

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

NILZA COSTA REIS

SUSTENTO FAMILIAR E DIFICULDADES EM
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE
ATIVIDADE FÍSICA

NILZA COSTA REIS

SUSTENTO FAMILIAR E DIFICULDADES EM
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE
ATIVIDADE FÍSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade
de Ceilândia como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.
Orientador (a): **Prof. Dr. Leonardo Petrus da
Silva Paz.**

BRASÍLIA
2020

NILZA COSTA REIS

SUSTENTO FAMILIAR E DIFICULDADES EM
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE
FÍSICA

Brasília, 26/11/2020

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Leonardo Petrus da Silva Paz
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientador

Prof.^a Dr.^a. Patrícia Azevedo Garcia
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Prof.^a Dr.^a. Marina Morato Stival
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

A minha família, que é minha base e fonte de amor e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela oportunidade de estudar na Universidade de Brasília, por me conceder forças para seguir em frente e enfrentar todas as dificuldades e desafios impostos.

A Universidade de Brasília, por todas as oportunidades, experiências e ensinamentos que ajudaram a me tornar uma pessoa melhor e com uma visão mais ampla para o futuro.

Deixo meu enorme e sincero agradecimento ao meu orientador, professor Dr. Leonardo Petrus, obrigada por todas as oportunidades que me proporcionou durante esses dois anos de projeto, por toda paciência, pela confiança e por acreditar na minha capacidade. Obrigada pelas palavras de incentivo e por toda dedicação ao me ensinar todos os caminhos que percorri até chegar à finalização deste trabalho. Muito obrigada!

Aos queridos professores da Faculdade Ceilândia, pelos ensinamentos e experiências compartilhadas que contribuíram para minha formação. Muito obrigada!

Aos preceptores de estágio Cristina, Luísa, Virgília e Cristiane, por toda paciência e conhecimento compartilhado e disposição para nos ensinar. Muito obrigada!

Aos amigos que o curso de fisioterapia pode me proporcionar. Obrigada por todos os momentos de alegria, tristeza, desespero e sucesso durante essa trajetória. Muito obrigada!

Aos meus grupos de estágio, que em pouco tempo tornaram-se importantes nesse percurso e demonstraram que companheirismo é de grande importância diante dos momentos vividos. Muito obrigada!

A Flávia Agra e Isabela Ramos, por me apoiarem e me ajudarem no início dessa jornada. Muito obrigada!

Ao apoio de minha mãe Tereza e de toda minha família, em especial de minha sobrinha Bruna, que me incentivou a entrar na Universidade e principalmente a não desistir e ir em busca dos meus objetivos. Muito obrigada!

Aos meus tios Maria de Lourdes e Domingos Aragão, por me acolherem em sua casa durante esse período de formação. Muito obrigada!

Agradeço a todos que tiveram participação direta e indireta na realização deste estudo, pois foram muito importantes para a existência e êxito deste trabalho. Muito obrigada!

Agradeço ao Decanato de Ensino de graduação, pela assistência concedida através de bolsas de estudo. Muito obrigada!

A todos o meu muito obrigada!

RESUMO

O objetivo deste artigo é verificar se existe relação entre limitações em atividades básica de vida diária, escolaridade, renda e a participação do idoso de 60 a 93 anos de idade no sustento da família e a outros fatores socioeconômicos e funcionais. Trata-se de estudo transversal, observacional e analítico. A amostra se constituiu de idosos comunitários participantes do Grupo dos Mais Vividos do Sesc Taguatinga Sul, Distrito Federal, Brasil. Foi aplicado questionário sociodemográfico. Para análise empregou-se o teste qui-quadrado e regressão logística binária. Participaram do estudo 115 idosos, de ambos os sexos, com idade entre 60 e 93 anos. Observou-se que idosos na faixa etária de 60 a 69 anos apresentaram 10,64 vezes a chance de ser responsável pelo sustento em relação com idosos de 80 anos ou mais e que idosos que relataram nenhuma limitação nas atividades básica de vida diária apresentaram 7,62 vezes a chance de serem responsáveis pelo sustento do que aqueles que possuem uma ou mais limitações. Os dados sugerem que a idade e as limitações nas atividades básica de vida diária interferem na perspectiva de idosos se tornarem ou permanecerem como responsáveis pelo sustento de suas famílias.

Palavras-chave: saúde do idoso, características da família, aposentadoria, relações familiares.

ABSTRACT

The objective of this article is to verify if there is a relationship between limitations in basic activities of daily living, education, income and the participation of the elderly aged 60 to 93 years old in supporting the family and other socioeconomic and functional factors. This is cross-sectional, observational and analytical research. The sample consisted of elderly community members participating in the Group of the Most Lived in Sesc Taguatinga Sul, Federal District, Brazil. Sociodemographic questionnaire was applied. The chi-square test and binary logistic regression were used for analysis. The study included 115 elderly people, of both genders, aged between 60 and 93 years old. It was observed that elderly people aged 60 to 69 years presented 10.64 times the chance of being responsible for livelihood in relation to elderly people aged 80 and over, and that elderly people who reported no limitations in basic activities of daily living presented 7, 62 times the chance of being responsible for livelihood than those who have one or more limitations. The data suggest that age and limitations in basic activities of daily living interfere with the perspective of the elderly becoming or remaining responsible for supporting their families.

Keywords: health of the elderly, family characteristics, retirement, family relationship.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD – Atividade básica de vida diária

AVD – Atividade de vida diária

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DF – Distrito Federal

GMV – Grupo dos Mais Vividos

NRPS – Não responsável pelo sustento

OR – Odds Ratio (Razão de chances)

PNADC – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua

RAs – Regiões administrativas

RPS – Responsável pelo sustento

SESC-DF – Serviço Social do Comércio do Distrito Federal

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UnB – Universidade de Brasília

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra estudada. Distrito Federal, Brasil, 2018. 16

Tabela 2. Fatores relacionados a responsabilidade do sustento familiar. Distrito Federal, Brasil, 2018..... 17

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. MÉTODOS..... | 12 |
| 3. RESULTADOS | 15 |
| 4. DISCUSSÃO | 17 |
| 5. CONCLUSÃO | 22 |
| REFERÊNCIAS | 22 |
| APÊNDICES | 24 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 24 |
| APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico..... | 27 |
| ANEXOS | 34 |
| ANEXO A – Normas da Revista Científica | 34 |
| ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética | 44 |

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem surgindo de forma rápida e significativa. O aumento da expectativa de vida trouxe novas questões e demandas direcionadas a essa população, relacionado a saúde, a previdência social, a moradia, o trabalho, a dependência funcional, entre outros¹⁻³. Uma dessas demandas está ligada as variáveis epidemiológicas, como o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, capaz de gerar complicações comprometedoras podendo envolver a independência e autonomia dos idosos⁴. Mas é na previdência social que os efeitos da longevidade são mais evidentes, gerando um crescimento nas despesas com pagamento de benefícios⁵.

O fato de chegar a idades mais avançadas leva famílias a conviverem entre diferentes gerações. A real situação do idoso enquanto provedor da família, faz com que o filho adulto divorciado ou desempregado volte para a casa dos pais, assim as famílias ficam dependentes de seus idosos, que passam a colaborar no sustento de sua família, através de benefícios previdenciário ou renda do trabalho^{3,6}, tornando-os economicamente ativos e socialmente atuantes, e isso os tornam cada vez mais provedores de muitos lares⁷. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNADC)⁸, a pessoa de referência no ambiente domiciliar é indicada pelos moradores do domicílio, que envolve a percepção de quem é o maior responsável, não apenas financeiramente, como também de autoridade, respeito e outros aspectos positivos.

As condições de saúde física, influencia a conservação de papéis e funções do idoso dentro do grupo familiar, no qual são indicadas pelo desempenho nas atividades de vida diária (AVD) e por doenças crônicas⁹. Os economistas consideram dois tipos de famílias. A primeira, é a família de idosos, onde o idoso é considerado chefe de família, geralmente mais

jovem, economicamente produtivo, responsável pelo sustento da família e com boas condições de saúde. A segunda, é a família com idosos, eles são parentes do chefe da família, mais velhos e do sexo feminino, com renda insuficiente para o próprio sustento e com frequência, apresentam dependência para as atividades básicas de vida diária (ABVD)¹⁰. A dependência financeira dos idosos, em maioria, é definido pelo fornecimento de rendas por parte do Estado, que não atinge unicamente indivíduos, mas uma porção razoável dos rendimentos de famílias inteiras³.

Entretanto, estudos voltados ao papel do idoso como provedor da família associado a capacidade funcional, são pouco frequentes na literatura. Por isso, se faz necessário estudos adicionais que investiguem a relação entre a responsabilidade do idoso no sustento familiar e suas diferentes condições de saúde. De forma a contribuir com o levantamento de demandas que auxiliem no acompanhamento de ações de redução e controle dos fatores de risco para a incapacidade funcional em idosos.

Esta investigação partiu da hipótese de que idosos que são responsáveis pelo sustento familiar, seja de forma única ou parcial, apresentarão maior escolaridade, maior renda e menos limitações cotidianas. Neste contexto, O objetivo deste artigo é verificar se existe relação entre limitações em atividades básica de vida diária, escolaridade, renda e a participação do idoso de 60 a 93 anos de idade no sustento da família e a outros fatores socioeconômicos e funcionais.

2. MÉTODOS

Estudo observacional, transversal e analítico baseado em informações de um projeto maior intitulado Prev-Quedas. Trata-se de um projeto multidisciplinar de prevenção de quedas em idosos, oferecido ao Grupo dos Mais Vividos (GMV), atendendo ao objetivo de melhorar a locomoção dos idosos com a prática de exercícios de fortalecimento e equilíbrio na

prevenção de quedas. Uma ação com iniciativa do Serviço Social do Comércio do Distrito Federal (SESC-DF) em parceria com a Universidade de Brasília (UnB). Foram usados somente os dados da linha de base do projeto maior.

A amostra foi composta por 167 participantes de ambos os sexos, recrutados por conveniência no projeto Prev-Quedas, em junho de 2018, na unidade do SESC Taguatinga Sul, no Distrito Federal, Brasil. Foram incluídos idosos comunitários que frequentassem o GMV. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: participantes com idade inferior a 60 anos e dados incompletos referente às variáveis responsável pelo sustento, escolaridade, renda e dificuldade nas ABVD. Para as outras variáveis presentes no estudo, ou seja, variáveis secundárias, idosos com dados sem respostas não foram excluídos.

O instrumento utilizado para coletar os dados da linha de base foi um questionário com 54 questões construído de forma conjunta entre o SESC-DF e a UnB, sendo aplicado por assistentes sociais e estagiários de Serviço Social. A entrevista foi realizada nas dependências do SESC com agendamento prévio.

Considerou-se como variável dependente a responsabilidade pelo sustento familiar. Para esta variável os idosos foram questionados sobre quem seria o responsável pelo sustento da família (você mesmo, cônjuge, filhos, netos e outros). Para a análise, a mesma foi recodificada em variável dicotômica: sim (seja de forma única ou parcial) e não.

Foram consideradas as variáveis independentes: idade (agrupada em três categorias: 60-69, 70-79 e 80 ou mais), sexo (masculino e feminino), estado civil (casado/união estável, solteiro, divorciado e viúvo), escolaridade (não alfabetizado, educação básica e ensino superior), renda familiar (até 1 salário mínimo, de 1 a 3, de 3 a 6 e mais de 6 salários), origem da renda (aposentadoria, pensão, aposentadoria e pensão, outros - BPC/salário), com quem reside (sozinho, cônjuge, descendentes – filhos/netos; cônjuge e descendentes e outros), limitação em atividades básicas de vida diária (nenhuma, 1 ou mais), prática de exercício

físico (sim e não), consumo de cigarros (Não, sim e ex-fumante), consumo de bebida alcoólica (não e sim), medo de cair (não e sim), participa de outros grupos (não e sim) e multimorbidade (sim e não).

Para a variável multimorbidade foi utilizada a definição de duas ou mais doenças crônicas simultâneas em um mesmo indivíduo^{11,12}. Como a lista de morbidades para sua operacionalização ainda não está definida na literatura, foram consideradas as seguintes doenças do questionário (diagnosticadas por um médico): hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, acidente vascular cerebral, osteoporose, artrite, artrose e câncer.

A partir das informações contidas no banco de dados, foi realizada análise descritiva (frequência e percentual) quanto as características sociodemográficas, de saúde e estilo de vida. Posteriormente, para avaliar a responsabilidade pelo sustento com as variáveis de interesse nos idosos, foi conduzida a análise univariada utilizando o teste qui-quadrado, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). A partir desta análise estabeleceu-se a criação de dois grupos para averiguar a existência de diferenças entre idosos que são responsáveis pelo sustento (RPS) versus idosos que não são responsáveis pelo sustento (NRPS) em relação as variáveis independentes.

Finalmente, foi realizada análise de regressão logística binária multivariada (com método “inserir”) para determinar a Odds Ratio (OR). Para esta análise foram incluídas variáveis que atingiram $p < 0,20$ no teste qui-quadrado, a fim de verificar possíveis ações de variáveis confundidoras. As variáveis que poderiam confundir são: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, prática de exercício físico, uso de cigarros, uso de bebidas alcoólica, participa de outros grupos, medo de cair e multimorbidade. Para as considerações finais permaneceu o nível de significância de 5%. Todas as análises foram processadas por meio do software SPSS versão 20.

Todos os aspectos éticos foram considerados no desenvolvimento da pesquisa. Estudo aprovado em 2018, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CAEE: 56891516.6.0000.0030). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no projeto maior.

3. RESULTADOS

Dentre os 167 participantes, 12 foram excluídos por apresentarem idade inferior a 60 anos e 40 por dados incompletos referentes as variáveis de interesse da pesquisa. A descrição das características da amostra (n=115) consta na tabela 1, assim como o resultado da análise univariada, considerando os grupos RPS e NRPS e a análise das diferenças entre os grupos. As variáveis que individualmente se relacionaram à responsabilidade pelo sustento foram destacadas com um asterisco ($p < 0,05$) ou com dois asteriscos ($p < 0,20$). Foram observadas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis: limitações nas ABVD, estado civil, origem da renda e reside com.

Pode-se observar o predomínio de mulheres e faixa etária de 60 a 69 anos. A maioria são casados, aposentados e com renda familiar de até 3 salários mínimos. A maior parte dos idosos são provedores, contribuindo total (51,3%) ou parcialmente (20,0%) para o sustento da família. No que se refere a escolaridade, mais de 80% dos idosos possuem educação básica e no arranjo domiciliar, houve um maior percentual que declarou morar apenas com seus descendentes. Quanto aos aspectos relacionados a saúde, 40% apresentaram multimorbidade e aproximadamente 74% da amostra relatou nenhuma limitação nas ABVD. Observou-se alta prevalência de praticantes de exercício físico e baixa frequência de idosos consumidores de cigarros e bebida alcoólica. O grupo RPS apresentou maior percentual de idosos viúvos, vivendo com seus descendentes e uma maior proporção de praticantes de exercício físico,

Tabela 1. Caracterização da amostra estudada. Distrito Federal, Brasil, 2018.

| Variáveis | Amostra total | Responsável pelo sustento | | P valor |
|--------------------------------------|---------------|---------------------------|------------------|---------|
| | n=115 (100%) | Sim n=82 (71,3%) | Não n=33 (28,7%) | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Sexo | | | | 0,991 |
| Masculino | 14 (12,2) | 10 (8,7) | 4 (3,5) | |
| Feminino | 101 (87,8) | 72 (62,6) | 29 (25,2) | |
| Idade (anos) | | | | 0,422 |
| 60 – 69 | 52 (45,2) | 34 (29,6) | 18 (15,7) | |
| 70 – 79 | 44 (38,3) | 33 (28,7) | 11 (9,6) | |
| 80 e mais | 19 (16,5) | 15 (13,0) | 4 (3,5) | |
| Estado civil* | | | | 0,022 |
| Casado/união estável | 48 (41,7) | 27 (23,7) | 21 (18,4) | |
| Solteiro | 16 (13,9) | 13 (11,4) | 3 (2,6) | |
| Divorciado | 15 (13,0) | 11 (9,6) | 4 (3,5) | |
| Viúvo | 35 (30,4) | 30 (26,3) | 5 (4,4) | |
| Escolaridade | | | | 0,268 |
| Não alfabetizado | 5 (4,3) | 2 (1,7) | 3 (2,6) | |
| Educação básica | 97 (84,3) | 70 (60,9) | 27 (23,5) | |
| Ensino superior | 13 (11,3) | 10 (8,7) | 3 (2,6) | |
| Renda familiar | | | | 0,834 |
| Até 1 SM (R\$ 954,00) | 26 (22,6) | 17 (14,9) | 9 (7,9) | |
| 1 a 3 SM | 53 (46,1) | 39 (34,2) | 14 (12,3) | |
| De 3 a 6 SM | 20 (17,4) | 15 (13,2) | 5 (4,4) | |
| Mais de 6 SM | 15 (13,0) | 10 (8,8) | 5 (4,4) | |
| Origem da renda* | | | | 0,007 |
| Aposentadoria | 61 (53,0) | 45 (39,5) | 16 (14,0) | |
| Pensão | 18 (15,7) | 14 (12,3) | 4 (3,5) | |
| Aposentadoria e pensão | 14 (12,2) | 9 (7,9) | 12 (10,5) | |
| Outros | 21 (18,3) | 13 (11,4) | 1 (0,9) | |
| Reside com* | | | | 0,003 |
| Sozinho | 24 (20,9) | 23 (20,7) | 1 (0,9) | |
| Cônjuge | 19 (16,5) | 10 (9,0) | 9 (8,1) | |
| Descendentes | 38 (33,0) | 29 (26,1) | 9 (8,1) | |
| Cônjuge e descendentes | 24 (20,9) | 12 (10,8) | 12 (10,8) | |
| Outros | 21 (18,3) | 4 (3,6) | 2 (1,8) | |
| Limitação em ABVD* | | | | 0,003 |
| Nenhuma | 85 (73,9) | 67 (58,3) | 18 (15,7) | |
| 1 ou mais atividade | 30 (26,1) | 15 (13,0) | 15 (13,0) | |
| Prática de exercício físico** | | | | 0,094 |
| Não | 42 (36,5) | 25 (21,7) | 17 (14,8) | |
| Sim | 72 (62,6) | 56 (48,7) | 16 (13,9) | |
| Uso de cigarros | | | | 0,394 |
| Não | 78 (67,8) | 57 (49,6) | 21 (18,3) | |
| Ex-fumante | 31 (27,0) | 21 (18,3) | 10 (8,7) | |
| Sim | 5 (4,3) | 4 (3,5) | 1 (0,9) | |
| Bebida alcóolica** | | | | 0,175 |
| Não | 89 (77,4) | 66 (57,4) | 23 (20,0) | |
| Sim | 25 (21,7) | 16 (13,9) | 9 (7,8) | |
| Participa de outros grupos** | | | | 0,52 |
| Não | 88 (76,5) | 62 (53,9) | 26 (22,6) | |
| Sim | 25 (21,7) | 20 (17,4) | 5 (4,3) | |
| Medo de cair** | | | | 0,53 |
| Não | 37 (32,2) | 22 (19,1) | 15 (13,0) | |
| Sim | 78 (67,8) | 60 (52,2) | 18 (15,7) | |
| Multimorbidade | | | | 0,355 |
| Não | 69 (60,0) | 47 (40,9) | 22 (19,1) | |
| Sim | 46 (40,0) | 35 (30,4) | 11 (9,6) | |

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: SM = salário mínimo; ABVD= atividade básica de vida diária. O sinal (*) indica significância $\leq 0,05$ e (**) indica significância $\leq 0,20$. Análise realizada utilizando-se o teste qui-quadrado.

Observação: dados faltantes das variáveis secundárias não foram incluídos na tabela.

comparado ao grupo NRPS.

O modelo de regressão multivariada (tabela 2) representa a relação entre a responsabilidade do sustento familiar e as outras variáveis. Observou-se que idosos na faixa etária de 60 a 69 anos apresentaram 10,64 vezes a chance de ser responsável pelo sustento em relação aqueles com 80 anos ou mais. Quanto ao estado civil, idosos que se declararam casados apresentaram 0,031 vezes a chance de serem responsáveis pelo sustento em relação aos viúvos.

Tabela 2. Fatores relacionados a responsabilidade do sustento familiar. Distrito Federal, Brasil, 2018.

| Variáveis | P valor | OR |
|--------------------------|----------------|-----------|
| Idade (anos) | | |
| 60 a 69 | 0,042 | 10,656 |
| 70 a 79 | 0,115 | 6,241 |
| 80 ou mais | | |
| Estado civil | | |
| Casado | 0,043 | 0,031 |
| Solteiro | 0,445 | 0,327 |
| Divorciado | 0,207 | 0,220 |
| Viúvo | | |
| Limitação em ABVD | | |
| Nenhuma | 0,006 | 7,621 |
| 1 ou mais | | |
| Medo de cair | | |
| Não | 0,005 | 0,098 |
| Sim | | |

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: OR = odds ratio.

Adicionalmente, idosos que relataram nenhuma limitação nas ABVD apresentaram 7,62 vezes a chance de serem RPS do que aqueles que possuem uma ou mais limitações. Já idosos que relataram medo de cair apresentaram 0,098 vezes a chance de serem RPS em relação aqueles que não sentem medo.

4. DISCUSSÃO

A proposta do presente estudo foi investigar a hipótese de que idosos responsáveis pelo sustento familiar apresentariam maior escolaridade, maior renda e menos limitações em ABVD. Em nossos achados, no entanto, não observamos essa relação entre escolaridade e a

renda. Provavelmente pelo alto percentual de idosos com baixa escolaridade na amostra. Em síntese, foi observada relação com os idosos que se encontram na faixa etária de 60 a 69 anos e aqueles que não apresentam limitações nas ABVD.

No Brasil, a importância da renda dos idosos na renda das famílias, tem sido relatado frequentemente, trazendo uma grande quantidade de idosos que se responsabilizam pelo sustento de suas famílias^{3,13-15}. Com o aumento do desemprego, as dificuldades de inserção no mercado de trabalho, nascimentos de filhos fora do casamento, divórcios e outros eventos, os filhos tem permanecido ou retornado para a casa dos pais. Sendo assim, as famílias se tornam dependentes dos idosos, que passam a contribuir com seu benefício ou renda do trabalho, na renda familiar^{13,15}. Em nossa pesquisa, a maioria (71,3%) dos idosos são provedores e a faixa etária de 60 a 69 anos, apresentou maior chance de ser responsável pelo sustento da família. Possivelmente por serem idosos mais jovens e com melhores condições de saúde. Estudos^{9,16} mostram que a incidência de doenças crônicas aumenta com a idade e que condições de saúde intervêm na manutenção de papéis e funções do idoso dentro do grupo familiar.

Dados como este vem de encontro a outros estudos, como a PNADC, que em 2019, dos 72,6 milhões de domicílios brasileiros, 35% tinham pelo menos um idoso residindo, sendo que os idosos eram responsáveis por 70,6% da renda destes domicílios e 62,5% de sua renda originava-se de aposentadoria ou pensão⁸. Em nível distrital, tem-se que 61% das pessoas idosas do Distrito Federal (DF) são responsáveis pelo sustento de suas famílias, contribuindo com 56,1% da renda total¹⁷. Estudo realizado com idosos do DF, mostrou que o idoso com idade entre 60 e 69 anos tem 2,27 vezes a chance de ser responsável pelo sustento em comparação com idosos de 80 anos ou mais. Ainda neste estudo também foi observado que idosos separados ou viúvos apresentaram três vezes a chance de serem responsáveis pelo domicílio do que os idosos casados⁷.

Neste contexto, em nossos achados não houve relação positiva entre o estado civil e responsabilidade pelo sustento, mas foi observado que no grupo de idosos RPS houve um maior percentual de viúvos que residiam com seus descendentes. Nesse caso devemos levar em consideração a amostra predominantemente feminina. É sabido que as mulheres apresentam maior expectativa de vida e, conseqüentemente, chances mais elevadas de enviuvarem¹⁸. Além disso, mulheres viúvas ou separadas preferem morar com os filhos ou com outros parentes, ao invés de se unir a outro companheiro, ao contrário dos homens¹⁹. Tal situação é corroborada pelos dados da pesquisa de Areosa ³, que investigou uma amostra exclusiva de idosos chefes de família, sendo que a grande maioria eram mulheres de 61 a 86 anos, viúvas e morando com seus descendentes, que se tornaram chefes de família após a aposentadoria ou a viuvez.

Outro ponto importante em nossos achados foi o fato de que idosos que relataram nenhuma limitação nas ABVD apresentaram maiores chances de serem responsáveis pelo sustento. Esses achados podem estar ligados as características dos idosos encontrada na amostra, que revelou um perfil de idosos mais ativos, sendo que a grande maioria são praticantes de exercícios físicos e mantém bons hábitos de vida, como baixo consumo de bebidas alcoólicas e de cigarros. As mulheres, em geral, costumam buscar por mais serviços de saúde e se dedicam mais ao autocuidado em relação ao tratamento de doenças. Esse comportamento faz com que idosos procurem por serviços como esses oferecidos pelo SESC, onde vão se manter mais ativos e estabelecer vínculos.

Estudo realizado com idosos na faixa etária de 60 a 95 anos, dentre os idosos considerados responsáveis pelo sustento, 98% apresentaram independência total para as ABVD. A autora acrescenta que a interação social por meio do envolvimento em atividades e papéis sociais exerce efeito protetor sobre limitações físicas e cognitivas⁹. Quanto a participação em grupos de socialização, na atual pesquisa, 21,7% dos idosos participam de

outros grupos de socialização além do GMV. Os idosos do GMV participam de atividades em grupo interagindo com pessoas da mesma idade, pessoas de outras gerações e também com novas formas de conhecimento. De acordo com o SESC-DF²⁰, o trabalho social com idosos tem como objetivo estimular o desenvolvimento individual e coletivo do idoso na sociedade, promover sua autoestima e adaptação em diferentes ambientes e reconstruir sua autonomia por meio de diferentes atividades como cursos, esportes e outras.

Outro aspecto a ser analisado é a escolaridade e renda dos idosos entrevistados. O fato de não termos encontrado relação dessas variáveis com a responsabilidade pelo sustento pode estar intimamente ligado ao alto percentual de idosos que possuem apenas educação básica e renda de 1 a 3 salários mínimo. Tanto a renda quanto o grau de instrução são fatores considerados importantes para assegurar o idoso, condições para se ter acesso aos serviços de saúde. De acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN)¹⁷, em 2018, 7,5% da população idosa do DF não eram alfabetizadas e a maioria (33,3%) apresentavam ensino fundamental incompleto. Na análise por grupo de regiões administrativas (RAs) de acordo com a renda média, os domicílios que apresentam as mulheres como chefes, estão predominantemente nas RAs de menor renda (baixa e média-baixa, de 2 a 3 salários mínimos), já nas RAs com alta renda (média-alta e alta, de 7 a 15 salários mínimo), são os homens idosos que, em sua maioria, são identificados como provedores da família.

Os idosos frequentadores do GMV no SESC Taguatinga Sul, em sua maioria são moradores de Taguatinga (42,6%), Riacho fundo (18,3%) e Recanto das Emas (9,6%), RAs consideradas média-alta renda, média-baixa e baixa renda, respectivamente. A renda dos idosos do grupo de menor renda chega a ser 67,1% menor que a média do DF¹⁷. A baixa escolaridade e baixa renda poderia acarretar menos acesso aos serviços de saúde para esses idosos, porém, eles participam de grupos de convivência para idosos, local onde recebem

informações, palestras e participam de diversas atividades, enriquecendo seus conhecimentos acerca de cuidados em saúde.

A feminização na terceira idade tem sido evidenciada mundialmente e encontra respaldo na composição demográfica dos idosos com maior probabilidade de sobrevivência pelas mulheres²⁰. Com o aumento progressivo da expectativa de vida, aumenta-se também o risco de desenvolver doenças crônicas e como consequência, maiores limitações nas AVD²¹. Com menos escolaridade e menor renda do que os homens, as mulheres idosas são mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas e incapacidades¹⁰. A porcentagem de multimorbidade observada em nosso estudo está dentro da média encontrada em outros estudos^{11,16}. Independente da metodologia usada para medir a multimorbidade, a idade, o sexo e nível socioeconômico estão repetidamente associados a essa variável¹⁶.

As limitações do estudo estão relacionadas a três condições. Primeiro, a um delineamento metodológico transversal, que não permite estabelecer relação causal entre as variáveis estudadas. Segundo, aos dados sobre ABVD, baseando-se em métodos de pesquisa de autorrelato. Terceiro, é referente as informações das variáveis secundárias encontradas sem respostas.

Acredita-se que por meio dos achados encontrados, seja possível contribuir para o planejamento e desenvolvimento de ações direcionadas para esse público. Estimular condutas de saúde como por exemplo, aquisição ou continuação de hábitos de vida saudáveis, podem fazer parte das ações de auxílio multidisciplinar ao idoso a partir de abordagem multiprofissional e assim, contribuir para a preservação da capacidade funcional no envelhecimento. Adicionalmente, os dados levantados podem auxiliar os acadêmicos e futuros profissionais multidisciplinares a entender os vários fatores que podem influenciar a saúde físico funcional dos idosos.

5. CONCLUSÃO

Os dados sugerem que a idade e as limitações nas atividades básicas de vida diária interferem na perspectiva de idosos comunitários se tornarem ou permanecerem como responsáveis pelo sustento de suas famílias. E isto pode estar associado à melhores condições de saúde, bons hábitos de vida e ao envolvimento em atividades sociais, seja na comunidade ou dentro do grupo familiar.

REFERÊNCIAS

1. Queiroz ZDF. *Retorno ao Trabalho Remunerado de Idosos Aposentados* [dissertação]. Universidade Católica Portuguesa; 2019.
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro : desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010;507–19.
3. Areosa SVC. Idosos Provedores: a importância dos recursos da aposentadoria para as famílias brasileiras. *Barbarói.* 2015;173.
4. Souza MAH, Porto EF, Souza EL, Silva KI. Perfil do estilo de vida de longevos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(5):819–26.
5. Amaro LC, Afonso LE. Quais são os efeitos do envelhecimento populacional nos sistemas previdenciários de Brasil, Espanha e França? *Rev Bras Estud Popul.* 2018;35(2):1–29.
6. Areosa SVC. *Envelhecimento , contexto social e relações familiares: o idoso, de assistido a provedor da família.* [tese]. Porto Alegre. Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
7. Alves BRF. *Idosos responsáveis pelos domicílios na Área Metropolitana de Brasília (AMB): uma análise utilizando dados do censo 2010.* [trabalho de conclusão de curso]. Brasília. Universidade de Brasília; 2013.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC).* Brasil; 2019. p. 1–8.
9. Rabelo DF, Neri AL. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(4):874–84.
10. Rabelo DF. *Configuração e funcionamento de famílias com idosos que apresentam diferentes condições psicológicas e de saúde* [tese]. Campinas. Universidade Estadual de Campinas;

- 2014.
11. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014;9(7):3–11.
 12. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Mascarelo A, Dellani MP. Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2017;20(5):635–43.
 13. Camarano AA. Depending on the income of older adults and the coronavirus: Orphans or newly poor? *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25:4169–76.
 14. Santana NCG, Lima IMSO. A nova velhice do provedor. *Mediações - Rev Ciências Sociais*. 2012;17(2):181–95.
 15. Tavares VO, Teixeira KM, Wajnman S, Loreto MDS. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. *Textos Context (Porto Alegre)*. 2011;10(1):94–108.
 16. Lefèvre T, D'Ivernois JF, Andrade V, Crozet C, Lombraill P, Gagnayre R. What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014;62(5):305–14.
 17. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD)*. Brasília; 2019. p. 127–57.
 18. Bolina AF, Tavares DMS. Arranjo domiciliar de idosos e determinantes sociodemográficos e de saúde: Um estudo longitudinal. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24.
 19. Melo NCV de, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya ÁJA, Silveira MB. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). *Rev Bras Geriatr Geront*. 2016;19(1):139–51.
 20. Serviço Social do Comércio (SESC). *Trabalho Social com Idosos* [Internet]. [acessado 2020 Dez 28]. Disponível em: <https://www.sesc.com.br/portal/Assistencia/trabalho+social+com+idosos>
 21. Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):112–8.
 22. Jerez-Roig J, Prous MB, Gine-Garriga M, Bagur-Calafat C, Souza DLB, Teixidó-Compañó E, et al. Regional differences in the profile of disabled community-dwelling older adults: A European population-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208946.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa de doutorado: “O CIRCUITO DE EQUILÍBRIO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS UM ESTUDO DE FOLLOW-UP”, sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana Nunes de Almeida Costa e a orientadora da pesquisa Marisete Peralta Safons. O projeto envolve aulas de exercícios de equilíbrio e palestras educacionais sobre prevenção de quedas para pessoas idosas acima de 60 anos de idade que não possuam limitações físicas ou mentais que impeçam a execução da atividade proposta. Os exercícios serão realizados em forma de um Circuito de Equilíbrio desenvolvido na Universidade de Brasília que já possuem resultados animadores para população idosa. Ambos, exercícios e palestras, serão realizados nas dependências da Faculdade de Educação Física e ministrados por um Profissional de Educação Física habilitado.

O Ministério da Saúde afirma que cerca 3 idosos em cada 10 caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 4 em 10 entre os idosos com mais de 80 anos. Ressaltamos, portanto a relevância deste estudo para desenvolver métodos alternativos de fácil execução para testar a hipótese de sua eficácia em idosos uma vez que ainda é desconhecido o efeito do Circuito de Equilíbrio na prevenção de quedas e qualidade de vida de idosos sedentários.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar o efeito de 12 semanas de exercícios de equilíbrio em idosos sedentários que sofreram e que não sofreram queda nos últimos 12 meses. Para isso, será necessário que os voluntários sejam divididos em dois grupos “A” e “B”. O grupo “A” e o grupo “B” realizarão a pesquisa em três etapas: a primeira etapa de exercícios, com previsão de 12 semanas e em seguida palestras educacionais, também com previsão de 12 semanas. O que diferenciará o grupo “A” do grupo “B” é que o “A” fará a etapa de intervenção primeiramente e o grupo “B” a etapa educacional e depois esta lógica se inverte.

O importante é que ambos farão as duas etapas. Para esta divisão será realizado um sorteio aleatório. Testes como peso e altura, um questionário sobre quedas e testes físicos específicos será realizado para avaliar como está o seu equilíbrio e a sua força antes e após as duas etapas citadas anteriormente. Por fim, uma terceira etapa será realizada após 12 semanas de finalização das etapas anteriores. Esta terceira etapa ocorrerá de forma conjunta entre os

grupos “A” e “B” e consistirá na realização da mesma bateria de testes para acompanhamento do efeito do exercício. Para esta última fase, o Sr.(a) receberá uma ligação para comparecer à Universidade apenas para a realização desses testes e para o recebimento dos resultados das etapas anteriores. Todos os testes são inofensivos e não trazem risco ao participante. A pesquisa terá a duração total de 36 semanas. As aulas de equilíbrio terão a duração aproximada de 1 hora e serão supervisionadas por uma equipe de professores de educação física. As palestras terão duração de 30 minutos e acontecerão duas vezes por semana. Ao final da pesquisa espera-se que você tenha melhorado o seu controle postural e em consequência auxilie na prevenção de quedas e qualidade de vida.

O senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem ser classificados em diferentes tipos: físicos (dor, desconforto) por estar realizando exercícios físicos nunca realizados antes; psicológicos (emoção alterada, estresse, culpa) que poderá ser provocado pela realização da atividade em grupo; sociais (discriminação e estigma pela doença). Estes são riscos eminentes, porém, para diminuir esses riscos, a pesquisadora assumirá um trabalho com total envolvimento individual, com cada participante, que uma vez percebido o risco, fará o possível para minimizá-lo, reconsiderando cada procedimento, assim como a supervisão técnica, acompanhamento ético e avaliação serão realizadas.

Se o Senhor (a) aceitar participar, estará contribuindo para que os pesquisadores conheçam melhor os caminhos que levam ao tratamento da doença e conseqüentemente auxiliar no ganho de anos com qualidade de vida. Além disso, o Senhor (a) terá acesso a exercícios físicos específicos sob orientação de uma pesquisadora que constantemente estará em busca de atualidades e de um alto rigor em suas ações.

O (a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o (a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Juliana Nunes de Almeida Costa, na Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília no telefone (61) 34681811 e (61) 981680232, diretamente para a Orientadora desse Projeto Piloto Marisete Peralta Safons da Faculdade de Educação Física/UnB, pelo telefone 3107 2557 e pelo e-mail: julianan@sesdf.com.br Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (CAAE: 56891516.6.0000.0030). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa pode ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



| IDENTIFICAÇÃO SOCIAL | | | |
|--|--------------------|-------------------------------|---------------------|
| 1.Nome: | | | |
| 2.Data do Cadastro: | | 3.Categoria: | 4.Matrícula: |
| 5.Gênero: Masculino (1) Feminino (2) | 6.D.N.: / / | 7.Idade: | |
| 8.Naturalidade: | | 9.CPF: | 10.RG: |
| 11.Órgão Emissor: | | | |
| 12.Estado Civil: (1) Casado (2) Solteiro (3) Divorciado (4) Viúvo (5) União Estável | | | |
| 13.Escolaridade: (1) Não alfabetizado (2) Fundamental Incompleto (3) Fundamental Completo (4) Médio Incompleto (5) Médio Completo (6) Superior Incompleto (7) Superior Completo/Formação em : _____ (8) Pós Graduação (9) Especialização (10) Mestrado Área: | | | |
| 14.Endereço: | | 15.Bairro: | |
| 16.Cidade: | | 17.CEP: | |
| 18.Telefone residencial (ou recado): | | 19.Celular: | |
| 20.Email: | | | |
| 21.Em caso de emergência avisar a: | | | |
| 22.Telefone de contato: | | 23.Grau de parentesco: | |
| 24.Possui Plano de Saúde? (1) Não (2) Sim Qual? | | | |
| 25.É religioso? (1) Não (2) Sim Em caso afirmativo, assinale a opção correspondente: (1) Católico (2) Protestante (3) Espírita (4) Outros: _____ | | | |
| 26.Classifique sua qualidade de vida como: (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim | | | |
| 27.Participa de outros grupos de socialização? (1) Não (2) Sim Quais? | | | |
| 28.Quanto tempo no grupo dos Mais Vivos? (1) Iniciante (2) Até dois anos (3) 2 a 5 anos (4) Acima de 5 (cinco) anos | | | |
| 29.O que você busca/espera do grupo? | | | |
| 30.Você costuma viajar? (1) Não (2) Sim Quantas vezes ao ano aproximadamente? (1) 1x/ano (2) 2x/ano (3) 3x/ano (4) mais de 3x/ano | | | |

| SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA | | | |
|--|------------|-------|----------|
| 31. Reside com: (1) Sozinho (2) cônjuge (3) filhos (4) netos (5) outros | | | |
| 32. Grupo Familiar (reside na mesma casa) | | | |
| NOME | PARENTESCO | IDADE | OCUPAÇÃO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 33. Residência: (1) Própria (2) Financiada (3) Alugada (4) Cedido | | | |
| 34. Quem é o responsável pelo sustento da família? (1) Você mesmo(a) (2) Cônjuge (3) Filhos (4) Netos (5) Outros | | | |
| 35. Qual origem da sua renda: (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) BPC (4) Salário (5) Não possui renda própria (6) Outros | | | |
| 36. Quanto é aproximadamente a renda familiar mensal: (1) Até 1 salário (até R\$ 954,00) (2) 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 954,00 até R\$ 2.862,00) (3) 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.862,00 até R\$ 5.724,00) (4) 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.724,00 até R\$ 8.586,00) (5) 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 8.586,00 até R\$ 11.448,00) | | | |
| HISTÓRICO DE ATIVIDADES | | | |
| 37. Quem te encaminhou para o Sesc? (1) Indicação familiar (2) Indicação amigo/vizinho (3) Prescrição Médica (4) Demanda espontânea (5) Mídia (6) outros Quais? _____ | | | |
| 38. Qual(is) atividades existentes no Sesc você teria interesse em participar? (1) Artesanato (5) Buscando saúde (8) Coral (11) Dominó (14) Xadrez (2) Ginástica (6) Hidroginástica (9) Musculação (12) Natação (15) Caminhada (3) Oficina de memória (7) Oficina de fotografia (10) Pilates (13) Teatro (16) Yoga (4) Oficina de expressão corporal | | | |
| 39. Faz exercícios físicos? (1) Não (2) Sim Qual exercício? _____ Quantas vezes por semana: (1) 1x/sem (2) 2x/sem (3) 3x/sem (4) Acima de 3X Duração (minutos por sessão): _____ minutos Esta atividade física é praticada no Sesc? (1) Não (2) Sim Se não, onde pratica? _____ | | | |

| SITUAÇÃO DE SAÚDE |
|---|
| 40. Faz algum tratamento de saúde? (1) Não (2) Sim Qual(is)? |
| 41. Faz uso de algum medicamento? (1) Não (2) Sim Quantos? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) mais de 4 |
| 42. Possui restrição alimentar ou medicamentosa? (1) Não (2) Sim Qual? |
| 43. Faz uso de cigarro? (1) Não (2) Ex Fumante (3) Sim Qual frequência? _____ |
| 44. Faz uso de bebida alcoólica? (1) Nunca (2) As Vezes (3) Sempre |
| 45. Nos últimos 05 anos você fez alguma cirurgia? (1) Não (2) Sim Qual(is)? Ficou alguma sequela como dor ou outro tipo de desconforto? (1) Não (2) Sim Descreva onde: _____ |
| 46. Você tem dificuldade para desenvolver alguma dessas atividades? (1) Banhar-se (2) Vestir-se (3) Alimentar-se (4) Movimentar-se (5) Uso do banheiro (6) Nenhuma |
| 47. Como você avalia sua memória atualmente? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim |
| 48. Faz uso de alguma prótese? (1) Ocular (2) Auditiva (3) Ortopédica (4) Dentária (5) Outras |
| 49. Você possui dificuldade para caminhar? (1) Não (2) Sim |
| 50. Você faz uso de algum dispositivo para auxiliar a caminhar? (1) Não (2) Sim Em caso positivo, que parte(s) do corpo? |
| 51. Você sente alguma dor no corpo? (1) Não (2) Sim Em qual parte do corpo? _____ Há quanto tempo? (1) menos de um ano (2) mais de um ano (3) crônica (4) Outros, descreva o período: _____ Em que momento? (1) Em repouso (2) Em movimento (3) Em repouso e em movimento Com que frequência? (1) quase nunca (2) às vezes (3) constantemente Faz tratamento para as dores? (1) Não (2) Sim Qual? |
| 52. Sofreu quedas nos últimos 12 meses? (1) Não (2) Sim Quantas vezes? _____ Como aconteceu a queda mais recente? _____ _____ Sofreu alguma fratura ou machucado grave decorrente da(s) queda(s)? (1) Não (2) Sim Onde? _____ |

53. Você sente medo de cair?

(1) Não (2) Sim

Marque na escala abaixo o número correspondente à intensidade do seu medo:

(1) (2) (3) (4) (5)
 (Nenhum medo) (Muito medo)

54. Você possui alguma doença? (0 = sem doença; 1 = com a doença);Marque na tabela abaixo a(s) doença(s) as quais você possui **diagnosticadas por um médico**:

| | |
|-----------------------|--|
| Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Respiratório | <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Pneumonias de Repetição Quantitativo no último ano: _____ <input type="checkbox"/> Vias Superiores (Rinite, Sinusite, Tonsilite, Faringite e Laringite) <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Digestivo | <input type="checkbox"/> Doença do Refluxo <input type="checkbox"/> Gastrite e/ou Úlceras Gástricas <input type="checkbox"/> Colelitíase <input type="checkbox"/> Pancreatite <input type="checkbox"/> Diverticulite <input type="checkbox"/> Colite <input type="checkbox"/> Diarréias Recorrentes Quantitativo de crises no último ano: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Urinário | <input type="checkbox"/> Urolitíase <input type="checkbox"/> Infecções Urinárias Frequentes Quantitativo no último ano: <input type="checkbox"/> Cistites Frequentes Quantitativo no último ano: _____ <input type="checkbox"/> Hiperplasia Prostática Benigna <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Endócrino | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HIPOTireoidismo <input type="checkbox"/> HIPERTireoidismo <input type="checkbox"/> Insuficiência de Supra-renal <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

| | |
|--|--|
| Locomotor | <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Artrose <input type="checkbox"/> Bursites <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Fraturas recentes Quantitativo no último ano: _____ <input type="checkbox"/> Deformidade de Membros Qual membro(s): _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Neurológico | <input type="checkbox"/> AVC Tipo: <input type="checkbox"/> isquêmica <input type="checkbox"/> hemorrágica <input type="checkbox"/> Demências <input type="checkbox"/> Distúrbios Neuropsiquiátricos <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Doenças Neurológicas Degenerativas Qual: _____ <input type="checkbox"/> Radiculopatias <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Sensorial | <input type="checkbox"/> Alterações Visuais <input type="checkbox"/> Alterações Auditivas Qual: _____ <input type="checkbox"/> Vertigens <input type="checkbox"/> Alterações Olfatórias Qual: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Neoplasia | <input type="checkbox"/> Benignas Local: _____ <input type="checkbox"/> Malignas/ Câncer Local: _____ |
| Depressão | <input type="checkbox"/> Aumento ou diminuição do sono <input type="checkbox"/> Anedonia, perda do prazer <input type="checkbox"/> Baixo do humor (tristeza ou desanimo) <input type="checkbox"/> Aumento ou Diminuição das atividades <input type="checkbox"/> Aumento ou Diminuição do apetite ou peso <input type="checkbox"/> Ideia de morte, doença ou suicídio <input type="checkbox"/> Falta de energia <input type="checkbox"/> Baixa de autoestima <input type="checkbox"/> Sentimento de culpa <input type="checkbox"/> Falta de concentração |
| <p>Utilize o espaço abaixo para informar sobre aspectos de sua saúde física ou mental que não foram contemplados nas questões anteriores e que você considera importante de ser destacado.</p> <hr/> <hr/> | |

| |
|---|
| Outras Observações: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|

Brasília, _____, _____, 2018.

(Assinatura do entrevistado)

Responsável pelo preenchimento

Unidade

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA – PROJETO PILOTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

Informações sobre a atividade: **Circuito de Equilíbrio – Programa de exercícios e palestras educacionais voltados para prevenção de quedas.**

Início: Março 2018

Término:

Aulas: Terças e Quintas de 9h às 11h (Aulas práticas – 60 min. e palestras educacionais – 30 min.)

O Sr(a) possui interesse em participar?

(1) Não (2) Sim (3) Talvez

Por quê? _____

O Sr(a) já é aluno do Sesc ou é a primeiro cadastramento?

(1) Não é o primeiro cadastramento (2) Sim , há _____ (informar o tempo)

Sofreu quedas no último ano?

(1) Não (2) Sim

Quantas vezes? _____

Como aconteceu a queda mais recente?

Local: _____

Sofreu alguma fratura ou machucado grave decorrente da(s) queda(s)?

(1) Não (2) Sim

Onde? _____

Você sente medo de cair? (1) Não (2) Sim

Marque na escala abaixo o número correspondente à intensidade do seu medo:

(1) (2) (3) (4) (5)
(Nenhum medo) (Muito medo)

ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em preprints de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os

artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas

pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o

ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/>

liv23907pdf) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, tons de cinza. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, tons de cinza, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1.Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2.Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3.O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Cien Saude Colet 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

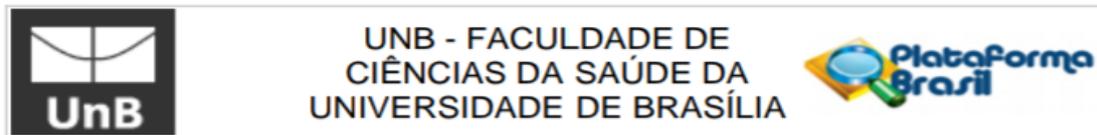
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O CIRCUITO DE EQUILÍBRIO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: UM ESTUDO DE FOLLOW-UP

Pesquisador: Juliana Nunes de Almeida Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56891516.6.0000.0030

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: SESC-SERVICO SOCIAL DO COMERCIO-ADMINISTRACAO REGIONAL DO DF

DADOS DO PARECER

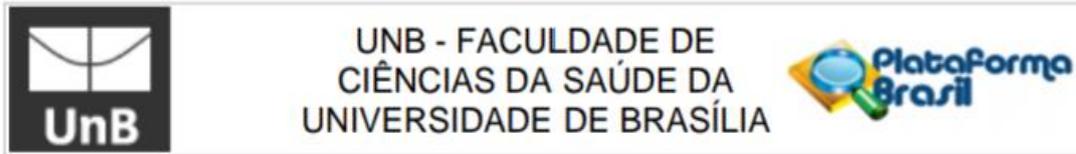
Número do Parecer: 2.596.824

Apresentação do Projeto:

"Resumo:

As quedas entre os idosos geram dependência, depressão, medo, fragilidade, institucionalização e declínio da qualidade de vida, por isso, no Brasil, as quedas são tratadas como epidemias. A literatura científica é vasta sobre as recomendações, estratégias e treinamentos destas variáveis para prevenção do risco de quedas. Há consenso, em se recomendar exercícios físicos não apenas de equilíbrio, mas também treinos de força, marcha, aeróbicos e de flexibilidade ou combinações destas modalidades (multimodais ou multicomponentes). Tais exercícios reduzem quedas incluindo taxa (número de quedas/pessoa/ano) e do risco de quedas (número de pessoas que caiu pelo menos uma vez acompanhadas no follow-up). Quando se trata de exercícios, realizados sem associações de modalidades, que melhor apresentam resultados nas quedas, revisões criteriosas são unânimes na recomendação do treinamento de equilíbrio, tais intervenções apresentam resultados promissores nas quedas e em seus fatores de risco. Apesar de não existir um consenso em relação à frequência, intensidade desse tipo de exercício, há orientações sobre como devem ser os treinamentos de equilíbrio e sugere-se que sejam aplicadas posturas com dificuldade progressiva; movimentos dinâmicos; exercício dos músculos posturais e redução das entradas sensoriais. Embora os artigos apontem resultados na diminuição de quedas, existe uma carência de ensaios clínicos randomizados bem delineados que examinem o efeito dos exercícios de equilíbrio sobre as quedas para além do término da intervenção. Esses efeitos, como o medo de cair,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.596.824

resultam em consequências como autoconfiança, restrição às atividades da vida diária, isolamento social, dentre outras, que por sua vez irão acelerar o declínio funcional e aumentar o risco de novos eventos. Todo esse processo gera custos para sociedade e podem trazer consequências médicas, psicológicas e econômicas importantes. Idosos caídores, aqueles que sofreram uma ou mais quedas nos últimos 12 meses, são idosos que sofrem com o medo de um novo evento e muitas vezes desenvolvem a síndrome pós queda, desencadeando depressão, dependência e isolamento. Há, portanto, maior necessidade de delineamentos metodológicos rigorosos e protocolos de exercícios dinâmicos e atrativos para os idosos que auxiliará, não apenas na prevenção de um novo evento ocorrer, mas nas consequências, que levam à dependência funcional e outros agravos."

"Metodologia Proposta:

O estudo será de caráter experimental, prospectivo, randomizado, crossover com duração prevista de trinta e seis (36) semanas. A amostra será composta por 60 indivíduos idosos. Calculada de acordo com o tamanho amostral ideal para esse estudo e distribuída aleatoriamente para 1 de 2 grupos (grupos A e B) após a geração de um plano de aleatorização pela web site randomization.com. Desta forma, pretende-se minimizar as variáveis de confundimento a fim de obter distribuições semelhantes. O estudo será cego, garantido pelo mascaramento dos avaliadores que farão a análise dos testes. O grupo A receberá o treinamento nas 12 semanas iniciais (fase intervenção) seguido das próximas 12 semanas sem exercícios (fase controle). O grupo B não receberá o treinamento nas primeiras 12 semanas (fase controle) e em seguida receberá o treinamento (fase intervenção) de 12 semanas. Durante a fase controle os grupos serão orientados a permanecerem em suas atividades habituais e a assistirem palestras educativas sobre prevenção de quedas. Os dados serão coletados em 4 etapas, sendo que a primeira ocorrerá na semana "0", a segunda na semana "12", a terceira será realizada na semana "24" e por fim, a semana "36" (follow up). Um período de um mês de wash out está previsto para eliminar o efeito carry over previsto para esse tipo de delineamento cross over como possível fadiga entre o final da semana "12" e o início da semana "24". O estudo será realizado na Unidade Taguatinga Sul do Sesc/DF. A participação será voluntária mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e avaliação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. A variável independente será a intervenção "CE"; as variáveis dependentes estarão representadas pela funcionalidade, equilíbrio, medo de queda, queda e qualidade de vida. O protocolo de intervenção do Circuito de Equilíbrio será ministrado por uma equipe treinada de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.596.824

profissionais de Educação Física. Portanto, para minimizar possíveis vieses, todos os métodos de mensuração serão padronizados; os observadores serão treinados e supervisionados; os instrumentos serão refinados e calibrados. Inicialmente os idosos serão submetidos a testes antropométricos (massa corporal e estatura) para caracterização da amostra, além de um questionário sociodemográfico e de saúde. Logo após serão aplicados os seguintes testes: International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) adaptado para avaliação do nível de atividade física em idosos, Escala de Eficácia de Quedas, Miniexame do Estado Mental (MEEM). O equilíbrio será avaliado através dos testes Timed Up & Go, marcha Tandem e Unipodal com e sem restrição visual Os dados sobre qualidade de vida serão coletados através do World Health Organization Quality of life Assessment-Bref (WHOQOLBref). O Risco de quedas será avaliado pelo Quickscreen. O Histórico de quedas será registrado através de recordatórios por meio do autorelato. A funcionalidade será realizada pelos testes de caminhada 6 minutos e Sentar e levantar em 30 segundos. O medo será avaliado pela Escala Internacional de Eficácia do Medo (FES-I) A intervenção do CE ocorrerá em duas sessões semanais, durante um período de 12 semanas para ambos os grupos "A" e "B". Na primeira fase de intervenção para o grupo "A" e na segunda fase da intervenção para o grupo "B". A fase controle ocorrerá 2 vezes ao mês durante as 12 semanas para ambos os grupos de maneira oposta."

"Critério de Inclusão:

Participarão da pesquisa idosos acima de 60 anos, homens e mulheres sedentários pelo menos há três meses, caidores (que sofreram queda nos últimos 12 meses) e não caidores."

"Critério de Exclusão:

Aqueles indivíduos que possuírem alguma condição médica severa que impossibilite a execução da atividade proposta, como doenças neurológicas centrais ou periféricas e alterações musculoesqueléticas, assim como escores sugestivos de alteração cognitiva no Mini-exame do Estado Mental (MEEM) serão excluídos."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos de 12 semanas de treinamento e follow-up no Circuito de Equilíbrio (CE) na prevenção de quedas e qualidade de vida em idosos."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

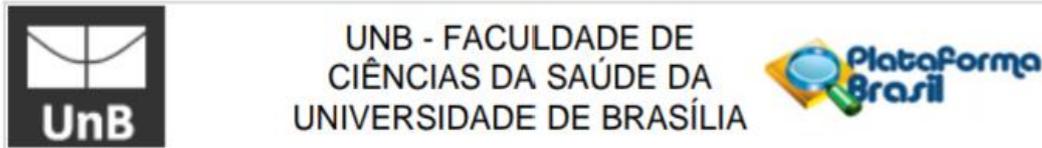
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.596.824

"Objetivo Secundário:

Avaliar os efeitos de 12 semanas de intervenção de treinamento no Circuito de equilíbrio (CE) sobre o equilíbrio estático e dinâmico em idosos; •Avaliar os efeitos de 12 semanas de treinamento no Circuito de equilíbrio (CE) sobre as quedas em idosos;•Avaliar os efeitos de 12 semanas de treinamento no Circuito de equilíbrio (CE) sobre o medo de sofrer queda; •Avaliar os efeitos de 12 semanas de treinamento no Circuito de equilíbrio (CE) sobre a qualidade de vida;•Avaliar os efeitos de 12 semanas após o encerramento das atividades sobre a funcionalidade, o equilíbrio, as quedas, o medo de cair e a qualidade de vida (follow-up)."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

A probabilidade de um evento desconfortável decorrente da participação do voluntário nesta pesquisa perpassa por diferentes tipos: físicos (dor, desconforto) por estarem realizando exercícios físicos nunca realizados antes; psicológicos (emoção alterada, estresse, culpa) que poderão ser provocados pela realização da atividade em grupo; sociais (discriminação e estigma pela doença,). Estes são riscos eminentes, porém, para minimizar os riscos, a pesquisadora assumirá um trabalho com alto rigor metodológico, reconsiderando cada procedimento, assim como a supervisão técnica, acompanhamento ético e avaliação serão realizadas."

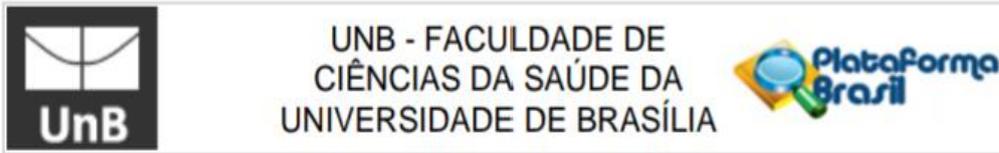
"Benefícios:

O Valor atribuído aos possíveis resultados relacionados à saúde e bem estar destes voluntários idosos, assim como aquilo que se espera aprender com a realização da pesquisa, o conhecimento gerado, a comunidade e instituição de pesquisa são alguns dos aspectos positivos da pesquisa. Vale ressaltar que esses benefícios diretos (da intervenção por um período) indiretos; (avaliações e assistência de Profissionais da saúde) e esperados (benefícios que surgem para sociedade) não serão utilizados para induzir de maneira inadequada a participação na presente pesquisa de acordo com a resolução 466/12."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Emenda E1 ao presente protocolo de pesquisa aprovado em 11/07/2016, Parecer Consubstanciado No. 1.627.101.

| | |
|--|-----------------------------------|
| Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro | |
| Bairro: Asa Norte | CEP: 70.910-900 |
| UF: DF | Município: BRASILIA |
| Telefone: (61)3107-1947 | E-mail: cepfsunb@gmail.com |



Continuação do Parecer: 2.596.824

"Justificativa da Emenda:

O projeto de Doutorado foi apresentado para o Sesc/DF e houve grande interesse de replicação para esse ano de 2018. A intenção da emenda é para agilizar o processo burocrático, sendo que o desenho metodológico será o mesmo."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

1. Informações Básicas do Projeto ("PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1067340_E1.pdf", postado em 20/02/2018);
2. Folha de Rosto ("FolhaderostoSescprevquedas.pdf", postado em 19/02/2018);
3. "curriculoMarisete.pdf", postado em 15/02/2018;
4. Planilha orçamentária ("OrçamentoPlanilhaOrçamento_PrevQuedaSesc.doc", postado em 15/02/2018);
5. Cronograma ("Cronograma_PrevQuedaSesc.doc", postado em 15/02/2018);
6. Projeto Detalhado ("PROJETO_JULIANACOSTA_2018_02_15_PLATBRASIL.doc", postado em 15/02/2018);
7. Modelo de TCLE ("TCLE_JULIANACOSTA_2018_02_15.doc", postado em 15/02/2018).

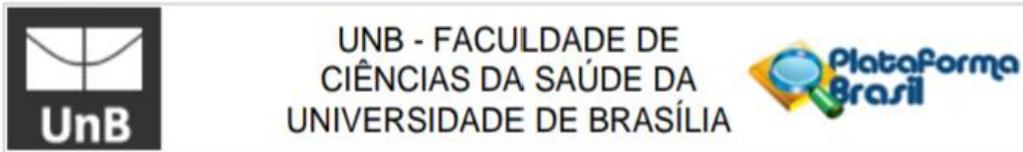
Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Não foi anexado o termo de concordância do SESC, como local coparticipante da pesquisa. A pesquisadora informa ser um novo projeto com novos participantes, no entanto, não informa o número de participantes de pesquisa. Solicita-se adequação.
2. Solicita-se atualizar o cronograma prevendo o início da pesquisa para período posterior à aprovação pelo CEP. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável aguardar a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa (Res. CNS 466/2012, item XI.2.a). Este deve ser anexado também como arquivo único na Plataforma Brasil.
3. Solicita-se apresentar dois (02) arquivos contendo o projeto de pesquisa. Um deles deverá

| | |
|--|-----------------------------------|
| Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro | |
| Bairro: Asa Norte | CEP: 70.910-900 |
| UF: DF | Município: BRASILIA |
| Telefone: (61)3107-1947 | E-mail: cepfsunb@gmail.com |



Continuação do Parecer: 2.596.824

apresentar o projeto inicialmente APROVADO pelo CEP/FS com marcações de revisor de texto, deixando claras as alterações propostas. O outro arquivo deverá apresentar a versão final "emendada" com as alterações incorporadas, sem marcação das alterações propostas.

4. Solicita-se apresentar relatório ao CEP/FS do projeto de pesquisa inicial. Este deverá ser realizado por meio de notificação.

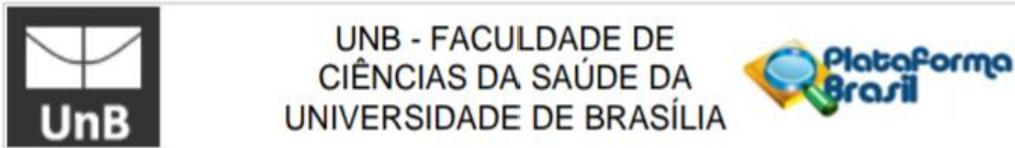
Considerações Finais a critério do CEP:

Solicita-se responder aos questionamentos do CEP, em carta resposta anexada na Plataforma Brasil, apontando onde se encontram as alterações. Informar modificação realizada, indicando parágrafo, página e documento, no qual encontram-se as alterações realizadas, seguindo a mesma numeração de pendências do parecer consubstanciado do CEP. Tal procedimento permite celeridade nas análises e emissão dos respectivos pareceres. Documentos devem ser disponibilizados em formato que possibilite o uso dos recursos "Copiar" e "Colar" em qualquer palavra ou trecho do texto (Norma Operacional CNS 001/2013).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1067340_E1.pdf | 20/02/2018 11:33:06 | | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaderostoSescprevquedas.pdf | 19/02/2018 11:40:19 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | curriculoMarisete.pdf | 15/02/2018 15:54:11 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Orçamento | PlanilhaOrçamento_PrevQuedaSesc.doc | 15/02/2018 15:47:02 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_PrevQuedaSesc.doc | 15/02/2018 15:46:30 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_JULIANACOSTA_2018_02_15_PLATBRASIL.doc | 15/02/2018 15:46:14 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_JULIANACOSTA_2018_02_15.doc | 15/02/2018 15:45:51 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | GustavodaSilvaRodrigues.pdf | 07/06/2016 15:16:32 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.596.824

| | | | | |
|------------|--|------------------------|-----------------------------------|--------|
| Outros | LarisseCostaGomes.pdf | 07/06/2016 14:48:59 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | MarceloBrito.doc | 07/06/2016 11:02:25 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | MateusdaSilvaBezerra.pdf | 07/06/2016 10:58:10 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | RicardoJaco.pdf | 07/06/2016 10:57:12 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | Termodeconcordancia_2016_06_07.pdf | 07/06/2016 10:50:27 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | cartaencaminhprojeto.doc | 07/06/2016 10:49:44 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | Cartadeencaminhamento_CEP_2016_06_07.pdf | 07/06/2016 10:47:54 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | TermoConcord_JULIANACOSTA.doc | 03/06/2016 15:56:24 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | TermoRespCompromPesq_JULIANACOSTA.doc | 03/06/2016 15:38:26 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Outros | Termoderesponsabilidade_2016_05_31.pdf | 31/05/2016 15:26:29 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_JULIANACOSTA.doc | 30/05/2016 16:21:59 | Juliana Nunes de Almeida Costa | Aceito |

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com