 DESCRIÇÃO FÍSICA DO ESTADO DO AMAZONAS E DOS MUNICÍPIOS DE MANAUS, FONTE BOA E APUÍ

1.2.1 Descrição física do estado do Amazonas

O Amazonas constitui uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situado na Região Norte e considerado o maior estado do país em extensão territorial, com uma área de 1.559.168,117 km². Sua população está estimada em 4.144.597 habitantes, segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística IBGE (2019). Ao compararmos com último censo populacional, que ocorreu em [2010], percebe-se um grande aumento da população, pois o mesmo era de 3.483.985 habitantes.

A Densidade Demográfica do Estado, de acordo censo IBGE (2010) era de 2,23 hab/km². Com relação ao quantitativo de veículos, dados recolhidos IBGE (2018), obteve-se um número estimado em 883.083.

Ao analisarmos a situação educacional do Estado, área esta, de extrema importância, pois reflete como encontra-se a realidade cultural e seu índice de desenvolvimento em relação aos demais estados do país. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica IDEB nos anos iniciais do ensino fundamental (rede pública), segundo dados do IBGE (2017) era 5,3, já nos anos finais do ensino fundamental (rede pública) [2017] era 4,4. O número de estabelecimentos de ensino fundamental em [2018] 4.734 escolas e de ensino médio 471 escolas [2018].

Em relação aos trabalhos e rendimentos nominais domiciliar per capita, conforme IBGE (2019) era de 791,00 R\$. A proporção de pessoas de 16 anos ou mais que se encontravam em trabalhos formais, levando em consideração apenas as que estavam ocupadas na semana de referência [2019] 40,0 %. O rendimento médio real habitual de

trabalhos formais das pessoas com idade a partir de 14 anos ou mais, ocupados na semana de referência [2019] era de 2.194 R\$.

O Índice de Desenvolvimento Humano IDH, que têm como objetivo verificar como encontra-se a qualidade de vida de um local, a partir da renda, da educação e da longevidade das pessoas, segundo dados do IBGE (2010) o do Amazonas era de 0,674, significando que se encontra abaixo do nível nacional, com IDH de 0,778 segundo referências do IBGE (2017).

Quando o assunto é o saneamento básico acessível à população, salienta-se que a situação do Amazonas ainda apresenta grandes dificuldades. Segundo IBGE (2014), somente 36% dos domicílios urbanos apresentavam condições adequadas de saneamento, que gera grande preocupação com relação ao estilo de vida das pessoas e conseqüentemente causa influência direta na qualidade de vida da população em geral.

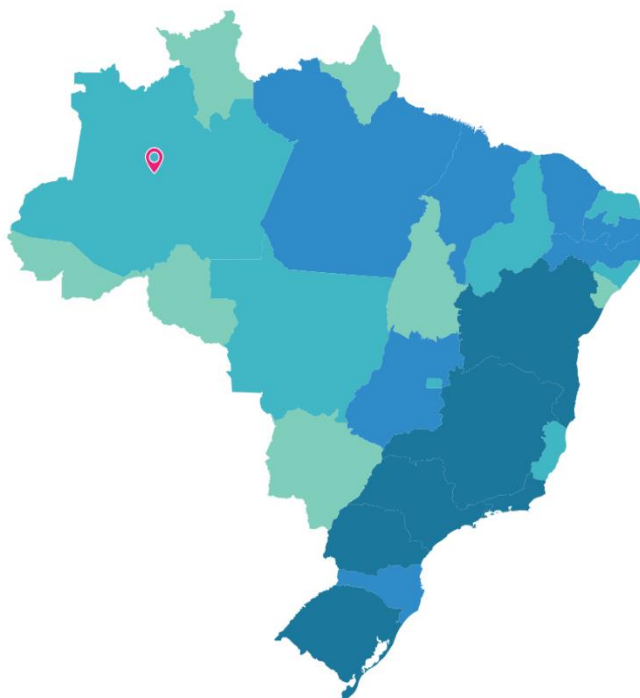


Figura 2 – Estado do Amazonas e sua localização em relação ao Brasil.

Fonte – IBGE 2019.

1.2.2 Descrição física do município de Manaus

Município brasileiro, capital do estado do Amazonas, apontado como o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da Região Norte do Brasil. Caracterizada como a cidade mais populosa de toda a Amazônia Brasileira, com sua população estimada em 2.182.763, segundo dados do IBGE (2019), comparando ao último censo de [2010], onde sua população encontrava-se em 1.802.014 pessoas, percebe-se um crescimento populacional muito grande. Gerando fatores positivos e negativos para o desenvolvimento do município, pois ao nos depararmos com esse crescimento em largos passos, surgem vários questionamentos em relação a estrutura domiciliar, setores educacionais e de saúde, trabalhos e rendimentos, entre outros.

A Densidade Demográfica do último censo [2010] era de 158,06 hab/km². No ano de 2017, a média salarial era de 3.0 salários mínimos. A estimativa de pessoas ocupadas em relação ao total da população era de 23.7%. Ao fazermos uma comparação com os demais municípios do estado, ocupa a posição 1 de 62. Agora ao relacionarmos com as cidades do país, a mesma encontra-se na posição 920 de 5570 IBGE (2019).

O sistema educacional apresenta taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010] 94,2%. O IDEB nos anos iniciais do ensino fundamental (rede pública) [2017] 5,9 e nos anos finais do ensino fundamental (rede pública) [2017] 4,7. Foi registrado no ano de [2018] o número de 750 escolas de ensino fundamental e 174 escolas de ensino médio IBGE (2019).

O Produto Interno Bruto PIB, apesentou uma renda per capita de 34.362,71 R\$ em [2017]. E o IDH foi registrado em [2010] 0,737.

Segundo levantamentos feitos com relação aos quadros da saúde do município de Manaus, obteve-se taxa de mortalidade infantil média de 14.52 para 1.000 nascidos vivos, quando se realiza a comparação com os demais municípios do estado, encontra-se na posição 33 de 62 e em relação as cidades do país estava na posição 2419 de 5570, ou seja, ainda bem distante da média nacional IBGE (2019).

Ao analisarmos o território e o ambiente, é possível verificar que 62.4 % dos domicílios encontram-se em condições adequadas de esgotamento sanitário básico, 23.9 % de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 26.3 % de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização considerada apropriada, ou seja, com pavimentações, presença de bueiros, meio-fio e calçadas.

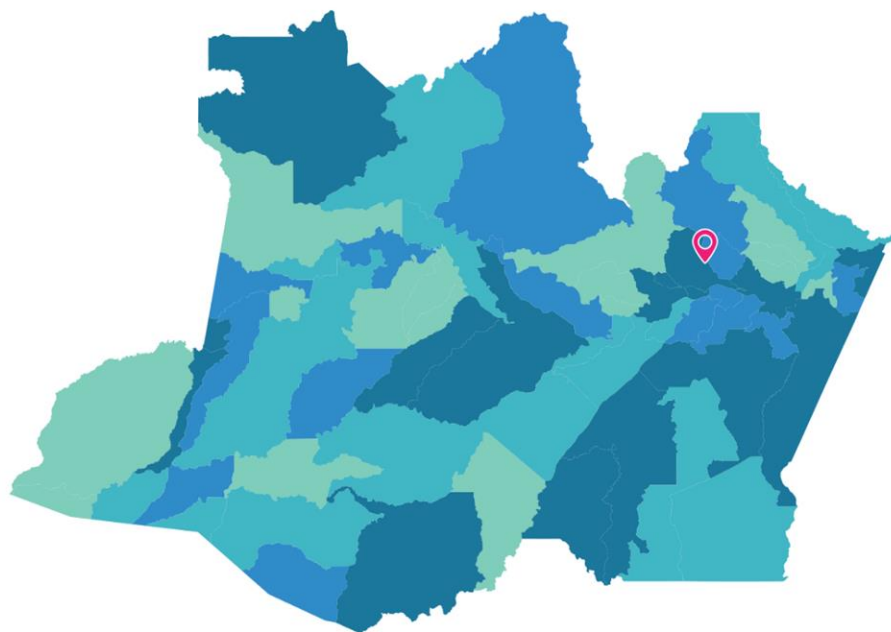


Figura 3 – Município de Manaus-AM.

Fonte – IBGE 2019.

1.2.3 Descrição física do município de Fonte Boa

Fonte Boa é um município localizado no interior do estado do Amazonas, Região Norte do país. Pertencente à Mesorregião do Sudoeste Amazonense e Microrregião do Alto Solimões, situa-se a oeste de Manaus, capital do estado. Segundo às estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, sua população era de 17 609 habitantes. Sua área territorial é de 12.155,427 km².

Em 2017, a média do salário mensal era de 1.3 salários mínimos. A proporção com relação às pessoas ocupadas em relação à população total era de 8.7 %. Se fizermos uma comparação com os demais municípios do estado, será verificado as posições 59 de 62 e 7 de 62, respectivamente. Analisando os rendimentos mensais dos domicílios, observou-se 53.3 % da população apresentava essas condições, colocando na posição 15 de 62 cidades do estado e na posição 733 de 5570 em relação as cidades brasileiras (IBGE 2017).

O município apresenta um percentual de 2% de domicílios com esgotamento sanitário em condições adequadas, 48.5% dos domicílios encontram-se em vias públicas com arborização e 0.3% de domicílios urbanos em vias públicas com adequação urbana (calçadas, meio-fio, pavimentação e rede de esgoto). Ao compararmos com os outros municípios do estado, enquadra-se na posição 57 de 62. Comparando com as outras cidades do país, sua colocação é de 5216 de 5570, 4181 de 5570 e 4686 de 5570, respectivamente (IBGE 2017).

A taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos de idade é de 84,8%. Se fizermos uma comparação com os outros municípios do país, seria o 5527º e em relação ao estado seria o 42º. Em relação ao setor econômico o (PIB) per capita é de 8.507,12 reais. Apresenta taxa de mortalidade infantil média na cidade de 11.11 para 1.000 nascidos vivos.

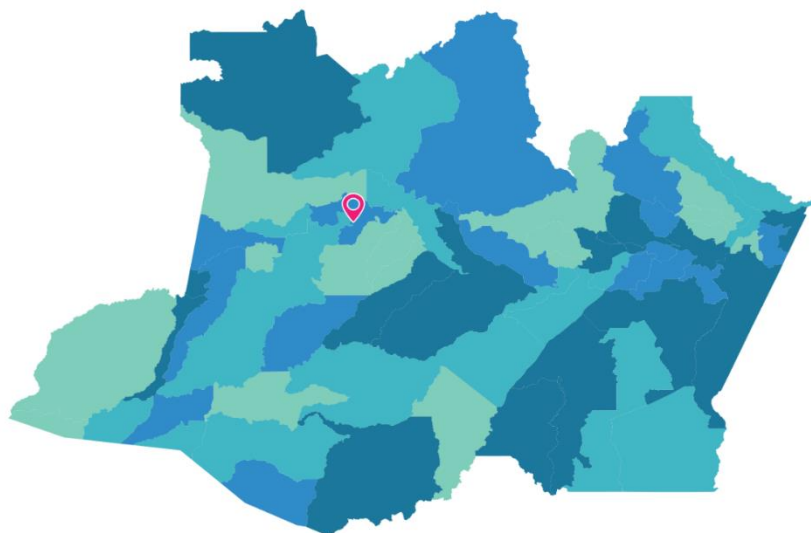


Figura 4 – Município de Fonte Boa - AM

Fonte – IBGE 2019.

1.2.4 Descrição física do município de Apuí

O município de Apuí localiza-se na região sul do estado do Amazonas, caracterizado com uma área territorial de 54.240,556 km². A população estimada em 2019 é de 21. 973 habitantes, a densidade demográfica é de 0,33 habitantes por Km². Em 2017, a média do salário mensal era de 1.8 salários mínimos. A proporção com relação às pessoas ocupadas em relação à população total era de 5.8%. Se fizermos uma comparação com os demais municípios do estado, será verificado as posições 14 de 62 e 16 de 62, respectivamente. Analisando os rendimentos mensais dos domicílios, observou-se 47.5% da população apresentava essas condições, colocando na posição 54 de 62 cidades do estado e na posição 1806 de 5570 em relação as cidades brasileiras. (IBGE 2017).

O município apresenta um percentual de 9.7 % de domicílios com esgotamento

sanitário em condições adequadas, 47% dos domicílios encontram-se em vias públicas com arborização e 0.7% de domicílios urbanos em vias públicas com adequação urbana (calçadas, meio-fio, pavimentação e rede de esgoto). Ao compararmos com os outros municípios do estado, enquadra-se na posição 38 de 62, 27 de 62 e 51 de 62, respectivamente. Comparando com as outras cidades do país, sua colocação é de 4388 de 5570, 4237 de 5570 e 4516 de 5570, respectivamente (IBGE 2017).

A taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos de idade é de 93,4 %. Se fizermos uma comparação com os outros municípios do país, seria o 5570º e em relação ao estado seria o 62º. Em relação ao setor econômico o (PIB) per capita é de 9.037,65 reais. Apresenta taxa de mortalidade infantil média na cidade de 8.58 para 1.000 nascidos vivos.

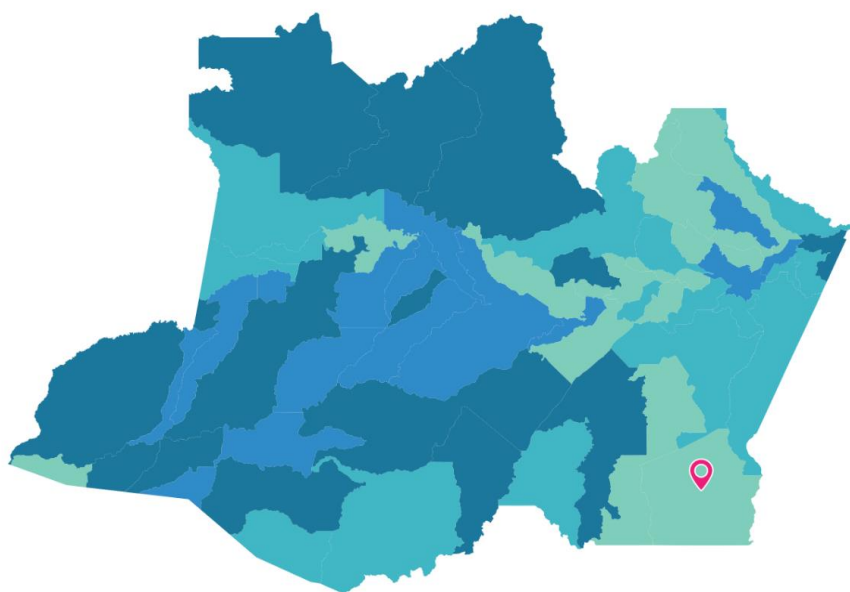


Figura 5 – Município de Apuí – AM

Fonte – IBGE 2019.

1.3 OBJETIVOS

Geral

- Analisar as associações entre o nível de atividade física, a depressão e a qualidade de vida em pessoas idosas do estado do Amazonas.

Específicos

- Estimar a prevalência de depressão numa amostra de pessoa idosas do estado do Amazonas, tendo em consideração: o género, a idade, a área de residência, o estatuto socioeconómico e o estado civil;
- Investigar as correlações entre o nível de depressão e a atividade física em pessoas idosas;
- Investigar as correlações entre a depressão e a qualidade de vida em pessoas idosas.

1.4 HIPÓTESES

- **H1** - A prevalência de depressão em pessoas idosas do Estado do Amazonas varia em função dos aspetos sócios demográficos, tais como: o género, a idade, o estatuto socioeconómico, o estado civil e a zona geográfica;
- **H2** - Pessoas idosas com um nível superior de atividade física apresentam scores maiores na qualidade de vida;
- **H3** - Pessoas idosas com um nível superior de atividade física apresentam níveis mais baixos na depressão;
- **H4** - Pessoas idosas com scores maiores na qualidade de vida apresentam níveis inferiores de depressão.

1.5 ESTRUTURA DA TESE

O desenvolvimento do estudo está dividido em cinco capítulos e procura proporcionar resposta aos objetivos formulados e, conseqüentemente, fornecer consistência teórica ao quadro prático no qual está inserido.

O primeiro capítulo integra a introdução, onde foi abordado o problema, a legitimidade do estudo, sua relevância científica e interligações fundamentais. Assim como, evidenciamos as hipóteses de pesquisa que nos direcionaram a este estudo, no decorrer desta introdução apresentamos os aspectos mais relevantes do conhecimento atual sobre os desafios do envelhecimento, a depressão, as evidências sobre a relação entre a atividade física e a depressão e o envelhecimento saudável e a qualidade de vida. A descrição física do estado do Amazonas e de cada um dos municípios (Manaus, Fonte Boa e Apuí) também é salientada neste capítulo. Finalizamos a seção da introdução com os objetivos e hipóteses.

O segundo capítulo desenvolve o estado da arte, onde aborda as definições dos conceitos referentes à atividade física, a depressão e a qualidade de vida; analisando as mudanças associadas ao processo de envelhecimento que afetam a atividade física, a depressão e a saúde em geral, abordando ainda as teorias do envelhecimento e levantando um questionamento sobre como a atividade física, a depressão e a qualidade de vida podem influenciar no processo de envelhecimento; expõe os mecanismos pelos quais a atividade física influencia a depressão e a saúde em geral e ainda estabelece evidências nas relações entre atividade física, depressão e qualidade de vida.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia geral, onde se realiza uma caracterização da amostra, o planejamento da pesquisa, indicando e descrevendo de maneira mais detalhada todos os procedimentos adotados, as variáveis de estudo, os instrumentos e os protocolos de avaliação, e, ainda, o tratamento estatístico dos dados.

O quarto capítulo refere-se ao estudo empírico, onde identifica os resultados através da prevalência da depressão em função das variáveis e as relações entre a atividade física, depressão e qualidade de vida. Ressalta a discussão através do confronto com outros estudos na área da prevalência de depressão e nas áreas que tenham abordado as relações entre atividade física e depressão e qualidade de vida.

O quinto capítulo trata das principais conclusões, respondendo adequadamente às hipóteses colocadas no capítulo 1 e mostrando quais seriam as contribuições e implicações práticas.

CAPÍTULO II

ESTADO DA ARTE

2. ESTADO DA ARTE

2.1 DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS

2.1.1 Atividade Física

A atividade física (AF) é definida segundo Ciolac e Guimarães (2004), como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos onde ocorra um aumento do consumo de energia produzido. Caspersen (1985) a caracteriza como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. A definição de exercício físico pode ser entendida como uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva com um objetivo final, propiciando um aumento ou manutenção da saúde, Caspersen, Powell, Christenson, (1985). Se faz necessário conceituar as duas vertentes, para que não haja dúvidas nas suas aplicações.

O conceito de AF é muito abrangente. Entre as várias significações, Nahas (2010) a define como qualquer movimento corporal produzido pelo corpo humano, que resulte em um gasto energético, uma simples caminhada, erguer uma caixa, varrer o chão já se encaixam como uma AF. A Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (1999), em posicionamento oficial, sustenta que a saúde e qualidade de vida do homem podem ser preservadas e aprimoradas pela prática regular de AF.

Ao buscar uma definição com teor mais fisiológico, poderíamos relacionar a AF com a conduta saudável. Matsudo e Matsudo (2000) enfatizam que os principais benefícios ocasionados pela prática de AF fisiologicamente falando, seriam os aspectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos. *Metabólicos*: aumento da potência aeróbica, aumento do volume sistólico, aumento da ventilação pulmonar, melhora do perfil lipídico, diminuição da pressão arterial, diminuição da frequência cardíaca em

repouso e a melhora da sensibilidade à insulina. *Neuromusculares e Antropométricos*: redução da gordura corporal, aumento da força e da massa muscular, da flexibilidade e da densidade óssea. *Psicológicos*: melhoria da autoestima, diminuição do stress e da ansiedade, diminuição no consumo de medicamentos, melhoria das funções cognitivas, da imagem corporal e autoconceito.

Durante a AF, nossos músculos fazem uso da energia química dos nutrientes para produzir energia mecânica ou trabalho. Este é um processo bioquímico que pode ser caracterizado como de grande complexidade, sendo regulado de várias formas, mantendo sua natureza enzimática e hormonal (Barros, 2013). Na biomecânica, AF/gasto energético pode ser obtido através da força mecânica ou de trabalho, velocidade e aceleração. Para descrever a AF, relacionando a consumo de energia, o profissional utilizará medidas de: consumo de O₂, gasto de energia metabólica (i.e., em kilocalorias ou kilojoules), força metabólica (kcal/min ou kJ/min) ou múltiplos de gasto de energia de repouso (MET). A realização de um processo avaliativo em relação à AF, fisiologicamente falando, necessita da utilização de recursos laboratoriais, podendo ser conduzido através de aferições da frequência cardíaca, consumo de oxigênio e calorimetria, pedômetros e acelerômetros, tanto por observações diretas, como pelo uso de questionários. A seleção do instrumento/método a ser empregado dependerá do tipo de população, do tamanho da amostra e do tipo de estudo. A aplicação coexistente do método utilizado, dependerá particularmente de cada abordagem (Malina et al., 2004).

2.1.2 Depressão

A depressão é um transtorno recorrente. Cerca de 80% dos indivíduos que foram submetidos a algum tipo de tratamento relacionado à doença, terão um segundo episódio depressivo no decorrer de suas vidas, sendo 4 a média de episódios ao longo da vida. E ao

verificar a relação com o género, certifica-se que a depressão é de 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens (Fleck, 2003).

Segundo (Del - Porto, 1999), pode-se classificar os sintomas depressivos como: humor depressivo; sensação de desânimo; auto desvalorização e sentimento de culpa; diminuição da capacidade de experimentar entusiasmo na maior parte das atividades, consideradas anteriormente como agradáveis; cansaço ou sensação de perda de energia; redução da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões; alterações na qualidade do sono (dificuldade em adormecer ou acordar várias vezes durante a noite); mudanças no apetite (perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite).

Ao se debruçar sobre a AF, Katz (2003) salienta a mesma como ferramenta imprescindível no tratamento da depressão. Destaca a AF como elemento primordial na promoção dos benefícios físicos e psicológicos diminuindo a insónia e a tensão, proporcionando bem-estar emocional, além de promover benefícios cognitivos e sociais a qualquer indivíduo.

São muitos os tratamentos que podem ser utilizados para o controlo dos pacientes com sintomas depressivos. É perceptível que a AF regular pode proporcionar auxílio no tratamento da depressão, pois reduz as chances de diminuição funcional, além de exigir do praticante um comprometimento ativo, melhorando a confiança em si mesmo, as adaptações metabólicas, capacidades funcionais, podendo assim tratar da saúde física e psicológica (Pereira, 2006).

Quando o ponto é o benefício da AF, autores como Golfetti (1995), acreditam que através da prática de exercício físico em pessoas com ou sem depressão, acontecerá a liberação da endorfina e da dopamina pelo organismo (substâncias químicas naturais

presentes em nossos corpos), onde possibilitará um efeito tranquilizante e analgésico no indivíduo que realiza frequentemente atividade, se beneficiando de uma sensação relaxante pós-esforço e, em geral, conseqüentemente conseguirá manter-se em equilíbrio psicossocial mais estável perante às ameaças do meio externo.

No que toca ao estilo de vida, temos autores como Barbanti (2006) que, além do estilo de vida, conceituam que questões socioeconômicas podem representar empecilho à prática de atividade física. Em ocasiões desse tipo, algumas atividades aeróbias representam uma boa estratégia para inserir a AF na vida do indivíduo. A caminhada na rua, por exemplo, pode ser feita por pessoas de qualquer idade ou classe social.

2.1.3 Qualidade de Vida relacionada à saúde

A expressão Qualidade de Vida (QV) é muito ampla, tornando difícil uma concordância de ideias sobre o seu conceito. Porém, nos últimos anos, o termo qualidade de vida tem sido utilizado como sendo diretamente relacionado à saúde (QVRS). Em diversos contextos, as palavras “saúde” e “qualidade de vida” são mencionadas como equivalentes ou sinónimos, devido estabelecerem uma relação com vários fatores também associados ao meio ambiente e à satisfação com a vida, baseado nos três domínios: físico, emocional e social (Jette, 1993; Rosa et al., 2003; Sajid, Tonsi e Baig, 2008; Faria et al., 2011).

A QV é a forma como a pessoa se posiciona na vida, no contexto cultural e suas atribuições de valores no que diz respeito aos seus propósitos, expectativas, paradigmas e inquietações (WHO, 1995). É um conceito complexo, que engloba o bem-estar físico, o estado psicológico, o nível de autonomia, a sociabilidade, seus dogmas e a relação com as características do meio ambiente (Pereira et al., 2006). A abordagem relacionada à saúde amplamente utilizada, fez com que a OMS a denominasse, como “(...) um estado de

completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (Zancha et al., 2013).

A manutenção da saúde na velhice é extremamente relevante para a QV do idoso. A maneira como o indivíduo se adapta às modificações físicas, intelectuais, sociais e emocionais torna-se um motivo determinante no envelhecimento. Um desequilíbrio pode surgir em consequência às mudanças desencadeadas na saúde mental e incluir: alteração da visão, do sistema auditivo, da flexibilidade e da resistência muscular; falha memorial, déficit da atenção seletiva e perda de papéis sociais; isolamento, aposentadoria, morte de familiares e doenças crônicas (Pereira, 2006). A qualidade de vida e a saúde dos idosos passam por alterações de vários segmentos, onde sua ascensão estará completamente relacionada com a interdisciplinaridade de diferentes campos do saber (Ciosak et al., 2011).

Neste sentido, a QV solidifica sua relação direta com a saúde, não apenas no que se refere à forma como as pessoas percebem seu estado geral de saúde, mas também, o quanto física, psicológica e socialmente encontram-se e compreendem sua capacidade de realização das atividades diárias (Toscano & Oliveira, 2009).

Considerando que o processo de envelhecer pode gerar insuficiências funcionais, afetando a QV, faz com que a prática regular de AF torne-se um mecanismo tático, podendo ser utilizada para diminuir os processos de declínio analisados durante o envelhecimento, mantendo sua eficácia funcional e proporcionando boas condições à QVRS (Merquiades et al., 2009). Considerado um importante prenunciador da QV da pessoa idosa, a capacidade funcional será capaz de afetar diretamente nos fatores demográficos, socioeconômicos e psicossociais relacionados ao desenvolvimento da QV (Jette, 1993; Rosa et al., 2003; Sajid, Tonsi & Baig, 2008; Faria et al., 2011).

A regularidade da prática de AF para as pessoas idosas, melhora a capacidade

respiratória, a reserva cardíaca, a memória recente, a força muscular, a cognição e as competências sociais, além da capacidade funcional geral (Vidimar et al., 2011), o que é de extrema importância para uma boa saúde. Salienta-se ainda, que ao realizar a prática regular de exercício de forma preventiva, ou seja, antes da doença apresentar suas manifestações clínicas, preserva a QV do indivíduo (Cheik et al., 2003; Civinski; Montibeller; Braz, 2011).

Um conhecimento aprofundado em relação aos aspectos de maior influência na associação entre a QV e a saúde, poderá permitir identificar os grupos de risco e o delineamento de intervenções ao nível das comunidades ligadas na alteração de comportamentos de risco. Visando a melhoria de todos esses fatores anteriormente mencionados, estudos identificam aspectos que contribuem para a QVRS em adultos idosos, baseando-se nas características demográficas (idade, sexo, estado civil), composição corporal, aptidão funcional (resistência aeróbia, resistência muscular e equilíbrio), mobilidade, atividades básicas da vida diária, estilos de vida (abrangendo atividade física, sedentarismo, hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco), cultura, ansiedade e depressão, atribuições medicamentosas à doença crônica, assistência social, satisfação com a vida, status socioeconômico, quedas e aspectos cognitivos são os preditores mais comumente discutidos na QV relacionada com a saúde (Wanderley et al., 2011; Giuli et al., 2014; Hawton et al., 2011).

2.2 MUDANÇAS ASSOCIADAS AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO QUE AFETAM A ATIVIDADE FÍSICA, A DEPRESSÃO E A SAÚDE EM GERAL

O processo de envelhecimento se dá de forma gradativa e sofre interferência de variáveis biológicas e sociais (Silva et al., 2014). Segundo o enfoque das teorias biológicas, o envelhecimento é salientado pela degeneração das funções e estruturas orgânicas. Portanto, ocorrerá gradativamente um declínio das capacidades motoras, bem como a

diminuição da flexibilidade, velocidade, capacidade aeróbia e força muscular. Assim sendo, a realização das atividades diárias e a manutenção de um estilo de vida ativo vão se mostrando cada vez mais difíceis.

2.2.1 Teorias do Envelhecimento

Diversas teorias estão sendo sugeridas para explicar o processo de envelhecimento, mas nenhuma delas parece contemplar satisfatoriamente (Davidovic et al., 2010). Vários autores assumem a possibilidade de interpretações diferentes da definição de envelhecimento, possibilitando o surgimento de várias teorias.

Considera-se importante relacionar algumas teorias do envelhecimento tidas como fundamentais: *Teorias Genéticas*: são caracterizadas através das modificações ocasionadas pelos genes. *Teoria da Agressão*: discorre da relação entre o envelhecimento e as agressões sofridas pelo organismo, como físicas (relacionadas ao calor), químicas (relacionada aos radicais livres), infecções e mecânicas (relacionadas aos problemas articulares e ósseos). Todas essas agressões causam danos aos tecidos conjuntivos e celulares, que vão se reestabelecendo, porém todas as vezes que ocorre a degradação é gerada uma perda da funcionalidade, fazendo com que os órgãos do sistema entrem em falha; e *Teorias do Desequilíbrio Gradativo*: consiste na perda gradativa do sistema nervoso endócrino e central, ocasionadas pelos desequilíbrios do sistema imunológico. As regressões desses sistemas começam a surgir na proporção que a idade avança (Spiriduso, 2005).

Quando aprofundamos sobre as *Teorias Biológicas*, percebemos que o assunto se volta para uma ótica de degeneração e declínio das funções e sistemas orgânicos. Ao relacionarmos às *Teorias Estocásticas* e às *Teorias Genético Desenvolvimentistas*, entende-se que a primeira trata das reações aleatórias que são acumuladas durante a vida. Já a segunda

está ligada ao processo programado a partir do desenvolvimento embrionário e do crescimento. (Guimarães, 2010).

Toda essa complexidade relacionada ao envelhecimento ocorre devido uma série de causas que levaram ao desenvolvimento e incompatibilidade das teorias do envelhecimento. Neste contexto, Jones (2005) e Jin (2010) acreditam que nenhuma teoria explica completamente o fenômeno do processo de envelhecimento, porém cada uma oferece algo positivo. Grande parte das teorias propostas interagem entre si de maneira complexa.

2.2.2 Como a Atividade Física pode interferir no processo de envelhecimento?

Levando em consideração o número de idosos, pode-se perceber como algo muito positivo para a longevidade, ou seja, os indivíduos estão envelhecendo e melhorando sua QV, porém, há um questionamento a ser feito, será que todas as pessoas estão preparadas para envelhecer? E acontecendo isso, há possibilidades de desordens como, por exemplo, a depressão?

O crescimento da expectativa de vida dos idosos é reflexo de vários aspectos que auxiliam também na melhoria da QV. Com o desenvolvimento da medicina, danos materiais e ambientais, sistemas educacionais e meios de comunicação mais efetivos, recursos psicológicos evoluídos, ou seja, utilização de computadores para prática de leitura e escrita, aumento da prática da AF e vários outros aspectos, fazem com que os idosos aumentem a longevidade, chegando mais próximo do seu limiar máximo de expectativa de vida em condições saudáveis (Baltes & Smith, 2006).

O padrão definido do idoso como uma pessoa isolada e dependente, está sofrendo transformações mediante as ideias do envelhecimento ativo, que visa desmistificar padrões impostos pela sociedade, pelos costumes tradicionais e culturais (Fernandes, 2014). Se

analisarmos o envelhecimento fisiologicamente, iremos perceber uma redução e restrições na capacidade funcional, possibilitando o aparecimento de patologias inexistentes até o momento. Com base em uma vida irregular, ou seja, hábitos alimentares inadequados, o conjunto de danos à saúde pode ser prejudicial a esse processo. Ocasionalmente vulnerabilidade no idoso durante o processo de envelhecimento no qual deve ser considerado eficiente e progressivo.

A AF pode se apresentar e estar inserida na sociedade de várias formas. Diríamos que atualmente um dos grandes trunfos para garantir uma vida saudável e conquistar a longevidade, é a forma como se vive. E hoje se ouve muito do público idoso a expressão – “estou vivendo coisas que não vivi quando era jovem”. Uma das atividades mais evidenciadas e prazerosas citadas pela terceira idade é a Dança. Segundo Bataglin (2015), a Dança pode ser “remédio natural” contra a depressão, evitando o sentimento de isolamento, principalmente pelos idosos que vivem sozinhos. “De acordo com um estudo publicado no New England Journal of Medicine, a dança pode melhorar nossa memória e prevenir o desenvolvimento da demência à medida que envelhecemos”, relata a Psiquiatra. Os estímulos causados através dessa atividade são vários: estimula a coordenação motora, aumenta os estímulos neurais, melhorando a concentração e conseqüentemente o aprendizado, ajuda na ativação cerebral, melhorando o raciocínio e a memória, possibilita a socialização e assim, reduz os sintomas depressivos.

Com as frequentes evoluções encaradas pela sociedade, o avanço tecnológico ocorre, os meios de comunicação provocam o stress, de forma opressora, fazendo com que a vida se torne cada vez mais conturbada, reduzindo ainda mais o tempo e deixando as condições económicas mais precárias, principalmente à medida que as pessoas vivem mais (Mendes et al., 2009). Todos esses fatores necessitam de uma capacidade de adaptação, que a pessoa

idosa na maioria das vezes não possui, ocasionando inúmeros problemas sociais, principalmente, a dificuldade de adaptar-se aos novos e modernos ambientes, possibilitando conseqüentemente o surgimento de possíveis doenças, como por exemplo, a depressão.

2.2.3 Como a Depressão pode interferir no processo de envelhecimento?

A depressão caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, exercendo grande impacto funcional, abrangendo inúmeros aspectos de ordem biológica, social e psicológica, apresentando como sintomas principais 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, fazendo com que sua indicação seja relacionada e atribuída à responsabilidade por cerca de 850 mil mortes a cada ano (Giovani et al., 2008). Além disso, é considerada como a enfermidade mental de maior prevalência em nível mundial, ocasionando uma estimativa de que em 2020 será a segunda causa global de incapacidade (González et al., 2010).

Na população idosa, essa é uma doença considerada comum, recorrente e constantemente recebe subdiagnóstico, principalmente quando seu tratamento ocorre em nível de cuidados de saúde primários (Medeiros, 2010). Em relação aos estudos determinantes dos problemas de saúde das populações humanas, estima-se que aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas depressivos, essa estimativa acontece com grande frequência e se manifesta como prevalência maior nas populações institucionalizadas (Santana & Barboza, 2007). Durante essa etapa da vida, os sintomas depressivos são mediados por princípios que dizem respeito não apenas à doença, mas às transformações de sentimentos características do envelhecimento e ao cenário social

assinalado pelo culto aos valores da juventude (Hartmann; Silva; Bastos, 2009). É também na terceira idade que a depressão tem a mais drástica incidência de suicídios, podendo causar influência na sua capacidade funcional, nas suas relações sociais e autocuidado (Fernandes, 2010).

2.2.4 Como a Qualidade de Vida pode interferir no processo de envelhecimento?

O conceito de Qualidade de Vida (QV), está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e inclui vários fatores como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive (Santos, 2002). Fatores esses, que podem interferir diretamente no quadro geral da QV dos idosos. A definição de QV, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é uma concepção subjetiva que dependerá do grau sociocultural, da faixa etária e dos anseios e motivações pessoais do indivíduo. Os estudos indicam que os instrumentos utilizados para análise da QV no contexto geral não se moldam aos idosos, seja devido existir uma abordagem unidimensional ou pelo motivo dos idosos se autodenominarem com boa QV. Portanto, parece existir aspectos característicos e multidimensionais de acordo com Bowling (2003), que caracterizam a QV na faixa etária da terceira idade, fazendo com que se torne menos complexo contextualizar o assunto.

Tendo em vista a variabilidade do conceito de QV e sua subjetividade, a interferência da mesma no processo de envelhecimento torna-se inelutável, visto que o propósito de orientar em relação às políticas para um envelhecimento saudável e bem sucedido, parece

imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à QV nessa faixa etária.

2.3 MECANISMO PELOS QUAIS A ATIVIDADE FÍSICA INFLUENCIA A DEPRESSÃO E A SAÚDE GERAL

Quando os estudos convergem para os benefícios relacionados ao estado de saúde geral, podemos citar Vieira (2007) que relata resultados satisfatórios com relação à prática de AF na melhoria da depressão. Analisou-se pacientes que realizaram exercícios de hidroginástica e constatou-se que a prática de AF associada ao tratamento convencional para depressão evidenciaram melhora significativa em relação àquelas que não praticaram AF. Pesquisas apontam que a inatividade física é um fator que tem se associado fortemente a estados variados dessa doença.

Ao buscar na literatura os impactos da AF correlacionados ao tratamento da depressão podemos mencionar Reis (2012), ao verificar que pessoas com inatividade física, possuíam relação de maior prevalência com sintomas depressivos em comparação aos indivíduos fisicamente ativos, conseqüentemente levantou-se a hipótese de que a realização da AF pode ser um recurso primordial na busca do controlo desta psicopatologia. O autor ainda ressalta que muitas das doenças associadas ao sedentarismo resultam em doentes deprimidos. Neste sentido, os benefícios mais relevantes da AF encontrados inclusive nas pessoas com depressão são: o bem-estar emocional, a diminuição dos quadros de insônia, a autoestima positiva, o autocontrolo psicológico, a elevação da positividade, a melhora do humor, a sociabilidade, entre outros (Craft & Perna, 2004). Souza (2013) enfatiza, para o tratamento da depressão tornar-se mais eficaz, é recomendada a prática da AF e que o maior desafio das pessoas em estado deprimido é sair para praticá-la, pois normalmente encontram-se desmotivadas e sem energia, o que faz parte da depressão, e argumentam que ao melhorar

irão caminhar. Esta referência vem contribuir com Reis (2012), que indica como características da depressão, uma baixa de energia e lentidão psicomotora, dificultando assim qualquer tipo de atividade.

Nos casos diagnosticados de pessoas com depressão, a AF expressa vantagem sobre o tratamento medicamentoso, justamente por não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, e também por ser uma prática ativa, com maior comprometimento por parte do paciente (Girdwood, 2011). Sua prática resulta na melhoria da autoestima e da autoconfiança, ao contrário de atitudes e situações consideradas passiva, ou seja, tomar um comprimido.

Para Guz (2001), é fundamental que os indivíduos com depressão tenham consciência do quão necessária, útil e benéfica são as práticas regulares de AF. O primeiro contato com a atividade, pode ser difícil convencê-los a adotarem um estilo de vida mais ativo. Essas pessoas talvez necessitem ser convencidas de que a depressão não impossibilita a prática regular de AF e o incentivo na realização dessas atividades terá como resultado uma melhora nos sintomas da doença.

Neste sentido, Reis (2012) diz que para contrariar a não adesão de muitos indivíduos com depressão, são necessárias doses extras de suporte que venham dar maior motivação quando estes começarem a se exercitar. Sendo de grande valia qualquer meio de incentivo, fazendo com que essa fase inicial se torne de extrema importância, preocupando-se em não exceder a intensidade dos exercícios, tornando-a maior do que aquela que o paciente seja capaz de realizar. O autor ainda ressalta o papel do prescritor, pois será de extrema importância ao estimular a pessoa orientada, fornecendo todos os auxílios e orientações necessárias, ser encorajador, solícito, motivador e argumentar abertamente sobre os principais benefícios gerados com a prática da AF, quando recomendada.

Para Schuch e Fleck (2013) a pergunta a ser respondida é: A prática de atividade

física será capaz de estabelecer um tratamento eficaz para a depressão? Os autores acreditam que, a AF pode não ser mais eficaz do que os tratamentos convencionais, no entanto, não é menos eficaz. Se a prática da AF estabelece um desafio inicial para o indivíduo com depressão, por outro lado, a inatividade física desenvolve um fator de risco para o agravamento de um quadro depressivo, fazendo assim com que a promoção de uma vida ativa constitua um processo preventivo no surgimento de sintomas depressivos, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo (Galper et al., 2006).

Em estudos como os de Martinsen (1990) e Strohle (2009) citados por Minghelli et al. (2013), têm demonstrado que a adesão a um programa regular de exercícios pode melhorar significativamente o desempenho cognitivo do idoso, aumentando a autoestima, o humor, a sensação de bem-estar, a redução da resposta fisiológica ao stress e efeitos positivos na imagem corporal, reduzindo assim os níveis de ansiedade e depressão. Dessa forma, o idoso em quadro depressivo tem os mesmos benefícios elencados para outras pessoas com depressão, quando inseridos num programa de AF.

Salientando as ideias de Reis (2012), o mesmo afirma que embora não se tenha diretrizes nacionais que apresentem um programa especificamente desenhado para pacientes com o diagnóstico de depressão, é recomendado que esta modalidade terapêutica esteja acessível, são poucos os efeitos adversos, fácil acessibilidade e pode ser mantida por um período extenso, obtendo benefícios não só psicológicos, mas também condições que frequentemente estão presentes no indivíduo com depressão. Foi também constatado que, indivíduos que sofrem intervenção no exercício aumentam os seus níveis basais de AF mesmo depois do término do programa. Portanto, o benefício terapêutico inicial de quem prescreve AF proporciona uma ação preventiva, reduzindo o risco de depressão relacionada ao sedentarismo.

2.4 RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA – EVIDÊNCIAS

Idosos que apresentam depressão fora do tempo suposto ou periodicamente, apontam modificações cognitivas e funcionais importantes. Alterações variadas são semelhantes às observadas em quadros demenciais, enquanto outras, se assemelham ao envelhecimento normal. No que se refere às alterações da cognição de idosos deprimidos, muitos estudos admitem que esta população manifesta desempenho rebaixado em testes de memória, no entanto são as funções executivas que apresentam maior comprometimento, acompanhadas de déficits atencionais e queda na velocidade de processamento (Ávila & Bottino, 2006). Dessa forma, surge a necessidade de discorrer de que forma a prática de desporto ou mesmo, alguma atividade física pode ser benéfica para a melhoria dos danos oriundos da depressão, uma vez que os idosos normalmente já carregam consigo uma série de comprometimentos cognitivos e prejuízos por outras patologias, consumindo muitos medicamentos, e ainda assim, vários são portadores de sintomas depressivos de origem multivariada.

Antunes e colaboradores (2014), com a finalidade de investigar os diferentes tipos de exercícios físicos nos escores depressivos em idosos, indica que os idosos/ativos com maior incidência em relação às práticas de atividades com nível elevado no grau de intensidade, com predominância do aumento do metabolismo aeróbio, manifestaram uma certa diminuição nos escores de depressão, visto que as demais intervenções não se fizeram suficientes para promover essa redução. Antunes e colaboradores (2012) analisou a associação entre a presença de indícios depressivos e o nível de “aptidão funcional geral” em idosos/ativos praticantes de exercícios e mostrou que a prática de exercícios físicos regulares reduz consideravelmente os sintomas da depressão. Benedetti e colaboradores (2008), mensurando a relação entre exercício físico e estado de saúde mental, percebeu que

a prática frequente de exercício físico, introduzida bem cedo, somada a um bom estilo de vida, diminui consideravelmente o risco de desenvolver sintomas de transtornos mentais, dentre eles a depressão que é tão comum entre os idosos.

Segundo Borges e Benedetti (2007), ao relacionar idosos que se encontravam no estágio iniciante em relação aos exercícios físicos, condições sociodemográficas e redução de sintomas depressivos, observaram que quanto maior a renda dos idosos, maiores as práticas relacionadas a AF, conseqüentemente aumentaria a qualidade de vida e reduziria sintomas depressivos.

Meurer e colaboradores (2012) verificou as relações entre os indicadores depressivos, os fatores motivacionais e a autoestima de 83 idosos praticantes de exercícios físicos. Os resultados preconizam uma relação estatística inversamente proporcional entre os indicadores depressivos e a autoestima, bem como uma baixa ocorrência de indicadores depressivos, elevada autoestima e motivação dos idosos. A prática de exercícios físicos parece contribuir para as pontuações positivas encontradas nas variáveis pesquisadas.

Lucca e colaboradores (2012) evidencia as atividades recreativas para idosos como ferramenta de melhoria no estado de humor, conseqüentemente nos sintomas clínicos de depressão.

Segundo Guccione (2002), a falta de AF na vida do idoso tende a diminuir a sua função física, fazendo com que a capacidade de desenvolver atividades de vida diária seja prejudicada, pois junto a isso há um déficit no equilíbrio, resistência e aumento da fraqueza muscular, tornando-o suscetível a quedas e outros agravos. A limitação da capacidade de realizar atividades básicas se dá também pelas alterações fisiológicas que a idade proporciona, modificando a composição corpórea do indivíduo, dessa forma aumentando a predisposição de desenvolvimento de doenças crônicas.

O elevado número de idosos é confirmado por estimativas do aumento da expectativa de vida ao nascer, que era em média de 69,83 anos (66,01 para homens e 73,92 anos para as mulheres) em 2000, e teve um aumento considerável, chegando em média a 75,44 anos (71,88 para os homens e 79,05 anos para as mulheres) em 2005, devendo chegar a uma média de 78,64 anos (75,25 para os homens e 82 anos para as mulheres) em 2030 (IBGE, 2015). Um desafio com esse aumento crescente é manter esse idoso não apenas como um indivíduo que sobrevive, mas mantê-lo com independência e QV.

Assim, a criação de hábitos saudáveis em indivíduos desde sua infância tem sido amplamente discutida, com o intuito de “acrescentar saúde aos dias”. A busca incessante pela QV dos idosos vem à tona como um estímulo, uma vez que traz proveitos na expectativa de vida de maneira coletiva e generosa (Assis, 2005).

Segundo Vecchia et al. (2005), a QV da população idosa está correlacionada a atividades de cunho social, ao amor-próprio, à satisfação, à motivação ao realizar as tarefas diárias, ao nível socioeconômico, ao estado afetivo/emocional, às atividades do intelecto, ao autocuidado, a estrutura familiar, ao estado de saúde geral, aos valores culturais e éticos e aos seus dogmas. Para Nobrega et al. (1999), se ocorrer uma manutenção de um estilo de vida saudável e ativo, há a possibilidade de procrastinar as alterações “morfofuncionais” que ocorrem com a idade. Portanto, entre os principais fatores envolvidos na promoção da saúde, está a adoção de hábitos saudáveis, que incluem “alimentação balanceada, prática regular de AF, convivência social estimulante, atividade ocupacional prazerosa e mecanismos de atenuação do estresse” (Assis, 2005). Portanto, com a adoção de hábitos saudáveis o envelhecimento torna-se mais agradável, a AF regular torna-se importante, já que é responsável pela melhoria das taxas glicêmicas, do colesterol, da pressão arterial, além de restabelecer os sistemas cardiovascular e respiratório (Anderson et al., 1998).

Nesse sentido, a prática de AF, segundo Matsudo et al. (2001), promove a melhora da composição corporal, da flexibilidade, da força e do equilíbrio; o aumento da densidade mineral óssea; a diminuição da resistência vascular e de dores articulares. Realizar AF – como caminhadas, ginástica, dentre outras – ajuda a melhorar o condicionamento físico e a circulação sanguínea, aumentando a capacidade aeróbia, influenciando na busca de uma melhor QV e saúde na terceira idade.

Promover mudanças no estilo de vida, evidenciando a necessidade e a importância da AF no cotidiano do ser humano, em especial ao público deste estudo, os idosos. Potencializa cada vez mais a ideia de que o alto nível de AF, torna-se um fator decisivo na inibição de doenças de origem psíquica e degenerativa, contribuindo para a melhoria do bem-estar geral e conseqüentemente uma melhor QV do indivíduo. Segundo Gouveia (2019) “É preciso fazer mais trabalho para a promoção de um envelhecimento ativo”. No 3º Encontro das Universidades Sênior da Madeira, o Prof. Doutor Élvio Rúbio Gouveia da Universidade da Madeira, relatou sobre o investimento de Profissionais de Educação Física qualificados para desenvolverem trabalhos de forma orientada e planeada nas atividades diárias dos idosos, pois “mantendo um estilo de vida ativo dão vida aos seus anos”, o que significa que a longevidade e a QV devem caminhar lado a lado.

2.5 ESTUDOS COMPARATIVOS NAS ÁERAS RELACIONADAS À ATIVIDADE FÍSICA, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA

ESTUDO	OBJETIVO	AMOSTRA	INSTRUMENTOS DE RECOLHA	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÕES
Autor: Sousa, D.A., Oliveira, B.A., Silva, A.C.A., Alves, N.S. 2019	Evidenciar a relevância da atividade física como meio de obtenção da promoção da saúde em idosos.	Revisão de Literatura.	Os Estudos foram feitos nas bases de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos listados SCIELO, MEDLINE e PUBMED.	A atividade física regular reduz as chances da aquisição de doenças crônicas, especialmente as doenças cardiovasculares. Proporciona bem-estar, redução de estresse e menor probabilidade de depressão. Além do fortalecimento muscular e ósseo reduzindo as chances de quedas.	Constatou-se que a atividade física é primordial para a manutenção de uma vida saudável, devendo ser estimulada, sobretudo nos idosos.
Autor: Sousa, C.M.S., Sousa, A.A.S., Gurgel, L.C., Brito, E.A.S., Sousa, F.R.S., Santana, W.J., Vieira, P.D. 2019	Analisar a importância da atividade física para a qualidade de vida dos idosos.	Revisão integrativa com abordagem qualitativa.	Artigos listados nas bases de dados: Scielo, Lilacs e Pubmed do período de 2014 a 2019.	Com o progresso da qualidade de vida dos idosos praticantes de atividade física, percebe-se efeitos positivos no que concerne, saída do isolamento, diminuição das chances de doenças como depressão, melhora da força e do equilíbrio.	Verifica-se a necessidade da implantação de políticas voltadas a saúde dos idosos, estimulando estes a prática de exercícios físicos, reduzindo o sedentarismo e proporcionando a melhora da qualidade de vida.

<p>Autor: Mendes, G.A.B., Carvalho, M.V., Silva, T.C., Almeida, R.J. 2017</p>	<p>Analisar em uma perspectiva biopsicossocial a relação entre a prática da atividade física e a depressão nos idosos.</p>	<p>Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica relacionando a atividade física e a depressão em idosos.</p>	<p>A seleção dos artigos científicos ocorreu nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dos Periódicos Capes e do PubMed.</p>	<p>Verificou-se que houve artigos publicados referentes à temática da relação entre atividade física e depressão na população idosa entre os anos de 2013 e 2016, com 17 (81%) publicações. Já entre os anos de 2010 e 2012 foram somente 4 (19%).</p>	<p>As evidências desta revisão identificaram que a atividade física pode ser utilizada como recurso terapêutico não medicamentoso na prevenção e no tratamento depressivo.</p>
<p>Autor: Silveira, M.M., Portuquez, M.W. 2017</p>	<p>Analisar a qualidade de vida e verificar a prevalência de declínio cognitivo, ansiedade e sintomas depressivos.</p>	<p>O estudo teve a participação de 120 idosos do município de Passo Fundo, RS.</p>	<p>Todos os participantes responderam sobre condições sociodemográficas, qualidade de vida, desempenho cognitivo e estado emocional (Depressão).</p>	<p>A prevalência de ansiedade, sintomas depressivos e declínio cognitivo foram baixos, repercutindo positivamente na qualidade de vida dos idosos, que se mostrou boa e satisfatória.</p>	<p>Observou-se que a população estudada apresentou boa qualidade de vida, baixa prevalência de comprometimento cognitivo e baixos níveis de ansiedade e sintomas depressivos.</p>
<p>Autor: Teixeira, C.M., Nunes, F.M.S., Ribeiro, F.M.S., Arbinaga, F., Vasconcelos-Raposo, J. 2016</p>	<p>Verificar se a prática de atividade física influencia a autoestima e os níveis de depressão em idosos.</p>	<p>Integraram a amostra 215 indivíduos (61 homens e 154 mulheres), praticantes e não praticantes de atividade física, com idades entre 60 e os 100 anos.</p>	<p>As variáveis do estudo foram avaliadas através de dois instrumentos: a Escala de Avaliação de Autoestima de Rosenberg e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (DASS21).</p>	<p>Os resultados comprovam que os idosos que praticam atividade física revelam níveis de autoestima elevados e níveis de depressão reduzidos. Constatou-se que a autoestima diminui com a idade, enquanto os sintomas depressivos aumentam.</p>	<p>Constatou-se que a frequência da prática de atividade física eleva os níveis de autoestima tornando-se mais acentuados, enquanto os níveis de depressão diminuem. A relação entre a autoestima e a depressão, se deu negativa.</p>

<p>Autor: Lima, C.S., Timóteo, L.S. 2019</p>	<p>Apresentar por meio de uma pesquisa bibliográfica, qual a contribuição da atividade física na população idosa.</p>	<p>Revisão integrativa da literatura, de gênero explicativo e exploratório e caráter bibliográfico.</p>	<p>Incluiu-se artigos publicados desde o ano de 2015 até 2019, gratuitos e disponíveis na íntegra. Inicialmente, foram encontrados 2497 artigos científicos, destes, 181 artigos pertenciam à base de dados PubMed, 1880 à LILACS e 436 à base de dados SciELO.</p>	<p>Os artigos selecionados foram analisados de forma minuciosa com a finalidade de responder os objetivos deste estudo, em seguida foram agrupados por temas na matriz de execução.</p>	<p>Pode-se observar os benefícios causados pela atividade física, sendo tais benefícios, a prevenção de doenças cardiovasculares, da osteoporose, alguns tipos de cânceres e depressão.</p>
<p>Autor: Camboim F.E.F., Nóbrega, M.O., Davim, R.M.B., Camboim, J.C.A., Nunes, R.M.V., Oliveira, S.X. 2017</p>	<p>Descrever a experiência de idosos e os benefícios da atividade física para a qualidade de vida na terceira idade.</p>	<p>Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.</p>	<p>Os dados seguiram a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática.</p>	<p>Verificou-se três grupos: a) Vivência em relação a prática da atividade física; b) Benefícios adquiridos com a atividade física; c) Qualidade de vida após adoção da prática da atividade física.</p>	<p>Entende-se a importância da atividade física e todos os aspectos que permeiam essa prática no processo de envelhecimento e na abordagem dessa temática como promoção da saúde e qualidade de vida.</p>
<p>Autor: Gato, J.M., Zenevitz, L.T., Madureira, V.S.F., Silva, T.G., Celich, K.L.S., Souza, S.S., Léo, M.M.F. 2018</p>	<p>Avaliar o estado de saúde mental, índice de depressão, humor e qualidade de vida de idosos.</p>	<p>Estudo transversal quantitativo com 122 pessoas com idade superior a 60 anos atendidas pela atenção primária.</p>	<p>Os dados foram coletados com inventários de avaliação da QV, Escala de Depressão Geriátrica, questionário sociodemográfico e clínico e analisados com estatística descritiva.</p>	<p>A maioria se considera saudável, embora 40,2 % apresentem agravos à saúde; 55,6 % usam ansiolíticos e antidepressivos; 61,5 % apresentaram depressão associada estatisticamente ao estado civil viúvo/ solteiro/divorciado, sexo feminino, viver sozinho, não praticar atividades de lazer e comunitárias.</p>	<p>Compreensão de melhor QV associa-se à idade, estado civil, auto percepção de 'estar saudável' e ausência de depressão. Consumo de tabaco relaciona-se à pior QV em todos os domínios.</p>

<p>Autor: Silva, D.F., Santos, J.W.F. 2019</p>	<p>Relacionar a atividade física com a prevalência de depressão em idosos.</p>	<p>Uma abordagem transversal, descritiva e exploratória. Avaliou-se 16 idosos de ambos os sexos, na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil).</p>	<p>Tiveram que responder, de forma voluntária, aos questionários referentes a Atividade Física e a Depressão.</p>	<p>Segundo os dados obtidos, dos 16 idosos que participaram da pesquisa, 14 praticam atividade física, seja caminhada ou atividade física do lar, e entre esses 14, apenas 1 foi classificado como “com suspeita de depressão” segundo a EDG. Reduzindo o sedentarismo e as chances em desenvolver a depressão.</p>	<p>Os idosos que apresentam uma vida “orientada” para a prática de atividade física regular podem ter menos possibilidade de desenvolver sintomas depressivos, e como consequência, menos chance de utilizarem fármacos antidepressivos.</p>
<p>Autor: Oliveira, L.S.S.C.B., Souza, E.C. 2019</p>	<p>Analisar os efeitos da atividade física sobre a qualidade de vida, ansiedade e depressão na população idosa.</p>	<p>Amostra transversal com 200 idosos de ambos os sexos, divididos em dois grupos: um grupo com 100 idosos ativos; outro composto por 100 indivíduos que viviam na comunidade, mas não estavam envolvidos em atividades físicas.</p>	<p>Os instrumentos utilizados para avaliação das atividades físicas, qualidade de vida, ansiedade e depressão foram, respectivamente: o questionário de Baecke modificado; o Questionário de Qualidade de Vida (SF-36); e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).</p>	<p>O grupo ativo apresentou maiores escores de atividade física e qualidade de vida. Por outro lado, o grupo sedentário revelou maiores escores de ansiedade e depressão. Os dados revelaram uma forte correlação entre os domínios qualidade de vida, nível de vitalidade e saúde mental. A razão de prevalência mostrou que a atividade física é fator de proteção contra ansiedade e depressão em idosos.</p>	<p>Os achados sugerem uma correlação entre baixos níveis de atividade física e sintomas de ansiedade e depressão em idosos que vivem na comunidade.</p>
<p>Autor: Santos, M.C.B 2019</p>	<p>Revisar o impacto causado pelo exercício físico no tratamento depressivo.</p>	<p>Revisão de Literatura.</p>	<p>Foram selecionados 15 estudos após critérios de inclusão e exclusão.</p>	<p>Constatou-se que o exercício aeróbico de média intensidade é o mais indicado no tratamento depressivo.</p>	<p>Verificou-se que o exercício físico é uma alternativa eficaz no combate à depressão.</p>

Autor: Tomaz,R.S.R., Rosa, A.F.F., Lisboa, T.O.S. 2019	Apontar a relação entre a 3ª idade e a depressão.	Revisão Sistemática de Literatura Científica.	Foram selecionados estudos nos bancos de dados da SCIELO, PePsic e Portal Capes no período de 2013 a 2018.	Estão relacionados à depressão fatores de riscos psicológicos, biológicos e sociais.	Julga-se necessário mais pesquisas direcionadas ao assunto e repensar os cuidados e tratamentos depressivos voltados para 3ª idade.
Autor: Oliveira,D.V., Franco, M.F., Antunes, M.D. 2019	Apresentar os benefícios da Atividade Física na promoção da saúde dos idosos.	Revisão Narrativa de Literatura.	Foram utilizados dados da Scielo, Lilacs, PubMed e documentos oficiais do Ministério da Saúde.	Redução da Senescência e contribuição para a melhoria dos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais.	Desenvolver espaços e práticas que promovam a saúde dos idosos.

Os estudos analisados abordam as relações entre a AF, depressão e QV em idosos. Com o aumento da expectativa de vida e conseqüente aumento da população idosa, a depressão passa a ser uma síndrome cada vez mais comum. Esse transtorno de humor pode se manifestar através de sintomas como: solidão, tristeza, isolamento social, entre outros.

Baseado nos artigos relacionados percebe-se que existe uma melhora real no estado de saúde, e se considerarmos a saúde psíquica, principalmente levando em consideração que durante a prática de AF o cérebro libera uma série de substâncias capazes de amenizar vários sintomas da depressão, amenizando dores, provocando relaxamento e conseqüentemente melhorando a condição de vida daquele idoso. As mudanças podem ocorrer a longo prazo, uma vez que os benefícios psicossociais se tornam evidentes, contribuindo assim para a manutenção da QV na terceira idade.

De um modo geral, os estudos com o objetivo de observar a relação de causa e efeito entre a prática de AF e alterações nos níveis de depressão apontam para uma relação inversamente proporcional. Segundo Oliveira e Souza (2019), os achados sugerem que quando implementada de forma eficaz e frequente, a AF se apresenta de maneira essencial para a manutenção de uma vida saudável, devendo ser estimulada, sobretudo nos idosos, pois percebe-se uma relação direta da AF com a melhoria da QV desses idosos.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 Amostra

O Programa SEVAAI foi desenvolvido com a finalidade de analisar a variação e covariação da aptidão funcional, do estilo de vida, da função cognitiva, da qualidade de vida relacionada com a saúde, da síndrome metabólica e da composição corporal em adultos idosos residentes na comunidade do estado do Amazonas, Brasil. Sendo assim, a presente pesquisa evidencia uma grande importância para o aprimoramento de novos recursos metodológicos de intervenção ao nível da comunidade, com vista à modificação de comportamentos considerados de risco e à adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Neste estudo, com delineamento transversal, foram avaliados 701 adultos idosos, 268 homens e 433 mulheres. A média foi 71.4 anos de idade (SD = 7.0) nos homens e 69.7 anos de idade (SD = 6.7) nas mulheres. Foram abrangidos adultos idosos residentes da comunidade de Apuí (n=151), Fonte Boa (n=250) e Manaus (n=300) (municípios do estado do Amazonas, Brasil). Conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Idade e número de participantes em Manaus, Apuí e Fonte Boa.

	Manaus		Apuí		Fonte Boa	
	n	Idade†	n	Idade†	n	Idade†
Homens	76	71.3 (6.7)	73	71.6 (7.1)	119	71.4 (7.2)
Mulheres	224	69.7 (6.3)	78	69.2 (7.4)	131	70.0 (6.9)

† Média (Desvio Padrão).

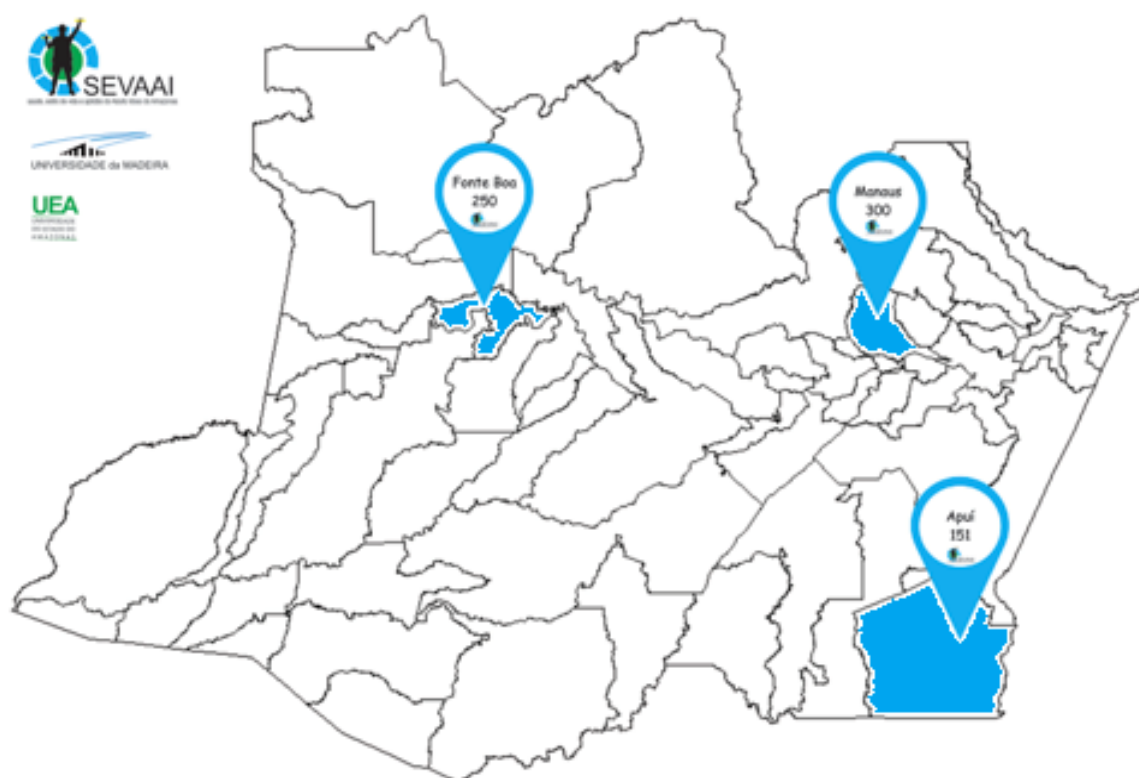


Figura 6 – Distribuição do número total de participantes pelas regiões de Apuí, Fonte Boa e Manaus-AM, Brasil.

3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Neste estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão e exclusão da amostra: residir na comunidade, ser homem ou mulher com idade inserida entre os 60 e os 90 anos de idade; ter autonomia e independência na execução de suas atividades de vida diária, e não ter relatado problemas relacionados à saúde que pudessem comprometer ou servir de contraindicações à prática de atividade física (ACSM, 2014).

Os critérios utilizados como forma de exclusão impossibilitando a participação neste estudo foram os seguintes: apresentar funcionalidade física baixa; apresentar déficits

cognitivos severos; desenvolver alguma mobilidade que pudesse comprometer a sua participação em atividades físicas (doença aguda, doenças neurológicas progressivas, acidente vascular cerebral, condições crônicas instáveis) (ACSM, 2014).

3.3 Parecer Ético

O presente estudo baseou-se nos princípios éticos exposto na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Brasil, Parecer Consubstanciado nº 1.599.258, CAAE: 56519616.6.0000.5016 (conforme Anexo 1). Ocorreu também a aprovação e a apresentação na Comissão Científica do Departamento de Educação Física e Desporto, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade da Madeira (UMa), Portugal. Voluntariamente aconteceu a atuação e os participantes foram conscritos a partir de contactos efetuados de forma direta pela equipa de investigadores responsáveis pelo estudo. Solicitou-se a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido de todos os participantes - TCLE (conforme Anexo 2).

O processo das avaliações ocorreu em cada um dos municípios em parceria com as instituições locais: Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Amazonas (UnATI) (conforme Anexo 3); Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas (IFAM); Centro de Referência em Assistência Social; Biblioteca Municipal Oscar de Paulo Portela e Centro de Convivência do Idoso Paulista.

3.4 Protocolos de avaliação

Baseado na recolha de dados de saída do algoritmo utilizado pelo programa (SEVAAI) que foram filtrados com as variáveis: Atividade Física (dimensionada em domésticas, desportivas e de tempo livre), Depressão, Qualidade de Vida, Género, Idade,

Estatuto Socioeconómico, Estado Civil, Área de Residência, Componentes Físicas e Mentais, reestruturados em forma de gráficos e tabelas no programa Microsoft Excel 2019, para assim desenvolver argumentos fidedignos e coerentes com o estudo em questão.

3.4.1 Atividade Física

No processo avaliativo da atividade física foi utilizado o questionário de Baecke modificado para idosos (Voorrips, Ravelli, Dongelmans, Deurenberg, & Van Staveren, 1999). Este questionário segue como referência os 12 últimos meses, fracionado em três segmentos: o primeiro segmento engloba questões relacionadas com as atividades/tarefas domésticas. O segundo abrange as questões relacionadas com a atividade desportiva. Categorizou nesta proporção da atividade física, apenas as atividades regulares que acontecem no mínimo 1 hora por semana. Contemplou-se no máximo 2 atividades. Se acontecesse de ultrapassar 2 atividades, contabilizaria as duas mais significativas. O terceiro segmento engloba às atividades dos tempos livres. Todas as atividades foram classificadas de acordo com a posição (sentado ou em pé) e a movimentação corporal (em pé, caminhar, usar a bicicleta, nadar). Todas as atividades foram quantificadas. (Anexo 4)

3.4.2 Estatuto Sócio Económico

Através do questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2003), foi possível avaliar o estatuto socioeconómico. Todos os participantes foram questionados sobre a posse dos seguintes itens: 1) televisão a cores; 2) rádio; 3) banheiro; 4) automóvel; 5) empregada mensalista; 6) aspirador de pó; 7) máquina de lavar; 8) videocassete e/ou DVD; 9) geladeira freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex). Não foram documentados os utensílios que foram emprestados para outro domicílio há mais de 6 meses, avariados/quebrados; e alugados por alguma necessidade. Na

seguinte fase do questionário, desenvolveu-se questões relacionadas com o grau de instrução: 0 = Analfabeto/Primário incompleto; 1 = Primário completo/Ginasial incompleto; 2 = Ginásial completo/Colegial incompleto; 3= Colegial completo/Superior incompleto; 4 = Superior completo. A ficha poderá ser verificada no Anexo 5.

3.4.3 Escala Geriátrica da Depressão

A Escala de Depressão em Geriatria, Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage, et al., 1983) é uma das formas mais utilizadas para a constatação de depressão no adulto idoso. A versão reduzida é constituída por 15 questões com resposta dicotómica (sim ou não). As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto. Para realizar o estudo em questão, aplicou-se a versão adotada por Almeida e Almeida (1999). As 15 questões poderão ser conferidas e consultadas na ficha do Anexo 6.

3.4.4 Qualidade de Vida

A avaliação da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, foi baseada na versão original do questionário MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey; Ware e Sherbourne, 1992), 2ª versão portuguesa, traduzido e validado por Ferreira (2000 a, b). Porém, no estudo em questão, aplicou-se a versão reduzida SF-12 (Ribeiro, 2005). Bem como o SF-36, os domínios ou dimensões do SF-12, associando-se em duas componentes: componente física e componente mental. Onde a componente física é composta por: desempenho físico (DF), função física (FF), saúde geral (SG) e a dor corporal (DC). A componente mental é composta pela função social (FS), vitalidade (VT), função social (FS), desempenho emocional (DE) e saúde mental (SM). A avaliação dos resultados acontece de acordo com a atribuição de pontos a cada questão. Relativamente aos pontos do SF-12, alguns itens necessitam de alterações, os quais são indicados numa escala

de 0 (zero) a 100 ‘Raw Scale’, onde o 0 (zero) corresponde a uma pior qualidade de vida relacionada com a saúde, e o 100 a uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde (Ribeiro, 2005). Para verificação poderá ser consultado a ficha no Anexo 7.

3.5 Questões organizacionais do estudo

A investigação introduziu-se com a escolha dos participantes através das avaliações iniciais para identificação dos critérios de inclusão. Posteriormente, verificou-se as avaliações com relação aos parâmetros clínicos e a aferição da pressão arterial. Em seguida, realizou-se à implementação de um conjunto de questionários. Com o objetivo de aumentar a qualidade da avaliação, as entrevistas foram realizadas de forma direta.

3.5.1 Organização e preparação da equipa de campo – Estudo Piloto

A equipa de campo do estudo foi formada por 21 componentes: 4 académicas do curso de Mestrado em Atividade Física e Desporto da Universidade da Madeira (UMa), Portugal, 15 académicos do curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), 1 académico do curso de Fisioterapia da Uninorte e 1 académico do Curso de Licenciatura da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Brasil. Para potencializar a fidedignidade das avaliações, sessões de treino foram conduzidas com todos os elementos da equipa de campo. Primeiramente, abordou-se uma explicação teórica sobre os protocolos de avaliação e respectivos testes foram elaborados. Em seguida, a aplicação dos testes e questionários foram aplicados entre os membros da equipa de campo. A fase preparatória aconteceu no período de 1 mês, ocorrendo treinos três vezes por semana, durante 3h. Posteriormente, aplicou-se avaliações com as pessoas idosas para mensurar os tempos de administração dos protocolos. No dia dos testes, todos os procedimentos foram detalhados

com uma demonstração prévia aos adultos idosos. Os critérios de segurança foram abordados, assim como a maneira adequada de efetuar os testes foi determinada de acordo com os protocolos originais. Por fim, foi coordenado um estudo piloto, com 90 adultos idosos (29 homens e 61 mulheres), com idades compreendidas entre os 60-85 anos de idade (68.2 ± 6.7). Os avaliados residiam nas comunidades de Manaus, Fonte Boa e Apuí (municípios do estado do Amazonas, Brasil). Para experimentar a fidedignidade da equipa de campo, submeteu-se a uma nova avaliação todos os 90 adultos idosos, em todas as variáveis do protocolo, após uma semana da primeira. Elevou-se a fidedignidade do projeto SEVAAI através do teste-reteste, considerando os valores de corte de 0.70 sugeridos por Safrit (1990). Os coeficientes de correlação intraclassa (R) entre a avaliação e reavaliação variaram entre $R = .71$ para a função cognitiva (memória prospetiva) e $R = 1.0$ para a Autonomia Física de Katz (Tinôco, et al., 2016; Odím, et al., 2016; Patriarca, et al., 2016).

3.6 Procedimentos Estatísticos

Os métodos estatísticos utilizados foram: estatística descritiva básica, média, desvio padrão máximos, mínimo e prevalências.

Um t-teste de medidas independente para comparar os scores da escala geriátrica de depressão entre homens e mulheres, entre pessoas idosas mais velhas e mais novas e entre pessoas com estatuto socioeconómico baixo e elevado.

Uma ANOVA entre grupos para explorar as diferenças no score de depressão associadas ao estado civil. O coeficiente de correlação de Pearson (r) foi utilizada para estudar as correlações entre as dimensões da atividade física e a escala geriátrica de depressão, bem como entre a qualidade de vida relacionada com a saúde (física e mental) e o score da escala geriátrica de depressão.

O teste do qui-quadrado foi utilizado para analisar as diferenças nas proporções de depressão em função das variáveis sociodemográficas.

O significado estatístico foi mantido em $p < 0,05$. A análise foi realizada utilizando o programa estatístico (SPSS, V25).

CAPÍTULO IV

ESTUDO EMPÍRICO

4. ESTUDO EMPÍRICO

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Estimar a prevalência de depressão numa amostra de pessoa idosas do estado do Amazonas, tendo em consideração: o género, a idade, a área de residência, o estatuto socioeconómico e o estado civil.

Na Tabela 2, são apresentadas as descritivas básicas da amostra, separados para homens e mulheres.

Tabela 2 - Descritivas básicas da amostra, separados para homens e mulheres

	Homens		Mulheres	
	Média (DP)	Mín.- Máx.	Média (DP)	Mín.- Máx.
Amostra	n= 268 (38.2%)		n= 433 (61.8%)	
Local de Residência				
Participantes de Manaus	76 (28.4%)		224 (51.7%)	
Participantes de Apuí	73 (27.2%)		78 (18%)	
Participantes de Fonte Boa	119 (44.4%)		131 (30.3%)	
Idade anos	71.4 (7.0)	60.7 – 91.5	69.7 (6.7)	59.9 – 91.8
GDS	4.2 (2.4)	0.0 – 13.0	4.1 (2.6)	0.0 – 12.0
Atividades Domésticas	1.7 (0.5)	0.1 - 3.3	1.8 (0.4)	0.2 – 3.2
Atividades Desportivas	0.5 (1.6)	0.0 – 10.4	1.3 (1.9)	0.0 – 12.3
Atividades de Tempos Livres	4.3 (3.6)	0.2 – 22.9	4.0 (2.9)	0.0 – 31.3
Atividade Física Total	6.6 (3.9)	1.2 – 24.9	7.1 (3.4)	0.7 – 33.2
Qualidade de Vida Total	39.5 (6.1)	18.2 – 48.0	38.5 (7.0)	13.3 – 48.0
Componente Física	16.0 (3.5)	7.25 – 21.0	15.8 (3.6)	6.0 – 21.0
Componente Mental	23.5 (3.7)	8.0 – 27.0	22.7 (4.1)	6.0 – 27.0
Estatuto Socioeconómico	11.4 (4.3)	2.0 – 30.0	12.4 (4.2)	3.0 - 30.0

GDS, escala geriátrica de depressão; DP, desvio padrão

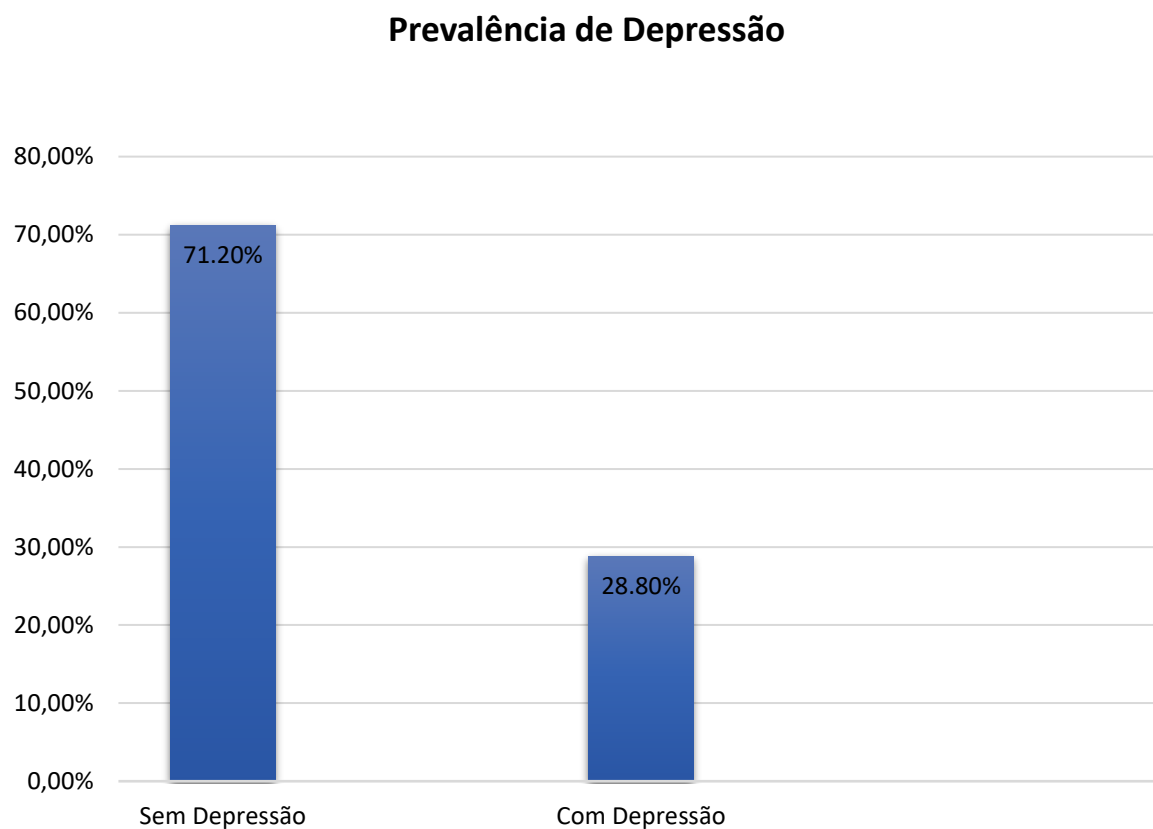


Figura 7 – Percentual da Prevalência de Depressão.

A prevalência total de depressão nesta amostra de pessoas idosas do estado do Amazonas é de 28.8%.

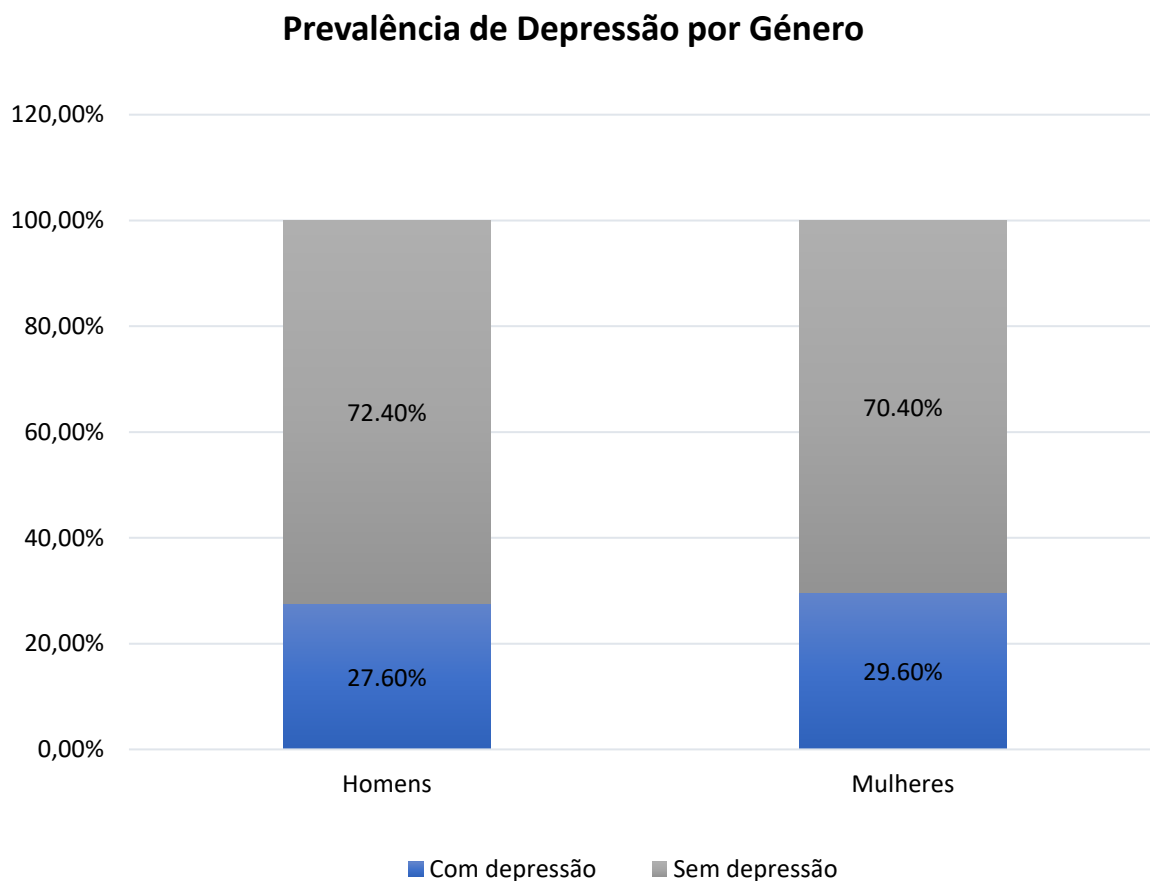


Figura 8 – Percentual da Prevalência de depressão por Género.

As mulheres apresentaram uma prevalência de depressão 29.6% e os homens 27.6%.

O teste do qui-quadrado para medidas independentes indicou não haver diferenças com significado estatístico na prevalência de depressão entre homens e mulheres $X^2(1, n=701) = .219, p=.640$.

Prevalência de depressão em relação ao estatuto socioeconómico (ESE)

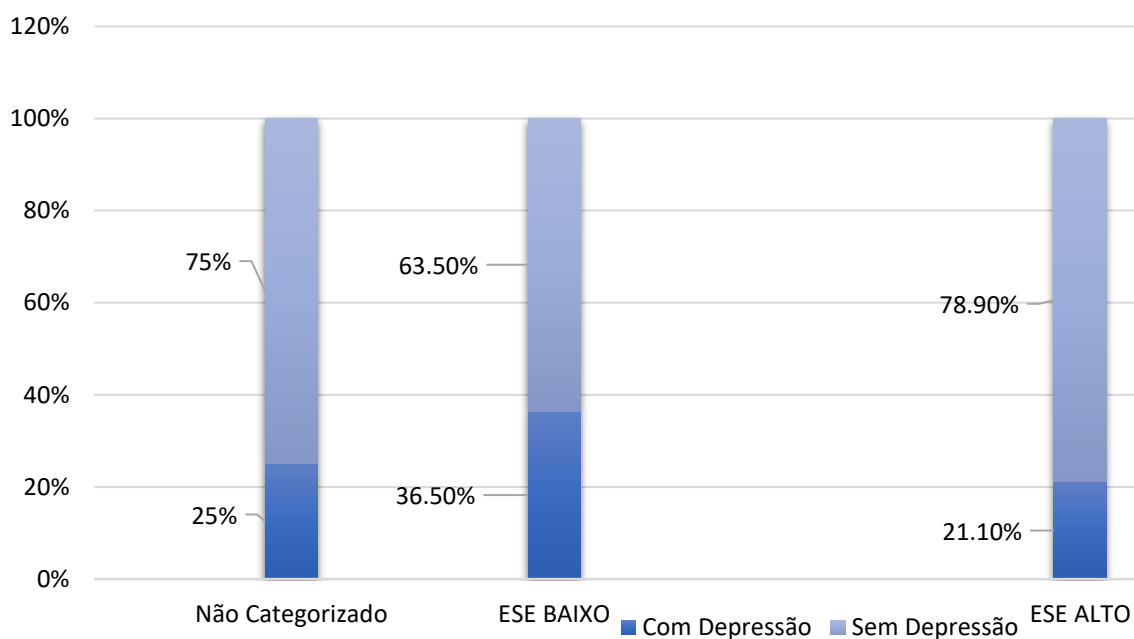


Figura 9 – Percentual da Prevalência de Depressão em relação ao Estatuto Socioeconómico (ESSE).

As pessoas classificadas num estatuto socioeconómico baixo apresentaram uma maior prevalência de depressão 36.5%, comparativamente aos pares com estatuto socioeconómico elevado 21.1%.

Através dos resultados foi possível verificar diferenças significativas na prevalência de depressão entre as categorias socioeconómicas $X^2(1, n= 697) = 19.3, p<.001$.

Prevalência de depressão em função da idade

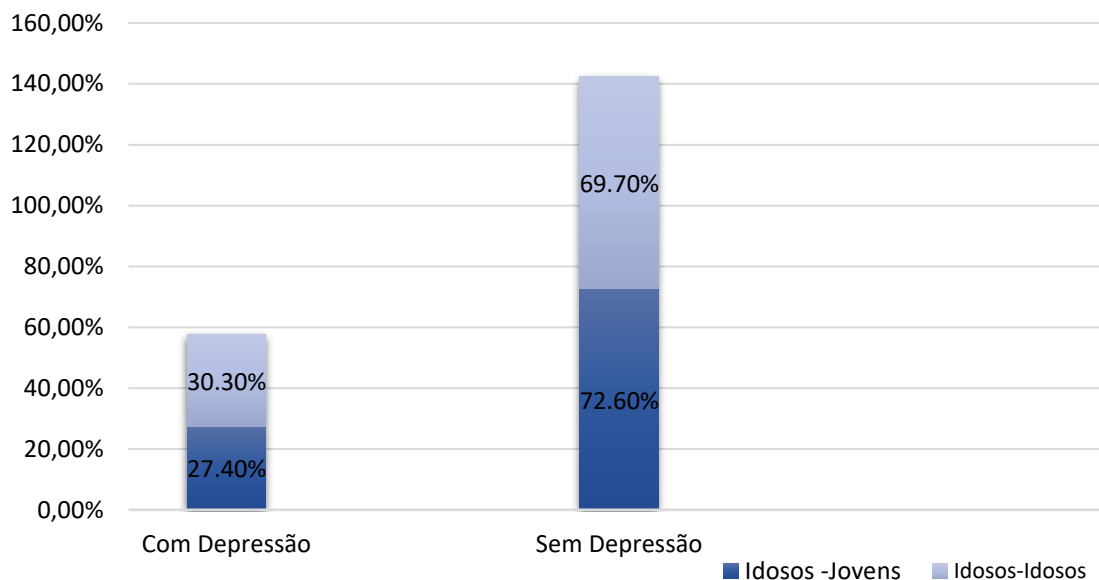


Figura 10 – Percentual da Prevalência de depressão em função da Idade.

As pessoas mais idosas (idade > a 70 anos) apresentaram uma prevalência de depressão 30.3% e as pessoas idosas mais novas (< 69 anos de idade; 27.3%).

Ao realizar as medidas independentes, constatou-se que não houve diferenças com significado estatístico na prevalência de depressão entre pessoas idosas mais jovens e pessoas idosas mais velhas $X^2(1, n= 701) = .600, p=.439$.

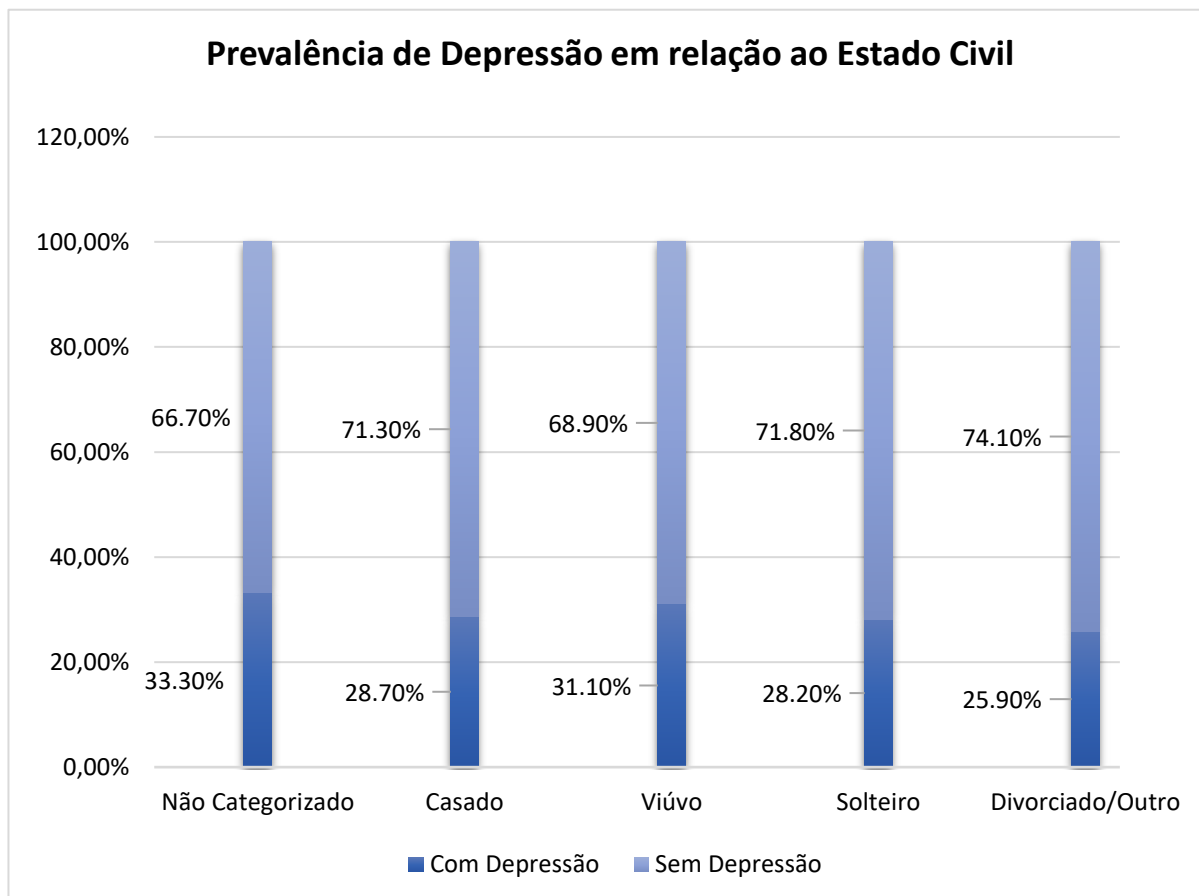


Figura 11 – Percentual da Prevalência de Depressão em relação ao Estado Civil.

Os idosos viúvos foram os que reportaram uma prevalência de depressão mais elevada 31.1%, seguindo-se os casados 28.7% e os solteiros 28.2%. As pessoas divorciadas ou noutra condição foram aquelas que apresentaram a prevalência mais baixa de depressão 25.9%.

Não houve diferenças com significado estatístico na prevalência de depressão entre as categorias do estado civil $X^2(3, n= 701) = .776, p=.855$.

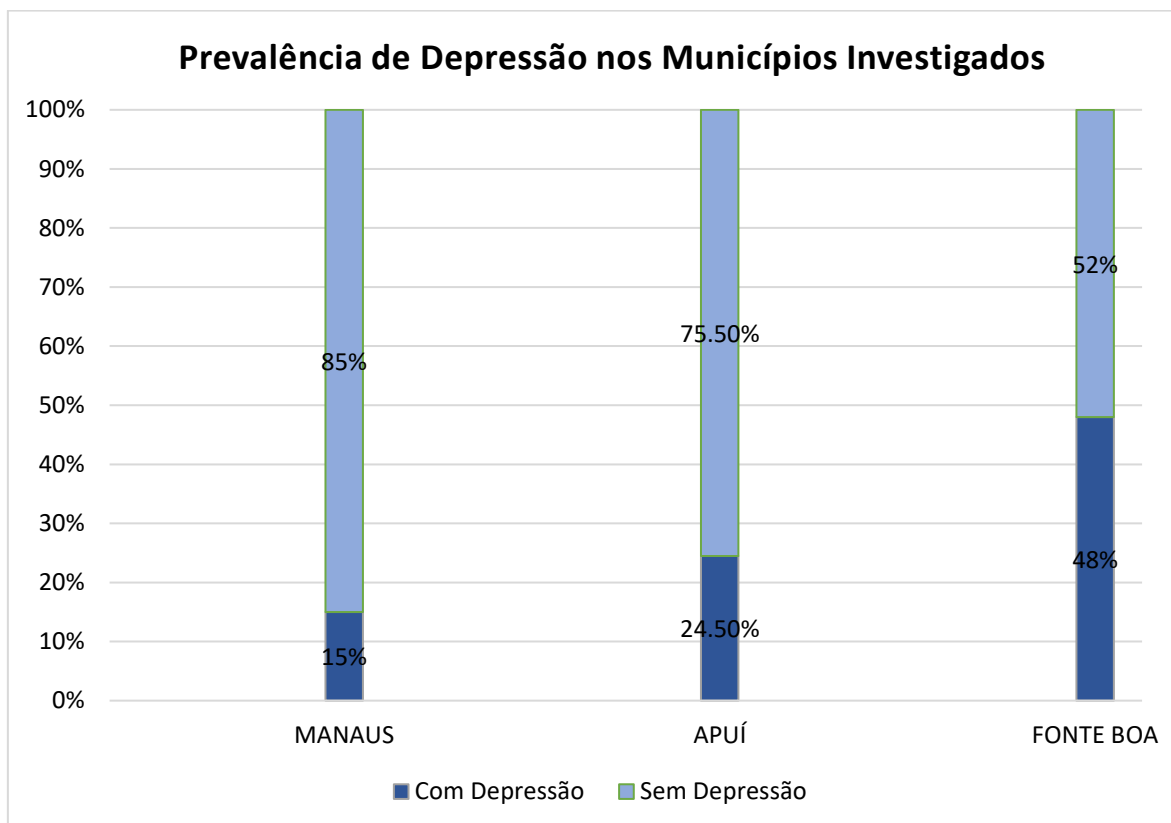


Figura 12 – Percentual da Prevalência de Depressão no Municípios Investigados.

Na prevalência de depressão dos municípios avaliados, constatou-se uma grande diferença entre o município que apresenta maior desenvolvimento, Manaus, em relação aos municípios de Apuí e Fonte Boa.

Podendo identificar diferenças significativas na prevalência de depressão entre os municípios estudados $X^2(2, n= 701) = 74.1, p<.001$.

4.1.2 Investigar as relações entre a qualidade de vida e a depressão.

Tabela 3 - Correlação entre Atividade Física e Depressão e Qualidade de Vida e Depressão

	Componente Física		Componente Mental		Qualidade de Vida SF12	
	r	p	r	p	r	p
Atividades Domésticas	-.104*	.006	-.070	.065	-.097*	.010
Atividades Desportivas	.258**	< .001	.167**	< .001	.237**	< .001
Atividades de Tempos Livres	.131**	< .001	.100*	.008	.130*	.001
BaeckeVoorrips1991	.231**	< .001	.163**	< .001	.221**	< .001

* $p < .05$; ** $p < .001$

Na Tabela 3, a relação entre as dimensões da atividade física (atividades domésticas, desportivas e tempos livres) e a qualidade de vida relacionada com a saúde física e mental foram investigadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson. Verificou-se uma correlação significativa, fraca e negativa entre a dimensão atividades domésticas e a qualidade de vida (score total e componente física), $-.104 \geq r \leq -.097$, $p < .010$, indicando que níveis mais elevados de atividade física na dimensão doméstica estavam associados a scores mais baixos da qualidade vida, componente física e score total. Resultados contrários foram verificados na direção das associações entre o score das atividades desportivas, dos tempos livres e score total de atividade física com a qualidade de vida. Verificou-se uma associação significativa, fraca-a-moderada e positiva entre cada uma das dimensões da atividade física (desportiva e tempos livres) e score total com a qualidade de vida relacionada com saúde física, mental e score total ($.100 \geq r \leq .258$, $p < .008$). Estes resultados indicam que scores

mais elevados de prática desportiva, atividades de tempos livres e score total de atividade física, estavam associadas a níveis superiores da qualidade de vida física, mental e score total.

4.1.3 Investigar as relações entre a atividade física e a depressão.

Tabela 4 – Correlação entre Atividade Física e Depressão

	Score na Escala Geriátrica de Depressão	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Atividades Domésticas	.116**	.002
Atividades Desportivas	-.222**	< .001
Atividades de Tempos Livres	-.153**	< .001
BaeckeVoorrips1991	-.230**	< .001
Componente Física	-.415**	< .001
Componente Mental	-.434**	< .001
Qualidade de Vida – SF12	-.479**	< .001

**A correlação é significativa no nível .001 (2-tailed).

Na Tabela 4, a relação entre as dimensões da atividade física (atividades domésticas, desportivas e tempos livres) e o score de depressão (avaliado através da escala geriátrica de depressão) foram investigadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson. Relativamente à dimensão das atividades domésticas da atividade física, verificou-se uma correlação significativa, fraca e positiva entre a dimensão atividades domésticas e o score de depressão $r = .116$; $p = .002$, indicando que níveis mais elevados de atividade física na dimensão doméstica estavam associados a scores mais elevados de depressão. Resultados opostos foram verificados nas dimensões atividades desportivas, atividades de tempos livres e score total de atividade física. Verificou-se uma associação significativa, fraca-a-moderada

e negativa entre cada uma das dimensões da atividade física (desportiva e tempos livres), o score total de atividade física e o score de depressão ($-.153 > r < -.230$; $p < .001$). Estes resultados indicam que scores mais elevados de prática desportiva, atividades de tempos livres e score total de atividade física estavam associados a scores mais baixos de depressão. Finalmente, foi investigada a associação entre a qualidade de vida (componentes física, mental e score total) e o score de depressão. Verificou-se uma correlação significativa, moderada-a-forte e negativa entre cada dimensão da qualidade de vida relacionada com a saúde e o score de depressão ($-.415 > r < .479$; $p < .001$), indicando que níveis mais elevados de qualidade de vida nas componentes física, mental e score total estavam associadas a valores mais baixos de depressão.

4.2 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência de depressão numa amostra de pessoas idosas do estado do Amazonas, tendo em consideração o género, a idade, a área de residência, o estatuto socioeconómico e o estado civil, assim como investigar as relações entre a AF e a depressão, entre a QV e a depressão. Os transtornos depressivos ocasionam um grave problema de saúde pública em decorrência da sua alta prevalência, repercutindo assim na saúde geral e no impacto psicossocial. Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V, (2013) são critérios para diagnóstico de depressão: estado deprimido (a maior parte do tempo, sentir-se deprimido); anedonia: perda de prazer para realizar as atividades de rotina ou interesse diminuído; sensação de inutilidade ou culpa em excesso; dificuldade em concentrar-se: habilidade constantemente diminuída para pensar e concentrar-se; perda de energia ou fadiga; distúrbios do sono: insónia contante, praticamente diárias; problemas relacionados à psicomotricidade: agitação ou retardo psicomotor; perda

ou ganho de peso, na ausência de regime alimentar; pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Segundo a figura 7 que apresenta os resultados da prevalência da depressão, verificou-se um percentual em relação à população deste estudo de 28.80%, apresentaram depressão e 71.20% não apresentaram depressão. Pesquisas apontam como uma das doenças mentais que mais atinge os idosos. Segundo o IBGE (2019), pessoas com idades entre 60 e 64 anos representam a faixa etária com maior proporção 11,1%, entre os 11,2 milhões de brasileiros diagnosticados com a doença e este índice vem aumentando com o passar dos anos.

A depressão e a sua relação com o gênero, é uma área de grande interesse e que suscita a curiosidade dos investigadores na busca de respostas para o esclarecimento deste assunto. Segundo Rombaldi (2010) e Munhoz (2012), através de estudos epidemiológicos sustentam a informação de que a depressão é aproximadamente duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens. Os mesmos estudos têm procurado avaliar os fatores explicativos para essa diferença e salientam como fatores mais relevantes as diferenças fisiológicas e hormonais, baixa renda, baixo nível de escolaridade, questões socioculturais, além de diferentes formas de lidar com situações consideradas stressantes. Os resultados do presente estudo, através do teste do qui-quadrado para medidas independentes indicou não haver diferenças com significado estatístico na prevalência de depressão entre homens e mulheres $X^2(1, n= 701) = .219, p=.640$.

De acordo com um estudo realizado por (Minghelli et al., 2013), com 72 idosos, sendo 29 do sexo masculino, e 43 do sexo feminino com idade entre 65 e 96 anos, identificou que o nível socioeconômico, baixo nível de escolaridade e incapacidade funcional são considerados fatores exógenos, capazes de contribuir para a ocorrência de depressão entre

os idosos. Comparando com a amostra do estudo em questão, onde a mesma compreende um número bem mais expressivo quantitativamente de idosos, constatou-se que os resultados não se distanciam de outras pesquisas, ou seja, a prevalência de depressão em pessoas idosas com ESSE alto será inferior às que apresentam ESSE baixo. Podendo ser confirmado com o teste do qui-quadrado para medidas independentes, que indicou diferenças significativas na prevalência de depressão entre as categorias socioeconômicas $X^2(1, n= 697) = 19.3, p<.001$.

Segundo Irigaray e Schneider (2007), a viuvez, a solidão e as mudanças nos papéis sociais frequentemente, podem ocasionar diminuição da autoestima, do ritmo das atividades e do interesse pelo dia a dia, sendo esses fatores preponderantes de risco para o desencadeamento de sintomatologia depressiva no idoso. No nosso estudo, verificou-se que a percentagem mais alta de depressão 31.10%, considerando o estado civil foram nos idosos viúvos. Estes resultados são justificados em parte pelas questões relacionadas com a solidão, a perda, o abandono muitas das vezes ocasionado pela própria família. E ao compararmos com estudos como o de Gato et al. (2018), em que o mesmo relata que idosos associados estatisticamente ao estado civil viúvo, apresentaram um percentual de 61.5% de depressão, percebe-se assim, um valor bem mais elevado do que os achados do nosso estudo, no qual o teste do qui-quadrado para medidas independentes indicou não haver diferenças com significado estatístico na prevalência de depressão entre as categorias do estado civil $X^2(3, n= 701) = .776, p=.855$.

Segundo Dias (2013) um dos maiores trunfos da humanidade, é o envelhecimento populacional, conseqüentemente um dos principais desafios da atualidade por ocasionar crescentes demandas sociais e econômicas a nível mundial. Essa alteração demográfica, proveniente do declínio das taxas de fertilidade associado à crescente longevidade, vem afetando de maneira distinta as diferentes nações. À medida que nos países desenvolvidos

esse processo resultou em melhorias nas condições gerais de vida da população, nos países em desenvolvimento o aumento de idosos vem ocorrendo de forma mais acelerada, sem o acompanhamento de uma adequada reorganização social e da saúde (Sampaio et al., 2009). Na prevalência de depressão dos municípios avaliados, constatou-se uma grande diferença entre o município de Manaus, que apresentou maior desenvolvimento a nível da renda per capita, de assistência à saúde e das taxas de escolarização, em relação aos municípios de Apuí e Fonte Boa. Resultados comprovados com o teste do qui-quadrado para medidas independentes, indicando diferenças significativas na prevalência de depressão entre os municípios estudados $X^2 (2, n= 701) = 74.1, p<.001$. Verificando assim, a falta de acessibilidade, os distanciamentos dos grandes centros urbanos e conseqüentemente um baixo investimento dos órgãos governamentais nos setores básicos de saúde, educação e infraestrutura nos municípios de Apuí e Fonte Boa.

Quando a correlação se baseia entre QVRS e o score de depressão, obtém-se níveis mais baixos de depressão ao associar elevados níveis de QV nas componentes física e mental. Possibilitando melhorar significativamente o envelhecimento ativo da população idosa, beneficiando o estado de saúde geral, motivação para a vida e, por conseguinte, uma maior QV (Guimarães, Scotti, Soares, Fernandes & Machado, 2012).

O termo QV e sua associação a multidimensionalidade da pessoa idosa, ainda é visto de forma muito subjetiva diante do contexto social em que se vive. Com base nos dados coletados e descritos neste trabalho, percebe-se que a idealização de um padrão de QV satisfatório na terceira idade abrange a colaboração de vários componentes da vida do idoso. A análise realizada em relação à QV sofrerá modificações de acordo com os fatores sociais, culturais e económicos de cada pessoa, sendo que o fator primordial para sua aquisição

dependerá da visão de vida e de como cada indivíduo desenvolve suas vivências pessoais (Lopes, Araújo & Nascimento, 2016).

Os achados indicam que scores mais elevados de prática desportiva, atividades de tempos livres e score total de AF, estavam associadas a níveis superiores da QV física, mental e score total. Resultados opostos são apresentados quando correlacionamos às atividades domésticas e a QV, pois sugerem uma correlação significativa, fraca e negativa. Portanto, é de extrema importância reiterar que para se alcançar níveis elevados de QV, os idosos precisam de uma participação social ativa, do incentivo familiar, do desenvolvimento de suas capacidades funcionais e das políticas públicas eficazes, para que assim desenvolvam suas componentes físicas, mentais e sociais, saindo do isolamento e mudando suas rotinas diárias, que podem ir muito além dos exaustivos afazeres domésticos.

A aplicabilidade de atividades físicas enquadradas de moderadas à intensas, possibilitarão aos idosos uma redução no score depressão. Comparando a estudos como o de Antunes e colaboradores (2014) que teve como objetivo investigar os diferentes tipos de exercícios físicos nos scores depressivos em idosos, constatou-se que praticantes de exercícios com maior intensidade, onde há uma predominância do aumento metabólico aeróbio, apresentaram diminuição nos escores de depressão, percebendo assim, uma ligação positiva entre os estudos. Resultados semelhantes foram encontrados no trabalho de Santos (2019), sugerindo AF de média intensidade no combate à depressão e na melhoria da QV.

No intuito de solidificar a importância da AF na melhoria da QV e conseqüentemente na diminuição dos aspectos relacionados à depressão, faz-se necessário um maior investimento nos setores culturais, socioeconómicos, no nível de atividade e no apoio familiar dos idosos, desenvolvendo assim, índices satisfatórios com relação ao envelhecimento saudável.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

5. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

5.1 Conclusões

A prevalência de depressão em pessoas idosas do Estado do Amazonas é elevada e varia em função do local de residência e estatuto socioeconómico. Ou seja, as pessoas idosas com um estatuto socioeconómico mais baixo e as pessoas idosas que vivem em uma área demográfica com baixa expectativa de vida, isto é, renda per capita bem abaixo da média nacional, níveis de escolarização reduzidos e condições precárias de saneamento básico, confirmam os resultados de uma correlação significativa e negativa entre a QV e a depressão. Adicionalmente, a AF (desportiva e de tempos livres) que se relaciona positivamente com a QV, está negativamente relacionada com a depressão. Diferente das pessoas idosas com um score mais elevado de AF na componente “doméstica”, que apresentam um score mais elevado de depressão.

Pessoas idosas com um nível superior de AF apresentam scores maiores na QV; pessoas idosas com um nível superior de AF apresentam níveis mais baixos na depressão e pessoas idosas com scores maiores na QV apresentam níveis inferiores de depressão. Logo, intervenções baseadas no aumento dos níveis de AF, em particular às atividades desportivas e de tempos livres, parecem contribuir para diminuição da depressão e aumento da qualidade de vida relacionada com a saúde.

A depressão representa uma circunstância extremamente importante em idosos, pois impacta de forma direta e negativa na capacidade funcional e consequentemente na QV desses indivíduos. É uma doença que tem tratamento, e um dos mecanismos utilizados como estratégia para minimizar ou retardar o processo de envelhecimento, é a AF.

No intuito de fornecer subsídios de intervenção que respondam aos desejos e

carências da população mais idosa, julga-se necessário um aprofundamento de pesquisas, pois ainda existe uma deficiência de modelos teóricos, assim como de estudos longitudinais, que possam estabelecer de forma mais clara qual é a real relação entre o tipo, a frequência e a intensidade da AF na depressão e na QV.

5.2 Implicações Práticas

O presente estudo estabelece informações sobre as relações entre a AF, a depressão e a QV em idosos. Partindo do pressuposto que a AF está diretamente correlacionada com a diminuição dos quadros depressivos e o aumento da QV em idades avançadas, mostra-se como um dos maiores desafios atuais para os sistemas relacionados à saúde e as populações envelhecidas, podemos perceber que a constatação de fatores correlacionados permite identificar e antecipar em fases prematuras ou até mesmo possibilitar novas pesquisas como medidas preventivas na melhoria da saúde geral do idoso.

Com base nos resultados obtidos através do Projeto SEVAAI, que foram filtrados com as variáveis: AF (dimensionada em domésticas, desportivas e de tempo livre), Depressão, QV, Gênero, Idade, Estatuto Socioeconómico, Estado Civil, Área de Residência, Componentes Físicas e Mentais, foi possível desenvolver argumentos fidedignos e coerentes com o estudo, atribuindo assim uma maior atenção no delineamento das atividades propostas para a população adulta idosa, uma vez que estes indicadores têm um impacto significativo na QV desta população. Por outro lado, as correlações positivas encontradas entre a AF e a QV, bem como as correlações negativas encontradas com a depressão, alertam para uma correta adequação dos programas de intervenção ao nível da comunidade.

Sendo assim, após argumentarmos sobre essa temática tão importante, investigando

as relações entre AF e Depressão e QV, esperamos indicar que a AF, principalmente quando aplicada de maneira correta e sistematizada traga benefícios para a QV, ajudando a combater e prevenir certas doenças que fazem parte da terceira idade, inclusive a depressão. Diante de todos esses argumentos, surgem vários questionamentos. Qual seria nosso papel enquanto membro da sociedade? O que poderíamos fazer? Qual seria nossa contribuição para esse idoso que se encontra em processo de reintegração e ocupação na sociedade? Acreditamos que as atividades físicas são capazes de tirá-los da escuridão? A velhice pode tornar-se algo prazeroso, fazendo-as pessoas ativas durante toda a sua vida, diminuindo assim, as inúmeras situações e problemas que possam a vir enfrentar nessa fase.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, O.P., Almeida, S.A. (1999). *Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida*. Arq. Neuro - Psiquiatr. 57:421-426.
- American College of Sports Medicine (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Ninth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5*. 5th ed. Washington: APA.
- Anderson, M., Assis, M., Pacheco, L., Silva, E., Menezes, I., Duarte, T., Storino F., & Motta, L. (1998). *Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Textos sobre envelhecimento*, 1, 1 – 44.
- Antunes, H.K.M., Santos-Galduraz, R.F., Miranda, R.E.E.P.C., Cassilhas, R.C., Bueno, O.F.A., Mello, M.T. (2014). *The low oxygen consumption is reflected on depression scores in elderly*. Rev. Bras. de geriatria e gerontologia, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 505-515.
- Araújo, D. S. M.; Araújo, C. G. S. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Rev Bras Med Esporte - Vol. 6. Nº 5*.
- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 8(1), 15-24.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ABEP. (2003). *Critério de classificação econômica Brasil*. [Recuperado de <http://www.abep.org>].
- Ávila, R., Bottino, C.M.C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Cognitive changes update among elderly with depressive syndrome*. *Revista brasileira de psiquiatria*, São Paulo.
- Baltes, P.B., Smith, J. (2006). *Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade*. A Terceira Idade, São Paulo.
- Barbantti, E.J. (2006). Efeito da qualidade de vida em pacientes com depressão e dependência química. *Revista brasileira de atividade física e saúde*.
- Barros, R.H., Junior, E.P.G., (2013). Por uma história do velho do envelhecimento no Brasil. *CES Revista. Juiz de fora*.
- Bataglin, R. (2015). *Dança pode ser “remédio natural” contra a Depressão*. Disponível : <http://www.terra.com.br/depressão/arte-e-cultura/daça>.
- Benedetti, T.R.B. (1999). Resumo de dissertação: Idosos Asilados e a Prática de Atividade Física. *Rev. Bras. de Cineantrop. & Desemp. Hum.*, 1(1), 108.
- Boing, A.F., Melo, G.R., Boing, A.C., Moretti-Pires, R.O., Peres, K.G., Peres, M.A.

- (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(4):617-23.
- Borges, L. J.; Benedetti, T.R. (2007). Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 273-279.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D., & Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging & Human Development*, 56 (4), 269-306
- Bouchard, C., Blair, S.N., Haskell, W.L. (2007). *Physical activity and health. Human Kinetics*.
- Brum, P. C. et al. (2004). Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. *Rev. paul. Educ. Fís.*, São Paulo, v.18, p.21-31.
- Campos, A.C.V, Ferreira, E.F., Vargas, A.M.D. (2015). *Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero*. Cien Saude Colet. .
- Carreira, L. (2011). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>>
- Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). *Physical activity, exercise and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research*. Public Health Reports, 100, 126-131.
- Cheik, N.C., Reis, I.T., Heredia, R.A.G., Ventura, M.L., Tufik, S., Antunes, H.K.M., e Melo, M.T. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Rev Bras Ciênc Mov*.
- Ciolac, E. G., Guimarães, G. V (2004). Exercício físico e síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, Santo André, v. 10, n. 4.
- Ciosak, S. I., Braz, E., Costa, M. F. B. N. A., Nakano, N. G. R., Rodrigues, J., Alencar R. A., & da Rocha, A. C. A. L. (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, 45(spe2),1763-1768.
- Civinski, C., Montibeller, A., & Oliveira, A. (2011). A importância do Exercício Físico no Envelhecimento. *Revista da UNIFEDE*, 1(09).
- Coelho, F.G.de M., Gobbi, S., Costa, J.L.R., & Gobbi, L.T.B. (2013). *Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria à prática*. Curitiba (PR): CRV.
- Craft, L.L. Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms, 2004. In: Mattos, A. S. A contribuição da atividade física no tratamento da depressão. *Revista Digital de Buenos Aires*, Ano 10(79). Disponível em <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em 18/11/2019.

- Davidovic, M., Sevo, G., Svorca, P., Milosevic, D. P., Despotovic, N., & Erceg, P. (2010). Old age as a privilege of the “sel sh ones”. *Aging and Disease*, 1(2), 139-146.
- Del- Porto, A. J. Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.21, n.1, 1999.
- Domingues, P.C. & Neri, A.L. (2009). Atividade Física habitual, sintomas depressivos e doenças auto relatadas em idosos da comunidade. *Rev. Bras de Atividade Física & Saúde*, 14(3), 164-173.
- Erminda, J. (1999). *Processo de envelhecimento*. In: Departamento de edições da Formasau, O idoso-Problemas e realidades. 1º ed. Coimbra: Formasau, p 41-50.
- Faria, C. D., Teixeira-Salmela, L. F., Nascimento, V. B., Costa, A. P., Brito, N. D., & Rodrigues-De-Paula, F. (2011). Comparação dos instrumentos de qualidade de vida Perfil de Saúde de Nottingham e Short Form-36 em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(5), 399-405.
- Fernandes, W.R. (2010). *Educação em saúde da pessoa idosa: discursos oficiais e subjetivações no Município de Lages, SC*. Tese (Doutorado) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Fernandes, B.L.V. (2014) Atividade Física no processo de envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação*, n.
- Ferreira, M.C.G., Tura, L.F.R., Silva, R.C., Ferreira, M.A. (2017). Representações sociais de idosos sobre qualidade de vida. *Rev. Bras. Enferm.*
- Ferreira, L. V. et al.(2012). Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde. *Revista Contexto & Saúde*, v. 17, n. 32, p. 46-54.
- Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Del-Porto, J. A., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 114-122.
- Galper, D. et al. (2006) *Inversal association between physical inactivity and mental health in men and women*. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Hagerstown.
- Gato, J.M., Zenevicz, L.T., Madureira, V.S.F., Silva, T.G. da, Celich, K.L.S., Souza, S.S. de e Léo, M.M.F. de (2018). Salud mental y calidad de vida de personas mayores. *Avances en Enfermería*. 36, 3 (dic. 2018), 302-310.
- Giovani, A. (2008). Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 975-982. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/04.pdf>>.
- Girdwood, V. M. O., Araújo, I. S. de, & Pitanga, C. P. S. (2011). Efeito da atividade física no tratamento da depressão na mulher. *Revista Baiana de Saúde Pública*.

- Giuli, C., Papa, R., Bevilacqua, R., Felici, E., Gagliardi, C., Marcellini, F., Boscaro, M., Robertis, M., Mocchegiani, E., Faloia, E., Tirabassi, G. (2014). *Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study*. BMC Public Health.
- Gobbi, S., Corazza, D.I., Costa, J.L.R., Ueno, D. T., & Gobbi, L. T. B. (2013). *Atividade física e saúde no envelhecimento: a experiência do Programa de Atividade Física para a Terceira Idade (PROFIT)*. In: Rosa, T.E.da C., Barroso, Á.E.S., & Louvison, M.C.P. (Orgs.). *Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo*, 283-296. São Paulo (SP): Instituto de Saúde. (Temas em Saúde Coletiva, v. 14).
- Golfetti, B.C.M. R., Marin Neto, J. A., Martins, L. E. B., Junior, L.G., Mikahil, M.P.T.C., & Forti, V.M. (1995). *Atividades físicas: “remédio” cientificamente comprovado?* A Terceira Idade, 10(6), 34–43.
- González, L. A. M. (2010). 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. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/166.pdf>.
- Gouveia, E.R. (2019). “É preciso fazer mais trabalho para promoção de um envelhecimento ativo”. 3º Encontro das Universidades Sênior da Madeira.
- Gouveia, E.R., Gouveia, B.R., Ihle A., Kliegel, M., Maia, J.A., Badia, S.B., Freitas, D.L. (2017). *Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults*. Quality of Life Research.
- Gouveia, É. R., Gouveia, B. R., Maia, J. A., Blimkie, C. J., & Freitas, D. L. (2016). *Skeletal Muscle and Physical Activity in Portuguese Community-Dwelling Older Adults*. *Journal of aging and physical activity*.
- Gouveia, É.R., Maia, J.A., Beunen, G.P., Blimkie, C.J., Fena, E.M., Freitas, D.L. (2013). *Functional fitness and physical activity of Portuguese community-residing older adults*. *Journal of aging and physical activity*.
- Green, J. (2000). *Neuropsychological evaluation of the older adult: a clinician's guidebook* Estados Unidos: Academic Press.
- Guccione, A.A. (2002). *Fisioterapia geriátrica*. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo e Marcelo Alves Chagas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Guimarães, A.C.A, Scotti, A.V., Soares A, Fernandes S, Machado Z. (2012). Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*. 2012;15(4):661-70.
- Guimarães. M.A. (2010). *Teorias Biológicas do Envelhecimento*. Faculdade de Ciências Médicas.

- Guz, I. (2001). *Depressão: o que é, como se diagnostica*. (Roca, Ed.). São Paulo: Roca.
- Hallal, P.C., Victora, C.G., Wells, J.C., & Lima, R.C. (2003). *Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults*. Madison (EUA): Med Sci Sports Exerc, 35, 1894-1900.
- Hartmann Junior, A.P., Silva, R.A., Bastos, O. (2009). *Idosos institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos*. Neurobiologia, Recife, v. 72, n. 3, p. 19-30.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Greaves, C. J. & Campbell, J. L. (2011). *The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people*, Qual. Life Res.; 1:57-67.
- IBGE. (2010). *Dados do Censo Demográfico*. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31. Acesso em: 19 de novembro.
- IBGE. (2013). *Projeção da População do Brasil por idade e sexo 2000-2060*.
- IBGE. (2014). *Dados do Censo Demográfico: Brasil* - <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97744.pdf>
- IBGE. (2019). Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. *Revista Retratos*.
- IBGE. (2019). *Dados do Censo Demográfico: Brasil* - [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa 2012](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa%2012). Acesso em 20 jan 2020.
- Irigaray, T.Q. & Trentini, C.M. (2009). *Qualidade de Vida em idosas: a importância da Dimensão subjetiva*.
- Irigaray, T.Q., Schneider, R.H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev. Psiq. Rio Grande do Sul*.
- Jette, A. M. (1993). *Using health-related quality of life measures in physical therapy out research*, Phys Ther., 73(8), 528-37.
- Jin, K. (2010). Modern Biological Theories of Aging. *Aging and Disease*, 1(2), 72-74.
- Jones, C. J. (2005). Predictors of Successful Aging. In: Jones C. J., & Rose, D. J. (Eds), *Physical Activity Instruction of Older Adults*. Champaign, IL: Human Kinetics (pg. 11-21).
- Jones, C. J., & Rose, D. (2005). *Physical Activity Instruction of Older Adults*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Katz, L.L. (2003). *Fisioterapia na depressão: discussão dos efeitos da atividade física, através da cinesioterapia, em idosos com depressão unipolar leve a moderada*. Quiz Fisioterapia.com. Disponível em: <http://www.fisioterapia.com.br> .

- Lima, E.P., Assunção, A.A., Barreto, S.M. (2015). *Prevalência de depressão em bombeiros*. Cad Saúde Pública. 2015;31(4):733-43.
- Lopes, M. J., Araújo, J. L. & Nascimento, E. G. C. (2016). O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo – SP.
- Lucca, I. L. & Rabelo, H.T. (2012). Influência das atividades recreativas nos níveis de depressão de idosos institucionalizados. *Revista brasileira de ciência e movimento*, Brasília, DF.
- Malina, R., Bouchard, C., & Bar-Or, O. (2004). *Growth, Maturation, and Physical Activity*. Second edition. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Mann A. (2001). *Depression in the elderly: findings from a community survey*. *Maturitas*, 38(1): 53-8.
- Mari, F. R et al. (2016). *The aging process and health: what middle-aged people think of the issue*. *Rev. Bras. Geriatr. Geronto*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 35-44.
- Martínez-Cengotitabengoa, M., Carrascón, L., O'Brien, J.T., Díaz-Gutiérrez, M.J., Bermúdez-Ampudia, C., Sanada, K., Arrasete, M. & González-Pinto, A. (2016). *Peripheral inflammatory parameters in late-life depression: a systematic review*.
- Martinsen, E. W. (1990). *Benefits of exercise for the treatment*. *Sports Medicine*.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K.R. (2000). Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. *Revista Diagnóstico e tratamento*.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., & Barros Neto, T. L. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7(1), 2-13.
- Medeiros, J. M. L. (2010). Depressão no idoso. 31 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto.
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso>
- Mendes, M.R., Gusmão, J.L., Faro, A.C.M. & Leite, R.C.B.O. (2009). A situação social do idoso no Brasil; uma breve consideração. *Rev. Bras. Acta Paul. Enf.*
- Menezes, J. N. R. Costa, M.P.M., Iwata, A.C.N.S, Araújo, P.M., Oliveira, L.G., Souza, C. G.D. & Fernandes, P.H.P.D. (2018). A Visão do Idoso sobre o seu Processo de Envelhecimento. *Revista Contexto & Saúde*, v. 18, n. 35, p. 8-12, 2018.
- Merquiades, J.H., Agra, J.H.M., Albuquerque, K.M.D., Costa, R.C. & Navarro, A.C. (2009). A importância do exercício físico para a qualidade de vida dos idosos. *Revista Brasileira de prescrição e Fisiologia do Exercício*, São Paulo.
- Meurer, S. T.; Benedetti, T. R. B.; Mazo, G. Z. (2011). Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de

exercícios físicos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*.

- Minghelli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiq Clín.* 40(2):71-6.
- Miranda, L.C., Banhato, E.F.C. (2008). *Qualidade de Vida na terceira idade: a influência da participação em grupos*.
- Moraes, H. (2007). O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS*, v. 29, n. 1, p. 70-9.
- Munhoz, T.N. (2012). *Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional* [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas.
- Nahas, M.V. (2010). Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5. ed., *Rev. e Atual. Londrina: Midiograf*. P.318.
- Neri, A. (2005). Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea. ISBN 978-85-7516-708-3.
- Neri, A. L., Yassuda, M. S., & Cachioni, M. (2012). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papyrus.
- Nobrega, A. C. L. D., Freitas, E. V. D., Oliveira, M. A. B. D., Leitao, M. B., Lazzoli, J. K., Nahas, R. M., & Pinto, M. (1999). 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*, 5(6), 207-211.
- Oliveira, L.S.S.C.B., Souza, E. C., Rodrigues, R.A.S., Fett, C.A. & Piva, A.B. (2019). Efeitos da atividade física na ansiedade, depressão e qualidade de vida em idosos residentes na comunidade. *Psicoterapia Psicoterapêutica*. v.41, n1.
- Oliveira, H. F. R. (2016). *Esporte e qualidade de vida*. Disponível em: http://www.oliveiras.com.br/sos/mat_pos_eqv/eqv.pdf.
- Oliveira, A.C., Oliveira, N.M.D., Arantes, P.M.M. & Alencar, M.A. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam Atividade Física: uma Revisão Sistemática. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro 13(2): 301-312.
- Organização Mundial de Saúde, OMS. (2010). *Relatório sobre a saúde no Mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde, OMS (2018). *Folha informativa - Depressão*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativadepressao&Itemid=1095. Acesso em: 15 de Dezembro de 2019.
- Organização Pan-Americana. OPAS (2018). *Folha Informativa – Depressão*. março.

- Organização das Nações Unidas. (2019). ONU e as pessoas idosas. *Relatório da Organização das Nações Unidas*. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas>>. Acesso em: 27 jan 2020.
- Paterson, D.H., Stathokostas, L. (2002). Physical activity, fitness and gender in relation to morbidity, survival, quality of life and independence in older age. In: Shephard RJ (org.). *Gender, Physical Activity and Aging*. Boca Raton, Florida: CRC Press, 99-120.
- Pereira, L. A., Pereira, A. V. da S., & Morelli, G. A. S. (2006). A importância do lazer na terceira idade: um estudo de caso em Ribeirão Preto. *Revista Digital de Buenos Aires*.
- Pereira, D.F. (2016). *As fronteiras da depressão: um possível diálogo de Freud e Beck*. Psicologia. pt, Portugal. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0979.pdf>.
- Posicionamento Oficial conjunto da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (1999). realizada em Curitiba-PR.
- Queiroz, B. M., Coqueiro, R. S., Leal, J. S. Neto, Borgatto, A. F., Barbosa, A. R., Fernandes, M. H. (2014). *Inatividade Física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional*. Ciência Saúde Coletiva. 19 (8): 3489-96.
- Rajeski, W.J., Craven, T., Ettinger, W.H.Jr., McFarlane, M., & Shumaker, S. (1996). *Selfefficacy and pain in disability with osteoarthritis of the knee*. J Gerontol B Psychol Sci Soc, 51(1), 24-29.
- Reis, J. S. M. da S. (2012). *Atividade Física: um complemento a considerar no tratamento da depressão*. Dissertação de Mestrado em Medicina apresentada à Universidade da Beira interior. Covilhã.
- Ribeiro, E. E. Envelhecimento. RJ: UnATI/UERJ. (2008). Ritchie, K., Touchon, J., Ledesert, B., Leibovici, D., & Gorce, A. M. (1997). *Establishing the limits and characteristics of normal age-related decline*. Rev. Epidemiol Sante Publique, 45, 378-81.
- Rombaldi AJ, Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. (2010) Prevalência e Fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*, 13(4):620-9.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. A., Lattorre, M. R. D., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. de Saúde Pública*, 37 (1), 40-48
- Safrit, M. (1990). The validity and reliability of fitness tests for children: A review. *Pediatric Exercise Science*, 2(1), 9-28.
- Sajid, M. S., Tonsi, A., Baig, M. K. (2008). Health-related quality of life measurement.

International Journal of Health care Quality Assurance, 21(4). 365-73.

- Santana, A. J.; Barboza Filho, J. C. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em Idosos institucionalizados na cidade de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, n. 1, p. 134-146, 2007.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M.E.R.M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino- -Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764
- Santos, S. C.; Knijnik, J. D. (2006). Motivo de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária I. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, Ano 5, número 1.
- Santos, M.C.B. (2019). O exercício físico como auxiliar no tratamento da depressão. *Rev. Bras. de Fisiologia do Exercício*. 18(2); 108-115.
- Schuch, F. B., & Fleck, M. P. de A. (2013). *Is Exercise an efficacious treatment for depression? A comment upon recent negative findings*. *Frontiers in Psychiatry*.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., & Fleck, M. P. (2018). *Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies*. *American Journal of Psychiatry*, appi-ajp.
- Silva, N. et al. (2014) Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 13, n. 2.
- Souza, C. V. (2013). Exercício Físico e Depressão. portalnatural.com.br. Retrieved December. from <http://www.portalnatural.com.br/vidasaudavel/saude-e-bem-estar/exercicios-fisicos-e-depressao>
- Spiriduso, W., Francis, K., & MacRae, P. (1996). *Physical dimensions of aging*. Virgínia: Human Kinetics.
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Barueri (SP): Manole.
- Sposito, G., Neri, A. L., Yassuda, M. S. (2016). *Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study – UNICAMP*. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro.
- Straub, R.O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem Biopsicossocial*. 3ª edição.
- Strohle, A. (2009). *Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders*. *J Neural Transm* 116(6): 777-7894.
- Tonini, T. (2006). *Gerontologia atuação da enfermagem no processo de envelhecimento*. 1ª ed. São Caetano do Sul, SP.
- Tinoco A., Kliegel M., Machado F., Odím A., Patriarca B., Jurema J., Freitas D., Ihle A.,

- Gouveia, E.R. (2016). Correlates of Cognitive Function in Older Adults from Amazonas, Brazil: A Pilot Study. *Revista Brasileira de Ciencia e Movimento*.
- Toscano, J. J. de O., Oliveira, A. C. C. de (2009). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v. 15, n. 3, p. 169-173.
- Vechia, R.D. (2005). Qualidade de Vida na Terceira Idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol. 8 n. 3 São Paulo.
- Vidimar, M. F., et al. (2011). *Atividade física e qualidade de vida em idosos*. Saúde e Pesquisa, maringá, v. 4, n. 3, p. 417-424.
- Vieira, J.L.L., Porcu, M., Rocha, P.G.M. (2007). A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, Paraná, v. 56, n. 1, p. 23- 28.
- Voorrips, L. E., Ravelli, A. C., Dongelmans, P. C., Deurenberg, P., & Van Staveren, W. (1999). A physical activity questionnaire for the elderly. *Medicine and Scienc in Sports and Exercise*, 23, 974-979.
- Wanderley FA, Silva G, Marques E, Oliveira J, Mota J, Carvalho J. (2011). *Associations between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health related quality of life in community-dwelling older adults*. Qual Life Res. 20(9):1371-8. doi: 10.1007/s11136-011-9875-x.
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)*. Med. Care 30 (6), 473-483.
- WHOQOL Group. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment*. Psychol Med. 1998 May;28(3):551-8.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1995). *The world health organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the World Health Organization*. Social Science and Medicine, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: Fifty-seventh World Health Assembly.
- World Health Organization. (2015). *Global health and aging*. Disponível em: http://who.int/ageing/publications/global_health.pdf. Acesso em: 17 de Dez. 2019.
- Zancha, D., Magalhães, G. B. S., Martins, J., da Silva, T. A., & Abrahão, T. B. (2013). *Conhecimento dos Professores de Ed. Física Escolar Sobre a Abordagem Saúde Renovada e a Temática Saúde*. Conexões: Rev. da Fac. de Ed. Fís. UNICAMP.

ANEXO 1



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: Projeto SEVAAI - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - COORDENAÇÃO DE CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Pesquisador: Jefferson Jurema

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 56519616.6.0000.5016

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 1.599.258

Apresentação do Projeto:

Os avanços tecnológicos das sociedades ditas desenvolvidas têm sido corresponsabilizados por uma diminuição significativa dos níveis de actividade física diária e aptidão. Este fato tem despoletado um aumento da hipocinésia cujas consequências são visíveis no aumento de condições diferenciadas de morbilidade e diminuição da qualidade de vida. O objectivo central deste estudo é, analisar variação e covariação do estilo de vida, da aptidão física, da função cognitiva, da qualidade de vida relacionada com a saúde, da síndrome metabólica e da composição corporal em adultos e adultos idosos residentes na comunidade do Estado do Amazonas, Brasil. A amostra do presente estudo será composta por adultos idosos do estado do Amazonas com idade compreendida entre os 60 e os 90 anos de idade e Adultos entre os 18 e os 49 anos de idade com a matrícula feita no curso de Educação para jovens e adultos no ano letivo 2016-2017 da região de Manaus, frequentando a disciplina de Educação Física. No total, 1300 adultos idosos dos municípios de Manaus, Fonte Boa, Apuí, e Tonantins e 720 Adultos das regiões Leste I e Leste II, Oeste, Centro Sul, Sul e Norte de Manaus serão avaliados. Além dos critérios de inclusão descritos anteriormente, os participantes deverão ser autónomos e independentes na realização das actividades de vida diária, e não reportar problemas de saúde que sejam considerados contraindicações absolutas à prática de actividade física. Relativamente às variáveis, serão estudados os seguintes parâmetros: Estado Mental e Função Cognitiva; Função Física; Parâmetros Clínicos Gerais; Antropometria; Actividade Física; Qualidade de Vida Relacionada; Estado de Saúde Geral; Avaliação Nutricional; Estatuto Socioeconómico; Satisfação Social; Depressão; Autonomia, Rede Social; Equilíbrio e Mobilidade; e Aptidão Física. Essas variáveis coletadas serão tabuladas e analisadas pelo programa Microsoft Excel 2010 e SPSS v23. Este estudo é de grande relevância para o desenvolvimento de novas metodologias e estratégias de intervenção ao nível da comunidade, com vista à modificação de comportamentos considerados de risco e à adoção de estilos de vida mais saudáveis. Esta recolha de informação de carácter epidemiológico vai permitir compreender, intervir e transformar estilos de vida que potenciem o risco de doença e condições crónicas por fatores de risco modificáveis.

Objectivos da Pesquisa:

Objectivo Primário: Estudar a variação e covariação da aptidão física, do estilo de vida, da função cognitiva, da qualidade de vida relacionada com a saúde, da síndrome metabólica e da composição corporal em adultos e adultos idosos residentes na comunidade do Estado do Amazonas, Brasil. Objectivo Secundário: 1. Caracterizar a aptidão física relacionada com a saúde, os estilos de vida, a percepção da qualidade de vida e a função cognitiva (memória prospectiva, memória verbal a curto prazo, memória de trabalho, fluência verbal, raciocínio indutivo e memória verbal a longo prazo) em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; 2. Analisar as inter-relações entre aptidão física, actividade física e a qualidade de vida relacionada com a saúde física e mental em adultos e adultos

idosos residentes na comunidade; 3. Analisar as relações entre o estilo de vida, a aptidão funcional e o nível de autonomia (física e instrumental) da população adulta idosa; 4. Descrever as relações entre autonomia física e instrumental e a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos idosos; 5. Estudar as inter-relações entre estilos de vida, aptidão física e função cognitiva em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; 6. Identificar os preditores da aptidão física, da função cognitiva, da síndrome metabólica e da composição corporal em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; 7. Analisar as relações entre a actividade física, aptidão física e a síndrome metabólica em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; 8. Estimar a prevalência da síndrome metabólica em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; 9. Estimar a prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos e adultos idosos residentes na comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Nenhum

Benefícios: Este estudo é de grande relevância para o desenvolvimento e implementação de programas focados na adoção de estilos de vida mais saudáveis, assim como a identificação de grupos vulneráveis. Os resultados deste estudo permitirão compreender, intervir e transformar comportamentos com influência direta na saúde, na manutenção das actividades de vida diária, na qualidade de vida e na procura de comportamentos de saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 20 de Junho de 2016

Assinado por:

Manoel Luiz Neto (Coordenador)

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777 Bairro: chapada CEP: 69.050-030 UF: AM Município: MANAUS Telefone: (92)3878-4368 Fax: (92)3878-4368 E-mail: cep.uea@gmail.com

ANEXO 2



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do estudo: “Saúde, Estilo de Vida e Aptidão em Adultos e Adultos Idosos do Amazonas”

Investigadores responsáveis: Jefferson Jurema e Maria Antonieta de Campos Tinôco.

Instituições de acolhimento: Universidade do Estado do Amazonas (UEA); Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas (IFAM), Brasil; Universidade da Madeira (UMa), Portugal.

Objectivos do estudo: Estudar a variação e covariação da aptidão física, do estilo de vida, da função cognitiva, da qualidade de vida relacionada com a saúde, da síndrome metabólica e da composição corporal em adultos e adultos idosos residentes na comunidade do Estado do Amazonas, Brasil.

Procedimentos: Foi convidado(a) a participar numa experiência científica de um grupo de investigação da Universidade do Estado do Amazonas. A avaliação terá lugar no Departamento de Educação Física e Desporto do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas. Para completar o estudo, são necessárias, aproximadamente 3 horas. Para o procedimento, em primeiro lugar, vamos implementar um conjunto de questionários sobre a actividade física e outros estilos de vida, o estado geral de saúde, a qualidade de vida, a nutrição, a função cognitiva, autonomia e a rede social. Estes questionários serão preenchidos em formato de entrevista. Depois do preenchimento dos questionários, realizará alguns testes de aptidão funcional relacionada com a saúde, recomendados para a sua idade. Todos os testes serão aplicados por Professores de Educação Física. Finalmente, será agendada com o Laboratório de Análises Clínicas São José, a recolha sanguínea por punção venosa para estudar os triglicéridos e o colesterol. Todos os dados recolhidos nos questionários e respectivos testes, serão processados de tal forma que a sua privacidade será sempre protegida.

Requerimentos para a participação: A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar no estudo. Caso concorde em participar é importante ter conhecimento de que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência. No caso de decidir abandonar o estudo, a sua relação com a Universidade do Estado do Amazonas, com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas (IFAM), assim como com o centro/instituição que frequenta, não será de modo algum afetada. É considerado elegível a participar neste estudo, se não sofrer de alguma doença ou condição médica, que possa pôr em risco a sua integridade física. Contudo, se o impedimento for específico a um parâmetro de avaliação, poderá participar nos restantes.

Riscos: O risco associado com a sua participação neste estudo é idêntico ao encontrado na realização normal de uma aula de Educação Física, ou o referente à realização das suas actividades domésticas. Nenhum dos procedimentos representa qualquer tipo de risco para a sua saúde. No final da sessão de avaliação, poderá sentir um ligeiro cansaço ou fadiga muscular, habitual após a realização das actividades domésticas de casa, e que desaparece ao fim de uma semana.

Benefícios: Este estudo é de grande relevância para o desenvolvimento e implementação de programas focados na adoção de estilos de vida mais saudáveis, assim como a identificação de grupos vulneráveis. A sua participação é determinante para compreender, intervir e transformar comportamentos com influência direta na qualidade de vida e na manutenção das actividades de vida diária. Todos os participantes têm acesso aos seus resultados pessoais. A eventual deteção de valores anómalos nos parâmetros de avaliação ser-lhe-á comunicada.

Confidencialidade: Ao concordar participar neste estudo, compreende e concorda que o grupo de investigação da Universidade do Estado do Amazonas pode ser obrigado a divulgar o seu formulário de consentimento, dados e

outras informações pessoalmente identificáveis como exigido por lei, regulação, intimação ou ordem judicial. A sua privacidade vai ser mantida da seguinte maneira: dados e outras informações recolhidas durante este estudo poderão ser utilizadas pelo grupo de investigação da Universidade do Estado do Amazonas e publicadas e/ou divulgadas apenas para fins de investigação. No entanto, as suas informações pessoais nunca serão reveladas em qualquer publicação ou divulgação dos resultados da pesquisa. Cada participante terá um número de identificação pessoal que permitirá manter a sua privacidade. As informações pessoais dos participantes serão destruídas depois de finalizadas todas as análises previstas nesta investigação.

Direitos: A equipe de investigadores assume a responsabilidade pelo desenvolvimento da investigação e comprometem-se a disponibilizar-se para responder a qualquer dúvida e a respeitar os princípios éticos. Para qualquer questão relacionada com a sua participação neste estudo, por favor, contactar: Maria Antonieta de Campos Tinóco no Departamento de Educação Física e Desporto do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas - Avenida Sete de Setembro, 1975 - Centro - Tel: (92) 36216700 — 981126600 - Manaus - Amazonas - Brasil.

Consentimento informado para a participação no estudo SEVAAI-AMAZONAS

Eu, _____, compreendo que todas as informações obtidas no estudo “Saúde, Estilo de Vida e Aptidão em Adultos e Adultos Idosos do Amazonas” pertencem à equipa de investigação responsável. Dou o meu consentimento para a recolha dos meus dados (*i.e.*, questionários sobre o estilo de vida, saúde, função cognitiva, autonomia, rede social, testes de aptidão e análises sanguíneas), que serão armazenados e processados para avaliação científica. Compreendo toda a informação contida neste documento, tendo-me sido dada oportunidade de esclarecer satisfatoriamente todas as questões que apresentei. Tive o tempo necessário para decidir sobre a minha participação neste estudo, e sendo assim, com a minha participação e recolha de informação. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Investigador Responsável

Data

ANEXO 3



Da: Coordenação do Curso de Educação Física

Professor Doutor Jefferson Jurema

À: Universidade Aberta da Terceira Idade

Professor Doutor Euler Esteves Ribeiro

Assunto: Carta de Anuência (Pede)

Manaus, 18 de Setembro de 2015.

A professora Maria Antonieta de Campos Tinôco vem desenvolvendo pesquisa de mestrado desde o ano de 2015 no âmbito de Convênio entre a Universidade da Madeira e a Universidade do Estado do Amazonas.

O universo de pesquisa foi realizado em várias instituições de atendimento ao idoso, entre elas está UnATI. O título do projeto de investigação é: Saúde, Estilo e Vida e Aptidão em Adultos e Adultos Idosos do Amazonas – SEVAAI. Os objetivos foram: Estudar a variação e covariação da aptidão física, do estilo de vida, da função cognitiva, da qualidade de vida relacionada com a saúde, da síndrome metabólica e da composição corporal em adultos e adultos idosos residentes na comunidade do Estado do Amazonas, Brasil. Como a pesquisa foi de grande impacto gerando quatro dissertações de mestrado e uma de doutorado, optamos pelos seguintes objetivos secundários: Caracterizar a aptidão física relacionada com a saúde, os estilos de vida, a percepção da qualidade de vida e a função cognitiva (memória prospectiva, memória verbal à curto prazo, memória de trabalho, fluência verbal, raciocínio indutivo e memória verbal a longo prazo) em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; Analisar as inter-relações entre aptidão física, atividade física e a qualidade de vida relacionada com a saúde física e mental em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; Analisar as relações entre o estilo de



Escola Superior de Ciências da Saúde
Av. Carvalho Leal, N. 1777, Cachoeirinha,
CEP: 69065-001 / Manaus-AM
www.uea.edu.br



vida, a aptidão funcional e o nível de autonomia (física e instrumental) da população adulta idosa; Descrever as relações entre autonomia física e instrumental e a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde em adultos idosos; Estudar as inter-relações entre estilos de vida, aptidão física e função cognitiva em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; Identificar os preditores da aptidão física, da função cognitiva, da síndrome metabólica e da composição corporal em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; Analisar as relações entre a atividade física, aptidão física e a síndrome metabólica em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; Estimar a prevalência da síndrome metabólica em adultos e adultos idosos residentes na comunidade; Estimar a prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos e adultos idosos residentes na comunidade.

Diante do exposto, solicito sua anuência para a realização desta pesquisa no espaço físico da UnATI, bem como a aplicação dos instrumentos da atividade de campo para a obtenção de resultados e posteriores conclusões. Nesse contexto, a UnATI será a parceira de número três entre as instituições de Ensino Superior.

Prof^o Doutor Jefferson Jurema
CREF: 081327/GAM

Orientador: Prof^o Doutor Jefferson Jurema

Maria Antonieta de C. Tinôco

Maria Antonieta de C. Tinôco

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE

Prof. Dr. Euler Esteves Ribeiro
02/04/2014 18:31 AM

Prof^o. Doutor Euler Esteves Ribeiro
Diretor Geral UnATI/UEA

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

Escola Superior de Ciências da Saúde
Av. Carvalho Leal, N. 1777, Cachoeirinha,
CEP: 69065-001 / Manaus-AM
www.uea.edu.br

ANEXO 4

Número de Identificação – IDNR			
Cidade	Bairro.	Ano Nasc.	N.º de Avaliação

Actividade Física - Baecke Modificado para Idosos (Voorrips et al., 1991)

ACTIVIDADES DOMÉSTICAS

1. Costuma fazer trabalho doméstico leve (varrer, lavar loiça, reparar roupas, etc)?

Nunca (\leq 1vez por mês)	às vezes (apenas quando o parceiro ou outra ajuda não estão disponível)	AD1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	
Muitas vezes (algumas vezes ajudado pelo parceiro ou outra ajuda)	sempre (só, ou com parceiro)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	3	

2. Costuma fazer trabalho doméstico pesado (lavar o chão e janelas, transportar saco do lixo, etc.)?

Nunca (\leq 1vez por mês)	às vezes (apenas quando o parceiro ou outra ajuda não estão disponível)	AD2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	
Muitas vezes (algumas vezes ajudado pelo parceiro ou outra ajuda)	sempre (só, ou com parceiro)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	3	

3. Para quantas pessoas cuida da casa (incluindo a sua pessoa; responda 0 se escolheu 'nunca' na questão 1 e 2).

AD3

4. Quantos quartos mantém limpos, incluindo a cozinha, quartos de dormir, garagem, casa de banho, sótão, etc.?

Nunca faço trabalho doméstico	1 a 6 quartos	7 a 9 quartos	\geq 10 quartos	AD4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	

5. Se em mais de um quarto, em quantos andares faz limpeza? (responda 0 se respondeu 'nunca' na questão 4).

AD5

6. Costuma cozinhar ou ajudar na preparação das refeições?

Nunca	algumas vezes (1 ou 2 vezes por semana)	muitas vezes (3-5 vezes por semana)	sempre (\leq 5 vezes por semana)	AD6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	

7. Quantos lanços de escadas costuma subir por dia? (1 lanço de escadas= 10 escadas).

Nunca subo escadas	1 a 5	6-10	\geq 10	AD7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	

8. Se, se deslocar na sua cidade, que tipo de transporte usa?

Nunca saio	carro	transporte público	bicicleta	AD8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	



Número de Identificação – IDNR				
Cidade	Bairro	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

9. Com que frequência costuma sair para fazer compras?

Nunca saio 0
 1 vez por semana 1
 2 a 4 vezes por semana 2
 todos os dias 3
 AD9

10. Se sair para fazer compras, que tipo de transporte usa?

Nunca saio 0
 carro 1
 transporte público 2
 bicicleta 3
 a pé 4
 AD10

ADesp.1

ACTIVIDADES DESPORTIVAS

Pratica algum desporto?
 Sim 1
 Não 0
 ADesp.1_1

-Qual é o desporto?

-Quantas horas por semana?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 7-8	<input type="checkbox"/> ≥8
<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.5	<input type="checkbox"/> 3.5	<input type="checkbox"/> 4.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 6.5	<input type="checkbox"/> 7.5	<input type="checkbox"/> 8.5

ADesp.1_2

-Quantos meses por ano?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> ≥9
<input type="checkbox"/> 0.04	<input type="checkbox"/> 0.17	<input type="checkbox"/> 0.42	<input type="checkbox"/> 0.67	<input type="checkbox"/> 0.92

ADesp.1_3

ADesp.2

Pratica um segundo desporto?
 Sim 1
 Não 0
 ADesp.2_1

-Qual é o desporto?

-Quantas horas por semana?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 7-8	<input type="checkbox"/> ≥8
<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.5	<input type="checkbox"/> 3.5	<input type="checkbox"/> 4.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 6.5	<input type="checkbox"/> 7.5	<input type="checkbox"/> 8.5

ADesp.2_2

-Quantos meses por ano?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> ≥9
<input type="checkbox"/> 0.04	<input type="checkbox"/> 0.17	<input type="checkbox"/> 0.42	<input type="checkbox"/> 0.67	<input type="checkbox"/> 0.92

ADesp.2_3

ATL1

ACTIVIDADES DE TEMPOS LIVRES

Pratica outra actividade fisicamente activa?
 Sim
 Não
 ATL1_1

-Qual é o desporto?

-Quantas horas por semana?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 7-8	<input type="checkbox"/> ≥8
<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.5	<input type="checkbox"/> 3.5	<input type="checkbox"/> 4.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 6.5	<input type="checkbox"/> 7.5	<input type="checkbox"/> 8.5

ATL1_2

-Quantos meses por ano?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> ≥9
<input type="checkbox"/> 0.04	<input type="checkbox"/> 0.17	<input type="checkbox"/> 0.42	<input type="checkbox"/> 0.67	<input type="checkbox"/> 0.92

ATL1_3



Número de Identificação – IDNR				
Cidade	Bairro	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Pratica uma 2ª actividade fisicamente activa? 1 Sim 0 Não **ATL2**

ATL2_1

-Qual é a actividade? _____

-Quantas horas por semana?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 7-8	<input type="checkbox"/> ≥8
<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.5	<input type="checkbox"/> 3.5	<input type="checkbox"/> 4.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 6.5	<input type="checkbox"/> 7.5	<input type="checkbox"/> 8.5

-Quantos meses por ano?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> ≥9	ATL2_3
<input type="checkbox"/> 0.04	<input type="checkbox"/> 0.17	<input type="checkbox"/> 0.42	<input type="checkbox"/> 0.67	<input type="checkbox"/> 0.92	

ATL2_2

Pratica uma 3ª actividade fisicamente activa? 1 Sim 0 Não **ATL3**

ATL3_1

-Qual é a actividade? _____

-Quantas horas por semana?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 7-8	<input type="checkbox"/> ≥8
<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.5	<input type="checkbox"/> 3.5	<input type="checkbox"/> 4.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 6.5	<input type="checkbox"/> 7.5	<input type="checkbox"/> 8.5

-Quantos meses por ano?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> ≥9	ATL3_3
<input type="checkbox"/> 0.04	<input type="checkbox"/> 0.17	<input type="checkbox"/> 0.42	<input type="checkbox"/> 0.67	<input type="checkbox"/> 0.92	

ATL3_2

Pratica uma 4ª actividade fisicamente activa? 1 Sim 0 Não **ATL4**

ATL4_1

-Qual é a actividade? _____

-Quantas horas por semana?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 7-8	<input type="checkbox"/> ≥8
<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.5	<input type="checkbox"/> 3.5	<input type="checkbox"/> 4.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 6.5	<input type="checkbox"/> 7.5	<input type="checkbox"/> 8.5

-Quantos meses por ano?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> ≥9	ATL4_3
<input type="checkbox"/> 0.04	<input type="checkbox"/> 0.17	<input type="checkbox"/> 0.42	<input type="checkbox"/> 0.67	<input type="checkbox"/> 0.92	

ATL4_2

Pratica uma 5ª actividade fisicamente activa? 1 Sim 0 Não **ATL5**

ATL5_1

-Qual é a actividade? _____

-Quantas horas por semana?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 7-8	<input type="checkbox"/> ≥8
<input type="checkbox"/> 0.5	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2.5	<input type="checkbox"/> 3.5	<input type="checkbox"/> 4.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 6.5	<input type="checkbox"/> 7.5	<input type="checkbox"/> 8.5

-Quantos meses por ano?

<input type="checkbox"/> ≤1	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> ≥9	ATL5_3
<input type="checkbox"/> 0.04	<input type="checkbox"/> 0.17	<input type="checkbox"/> 0.42	<input type="checkbox"/> 0.67	<input type="checkbox"/> 0.92	

ATL5_2



Número de Identificação – IDNR				
Cidade	Bairro	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Pratica uma 2ª actividade fisicamente activa? 1 Sim 0 Não

ATL6

ATL6_1

0			
---	--	--	--

-Qual é a actividade? _____

-Quantas horas por semana?

≤1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	≥8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0.5	1.5	2.5	3.5	4.5	5.5	6.5	7.5	8.5

-Quantos meses por ano?

≤1	1-3	4-6	7-9	≥9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATL6_3
0.04	0.17	0.42	0.67	0.92	

ATL6_2

ANEXO 5



Número de Identificação – IDNR					
Cidade	Bairro	Ano Na	Sexo	N.º de Avali	

Estatuto Socioeconómico (ESSE) – Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (ABEP, 2003)

Posse de Itens

	Itens	Quantidade de Itens				
		0	1	2	3	4 ou +
ESE_1	Televisão	0	2	3	4	5
ESE_2	Rádio	0	1	2	3	4
ESE_3	Banheiro	0	2	3	4	4
ESE_4	Automóvel	0	2	4	5	5
ESE_5	Empregada mensalista	0	2	4	4	4
ESE_6	Aspirador de pó	0	1	1	1	1
ESE_7	Máquina de lavar	0	1	1	1	1
ESE_8	Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
ESE_9	Geladeira	0	2	2	2	2
ESE_10	Freezer (aparelho independente Ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Score da posse de itens (___)

Grau de Instrução do Chefe de família

ESE11	Analfabeto/ Primário Incompleto	0
	Primário Completo /Ginásial Incompleto	1
	Ginásial Completo /Colegial Incompleto	2
	Colegial Completo /Superior Incompleto	3
	Superior Completo	4

Score do grau de Instrução (___)

Score Socioeconómico (___)

Questões Gerais

QG1	Quantos anos estudou?	QG2	Habilitação:
QG3	Situação no mercado de trabalho:		
QG4	Se reformado, que profissão teve?	QG5	Durante quantos anos:
QG6	Estado Civil:	QG7	Quantos filhos tem?
QG8	Quantos netos tem?	QG9	Convive com eles?
QG10	Número de pessoas no domicílio a viver consigo?		

ANEXO 6



Número de Identificação – IDNR				
Cidade	Bairro	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

Escala Geriátrica de Depressão (GDS) (Yesavage et al., 1983) Adaptado de Almeida e Almeida (1999)

		SIM 1	NÃO 0
1-Você está basicamente satisfeito com sua vida?	EGD1		
2-Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	EGD2		
3-Você sente que sua vida está vazia?	EGD3		
4-Você se aborrece com frequência?	EGD4		
5-Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	EGD5		
6-Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	EGD6		
7-Você se sente feliz a maior parte do tempo?	EGD7		
8-Você sente que sua situação não tem saída?	EGD8		
9-Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	EGD9		
10-Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	EGD10		
11-Você acha maravilhoso estar vivo?	EGD11		
12-Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	EGD12		
13-Você se sente cheio de energia?	EGD13		
14-Você acha que sua situação é sem esperanças?	EGD14		
15-Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	EGD15		

Score (_____)

ANEXO 7

Número de Identificação – IDNR				
Cidade	Bairro.	Ano Nasc.	Sexo	N.º de Avaliação

SF-12 (Ribeiro, 2005)

3. Bem-estar físico	
3.1. Estado de Saúde	
3.1.1. Em geral, diria que a minha saúde é:	QV_1.1
ótima <input type="checkbox"/> 1	muito boa <input type="checkbox"/> 2
boa <input type="checkbox"/> 3	razoável <input type="checkbox"/> 4
	fraca <input type="checkbox"/> 5
As questões que se seguem são sobre as atividades que realiza no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o limita nestas atividades? Se sim, quanto?	
	sim, muito limitado <input type="checkbox"/> 1
	sim, um pouco limitado <input type="checkbox"/> 2
	não, nada limitado <input type="checkbox"/> 3
3.1.2. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa e jogar bowling ou golfe QV_1.2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3.1.3. Subir vários lanços de escadas QV_1.3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, como consequência do seu estado de saúde física?	
	sim não
3.1.4. Fez menos do que gostaria de ter feito QV_1.4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3.1.5. Sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras atividades QV_1.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Durante as últimas 4 semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido ou ansioso)?	
	sim não
3.1.6. Fez menos do que gostaria de ter feito QV_1.6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3.1.7. Não executou o seu trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume QV_1.7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
3.1.8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto profissional como doméstico)?	
QV_1.8	
absolutamente nada <input type="checkbox"/> 1	um pouco <input type="checkbox"/> 2
moderadamente <input type="checkbox"/> 3	muito <input type="checkbox"/> 4
	muitíssimo <input type="checkbox"/> 5
As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu, nas últimas 4 semanas. Quanto tempo?	
	um bom bocado de tempo
	algum tempo
	nunca
	sempre a maior parte do tempo bastante tempo de tempo
3.1.9. Sentiu-se calmo e tranquilo? QV_1.9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
3.1.10. Sentiu-se com muita energia? QV_1.10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
3.1.11. Sentiu-se triste e em baixo? QV_1.11	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
3.1.12. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitas a amigos ou familiares próximos)?	
QV_1.12	
	a maior parte do tempo
sempre <input type="checkbox"/> 1	tempo <input type="checkbox"/> 2
	algum tempo <input type="checkbox"/> 3
	pouco tempo <input type="checkbox"/> 4
	nunca <input type="checkbox"/> 5