



UNIVERSIDADE  
EDUARDO  
MONDLANE

**Escola Superior de Ciências do Desporto**  
**Monografia de Licenciatura em Ciências do Desporto**

Projecto IMPAFVI

**Ramo:** Desporto Adaptado e Saúde

Titulo: Perfil Antropométrico, Pressórico e Determinantes Sociais da Saúde dos  
Idosos institucionalizados na Cidade de Maputo

**Autor**

Sérgio José Pelembe

Maputo, Maio de 2025



**Escola Superior de Ciências do Desporto**  
**Monografia de Licenciatura em Ciências do Desporto**

Projecto IMPAFVI

Ramo: Desporto Adaptado e Saúde

**Título:** Perfil Antropométrico, Pressórico e Determinantes Sociais da Saúde dos Idosos institucionalizados na Cidade de Maputo

**Autor:**

Sérgio José Pelembe

Monografia apresentada à Escola Superior de Ciências do Desporto da Universidade Eduardo Mondlane com vista à obtenção do grau de Licenciatura em Ciências do Desporto, Ramo de Desporto Adaptado e Saúde, sob orientação do Mestre Félix Salvador Chavane

Maputo, Maio de 2025

### **Declaração de Honra**

Declaro por minha honra que o presente trabalho da conclusão do curso de licenciatura em Ciências do Desporto na especialidade do Desporto Adaptado e Saúde que submeto à Escola Superior de Ciências do Desporto da Universidade Eduardo Mondlane, em cumprimento dos requisitos para a obtenção do Grau de Licenciatura em Ciências do Desporto nunca foi apresentado para obtenção de qualquer outro grau académico, resultado da minha investigação pessoal, estando no texto indicada a bibliografia e as fontes utilizadas.

O candidato

---

(Sérgio José Pelembe)

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, fonte de vida, saúde e sabedoria, que me sustentou em cada passo desta caminhada. Sem Ele, nada disso seria possível.

Ao meu amigo Manuel, verdadeiro companheiro de trincheira, cuja sua motivação e apoio inabaláveis me ajudaram a seguir em frente nos momentos mais desafiadores, a sua amizade e encorajamento foram fundamentais nesta jornada.

À minha mãe Isabel Muchanga, que sempre desejou o meu melhor e, com amor incondicional, me ensinou o valor do esforço e da dedicação. Seu apoio e suas orações foram o combustível para que eu nunca desistisse.

Aos meus pastores, pai e mãe Macaringue, que me ensinam a palavra de Deus e me ajudam a caminhar na fé. Suas orações, conselhos e ensinamentos fortaleceram minha alma e me deram ainda mais propósito nesta jornada.

Aos meus colegas de formação e aos que auxiliaram na recolha de dados.

Aos meus docentes, que me acolheram desde o primeiro dia e sempre estiveram dispostos a esclarecer minhas dúvidas. Com paciência e dedicação, transmitiram não apenas conhecimentos, mas também valores que levarei para toda a vida. Seu compromisso com a educação foi essencial para o meu crescimento acadêmico, social e profissional.

Ao meu orientador mestre Félix Chavane, que incansavelmente me guiou, ofereceu todo o suporte necessário e muito mais. Sua paciência, conhecimento e dedicação foram essenciais para a realização deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico, social e profissional.

A todos que, direta ou indiretamente contribuíram para que este sonho se tornasse numa realidade, o meu mais sincero agradecimento!

### **Dedicatória**

Dedico esta monografia há minha amada esposa Márcia, companheira incansável nesta jornada, foram anos de desafios, sacrifícios e perseverança, e em cada passo, encontrei em ti o apoio inabalável que me fortaleceu. Obrigado por abrir mão de tantos caprichos, por compreender as noites em claro, por ser o alicerce que sustentou este sonho até se tornar realidade. Esta conquista também é tua, pois sem o teu amor, paciência e dedicação, este momento não seria possível.

Aos meus filhos, Júnior e Isac, que, mesmo sem entender completamente, sempre foram minha maior motivação. Que este diploma seja um símbolo de que vale a pena lutar pelos nossos sonhos. Que vocês vejam nele um exemplo de persistência e saibam que tudo é possível com esforço, fé e determinação. Cada sorriso, cada abraço e cada momento ao vosso lado me deram forças para seguir em frente.

Esta vitória é nossa!!!

## Resumo

**Introdução:** A promoção de saúde é um factor preponderante para a optimização dos indicadores de saúde em todas as faixas etárias, sendo que acentua-se essa tendência em idosos dado a delicadeza das respostas fisiológicas no decurso da vida deste grupo populacional. **Objectivos:** Caracterizar o perfil antropométrico, nível pressórico e os determinantes sociais dos idosos institucionalizados na Cidade de Maputo. **Metodologia:** foram convidados a participar desta pesquisa sujeitos de ambos os sexos, com  $\geq$  a 60 anos que residam em Instituições de Longa Permanência (ILP) na Cidade de Maputo, como variáveis de interesse foram tratadas as demográficas como indicadores de determinação social, o perfil antropométrico foi determinado através da razão entre o peso e estatura ao quadrado recorrendo a balança com estadiómetro imbutido, também esfigmomanómetro foi usado para colher informações da Pressão Arterial (PA), todos os dados foram anotados no Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso Moçambicano (IASI-Moç); os dados foram analisados com recurso a ferramenta estatística JAMOV V. 2.4.11, onde foram apresentadas Frequências Absolutas (FA) e Relativas (FR) nas variáveis demográficas e determinantes sociais, as variáveis antropométricas e pressóricas foram apresentadas com recurso a estatística descritiva, verificou-se a normalidade da distribuição dos dados no seio da amostra, onde constatamos que os dados são não paramétricos e aplicamos a mediana e intervalos interquartis. **Resultados:** Os determinantes sociais da saúde influenciaram directamente o perfil antropométrico e os níveis pressóricos dos idosos institucionalizados na cidade de Maputo. A maioria dos idosos apresentam baixa escolaridade, ausência de renda fixa e histórico rural, factores que agravam sua vulnerabilidade. A análise antropométrica revelou variações no estado nutricional, com casos de desnutrição e obesidade, enquanto a pressão arterial teve uma mediana de 141 mmHg (sistólica) e 81 mmHg (diastólica), indicando uma prevalência de hipertensão ténue. **Conclusão:** Os resultados desta pesquisa evidenciam que os determinantes sociais da saúde têm uma influência significativa sobre o perfil antropométrico e os níveis pressóricos dos idosos institucionalizados na cidade de Maputo.

**Palavras-Chave:** Perfil Antropométrico, Pressão Arterial, Determinantes Sociais, Idoso, ILP.

## Abstract

**Introduction:** Health promotion is a preponderant factor in optimizing health indicators in all age groups, and this trend is accentuated in the elderly given the delicacy of physiological responses throughout the life of this population group. **Aims:** To characterize the anthropometric profile, blood pressure level and social determinants of institutionalized elderly people living in the City of Maputo. **Methodology:** subjects of both sexes, aged  $\geq 60$  years old and residing in Long-Term Institutions (LTI) in the City of Maputo were invited to participate in this research. Demographic variables were treated as variables of interest as indicators of social determination. Blood Pressure (BP), all data were recorded in the Mozambican Elderly Health Assessment Instrument (Moz-EHAI); the data were analyzed using the statistical tool JAMIVI V. 2.4.11, where Absolute Frequencies (AF) and Relative Frequencies (FR) will be presented in the demographic variables and social determinants, the anthropometric and blood pressure variables were presented using descriptive statistics, the normality of the data distribution within the sample was verified, where we found that the data are non-parametric and we applied the median and interquartile ranges. **Results:** The social determinants of health directly influenced the anthropometric profile and blood pressure levels of institutionalized elderly people in the Maputo City. The majority of elderly people have low education, lack of fixed income and a rural background, factors that aggravate their vulnerability. Anthropometric analysis revealed variations in nutritional status, with cases of malnutrition and obesity, while blood pressure had a median of 141 mmHg (systolic) and 81 mmHg (diastolic), indicating a slight prevalence of hypertension. **Conclusion:** The results of this research show that the social determinants of health have a significant influence on the anthropometric profile and blood pressure levels of institutionalized elderly people in the Maputo City.

**Keywords:** Anthropometric Profile, Blood Pressure, Social Determinants, Elderly, LTI.

## Índice

Declaração de Honra .....	...Erro! Marcador não definido.III
Agradecimentos .....	IV
Dedicatória.....	V
Resumo .....	VI
Abstract .....	VII
Lista de Figuras .....	XI
Lista de Tabelas .....	XII
Lista de abreviações .....	XIII
Lista de anexos.....	XIV
Capítulo 1- Introdução .....	14
1.1. Situação problemática: .....	15
1.2. Problema de pesquisa Científica: .....	16
1.3. Justificativa .....	16
1.3.1. No Âmbito Pessoal .....	16
1.3.2. No Âmbito Social .....	16
1.3.3. No Âmbito Científico .....	17
1.4. Objectivo Geral .....	17
1.5. Objectivos Específicos.....	17
Capítulo 2 – Revisão da Literatura .....	18
2.1. Envelhecimento.....	18
2.1.1. Envelhecimento e Desafios para a Saúde do Idoso .....	18
2.1.2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Envelhecimento .....	19
2.1.3. Promoção da Saúde e Envelhecimento Saudável.....	19
2.1.4. Actividade Física e Saúde do Idoso .....	20
2.1.5. Nutrição e Envelhecimento .....	21
2.1.6. Cuidado Integral e Políticas Públicas para Idosos.....	21
2.1.7. Idosos institucionalizados em Moçambique .....	21
2.1.8. Instrumentos jurídicos de protecção ao idoso em Moçambique.....	23
2.2. Determinantes Sociais da Saúde (DSS).....	24
2.2.1. Principais Determinantes Sociais da Saúde .....	25
2.2.1.1. Educação.....	25
2.2.1.2. Renda e Status Económico .....	25
2.2.1.3. Ambiente Físico e Habitação .....	25
2.2.1.4. Condições de Trabalho e Emprego.....	25
2.2.2. Acesso a Cuidados .....	25

2.3. O nível pressórico.....	26
2.3.1. Conceito de Nível Pressórico e Sua Importância.....	26
2.3.2. Fatores Determinantes do Nível Pressórico .....	26
2.3.3. Actividade Física e Controle da hipertensão.....	27
2.3.4. Classificação dos Níveis Pressóricos.....	27
2,3.5. Intervenções e Tratamento para Controle do Nível Pressórico .....	27
2.4. Perfil antropométrico .....	27
2.4.1. Importância do Perfil Antropométrico na Saúde.....	28
2.4.2. Composição Corporal e Distribuição de Gordura.....	28
2.4.3. Métodos de Avaliação Antropométrica .....	28
2.4.4. Índice de Massa Corporal (IMC) .....	29
2.4.5. Circunferência da Cintura e Relação Cintura-Quadril .....	29
2.4.6. Circunferência da Panturrilha .....	29
2.4.7. Circunferência do Braço.....	29
2.4.8. Perfil Antropométrico e Qualidade de Vida .....	30
2.4.9. Perfil Antropométrico e Desempenho Desportivo .....	30
Capítulo 3 – Metodologia.....	31
3.1. População .....	31
3.2. Amostra .....	31
3.3. Métodos e técnicas.....	31
3.4. Área do Estudo .....	31
3.5. Variáveis .....	32
3.5.1. No Perfil Antropométrico: .....	32
3.5.2. Níveis pressóricos: .....	32
3.5.3. Determinantes Sociais:.....	32
3.5.4. Análise de Dados .....	33
3.6. Considerações Éticas .....	33
Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados .....	34
4.1. Caracterização do Perfil dos Idosos.....	34
4.2. Determinantes Sociais de Saúde.....	34
4.3. Perfil ANTROPOMÉTRICO.....	36
4.4. Composição corporal .....	37
4.5. Pressão Arterial e Frequência Cardíaca .....	38
Capítulo 5 – Discussão dos Resultados .....	40
Capítulo 6 – Conclusões e Recomendações .....	43
6.1. Conclusão .....	43

6.2. Recomendações e Estratégias .....	44
6.3. Referencias Bibliográficas.....	45

**Lista de Figuras**

Figura 1. Representação Gráfica do perfil antropométrico dos idosos.....36

Figura 2. Representação Gráfica da Composição Corporal dos Idosos.....38

Figura 3. Representação Gráfica da Pressão arterial dos Idosos.....39

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1. Caracterização das idades dos idosos estudados .....	34
Tabela 2: Distribuição Percentual dos Determinantes Sociais.....	35
Tabela 3. Caracterização do Perfil Antropométrico dos Idosos .....	36
Tabela 4. Caracterização da Composição Corporal dos Idosos .....	37
Tabela 5. Caracterização da Pressão Arterial dos Idosos .....	38

### **Lista de abreviações**

CC – circunferência da cintura

CP – circunferência do pescoço

CV – cardiovascular

DCV – doenças cardiovasculares

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSS – Determinantes sociais da saúde

HAS – hipertensão arterial sistêmica

IASI-Moç – Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso Moçambicano

IMC – índice de massa corporal

IMPAFVI – Impacto da Actividade Física Verde para Idosos

IIQ – intervalos interquartis

MD – mediana

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – pressão arterial

PAS – pressão arterial sistólica

PAD – pressão arterial diastólica

RCE – razão cintura-estatura

RCQ – razão cintura-quadril

DCT – dobra cutânea tricipital

### **Lista de anexos**

1. Anexo A – Autorização para a recolha de dados no Centro-Dia Idosos de Hulene;
2. Anexo B – Autorização para a recolha de dados no Lar Nossa Senhora dos Desamparados;
3. Anexo C – Certificado do Comité Internacional de bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo;
4. Anexo D – Instrumentos de avaliação da Saúde do Idoso Moçambicano (IASI-Moç).

## Capítulo 1- Introdução

A promoção de saúde é um factor preponderante para a optimização dos indicadores de saúde em todas as faixas etárias, sendo que acentua-se essa tendência em idosos dado a delicadeza das respostas fisiológicas no decurso da vida deste grupo populacional.

Segundo Loureiro et al. (2020), Valores antropométricos são importantes preditores de risco cardiovascular. A antropometria tem sido usada para trazer elementos importantes de saúde que refletem o crescimento e o desenvolvimento do corpo humano, e também é utilizada para avaliação do estado nutricional. Trata-se de um método barato, não invasivo, universalmente aplicável, com fácil obtenção e aplicabilidade, baixa correlação com a estatura e boa correlação com as medidas da gordura corporal, e boa aceitação pela população, Gama (2016). Segundo França (2024) realizar o rastreio precoce das medidas antropométricas é fundamental para o direccionamento das intervenções na Atenção Primária à Saúde e para a promoção de um envelhecimento saudável. As medidas antropométricas recomendadas na avaliação nutricional do idoso são peso, estatura, circunferência do braço e dobras cutâneas tricipital e subescapular.

A hipertensão aumenta significativamente o risco de doenças cardíacas, cerebrais, e renais e é uma das principais causas de morte e doenças em todo o mundo. Pode ser facilmente detectada por meio de aferição da pressão arterial. Evidências mostram que pessoas de meia-idade e idosas têm maior probabilidade de sofrer de hipertensão. A hipertensão está significativamente associada ao risco de doença cardiovascular (DCV). O manejo eficaz da hipertensão desempenha um papel importante na prevenção da prevalência de DCV em pessoas de meia-idade e idosas (Lu et al, 2024). Atualmente a OMS define a pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg para definir hipertensão nos idosos.

O envelhecimento populacional é um fenómeno global que demanda uma atenção especial às condições de saúde dos idosos, especialmente daqueles institucionalizados. O perfil antropométrico, os níveis pressóricos e os determinantes sociais da saúde desempenham um papel fundamental na qualidade de vida dessa

população, influenciando diretamente a prevalência de doenças crônicas e a capacidade funcional dos indivíduos.

Neste contexto, compreender como esses factores se inter-relacionam nos idosos institucionalizados na cidade de Maputo é essencial para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e políticas públicas eficazes. A presente pesquisa visa caracterizar o perfil antropométrico e pressórico desses idosos, bem como identificar os determinantes sociais que impactam sua saúde, contribuindo para um melhor planeamento de intervenções voltadas ao envelhecimento saudável.

### **1.1. Situação problemática:**

As características sociais dentro das quais a vida transcorre ou as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham são tidas como determinantes sociais da saúde (DSS) também das pessoas idosas, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus factores de risco na população idosa. Segundo Geib (2012), as condições do contexto social afectam a saúde e podem ser modificadas por ações específicas sobre os determinantes como renda, educação, ocupação, estrutura familiar, disponibilidade de serviços, saneamento, exposições a doenças, redes e apoio social, discriminação social e acesso a acções preventivas de saúde.

Os estados membros da união Africana são orientados a desenvolver políticas que garantam os direitos dos idosos de desfrutar de todos os aspectos da vida, incluindo uma participação no desenvolvimento socioeconômico, programas culturais, lazer e desportos (UNIÃO AFRICANA, 2016, p. 9). Porém, à ineficácia de amparo quer ao nível familiar motivado pela indisponibilidade de recursos; a nível social, onde instituições públicas não são eficazes na implementação das políticas públicas de proteção desta população; aliados a um estilo de vida sedentário e maior consumo de alimentos processados, influenciam negativamente a saúde no geral (*Chavane at al, 2014*) consubstanciando o perfil antropométrico assim como os indicadores de pressão arterial, diabetes millitus do tipo 2 e outras comorbidades.

É do conhecimento comum que a hipertensão está significativamente associada ao risco de doença cardiovascular (DCV). Evidências mostram que pessoas de meia-idade e idosos têm maior probabilidade de sofrer de hipertensão. O manejo eficaz da hipertensão desempenha um papel importante na prevenção da prevalência de DCV

em pessoas de meia-idade e idosos (Lu at al, 2024). Atualmente, a pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg é comumente usada para definir hipertensão nos idosos.

Segundo França (2024), Realizar o rastreio precoce das medidas antropométricas é fundamental para o direcionamento das intervenções na Atenção Primária à Saúde e para a promoção de um envelhecimento saudável., baixa correlação com a estatura e boa correlação com as medidas da gordura corporal, e boa aceitação pela população. Entre os indicadores antropométricos temos, peso, estatura, as circunferências dos braços, pantorrilha, cintura, quadril e o Índice de Massa Corporal (IMC).

Deste modo, fazendo uma análise paralela da realidade a escala mundial, sentimos que a influência nefasta do sedentarismo devido a ineficácia da gestão dos determinantes sociais em idosos institucionalizados na Cidade de Maputo afigura-se um problema de saúde pública por acometer os perfis antropométrico, pressórico e determinantes sociais da saúde dos mesmos.

## **1.2. Problema de pesquisa Científica:**

Até que ponto a ineficácia da gestão dos determinantes sociais pode influenciar negativamente o perfil antropométrico e o nível pressórico dos idosos institucionalizados na cidade Maputo?

## **1.3. Justificativa**

### **1.3.1. No Âmbito Pessoal**

Entender a relação do perfil antropométrico e níveis pressóricos dos idosos com os determinantes sociais dessas instituições, pode contribuir na identificação de factores de risco para doenças crônicas, permitindo intervenções personalizadas que melhoram a saúde e a qualidade de vida dos idosos, através de criação de programas de prevenção e promoção da saúde.

### **1.3.2. No Âmbito Social**

Dados sobre a saúde e os determinantes sociais dos idosos institucionalizados na cidade de Maputo, são essenciais para a elaboração de políticas públicas adaptados ao contexto dessa região, visando melhorar a infraestrutura de saúde e os serviços sociais, reduzir a desigualdade e fortalecer as redes de apoio na região.

### **1.3.3. No Âmbito Científico**

Estudos sobre o perfil de saúde dos idosos em diferentes regiões contribuem para a literatura científica, fornecendo dados comparativos que podem ser usados em pesquisas futuras, pode ser usada como base para estudos longitudinais. Além disso, essa pesquisa pode identificar novos padrões e relações entre perfil antropométrico, níveis pressóricos e determinantes sociais, promovendo a inovação em intervenções de saúde para a terceira idade.

### **1.4. Objectivo Geral**

- ✓ Caracterizar o perfil antropométrico, nível pressórico e os determinantes sociais dos idosos institucionalizados na cidade de Maputo.

### **1.5. Objectivos Específicos**

- ✓ Aferir a relação entre os determinantes sociais e o perfil antropométrico e níveis pressóricos dos idosos institucionalizados na cidade Maputo.
- ✓ Identificar os principais determinantes sociais que influenciam o perfil antropométrico e níveis pressóricos dos idosos institucionalizados na cidade Maputo.
- ✓ Propor recomendações e estratégias para políticas públicas que visem melhorar a saúde e o bem-estar dos idosos institucionalizados na cidade Maputo.

## **Capítulo 2 – Revisão da Literatura**

### **2.1. Envelhecimento**

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que tem implicações significativas para a saúde pública. O aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de natalidade resultaram em um crescimento da população idosa, particularmente em países de média e alta renda. Dos principais problemas enfrentados por essa população encontra-se o comportamento sedentário, caracterizado pelo tempo excessivo gasto em atividades de baixa demanda energética, como permanecer sentado ou deitado por longos períodos (TREMBLAY et al., 2017). Entre tanto a qualidade de vida, bem-estar, boas condições de saúde, são alguns dos factores essenciais para elevar a expectativa de vida de uma população, que na actualidade, tende a um progressivo processo de envelhecimento, modificando a configuração das pirâmides, com o crescimento do seu topo (YABUUTI et al., 2019). Este processo exige uma maior atenção às necessidades de saúde dos idosos, incluindo a prevenção de doenças crônicas, a promoção do envelhecimento saudável e a garantia de cuidados adequados. De com o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde feito em 2015 a diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento. Embora a maior parte dos adultos maiores apresente múltiplos problemas de saúde com o passar do tempo, a idade avançada não implica em dependência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a promoção da saúde na terceira idade é essencial para melhorar a qualidade de vida e reduzir a carga sobre os sistemas de saúde (WHO, 2015).

#### **2.1.1. Envelhecimento e Desafios para a Saúde do Idoso**

Com o avanço da idade, ocorrem mudanças fisiológicas que aumentam a vulnerabilidade a condições de saúde crônicas, como hipertensão, diabetes tipo 2, doenças cardíacas, e doenças osteoarticulares (Lloyd-Sherlock et al., 2012). Estudos indicam que o envelhecimento está associado a uma diminuição da capacidade funcional e à prevalência de múltiplas comorbidades, o que aumenta a complexidade do cuidado necessário (Veras, 2009). De acordo com Kirkland et al. (2020), o aumento das doenças crônicas está diretamente relacionado ao envelhecimento,

especialmente devido à maior vulnerabilidade fisiológica dessa população. Além disso, Maher et al. (2014) destacam que a polifarmácia, comum entre idosos, pode resultar em interações medicamentosas adversas e aumentar o risco de hospitalizações.

### **2.1.2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Envelhecimento**

No Envelhecimento As DCNT continuam a ser a principal causa de morbimortalidade entre os idosos. Zhou et al. (2021) apresentam dados globais que indicam um crescimento preocupante na prevalência de doenças como diabetes, doenças cardíacas e hipertensão entre pessoas com mais de 60 anos. A gestão eficiente dessas condições é destacada por Basu et al. (2019), que enfatizam a importância de intervenções precoces e contínuas para o controle das DCNT. A prevenção e o controle dessas doenças, através de políticas públicas eficazes e do manejo integrado, são cruciais para minimizar o impacto dessas condições na vida dos idosos (Rodrigues et al., 2017). No estudo de Simielil et al. (2019) concluíram que as mulheres buscam mais o cuidado a saúde, as quais estão expostas a hipertensão como uma das doenças crônicas não transmissíveis, sendo um dos factores de risco correlacionados a doenças cardiovasculares. Sedo que, torna-se possível a realização de acções de prevenção e promoção de saúde, a fim de minimizar as complicações por meio do diagnóstico precoce, tratamento e seguimento adequado.

Segundo Silva et al., (2015), Há necessidade de mostrar que as DCNT podem ser prevenidas e que estas não precisam crescer proporcionalmente com o número de idosos, nem serem conhecidas como doenças “normais” para o avançar da idade.

As implicações das doenças crônicas se manifestam no uso de medicamentos, que também se constituem como factor de risco; na condição da dependência e na vivência com doenças crônicas, que denotam em maior uso dos serviços de saúde; no alto impacto econômico das doenças crônicas para as famílias e para o Estado; e na precariedade das rendas familiares, que condicionam os idosos a contarem com poucos dispositivos de apoio social e comunitário, Figueiredo et al., 2021.

### **2.1.3. Promoção da Saúde e Envelhecimento Saudável**

O conceito de envelhecimento saudável envolve a manutenção das capacidades físicas, cognitivas e emocionais ao longo da vida. A OMS define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade

funcional que permite o bem-estar na terceira idade (WHO, 2015). A promoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo a prática regular de exercícios físicos, alimentação equilibrada, e a redução do consumo de álcool e tabaco, é essencial para prevenir o declínio funcional e melhorar a qualidade de vida dos idosos (Horta et al., 2017). Programas como os analisados por Patterson et al. (2021) demonstram que actividades físicas regulares e intervenções educacionais podem reduzir significativamente os riscos de incapacidades. Nguyen et al. (2020) analisam estratégias culturais adaptadas para diferentes contextos, mostrando que o envelhecimento saudável deve ser abordado de forma holística e contextualizada.

A síntese do conhecimento sobre envelhecimento saudável na perspectiva dos idosos pode subsidiar ações de profissionais que actuam com esse grupo populacional no sentido de incentivar e valorizar os determinantes sociais envolvidos, superando o foco exclusivo na adoção de hábitos e comportamentos inerentes ao estilo de vida para o alcance de um envelhecimento saudável, Tavares, et al., (2017).

#### **2.1.4. Actividade Física e Saúde do Idoso**

A prática regular de actividade física tem benefícios comprovados para a saúde dos idosos, incluindo a melhora da força muscular, do equilíbrio e da capacidade aeróbica. Além disso, o exercício físico regular está associado a uma redução do risco de quedas e a uma melhora na saúde mental, reduzindo sintomas de depressão e ansiedade (Nelson et al., 2007). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), adultos com 65 anos ou mais devem realizar, semanalmente, pelo menos 150 a 300 minutos de AF aeróbica de intensidade moderada, além de exercícios de fortalecimento muscular e equilíbrio, especialmente para prevenir quedas. A actividade física compreende qualquer movimento corporal resultante de contrações musculares associado a um gasto energético acima do nível de repouso (OMS, 2020). Programas de actividade física adaptados às capacidades individuais dos idosos são recomendados para maximizar os benefícios à saúde e minimizar os riscos (American College of Sports Medicine, 2009). Cameron et al. (2016) mostram que a actividade física regular entre idosos não apenas melhora a capacidade física, mas também reduz sintomas de depressão e ansiedade. MacIntyre et al. (2020) avaliam programas de exercício físico em instituições de longa permanência e concluem que a adaptação das actividades às limitações dos residentes é essencial para maximizar os benefícios.

### **2.1.5. Nutrição e Envelhecimento**

A nutrição adequada é fundamental para o envelhecimento saudável. Deficiências nutricionais são comuns entre os idosos devido a factores como perda de apetite, dificuldades de mastigação e absorção de nutrientes. Uma dieta equilibrada, rica em frutas, vegetais, proteínas magras, e pobre em açúcares e gorduras saturadas, contribui para a prevenção de doenças crônicas e a manutenção da saúde geral (Morley, 2010). Nishida et al. (2018) discutem o papel da nutrição na prevenção de doenças crônicas, enfatizando a importância de dietas equilibradas. Intervenções nutricionais específicas para idosos, como as revisadas por Volkert et al. (2019), que mostraram melhorias significativas na qualidade de vida e nos indicadores clínicos, especialmente em ambientes institucionais. De acordo com Silva et al., (2025) são diversos os factores enfrentados pela população idosa institucionalizada para uma boa qualidade de vida, como questões relacionadas à nutrição, mobilidade e acesso a cuidados de saúde adequados, que impactam diretamente na qualidade de vida. Diante disso, é fundamental a implementação de políticas públicas que reforcem a melhoria dos cuidados nutricionais e de saúde, além da adoção de estratégias voltadas à promoção da saúde e bem-estar da população idosa institucionalizada.

### **2.1.6. Cuidado Integral e Políticas Públicas para Idosos**

O cuidado integral ao idoso requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de diferentes áreas da saúde. O foco deve ser na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças crônicas, além da reabilitação e dos cuidados paliativos quando necessários. Políticas públicas voltadas para o idoso, como a implementação de programas de saúde específicos, acesso a serviços de saúde adequados e a promoção de ambientes amigáveis para idosos, são fundamentais para garantir o bem-estar dessa população (Veras, 2009). O cuidado integral ao idoso envolve não apenas a saúde física, mas também a saúde mental e social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2021), políticas públicas devem ser desenhadas para integrar diferentes serviços e facilitar o acesso contínuo. Bodenheimer & Berry-Millett (2022) comparam modelos de atenção integral em diferentes países, destacando a importância de cuidados centrados na pessoa.

### **2.1.7. Idosos institucionalizados em Moçambique**

Os moçambicanos idosos são mais pobres do que o resto da população e estão lentamente a alcançar a possibilidade de viver uma vida mais longa, mas como o

aumento da esperança de vida não é complementado por uma nova base económica ou novos mecanismos de protecção social, os moçambicanos idosos transformam-se em vítimas do seu próprio “sucesso de longevidade” (Francisco et al., 2013). A institucionalização de idosos, embora ainda pouco documentada no país, levanta questões sobre qualidade de vida, pobreza e exclusão social. Francisco et al. (2023) discutem os desafios enfrentados por idosos em instituições moçambicanas, incluindo a falta de recursos, de pessoal qualificado e de políticas públicas específicas. Moyo et al. (2022) analisam modelos em outros países africanos, sugerindo boas práticas que podem ser adaptadas ao contexto moçambicano, como o fortalecimento do suporte comunitário. A falta de segurança de rendimentos na velhice agrava a vulnerabilidade desse grupo populacional, pesquisas em contextos semelhantes sugerem que a institucionalização pode estar associada a sentimentos de solidão e menor qualidade de vida. Um estudo comparativo revelou que idosos institucionalizados apresentam níveis mais elevados de solidão e menores índices de qualidade de vida em comparação com aqueles que vivem na comunidade (Correia & Lucas, 2012).

Além disso, experiências internacionais mostram que a institucionalização, especialmente quando associada à perda de autonomia e à separação do meio familiar, pode contribuir para sentimentos de despersonalização, dependência e isolamento social entre os idosos. Um estudo realizado em Portugal revelou que, em ambientes institucionais, os idosos enfrentam frequentemente limitações na mobilidade, na tomada de decisões e na participação social, factores que afectam diretamente a sua perceção de qualidade de vida (Pires, 2015). Tais evidências reforçam a necessidade de um olhar crítico e contextualizado sobre as instituições de acolhimento em Moçambique, de modo a garantir que a protecção social não comprometa os direitos fundamentais nem a dignidade dos idosos.

A implementação de uma pensão universal de velhice é apontada como estratégia potencial para melhorar o bem-estar dos idosos em Moçambique. Estudos sugerem que tal medida poderia ter um impacto significativo na redução da pobreza entre os idosos, além de fortalecer a economia e responder às demandas da transição demográfica (Francisco et al., 2013). No entanto, a efectivação de políticas públicas eficientes requer um entendimento aprofundado sobre as necessidades específicas dos idosos institucionalizados na Cidade de Maputo.

Dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística (INE), sugerem que em 2019 o número de pessoas idosas em Moçambique era de 1.275.660 idosos, o que representa 4,8% da população. Destes cerca de 51% não recebem nenhuma pensão, seja do sistema contributivo ou não contributivo, (CASTEL-BRANCO & ANDRÉS, 2019).

Em Moçambique, a assistência na velhice é um direito consagrado na Constituição da República. Segundo a lei n.º 3/2014 de 5 de fevereiro, Considera-se pessoa idosa a todo o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. Apesar da assistência na velhice ser um direito, metade das pessoas idosas continuam sem acesso a segurança social quer através do subsistema da segurança social obrigatória (contributivo), quer através do subsistema da segurança social básica (não-contributivo), (CASTEL-BRANCO & ANDRÉS, 2019).

### **2.1.8. Instrumentos jurídicos de protecção ao idoso em Moçambique**

Os idosos Moçambicanos tem uma protecção legal assegurada por vários instrumentos jurídicos, desde a constituição da República de Moçambique, a lei n.º 3/2014, de 5 de fevereiro, a lei da protecção social n.º 4/2007.

Segundo a Constituição da República de Moçambique no seu número 1 do Artigo 40:

1. Todo o cidadão tem direito à vida e à integridade física e moral e não pode ser sujeito à tortura ou tratamentos cruéis ou desumanos.

O Artigo 89 diz que:

Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública.

Indo mais a fundo, o número 1 e 2 do artigo 95 diz que, todos os cidadãos têm direito à assistência em caso de incapacidade e na velhice, sendo que o Estado promove e encoraja a criação de condições para a realização deste direito.

E os números 1 e 2 do Artigo 124 estabelecem que:

1. Os idosos têm direito à protecção especial da família, da sociedade e do Estado, nomeadamente na criação de condições de habitação, no convívio familiar e

comunitário e no atendimento em instituições públicas e privadas, que evitem a sua marginalização.

2. O Estado promove uma política de terceira idade que integra acções de carácter económico, social e cultural, com vista à criação de oportunidades de realização pessoal através do seu envolvimento na vida da comunidade.

Por sua vez a lei n.º 3/2014, de 5 de fevereiro promove e protege os direitos da pessoa idosa.

### Artigo 3

Este regulamento tem por objecto assegurar o exercício dos direitos à pessoa idosa, relativos à:

Assistência médica e o atendimento; educação, cultura, desporto e lazer; ocupação profissional; habitação; acesso aos transportes públicos; assistência social e acesso à justiça.

A materialização desses instrumentos aliados com a prática de actividades físicas podem permitir um envelhecimento saudável em idosos institucionalizados na cidade de Maputo e conseqüentemente em Moçambique.

### **2.2. Determinantes Sociais da Saúde (DSS)**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os DSS são "as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem", influenciadas por uma distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos no nível global, nacional e local (WHO, 2008). Esses determinantes são responsáveis por uma parcela significativa das desigualdades em saúde observadas dentro e entre países. Marmot et al. (2010) argumentam que melhorar a equidade nos DSS é fundamental para reduzir disparidades em saúde e promover o bem-estar das populações. Marmot et al. (2019) enfatizam que educação e renda são determinantes fundamentais da saúde na velhice. Braveman et al. (2020) ressaltam o impacto do ambiente físico e das condições de trabalho ao longo da vida como factores que se acumulam, afectando negativamente a saúde dos idosos.

### **2.2.1. Principais Determinantes Sociais da Saúde**

Os DSS podem ser divididos em factores socioeconômicos e ambientais que influenciam directamente a saúde:

#### **2.2.1.1. Educação**

A educação é um dos determinantes sociais mais influentes, afectando directamente o conhecimento, as habilidades e as oportunidades de trabalho dos indivíduos. Pessoas com maior nível educacional tendem a ter maior acesso a empregos qualificados, melhores rendimentos e comportamentos de saúde mais saudáveis, contribuindo para uma maior expectativa de vida (Cutler & Lleras-Muney, 2006).

#### **2.2.1.2. Renda e Status Económico**

A renda afecta a saúde por meio do acesso a bens e serviços que promovem o bem-estar, como alimentação saudável, moradia adequada e cuidados de saúde. A desigualdade de renda tem sido associada a piores resultados de saúde e a um aumento nas taxas de doenças crónicas e mortalidade (Wilkinson & Pickett, 2010). Estudos sugerem que uma distribuição mais equitativa da riqueza pode resultar em melhores indicadores de saúde populacional.

#### **2.2.1.3. Ambiente Físico e Habitação**

O ambiente físico, incluindo a qualidade da água, do ar, e a segurança dos espaços habitacionais, é um importante determinante da saúde. Residências de baixa qualidade e ambientes poluídos estão associados a um maior risco de doenças respiratórias, cardiovasculares e infecciosas (Braveman et al., 2011).

#### **2.2.1.4. Condições de Trabalho e Emprego**

A natureza do emprego e as condições de trabalho afectam directamente a saúde física e mental. Trabalhos inseguros, precários e com baixos salários estão frequentemente associados a estresse elevado, o que pode levar a problemas de saúde mental e doenças crónicas (Benach et al., 2010).

### **2.2.2. Acesso a Cuidados**

O acesso equitativo a cuidados de saúde é essencial para a equidade em saúde na velhice. Estudos apontam que idosos institucionalizados frequentemente enfrentam barreiras como distância dos serviços, custos e discriminação etária (WHO, 2021; HelpAge International, 2022).

### **2.3. O nível pressórico**

O nível pressórico, ou pressão arterial, é uma medida da força que o sangue exerce contra as paredes das artérias enquanto é bombeado pelo coração. A pressão arterial é um dos principais indicadores de saúde cardiovascular, sendo geralmente expressa por dois números: a pressão sistólica (pressão máxima durante a contração do coração) e a pressão diastólica (pressão mínima entre as batidas cardíacas). O controle adequado dos níveis pressóricos é crucial para a prevenção de doenças cardiovasculares, incluindo infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca (Whelton et al., 2018).

#### **2.3.1. Conceito de Nível Pressórico e Sua Importância**

A pressão arterial elevada é um dos fatores de risco mais relevantes para doenças cardiovasculares. Whelton et al. (2018) atualizaram as diretrizes para definição e tratamento da hipertensão, apontando que valores acima de 130/80 mmHg já requerem atenção clínica. Estudos recentes destacam a importância do monitoramento contínuo da pressão arterial em populações idosas, que apresentam maior risco de eventos adversos relacionados à hipertensão (Flack et al., 2020). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020), a pressão arterial é considerada normal quando está abaixo de 120/80 mmHg. Níveis elevados de pressão arterial, conhecidos como hipertensão, são um factor de risco significativo para várias condições crônicas, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. A hipertensão é frequentemente chamada de "assassina silenciosa", pois pode ser assintomática, mas, ao longo do tempo, danifica os vasos sanguíneos e órgãos vitais (Chobanian et al., 2003).

#### **2.3.2. Fatores Determinantes do Nível Pressórico**

Os níveis pressóricos são influenciados por uma combinação de factores genéticos, ambientais e comportamentais. Estudos mostram que a dieta, o nível de actividade física, o consumo de álcool, o tabagismo, o estresse, e a idade têm impacto significativo nos valores da pressão arterial (Kotsis et al., 2011). Fatores genéticos, estilo de vida e condições socioeconômicas influenciam os níveis pressóricos. Kotsis et al. (2021) destacam o papel da obesidade, estresse crônico e sedentarismo como determinantes importantes. Além disso, o acesso a alimentos saudáveis e a cuidados médicos também impacta diretamente o controle pressórico.

### **2.3.3. Actividade Física e Controle da hipertensão**

A prática regular de actividade física aeróbica está associada a uma redução dos níveis pressóricos, mesmo em populações com hipertensão resistente (Pescatello et al., 2004). Além disso, a manutenção de um peso saudável, com índice de massa corporal (IMC) abaixo de 25, é essencial para o controle da hipertensão (Stevens et al., 2001). Pescatello et al. (2019) mostram que intervenções como redução do consumo de sal, prática de exercícios físicos regulares e técnicas de relaxamento são eficazes no controle da hipertensão. Estas estratégias têm se mostrado especialmente benéficas em contextos institucionais, onde os idosos estão sob supervisão constante.

### **2.3.4. Classificação dos Níveis Pressóricos**

Os níveis pressóricos são geralmente classificados de acordo com os critérios estabelecidos por instituições de saúde, como a American College of Cardiology (ACC) e a American Heart Association (AHA). Em 2017, essas instituições redefiniram os critérios para hipertensão, considerando a pressão arterial elevada como valores iguais ou superiores a 130/80 mmHg (Whelton et al., 2018).

### **2.3.5. Intervenções e Tratamento para Controle do Nível Pressórico**

O tratamento da hipertensão pode ser dividido em intervenções não farmacológicas e farmacológicas. As intervenções não farmacológicas incluem mudanças no estilo de vida, como redução do consumo de sal, aumento da actividade física, controle do peso, e gerenciamento do estresse. Já as intervenções farmacológicas envolvem o uso de medicamentos anti-hipertensivos, como diuréticos, betabloqueadores, inibidores da ECA (enzima de conversão da angiotensina) e bloqueadores dos canais de cálcio (Mancia et al., 2013).

A adesão ao tratamento medicamentoso é um desafio entre os idosos. Segundo Chobanian et al. (2020), a complexidade dos esquemas terapêuticos e os efeitos colaterais são os principais obstáculos. Programas de educação em saúde e acompanhamento individualizado são estratégias promissoras para melhorar a adesão ao tratamento.

## **2.4. Perfil antropométrico**

A antropometria é definida como a ciência que mede as dimensões físicas do corpo humano, avaliando seu tamanho, forma e composição. O perfil antropométrico inclui indicadores como o Índice de Massa Corporal (IMC), circunferências (cintura, quadril,

pescoço), relação cintura-quadril (RCQ), percentual de gordura corporal e a distribuição de massa magra e gorda (Norton & Olds, 1996). Essas medidas são essenciais para avaliar o crescimento, desenvolvimento, saúde e desempenho físico de indivíduos em diferentes faixas etárias.

#### **2.4.1. Importância do Perfil Antropométrico na Saúde**

O perfil antropométrico é um indicador importante da saúde geral e está associado ao risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensão e obesidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o IMC é uma ferramenta útil para categorizar o estado nutricional, identificando indivíduos com baixo peso, sobrepeso ou obesidade. No entanto, o IMC tem limitações, pois não distingue entre massa magra e massa gorda (WHO, 2000). Norton & Olds (2020) atualizam os protocolos para medição do IMC, circunferência abdominal e RCQ, reforçando a utilidade clínica desses indicadores.

#### **2.4.2. Composição Corporal e Distribuição de Gordura**

A avaliação da composição corporal, como o percentual de gordura corporal, é essencial para uma análise mais precisa do perfil antropométrico. A distribuição da gordura corporal também é um factor relevante, sendo que a gordura abdominal, medida pela circunferência da cintura e pela relação cintura-quadril, está associada a um maior risco de doenças cardiovasculares e síndrome metabólica (Després, 2001). A perda de massa muscular (sarcopenia) e o acúmulo de gordura visceral são alterações comuns no envelhecimento. Cruz-Jentoft et al. (2019) destacam a necessidade de rastreamento precoce da sarcopenia, especialmente em ambientes institucionais, onde a inatividade física é frequente.

#### **2.4.3. Métodos de Avaliação Antropométrica**

Os métodos antropométricos variam em complexidade e precisão. Entre os mais comuns estão a medição do peso e altura para o cálculo do IMC, o uso de fita métrica para medir circunferências corporais e o uso de compasso de dobras cutâneas para estimar a gordura subcutânea. Métodos mais avançados incluem a absorciometria por dupla emissão de raios-X (DXA) e a bioimpedância elétrica, que fornecem informações detalhadas sobre a composição corporal (Heyward & Wagner, 2004). Métodos avançados como bioimpedância e absorciometria por dupla energia (DEXA) estão cada vez mais disponíveis e fornecem avaliações precisas da composição

corporal. Heymsfield et al. (2018) mostram que esses métodos são superiores à antropometria tradicional em populações geriátricas.

#### **2.4.4. Índice de Massa Corporal (IMC)**

O IMC é o método antropométrico mais utilizado para classificar o estado nutricional de adultos, calculado pela razão entre o peso (em quilogramas) e a altura ao quadrado (em metros). Valores de IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup> são considerados normais, enquanto valores acima de 25 kg/m<sup>2</sup> indicam sobrepeso, e acima de 30 kg/m<sup>2</sup>, obesidade (WHO, 2000).

#### **2.4.5. Circunferência da Cintura e Relação Cintura-Quadril**

A circunferência da cintura é uma medida importante para avaliar o risco de doenças relacionadas à obesidade abdominal. A relação cintura-quadril (RCQ) é calculada dividindo a circunferência da cintura pela circunferência do quadril, sendo utilizada como um indicador de risco cardiovascular (Després, 2001).

#### **2.4.6. Circunferência da Panturrilha**

A circunferência da panturrilha se apresenta como alternativa simples e de baixo custo, sendo considerada preditor sensível da quantidade e função muscular em idosos (Oliveira et al. 2019). No estudo de Carvalho et al. 2022, concluiu-se que avaliação da panturrilha é eficiente para rastrear perda de massa muscular e que pode ser utilizada actuando como uma medida preventiva e sendo ainda um factor determinante para identificar o possível desenvolvimento da sarcopenia.

#### **2.4.7. Circunferência do Braço**

A circunferência média do braço é um indicador da massa muscular do membro superior e é calculada a partir da circunferência do braço e da dobra cutânea tricipital, (Sass e Marcon 2015). Estudos mostram que os valores médios da circunferência média do braço tendem a ser maiores em homens do que em mulheres e diminuem com o avanço da idade, refletindo a perda da massa muscular associada ao envelhecimento. Medidas simples como a circunferência da panturrilha e do braço são preditores sensíveis de sarcopenia e desnutrição. Oliveira et al. (2021) e Carvalho et al. (2022) reforçam seu uso em triagens nutricionais e para monitoramento em instituições de longa permanência.

#### **2.4.8. Perfil Antropométrico e Qualidade de Vida**

Estudos recentes indicam forte associação entre indicadores antropométricos e qualidade de vida em idosos. Uma análise conduzida por Silva et al. (2023) em lares de idosos no Brasil demonstrou que o sobrepeso e a obesidade abdominal estão correlacionados com menor mobilidade, maior dependência funcional e pior percepção de saúde.

#### **2.4.9. Perfil Antropométrico e Desempenho Desportivo**

Em contextos desportivos, o perfil antropométrico é utilizado para otimizar o desempenho de atletas, ajudando a identificar características físicas associadas ao sucesso em diferentes modalidades desportivas. A composição corporal, incluindo a massa muscular e o percentual de gordura, tem impacto directo na performance e é frequentemente monitorada por treinadores e profissionais da saúde (Norton & Olds, 1996).

## **Capítulo 3 – Metodologia**

Esta pesquisa integra-se no projecto de investigação intitulado Impacto da Actividade Física Verde para Idosos, desenvolvido pelo Mestre Félix Salvador Chavane, no âmbito da elaboração da sua tese de doutoramento que tem como foco principal a promoção da saúde do idoso através da prática de actividades físicas em ambientes naturais. O mesmo projecto de investigação contribui para o aprofundamento do conhecimento sobre a saúde e qualidade de vida da população idosa em Moçambique, particularmente no contexto das instituições de longa permanência.

A presente pesquisa é de corte transversal de base populacional, os dados foram recolhidos em 30 dias sendo que cada Instituição de Longa Permanência teve em média uma quinzena.

### **3.1. População**

A população dessa pesquisa corresponde aos idosos com 60 anos de idade ou mais e residentes nos centros de acolhimento de idosos na cidade Maputo, que são os idosos do Centro Dia Idosos de Hulene e Centro de Acolhimento Nossa Senhora dos Desamparados.

### **3.2. Amostra**

- Critérios de inclusão: idosos de ambos os sexos, com 60 anos de idade ou mais e Institucionalizados na Cidade de Maputo.
- Critérios Exclusão: idosos acamados.
- Tipo de Amostragem: aleatória simples e corresponde aos 121 idosos

### **3.3. Métodos e técnicas**

Para os Questionários e entrevistas usamos o Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso Moçambicano (IASI-Moç), previamente validado pelo investigador Chavane, at al (SD).

Para as Medições usamos o esfigmomanómetro, balanças com estadiómetro imbutido, fitas métricas, dinamómetro e adipómetro.

### **3.4. Área do Estudo**

O presente estudo realizou-se nos centros de acolhimento de idosos da Cidade de Maputo, a mesma localiza se no litoral sul do país. Possui uma área de 346,77 km<sup>2</sup>, é

limitada a norte pelo distrito de Marracuene, a nordeste e Oeste pelo município de Matola, a oeste pelo distrito de Matola, a sul pelo distrito de matutuine e a este é banhada pelo Oceano indico e segundo o censo de 2017 possui uma população de cerca de 1968906 de habitates.

- ✓ Centro Dia Idosos de Hulene: Localizado no bairro de Hulene, que se encontra na parte central-leste de Maputo, é conhecido por abrigar várias iniciativas comunitárias de apoio social e serviços voltados para o bem-estar dos idosos.
- ✓ Centro de Acolhimento Nossa Senhora dos Desamparados: Localiza-se na cidade de Maputo, oferecendo um ambiente de acolhimento para idosos com apoio integral, cuidados médicos e suporte social, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população idosa.

### **3.5. Variáveis**

Medidas antropométricas, níveis pressóricos e determinantes sociais de saúde, foram definidas como variáveis para o presente pesquisa.

#### **3.5.1. No Perfil Antropométrico:**

O peso e altura foram mensurados a partir de uma balança e estadiómetro embutido de marca Seca GmbH & Co. KG, 2017; o IMC será calculado dividindo-se a massa em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado.

#### **3.5.2. Níveis pressóricos:**

Para a medição padronizada da pressão arterial usamos um esfigmomanómetro digital de marca Omron HEM-7130. Os dados foram aferidos três vezes e o valor médio foi usado como referência da pressão arterial, no entanto, antes os idosos foram orientados a assumirem comportamentos que os mantivessem calmos de modo a obter resultados fiáveis.

#### **3.5.3. Determinantes Sociais:**

Nível Socioeconómico – baseou-se na fonte de renda do idoso, acesso aos serviços básicos, capacidade de arcar com os medicamentos.

Educação – foi considerado o último nível académico/grau concluído com aprovação.

Condições de Moradia e Ambiente: – engloba o tipo de habitação, número de pessoas com quem vive, acesso a água potável e eletricidade, acesso ao espaço de lazer, violência urbana.

### **3.5.4. Análise de Dados**

Antes da análise estatística descritiva, foi realizado o teste de normalidade para se verificar a distribuição dos dados, onde utilizamos o teste de Shapiro-Wilk, tendo-se constatado que os dados ao seguem uma distribuição normal, que são classificados como dados não paramétricos.

Todos os dados foram anotados no Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso Moçambicano (IASI-Moç); preenchidos numa tabela do excel codificados. e foram analisados com recurso a ferramenta estatística JAMOVE V 2.4,11, onde foram apresentadas Frequências Absolutas (FA) e Relativas (FR) nas variáveis demográficas e determinantes sociais, as variáveis antropométricas e pressóricas serão apresentadas com recurso a estatística descritiva (MD±IIQ).

### **3.6. Considerações Éticas**

Esta pesquisa foi conduzida respeitando os princípios éticos aplicáveis a estudos com seres humanos, garantindo a proteção, a dignidade e o bem-estar dos participantes. Antes da coleta de dados, foi obtido o consentimento informado as instituições responsáveis pelos idosos institucionalizado, isto é seus responsáveis legais, assegurando que compreendessem os objectivos do estudo, os procedimentos envolvidos, bem como eventuais riscos e benefícios da participação. A confidencialidade foi garantido, protegendo a identidade dos participantes e assegurando que as informações coletadas fossem utilizadas exclusivamente para fins científicos. A participação foi voluntária, sem qualquer prejuízo para aqueles que optassem por não participar ou desistissem ao longo do estudo. A pesquisa está inserida no Projecto “Impacto da atividade física verde em idosos”; aprovado pelo Comitê Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/ Hospital Central de Maputo sob o número CIBS FM&HCM/41/2024.

## Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados

### 4.1. Caracterização do Perfil dos Idosos

A idade mediana dos idosos avaliados foi 73 anos, com um intervalo variando entre 60 e 110 anos.

Tabela 1: Caracterização das idades dos idosos estudados (n=121)

Variável	Mediana	Percentis		
		IIQ (Q1-Q3 Percentil)	Máximo	Mínimo
Idade (anos)	73	61-79	110	60

**Legenda:** n=amostra; Q1=Primeiro Quartil; Q3=Terceiro Quartil

### 4.2. Determinantes Sociais de Saúde

A maioria dos idosos (58.7%) são do sexo feminino, sendo que 50.4% dos idosos nunca foram à escola, enquanto 36.4% possuem apenas o ensino primário ou incompleto e apenas 13.2 % fizeram o ensino secundário geral.

75% são viúvos sendo que 5.0% dos em causa estão casados (a)/ união estável, mas uma parcela significativa (19.2%) é divorciada e apenas 0.8% dos idosos encontram-se divorciados.

64.5% dos idosos residiram no campo, o que pode influenciar seu estilo de vida e condições de saúde.

A grande maioria (92.6%) não possui rendimento fixo, o que pode impactar o acesso a cuidados de saúde e qualidade de vida.

91.7% das moradias têm eletricidade, mas 32.2% não possuem água canalizada, o que pode indicar desigualdades estruturais na qualidade de vida dos idosos.

**Tabela 2: Distribuição Percentual dos Determinantes Sociais (n=121)**

Variável	Categoria	F. Absoluta	F. Relativa
Sexo	Feminino	71	58.7%
	Masculino	50	41.3 %
Escolaridade	1 Nunca foi à escola	61	50.4%
	2 Lê e escreve o nome	8	6.6 %
	3 Primário EPI - 1ª à 4ª	25	20.7%
	4 Primário EPII - 5ª e 6ª	11	9.1%
	5 Secundário ESG - 7ª à 12ª	16	13.2 %
Situação Conjugal Actual	Solteiro (a)	1	0.8%
	Casado (a)/ União Estável	6	5.0%
	Viúvo (a)	90	75.0%
	Divorciado (a)	23	19.2%
Número de Filhos Nascidos Vivos	Nenhum	20	16.5%
	1 a 3 filhos	49	40.5%
	4 a 6 filhos	25	20.7%
	7 ou mais filhos	27	22.3%
Residiu no Campo	Sim	78	64.5%
	Não	40	33.1%
Frequência à Igreja	Pouco Frequente (1-3)	44	36.7%
	Moderada (4-5)	69	57.5%
	Muito Frequente 6-7	7	5.8%
Ganho Mensal	Sem Rendimento	112	92.6%
	0Até 1000 MT	2	1.6%
	2000 MT ou Mais	7	5.8%
Moradia Tem Luz Eléctrica	Sim	111	91.7%
	Não	10	8.3%
Moradia Tem Água Canalizada	Sim	82	67.8%
	Não	39	32.2%

Legenda: n=amostra; F=frequência

### 4.3. Perfil ANTROPOMÉTRICO

A análise antropométrica foi realizada com uma amostra de indivíduos variando em número dependendo da variável medida. Abaixo, descrevemos os principais resultados obtidos com base na estatística descritiva.

A mediana do peso foi de 59,6 kg, com valores variando entre 36,4 kg e 105,0 kg. O intervalo interquartil (25º ao 75º percentil) foi de 52,5 kg a 67,8 kg.

A mediana da altura foi de 1,60 m, variando entre 1,38 m e 1,81 m. O intervalo interquartil foi de 1,54 m a 1,67 m.

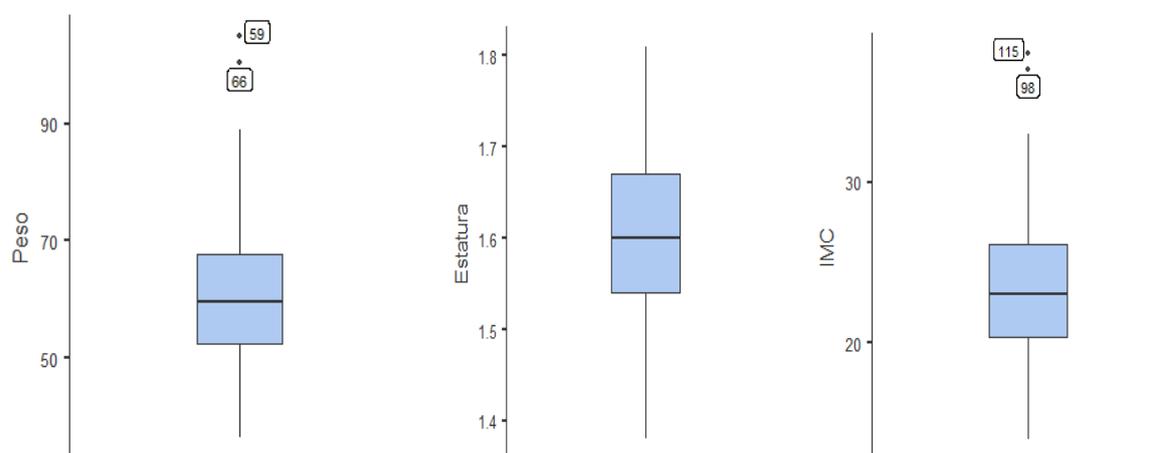
A mediana do IMC foi de 23,0 kg/m<sup>2</sup>, com um mínimo de 14,0 kg/m<sup>2</sup> e um máximo de 38,0 kg/m<sup>2</sup>. O intervalo interquartil foi de 20,35 kg/m<sup>2</sup> a 26,10 kg/m<sup>2</sup>.

**Tabela 3: Caracterização do Perfil Antropométrico dos Idosos (107)**

Estatística Descritiva	Percentis				
	Mediana	Máximo	Mínimo	25th	75th
Peso	59.60	105.0	36.40	52.50	67.80
Estatura	1.60	1.81	1.38	1.54	1.67
IMC	23.00	38.0	14.0	20.35	26.10

**Legenda:** n=amostra; IMC=índice de massa corporal; Q1=Primeiro Quartil; Q3=Terceiro Quartil

**Figura 1. Representação Gráfica do perfil antropométrico dos idosos**



#### 4.4. Composição corporal

Circunferência Média do Braço a mediana foi de 27,1 cm, variando entre 16,0 cm e 40,0 cm. O intervalo interquartil foi de 24,23 cm a 29,9 cm.

Circunferência da Cintura a mediana foi de 85,0 cm, com valores entre 28,0 cm e 118,0 cm. O intervalo interquartil foi de 78,0 cm a 95,0 cm.

Circunferência do Quadril a mediana foi de 90,0 cm, com mínimo de 62,0 cm e máximo de 124,0 cm. O intervalo interquartil foi de 83,0 cm a 100,0 cm.

Circunferência da Pantorrilha a mediana foi de 32,0 cm, variando entre 3,0 cm e 41,0 cm. O intervalo interquartil foi de 30,0 cm a 34,0 cm.

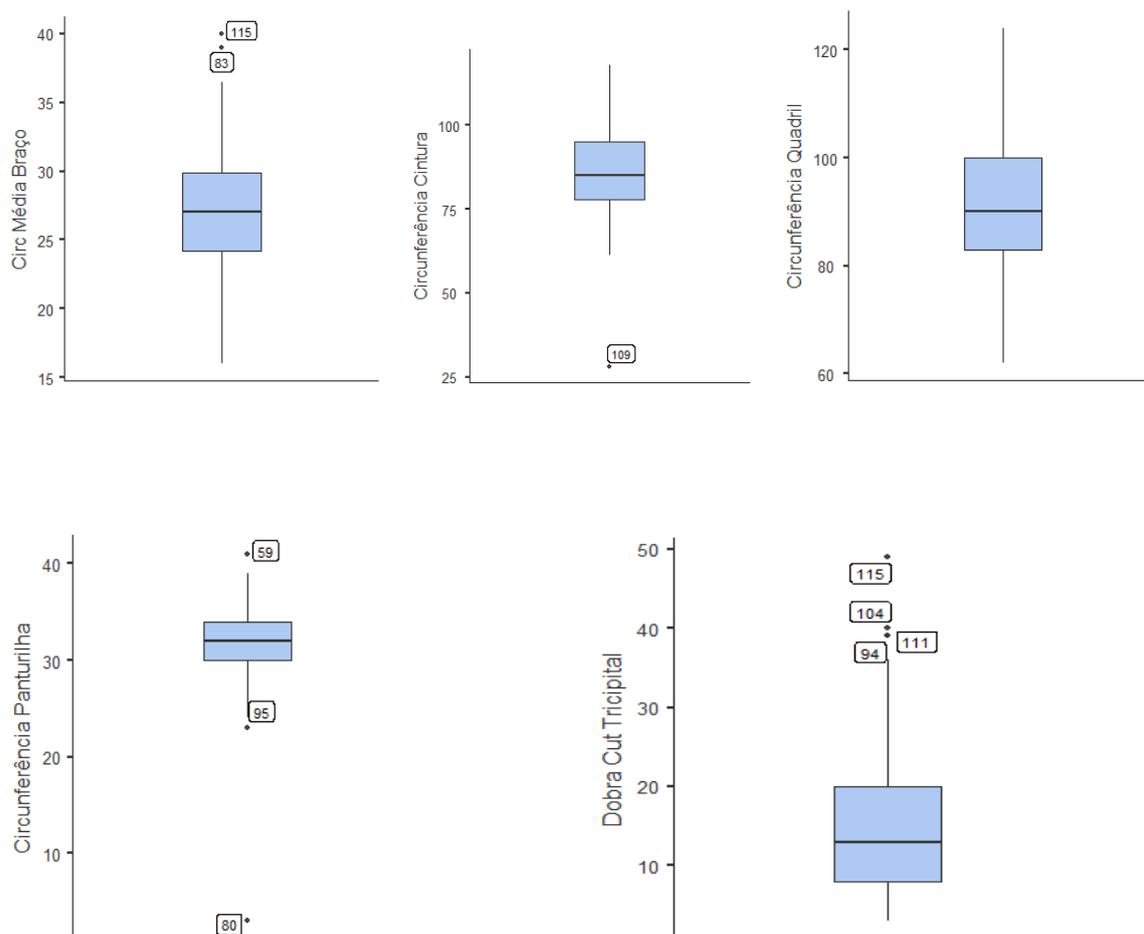
Dobra Cutânea Tricipital a mediana foi de 13,0 mm, com valores mínimos e máximos de 3,0 mm e 49,0 mm, respectivamente. O intervalo interquartil foi de 8,0 mm a 20,0 mm.

**Tabela 4: Caracterização da Composição Corporal dos Idosos (n=120)**

Estatística Descritiva	Percentis				
	Mediana	Máximo	Mínimo	25th	75th
Circunferência Média Braço	27.1	40.0	16.0	24.23	29.9
Circunferência Cintura	85.0	118.0	28.0	78.00	95.0
Circunferência Quadril	90.0	124.0	62.0	83.00	100.0
Circunferência Panturilha	32.0	41.0	3.0	30.00	34.0
Dobra Cutânea Tricipital	13.0	49.0	3.0	8.00	20.0

**Legenda:** n=amostra; IMC=índice de massa corporal; Q1=Primeiro Quartil; Q3=Terceiro Quartil

**Figura 2. Representação Gráfica da Circunferência da Cintura dos Idosos**



#### 4.5. Pressão Arterial e Frequência Cardíaca

Os valores da pressão arterial indicam que a maioria dos idosos apresenta níveis elevados de pressão arterial, com a mediana da PA Sistólica (141 mmHg) e PA Diastólica (81 mmHg) acima do ideal.

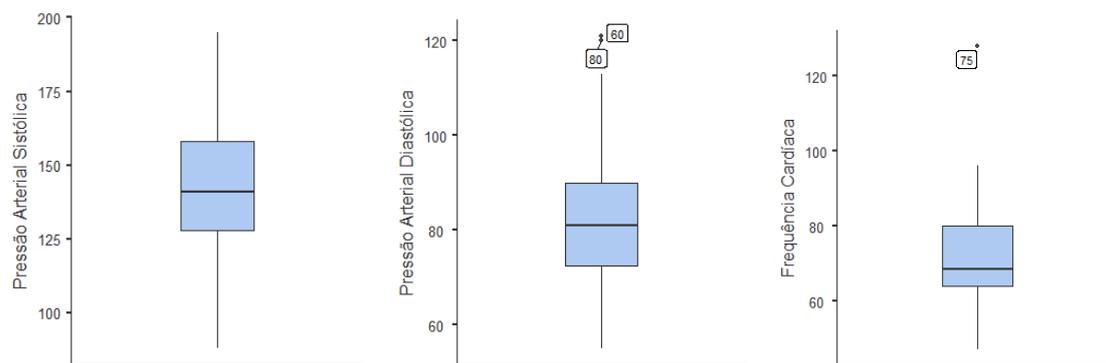
A análise sugere uma associação entre níveis elevados de pressão arterial e factores como sedentarismo, baixa escolaridade e dificuldades financeiras. Além disso, idosos fisicamente activos tendem a ter pressão arterial mais baixa, demonstrando a importância do exercício na regulação da pressão arterial.

**Tabela 5: Caracterização da Pressão Arterial dos Idosos (n=121)**

Variável	Mediana	IIQ (Q1-Q3 Percentil)	Máximo	Mínimo
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	141	128.0-158.0	195	88
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	81	72.5-90.0	121	55
Frequência Cardíaca (bpm)	68.5	64.0-80.0	128	47

**Legenda:** n=amostra; Q1=Primeiro Quartil; Q3=Terceiro Quartil

**Figura 3. Representação Gráfica da Pressão arterial**



## Capítulo 5 – Discussão dos Resultados

A presente pesquisa foi desenvolvida com o objectivo de caracterizar o perfil antropométrico, nível pressórico, índice de massa corporal e os determinantes sociais dos idosos Institucionalizados na Cidade de Maputo. Os resultados revelaram uma tendência ainda que tênue de idosos femininos se comparados aos seus pares masculinos, corroborando com o observado por Buchir (2019) que verificou a tendência de crescimento deste grupo populacional no País, refletindo mudanças na estrutura etária devido a factores como aumento da expectativa de vida e redução da taxa de natalidade. No mesmo estudo Os resultados também mostraram que, a média dos homens idosos é menor em todas as regiões.

Relativamente a aspectos relacionados com determinantes sociais da saúde foi notório a prevalência de analfabetismo, renda baixa, condições de moradia, histórico rural, fraco acesso de produtos básicos, inoperância de políticas públicas exacerbando vulnerabilidades socioeconômicas. A literatura destaca que a baixa escolaridade está associada a piores indicadores de saúde e menor adesão a práticas preventivas, (Francisco et al. 2013) como também a ocorrência de fragilidades físico-cognitivas em pessoas com idades avançadas (Fried et al., 2001; Izquierdo et al., 2016).

A análise da composição corporal forneceu insights valiosos sobre o estado nutricional e os potenciais riscos à saúde da população avaliada. A CMB é um indicador que reflete a soma dos tecidos muscular e adiposo do braço. Valores reduzidos podem sugerir desnutrição ou perda de massa muscular, enquanto valores elevados podem indicar maior massa muscular ou acúmulo de gordura localizada. A ampla variação observada na amostra, indica a presença de indivíduos com diferentes perfis corporais, desde possível desnutrição até maior desenvolvimento muscular ou adiposidade.

A CC é uma medida crucial para avaliar a gordura abdominal, que está fortemente associada a riscos metabólicos e cardiovasculares. De acordo com diretrizes internacionais, valores de CC encontrados tanto para mulheres assim como para homens indicam um risco significativamente aumentado para doenças relacionadas à obesidade, como diabetes tipo 2 e doenças cardíacas. Neste grupo populacional o valor máximo obtido sugere que alguns indivíduos podem estar em alto risco,

conforme observado no presente estudo e em pesquisa com amostra semelhante realizado por Maria et al. (2024), enquanto a mediana indica que uma porção considerável da população está próxima dos limites de risco, especialmente se forem mulheres.

No que tange aos valores medianos elevados de pressão arterial sistólica e diastólica, indicam uma prevalência significativa de hipertensão na população estudada. A hipertensão é um factor de risco primário para doenças cardiovasculares, e sua alta incidência pode estar relacionada ao sedentarismo e às condições socioeconômicas adversas. O que corrobora com o estudo de Monteiro e Filho (2004), onde o sedentarismo é tido como um factor de risco para a ocorrência de maior taxa de eventos cardiovasculares em indivíduos de baixo condicionamento físico.

A análise antropométrica realizada oferece insights valiosos sobre o estado nutricional e os potenciais riscos de saúde da população avaliada.

Na amostra, a mediana do IMC está dentro da faixa de peso normal. Contudo, a presença de valores mínimos abaixo do normal, indica casos de desnutrição de alguns idosos, enquanto valores máximos acima do normal apontam para obesidade. Estudos demonstram que tanto o baixo peso quanto o excesso de peso estão associados a um aumento da mortalidade e morbidade por diversas doenças crônicas (Loureiro et al. 2020). Valores antropométricos são importantes preditores de risco cardiovascular.

A CC é um indicador de gordura abdominal, associada ao risco cardiovascular. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os pontos de corte para risco aumentado. Na amostra, a mediana encontrada os idosos avaliados sugere que uma parcela significativa dos indivíduos, especialmente mulheres, pode estar em risco aumentado de doenças cardiovasculares.

Os resultados indicam maior risco de doenças cardiovasculares. Embora não tenhamos os dados segregados por sexo, a mediana da circunferência da cintura e do quadril resulta em uma RCQ que sugere um risco aumentado na população masculina.

A CP é utilizada para avaliar a massa muscular, especialmente em idosos. Valores abaixo de 31 cm são indicativos de sarcopenia, condição associada ao aumento da

mortalidade. Na amostra, a mediana obtida a CP sugere que a maioria possui massa muscular adequada; contudo, valores mínimos podem indicar casos extremos de perda muscular.

A DCT é uma medida da gordura subcutânea. Valores elevados estão associados ao excesso de gordura corporal, enquanto valores muito baixos podem indicar desnutrição. A ampla variação observada na amostra reflete a heterogeneidade na composição corporal dos indivíduos avaliados.

## **Capítulo 6 – Conclusões e Recomendações**

### **6.1. Conclusão**

Os resultados desta pesquisa evidenciam que os determinantes sociais da saúde têm uma influência significativa sobre o perfil antropométrico e os níveis pressóricos dos idosos institucionalizados na cidade de Maputo. Factores como baixa escolaridade, ausência de renda fixa e condições precárias de moradia impactam diretamente a saúde dessa população, aumentando a vulnerabilidade a doenças crônicas como hipertensão e obesidade.

Além disso, a análise antropométrica revelou variações consideráveis nos indicadores de composição corporal, sugerindo a coexistência de casos de desnutrição e obesidade. A pressão arterial elevada também se mostrou prevalente, destacando a necessidade de acções preventivas voltadas ao controle da hipertensão.

Diante disso, reforça-se a importância de políticas públicas que promovam um envelhecimento saudável, garantindo o acesso a serviços de saúde de qualidade, incentivo à prática de actividades físicas e melhoria das condições sociais dos idosos. Estudos futuros poderão aprofundar a compreensão dessas relações e propor estratégias mais eficazes para minimizar os impactos dos determinantes sociais na saúde da população idosa.

## **6.2. Recomendações e Estratégias**

Torna-se evidente a necessidade de medidas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dos idosos institucionalizados na cidade de Maputo. Assim, recomendamos:

- ✓ Fortalecimento das políticas de proteção ao idoso, garantindo acesso a serviços de saúde qualificados.
- ✓ Melhorias na infraestrutura dos centros de acolhimento, assegurando ambientes seguros, acessíveis e adaptados às necessidades desse grupo populacional.
- ✓ Implementação de programas regulares de actividade física nos centros de acolhimento para reduzir o sedentarismo e promover o bem-estar físico, mental e social dos idosos.

### **Estratégias:**

- ✓ Criação e reforço de legislações específicas que assegurem os direitos dos idosos à saúde, com foco em atendimento humanizado e especializado.
- ✓ Requalificação de espaços físicos com foco na acessibilidade (rampas, corrimãos, pisos antiderrapantes, iluminação adequada) e espaços naturais para a prática de actividades físicas e lazer.
- ✓ Desenvolvimento de planos de exercício físico adaptados, elaborados por profissionais capacitados em desporto Adaptado e Saúde.

O engajamento dessas recomendações contribuirá significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos idosos na cidade de Maputo, promovendo um envelhecimento mais saudável, activo e digno.

### 6.3. Referencias Bibliográficas

1. Aguiar, JMM.; Lima, IS.; Magalhães, MAV.; Oliveira, DC.; Sá, OMS. Perfil antropométrico de idosos institucionalizados diagnosticados com Alzheimer. *Nutr Bras*. 2024.
2. American College of Sports Medicine (ACSM). Diretrizes do ACSM para testes e prescrição de exercícios (9ª ed.). Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins. 2009.
3. Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. Desempenho comparativo dos sistemas de saúde privados e públicos em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática. 2019
4. Bean, J. F., et al. A relação entre a potência das pernas e o desempenho físico em pessoas idosas com mobilidade limitada. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010.
5. Benach, J., et al. Emprego precário: Compreendendo um determinante social emergente da saúde. *Annual Review of Public Health*. 2010.
6. Blair, S. N., et al. Aptidão física e mortalidade por todas as causas: Um estudo prospectivo com homens e mulheres saudáveis. *JAMA*. 1989.
7. Bodenheimer, T., & Berry-Millett, R. Gestão de cuidados para pacientes com necessidades complexas de saúde. 2022
8. Braveman, P., Dekker, M., Egerter, S., Sadegh-Nobari, T., & Pollack, C. Como a moradia afeta a saúde? 2020
9. Braveman, P., et al. Os determinantes sociais da saúde: Chegando à maturidade. *Annual Review of Public Health*. 2011.
10. Buchir, A Percepção Demográfica dos Idosos em Moçambique. 2019.
11. Cameron, I. D., Fairhall, N., Gill, L., Lockwood, K., & Langron, C. Intervenções físicas para prevenir quedas em pessoas idosas. 2016
12. Carlos Augusto de Sousa, Efeito De Diferentes Frequências Semanais De Treinamento Combinado Na Capacidade Funcional, Aspectos Hemodinâmicos E Antropométricos De Idosos Com Fatores De Risco Cardiometabólico. 2024.
13. Carvalho, D. N. R., Oliveira, M.S., Lima, F.C., Mendes, C.P., Gomes, B. L. C., Aguiar, V. F. F. avaliação da circunferência da pantorrilha como preditor para sarcopenia em idosos e sua relação com o sedentarismo 2022.
14. Carvalho, M. A., Silva, L. G., & Lima, A. M. Circunferência da panturrilha como preditor de sarcopenia: uma revisão. 2022.

15. Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. Atividade física, exercício e aptidão física: Definições e distinções para pesquisas relacionadas à saúde. *Public Health Reports*. 1985.
16. CASTEL-BRANCO, R. & ANDRÉS, R. V. Rumo a uma Segurança Social Universal para a Pessoa Idosa em Moçambique 2019.
17. Chasavane, FS., Tchonga, FA., Manjate, JLS e Morais, DB., Rocha, SV. Ensaio teórico sobre o contributo de exercícios multicomponentes em idosos de Moçambique. 2014.
18. Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., et al. Sétimo relatório do Comitê Nacional Conjunto sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial. 2020
19. Chobanian, A. V., et al. O sétimo relatório do Comitê Nacional Conjunto sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial. *JAMA*. 2003.
20. Clara Maria da Conceição Simões Rodrigues, O impacto dos determinantes de saúde na doença crónica, 2022.
21. Correia, A. M., & Lucas, R. Solidão e qualidade de vida na velhice: um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, 2012. *Revista Kairos*, 15(4), 55-73.
22. Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., et al. Sarcopenia: Consenso europeu revisado sobre definição e diagnóstico. 2019
23. Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. Educação e saúde: Avaliando teorias e evidências. *NBER Working Paper No. 12352*. 2006.
24. Després, J. P. Consequências da obesidade visceral para a saúde. *Annals of Medicine*. (2001).
25. Figueiredo, A. E. B.; Ceccon, R. F.; Figueiredo, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes, 2021.
26. Flack, J. M., Adekola, B., & Nasser, S. A. Pressão arterial e doenças cardiovasculares: implicações de estudos recentes. 2020
27. Francisco, A., & Sugahara, G. Envelhecimento e pobreza em Moçambique: o desafio da institucionalização. *Revista Moçambicana de Estudos Sociais*, 2023.
28. Francisco, A.; Sugahara, G.; & Fisker, P. Envelhecer em Moçambique: Dinâmicas do Bem-Estar e da Pobreza. 2013.

29. Gama, Ggg., Portela Pp., Gonsalves, Eclo., Azevedo, Sqr., Pires, Cgs., Mussi, Fc. Perfil Antropométrico De Usuários Hipertensos De Um Programa De Saúde Do Homem 2016
30. Heymsfield, S. B., Gonzalez, M. C., Lu, J., Jia, G., & Zheng, J. Massa e qualidade muscular esquelética: evolução dos conceitos modernos de medição no contexto da sarcopenia. 2018
31. Heyward, V. H., & Wagner, D. R. Avaliação aplicada da composição corporal (2ª ed.). Champaign: Human Kinetics. 2004.
32. Horta, P. M., et al. Promoção do envelhecimento saudável: Uma revisão sistemática de intervenções para idosos. 2017.
33. Kirkland, J. L., Tchkonja, T., Zhu, Y., Niedernhofer, L. J., & Robbins, P. D. (2020). O potencial clínico dos medicamentos senolíticos. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), 784–791. <https://doi.org/10.1111/jgs.16495>
34. Kotsis, V., et al. Impacto da obesidade na hipertensão e nas doenças cardiovasculares. *Journal of Hypertension*. 2011.
35. Kotsis, V., Stabouli, S., Papakatsika, S., Rizos, Z., & Parati, G. Mecanismos da hipertensão induzida pela obesidade. 2021
36. lei n.º 3/2014, de 5 de fevereiro
37. Lloyd-Sherlock, P., et al. Envelhecimento populacional e saúde. 2012.
38. Lorena Teresinha Consalter Geib. Determinantes sociais da saúde do idoso. 2012.
39. Lu, Q; Xie, H e Gao, X. A Associação De Pressão Arterial Definida Pelas Diretrizes Acc/Aha De 2017 E Risco De Doença Cardiovascular Para Pessoas De Meiaidade E Idosas Na China: Um Estudo De Coorte. 2024
40. MacIntyre, T. E., Igou, E. R., Campbell, M. J., Moran, A. P., & Matthews, J. O papel do exercício na promoção da saúde mental positiva em adultos mais velhos: uma revisão. 2020
41. Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. Consequências clínicas da polifarmácia em idosos. 2014
42. Mancia, G., et al. o manejo da hipertensão arterial. *Journal of Hypertension*. 2013.
43. Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., & Morrison, J. Equidade em saúde na Inglaterra: a Revisão Marmot 10 anos depois. 2019
44. Marmot, M., et al. Sociedade justa, vidas saudáveis: A revisão Marmot. Londres: University College London. 2010.

45. Morley, J. E. Nutrição e o idoso. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2010.
46. Moyo, T., Ndlovu, S., & Machingura, F. Cuidados institucionais para idosos na África Austral: perspectivas comparativas. 2022
47. N. S. L. Loreiro, T. L. M. Amaral, C. A. AMARAL, G. T. R. Monteiro, M. T. L. Vasconcellos, M. J. S. Bortolini Relação de indicadores antropométricos com factores de risco para doença cardiovascular em adultos e idosos de Rio Branco. 2020.
48. Nelson, M. E., et al. Atividade física e saúde pública em idosos: Recomendação do American College of Sports Medicine e da American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. (2007).
49. Nguyen, A., Mosadeghrad, A. M., & Imanieh, M. H. Envelhecimento, cultura e cuidado: uma revisão de estratégias de envelhecimento bem-sucedido em diferentes países. 2020
50. Nishida, C., Uauy, R., Kumanyika, S., & Shetty, P. Consulta conjunta de especialistas da OMS/FAO sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas: processo, produto e implicações políticas. 2018
51. Norton, K., & Olds, T. Antropometria: Um livro-texto sobre medidas corporais para cursos de esportes e saúde. 1996.
52. Norton, K., & Olds, T. Antropométrica: um manual de medição corporal para cursos de desportos e saúde. 2020
53. Oliveira, D. R., Lima, D. R., & Santos, M. F. A circunferência da panturrilha como preditor de sarcopenia em idosos institucionalizados. 2021
54. Oliveira, T. R. circunferência da pantorrilha como indicador de massa magra associada ao estado nutricional em idoso 2019.
55. Patterson, R., McNamara, E., Tainio, M., et al. Comportamento sedentário e risco de mortalidade por todas as causas, cardiovascular e câncer, e incidência de diabetes tipo 2: uma revisão sistemática e meta-análise. 2021
56. Pescatello, L. S., Arena, R., Riebe, D., & Thompson, P. D. Diretrizes do ACSM para Testes de Exercício e Prescrição (10ª ed.) 2019.
57. Pescatello, L. S., et al. Exercício e hipertensão: Posição oficial do ACSM. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2004.
58. Pires, R. L. Qualidade de Vida e Abuso em Idosos Institucionalizados 2015

59. Rodrigues, R. A. P., et al. Envelhecimento e doenças crônicas: O impacto da multimorbidade na saúde dos idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017.
60. Sass, A., Marcon, S. S. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária 2015.
61. Silva, J. V. F. da, Silva, E. C. da, Rodrigues, A. P. R. A., & Miyazawa, A. P. A RELAÇÃO ENTRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: SÉRIO DESAFIO DE SAÚDE PÚBLICA. (2015).
62. Silva, M. L., Almeida, M. E., & Gomes, P. M. Associação entre perfil antropométrico e qualidade de vida em idosos institucionalizados 2023.
63. Silva, M. S. da, Teixeira, C. M. G., Corrêa, Ítalo H. M., Lima, L. L. K. de A. e ., Santos, J. P. dos, Leão, J. D. de M., & Nunes, V. M. de A. FATORES ASSOCIADOS À PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. (2025).

64. Simielil., Padilha L. A. R., & Tavares C. F. de F. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. (2019).
65. Stevens, J., et al. A associação do peso com a mortalidade: Uma meta-análise de dados individuais de 26 estudos observacionais. *Annals of Internal Medicine*. 2001.
66. Tavares, R. E.; Jesus, M. C. P.; Machado, D. R.; Braga, V. A. S.; Tocantins, F. R.; Miriam Aparecida Barbosa Merighi, M. A. B.; Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão interativa, 2017.
67. The jamovi project jamovi. (Version 2.4) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>. 2023.
68. UINÃO AFRICANA. Protocolo à carta africana dos direitos do homem e dos povos, relativo aos direitos dos idosos em África. Adis Abeba, 2016.
69. Veras, R. P. Envelhecimento populacional e políticas de saúde: Os desafios futuros. *Revista de Saúde Pública*. 2009.
70. Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., et al. Diretrizes da ESPEN sobre nutrição clínica e hidratação na geriatria 2019.
71. Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., et al. Diretrizes 2017 ACC/AHA para prevenção, detecção, avaliação e manejo da pressão arterial elevada em adultos (2018).
72. WHO (Organização Mundial da Saúde). Fechando a lacuna em uma geração: Equidade em saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde. Genebra: OMS. 2008.
73. WHO (Organização Mundial da Saúde). Obesidade: Prevenção e manejo da epidemia global. Genebra: OMS. 2000.
74. WHO (Organização Mundial da Saúde). Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde. Genebra: OMS. 2015.
75. Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. O nível do espírito: Por que sociedades mais igualitárias quase sempre se saem melhor. Londres: Allen Lane. 2010.
76. World Health Organization. Década do Envelhecimento Saudável: 2021

# **ANEXOS**

## **Anexo A**

**Autorização para a recolha de dados no Centro-Dia Idosos de Hulene;**



CENTRO DIA MÃES DE MAVALANE

CENTRO DIA IDOSOS DE HULENE

À:

Escola Superior de Ciências do Desporto da

Universidade Eduardo Mondlane

Att. Docente Félix Salvador Chavane

MAPUTO

Maputo, 29 de Abril de 2024

N/Refª. 05/CDIH/2024

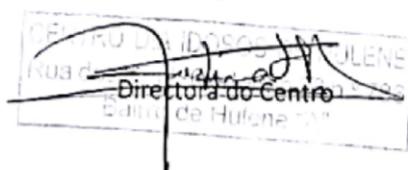
Exmo. Senhor,

Em reposta á sua carta datada de 17 de Abril correte ano, o Centro Dia Idosos de Hulene sita no Bairro de Hulene "B" Quart. 28 n° 786 Rua dos CFM, Distrito Municipal KaMavota, uma Instituição de Solidariedade Social que tem como finalidade apoiar Idosos necessitados, abandonados e vulneráveis, autoriza o seu pedido de recolha e registo de dados dos utentes Frágeis e Prê-Frágeis deste Centro cujo trabalho será efectuado por um grupo de estudantes de Ciências e Desporto sob orientação do Professor Dr. Saulo Vasconcelos Rocha. Importa salientar que o Centro conta neste momento com 153 idosos dos quais 19 homens e 134 mulheres.

Sem mais de momento, as nossas cordiais saudações.

Atentamente

Justina Feliciano M.Mondlhane



## **Anexo B**

**Autorização para a recolha de dados no Lar Nossa Senhora dos Desamparados;**

## Pedido de autorização para recolha de dados

Exmo(a). Sr(a): Lar nossa senhora dos desamparados

O meu nome é Félix Salvador Chavane, exerço funções de Docente na Escola Superior de Ciências do Desporto da Universidade Eduardo Mondlane e sou estudante de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana no Estado da Bahia-Brasil.

De momento estou a desenvolver uma Investigação, cujo tema é: Actividade Física Verde Em Idosos Frágeis E Pré-Frágéis Residentes Em Instituições De Longa Permanência Na Região De Grande Maputo, Moçambique: Projeto Impafvi. Os objetivos principais são avaliar a evidência sobre a fragilidade em idosos residentes em Longa Permanência na Região de Grande Maputo. Secundariamente, o presente estudo pretende também avaliar a efectividade/eficácia de um Programa de Actividade Física Verde nos níveis de fragilidade de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência na Região de Grande Maputo.

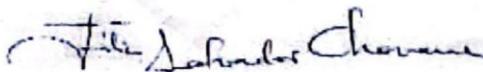
A amostra será recolhida em diversos centros de acolhimento de idosos e este é um dos sorteados. A referida investigação tem como orientador o Prof. Doutor Saulo Vasconcelos Rocha. Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização e colaboração para recolher dados dos utentes Frágeis e Pré-Frágéis.

A recolha e registo de dados nas duas fases, será efetuada por um grupo de estudantes de Ciências do Desporto e devidamente treinado para o efeito sob coordenação do responsável pela investigação. Saliento ainda que o estudo não envolve qualquer procedimento evasivo e que o pedido de colaboração dos utentes será feito mediante consentimento informado.

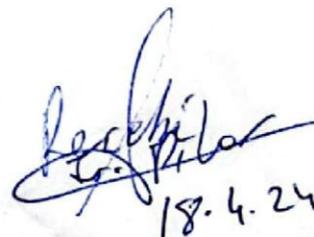
Certo que o seu contributo me irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Maputo, 17 de Abril de 2024

O Investigador Principal



Félix Salvador Chavane



18.4.24



UEFS  
UNIVERSIDADE ESTADUAL  
DE FEIRA DE SANTANA



Programa de Pós-graduação em  
Saúde Coletiva  
Mestrado e Doutorado Acadêmico



849008286

849118741

## **Anexo C**

**Certificado do Comité Internacional de bioética em Saúde da Faculdade de  
Medicina/Hospital Central de Maputo;**



(CIBS FM&HCM)

Dr. Vasco António Muchanga, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade  
de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): **Félix Salvador Chivane**

Protocolo de investigação: **Versão 2, de Junho de 2024**

Consentimentos informados: **Sem versão e sem data**

Guião de entrevista: **Sem versão e sem data**

Do estudo:

**TÍTULO; "Actividade física verde em idosos frágeis e pré-frágeis residentes em instituições de longa permanência na região de grande Maputo, Moçambique"**

E faz constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 19 de Junho de 2024 e que será incluída na acta **14/2024**, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número **CIBS FM&HCM/41/2024**.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 18 de Junho de 2025. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: **APROVADO**

*Vasco António Muchanga*

Assinado em Maputo aos 19 de Junho de 2024

## **Anexo D**

**Instrumentos de avaliação da Saúde do Idoso Moçambicano (IASI-Moç).**



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO MOÇAMBICANO (IASI-Moc)

### Instrumento de recolha

#### Bloco 1

#### I Informações pessoais e sociodemográficos

1. Codificação: \_\_\_\_\_
2. Sexo: 0 ( ) Feminino 1 ( ) Masculino
3. Endereço completo/telefone: \_\_\_\_\_
4. Idade: \_\_\_\_ anos
- 4.1. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. Situação conjugal actual: 1 ( ) Casado(a) \_\_\_\_\_ 2 ( ) União estável \_\_\_\_\_ 3 ( ) Solteiro/a 4 ( ) Divorciado(a)/separado(a) \_\_\_\_\_ 5 ( ) Viúvo/a
6. No total, quantas vezes, o(a) Sr.(a) esteve casado(a) ou em união? No de vezes |\_\_|\_|
7. Na escola, qual o último nível académico/grau que concluiu com aprovação?  
1 Nunca foi à escola ( ) 2 Lê e escreve o nome ( ) 3 primário EPI ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª ( ) 4ª ( ) 4 primário EPII ( ) 5ª ( ) 6ª ( ) 5 Secundário ESGI ( ) 7ª ( ) 8ª ( ) 9ª ( ) ESGII ( ) 10ª ( ) 11ª ( ) 12ª ( ) 6 Superior ( ) completo ( ) incompleto
8. Como você classificaria a cor da sua pele? 1 ( ) Branca \_\_\_\_\_ 2 ( ) Amarela (oriental) \_\_\_\_\_ 3 ( ) Parda/mestiça 4 ( ) Origem indígena \_\_\_\_\_ 5 ( ) Preta/ negra \_\_\_\_\_ 9 ( ) NS
9. Cor da pele (entrevistador): 1 ( ) Branca \_\_\_\_\_ 2 ( ) Amarela (oriental) \_\_\_\_\_ 3 ( ) Parda/ mestiça 4 ( ) Origem indígena \_\_\_\_\_ 5 ( ) Preta/ negra
10. Quantos filhos e filhas nascidos vivos o(a) Sr.(a) teve? (não inclua enteados, filhos adotivos, abortos ou filhos nascidos mortos).  
Número de filhos: |\_\_|\_|\_| (98) NS \_\_\_\_\_ (99) NR \_\_\_\_\_
11. Actualmente o(a) Sr.(a) mora sozinho(a) ou acompanhado(a)? 1 ( ) Acompanhado \_\_\_\_\_ 2 ( ) Sozinho \_\_\_\_\_ 3 ( ) NR \_\_\_\_\_ 4 ( ) NS \_\_\_\_\_
12. Desde que o(a) Sr.(a) nasceu viveu no campo por 5 anos ou mais? 0 ( ) Não \_\_\_\_\_ 1 ( ) Sim \_\_\_\_\_ 2 ( ) NS \_\_\_\_\_ 3 ( ) NR \_\_\_\_\_
13. Qual é a sua religião? 1 ( ) Católica \_\_\_\_\_ 2 ( ) Protestante \_\_\_\_\_ 3 ( ) Judaica 4 ( ) Espírita \_\_\_\_\_ 5 ( ) Outras \_\_\_\_\_
14. Qual a posição da religião em sua vida? (1) Importante \_\_\_\_\_ (2) Regular \_\_\_\_\_ (3) Nada importante \_\_\_\_\_ (8) NS \_\_\_\_\_ (9) NR \_\_\_\_\_
15. Com que frequência o(a) Sr.(a) vai à igreja ou ao serviço religioso?  
( ) Nunca ( ) Várias vezes por ano ( ) Uma/ duas vezes por mês ( ) Quase toda semana ( ) Mais de uma vez por semana ( ) NS ( ) NR
16. Quanto você ganha, em média, por mês? MTn \_\_\_\_\_ ( ) Não se aplica

#### Bloco 2

#### Características da moradia

Agora, quero fazer algumas perguntas sobre a sua casa.

17. Esta moradia é? (leia as opções até obter uma resposta afirmativa)

- (1) Casa? (4) Abrigo?  
(2) Apartamento? (5) Outro? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
(3) Barraco ou trailer? (9) NR

18. Esta casa é: (leia as opções até obter uma resposta afirmativa)

- (1) Própria, em terreno próprio; (4) Arrendada ou alugada emprestada;  
(2) Ainda está pagando; (5) Outro? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_  
(3) Própria, em terreno que não é próprio; (8) NS \_\_\_\_\_ (9) NR

19. A sua casa tem luz elétrica? \_\_\_\_\_ (1) Sim \_\_\_\_\_ (2) Não

20. Os moradores desta casa dispõem de água canalizada? (leia as opções até obter uma resposta afirmativa)

(1) Dentro da casa? (4) Não dispõem de água canalizada? (2) Fora da casa, mas no terreno? (3) Fonte pública? \_ (9) NR

**Bloco 3**  
**III. Hábitos de vida**  
**III.A. Hábitos alimentares**

Alimentos	4 ou mais vezes p/ semana	1 a 3 vezes p/ semana	Menos de 1 vez p/ semana	Não consome	Não sabe informar
21 - Carnes salgadas: bacalhau, charque, carne seca, carne de sol, toucinho, costela etc.	3	2	1	0	
22 - Produtos industrializados: enlatados, conservas, sucos engarrafados, sucos desidratados, sopa desidratada, produtos em vidro etc.	3	2	1	0	
23 - Embutidos: linguiça, salsicha, fiambre etc.	3	2	1	0	
24 - Frituras	3	2	1	0	
25 - Manteigas	3	2	1	0	
26 - Carne de porco: pernil, carrê, costeleta, carne de carneiro ou cabra, etc.	3	2	1	0	
27 - Carne de vaca	3	2	1	0	
28 - Refrigerantes/ refrescos não dietéticos	3	2	1	0	
29 - Rebuçados, doces, geleias, bombons e chocolate	3	2	1	0	
30 - Açúcar, mel ou melaço usados como adoçantes no café, chá, sumos, etc.	3	2	1	0	
31 - Ovos cozidos, fritos, etc.	3	2	1	0	
32 - Verduras, legumes e frutas.	0	1	2	3	

33 - Quantas refeições completas o(a) Sr.(a) faz por dia?

(1) Uma (2) Duas (3) Três ou mais (8) NS

34a - Consome leite, queijo ou outros produtos lácteos pelo menos uma vez por dia?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

34b - O leite e derivados que você consome são integrais, semidesnatados ou desnatados?

(1) Integrais (2) Desnatados (3) Semidesnatados (8) NS (9) NR

35 - Come ovos, feijão ou lentilhas (leguminosas), pelo menos uma vez por semana?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

36 - Come carne, peixe ou aves pelo menos três vezes por semana?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

37 - Tem comido menos por problemas digestivos ou falta de apetite nos últimos 12 meses?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

38 - Quantos copos ou xícaras de líquido consome diariamente? (incluir água, café, leite, chá, sumos, etc.)

(1) Menos de 3 copos (2) De 3 a 5 copos (3) mais de 5 copos (8) NS (9) NR

**Bloco 3**  
**III.B. Estágio de mudança de comportamento dos hábitos alimentares**

39 - Em quantos dias de uma semana normal o Sr (a) come FRUTAS ou toma SUMO NATURAL DE FRUTAS?

[ ]0 [ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

40 - Em quantos dias de uma semana normal o Sr (a) come VERDURAS (saladas verdes, tomate, cenoura, abóbora, etc.)?

[ ]0 [ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

41 - Considera-se SAUDÁVEL: com o consumo diário de frutas e verduras. Em relação a seus hábitos alimentares o Sr (a) considera que:

1 [ ] Incluo frutas e verduras diariamente em minha alimentação HÁ MAIS DE 6 MESES

2 [ ] Incluo frutas e verduras diariamente em minha alimentação HÁ MENOS DE 6 MESES

3 [ ] Não tenho este hábito, mas pretendo incluir frutas e verduras na minha alimentação diária nos próximos 30 DIAS.

4 [ ] Não tenho este hábito, mas pretendo incluir frutas e verduras na minha alimentação diária nos próximos 6 MESES.

5 [ ] Não tenho este hábito, e não pretendo incluir frutas e verduras na minha alimentação diária nos próximos 6 MESES

**Bloco 3**  
**III.C. Consumo de álcool e tabaco**

**a. Uso de bebidas alcoólicas**

42 - Você consome bebidas alcoólicas? Se você NÃO BEBE, siga para b. (hábito de fumar)

0 ( ) Sim  1 ( ) Não

43 - Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

0 ( ) Sim  1 ( ) Não

44 - As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

0 ( ) Sim  1 ( ) Não

45 - Sente-se chateado consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?

0 ( ) Sim  1 ( ) Não

46 - Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

0 ( ) Sim  1 ( ) Não

**b. Hábito de fumar**

47 - Você já foi fumante?\_\_

0 ( ) Sim  1 ( ) Não

48 - Você fuma atualmente? Se você NÃO FUMA, siga para o bloco III D\_\_

0 ( ) Sim  1 ( ) Não

49 - Quantos cigarros você fuma por dia? \_\_\_\_\_ Cigarros

50 - Há quanto tempo você fuma? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ dias

**III.D. Actividade física**

Questionário Internacional de Actividade Física (IPAQ)

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo actividade física em uma semana normal/habitual

Para responder as questões, lembre que:

- ❖ Actividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal.
- ❖ Actividades físicas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal.
- ❖ Actividades físicas leves são aquelas que o esforço físico é normal, fazendo com que a respiração seja normal.

**Domínio 1 - Actividade Física no Trabalho**

Este domínio inclui as actividades que você faz no seu trabalho remunerado ou voluntário, e as actividades na universidade, faculdade ou escola (trabalho intelectual).

Não incluir tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família.

Estas serão incluídas no Domínio 3.

51a - Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho fora de sua casa?

( ) Sim  ( ) Não – Caso você responda não. Vá para o Domínio 2: Transporte

As próximas questões relacionam-se com toda a actividade física que você faz em uma semana normal/habitual, como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário. Não inclua o transporte para o trabalho. Pense apenas naquelas actividades que durem pelo menos 10 minutos contínuos dentro de seu trabalho:

51b - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza actividades VIGOROSAS como: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar relva, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário, por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana  ( ) Nenhum. Vá para a questão 51c.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

51c - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza actividades MODERADAS como: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário, por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para a questão 51d

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

51d - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você CAMINHA, NO SEU TRABALHO remunerado ou voluntário, por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?

Por favor, não inclua o caminhar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que você é voluntário. \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para o Domínio 2 - Transporte.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

### Domínio 2 – Actividade Física Como Meio de Transporte

Estas questões se referem à forma normal como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, trabalho, cinema, lojas e outros.

52a - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você ANDA DE TRANSPORTE PÚBLICO, CARRO/MOTO?

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para a questão 52b.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

Agora pense em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

52b - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você ANDA DE BICICLETA para ir de um lugar para outro por pelo menos 10 minutos contínuos?

(Não inclua pedalar por lazer ou exercício).

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para a questão 52c.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

52c - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você CAMINHA para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por pelo menos 10 minutos contínuos (NÃO INCLUA as caminhadas por lazer ou exercício físico).

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para o Domínio 3.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

### Domínio 3 – Actividade Física em Casa ou Apartamento: Trabalho, Tarefas Domésticas e Cuidar da Família

Esta parte inclui as actividades físicas que você faz em uma semana normal/habitual dentro e ao redor da sua casa ou apartamento. Por exemplo: trabalho doméstico, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa e para cuidar da sua família. Novamente pense somente naquelas actividades físicas com duração por pelo menos 10 minutos contínuos.

53a - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz actividades físicas VIGOROSAS AO REDOR DE SUA CASA OU APARTAMENTO (QUINTAL OU JARDIM) como: capinar, cortar lenha, serrar madeira, pintar casa, levantar e transportar objectos pesados, cortar relva por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para a questão 53b.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

53b - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz actividades MODERADAS DENTRO da sua casa ou apartamento como: carregar pesos leves, limpar vidros e/ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro e o chão por pelo menos 10 minutos contínuos?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para o domínio 4.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

#### **Domínio 4 – Actividades Físicas de Recreação, Desporto, Exercício e de Lazer**

Este domínio se refere às actividades físicas que você faz em sua semana normal/habitual unicamente por recreação, desporto, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas actividades físicas que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor, não inclua actividades que você já tenha citado.

54a - Sem contar qualquer caminhada que você tenha dito anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas/minutos) durante uma semana normal você CAMINHA (exercício físico) no seu tempo livre por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para o domínio 54b.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

54b - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz actividades VIGOROSAS no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, musculação, canoagem, remo, enfim desportos em geral por pelo menos 10 minutos contínuos?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para o domínio 54c.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

54c - Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz actividades MODERADAS no seu tempo livre como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade, dançar por pelo menos 10 minutos contínuos?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ dias por semana \_\_\_\_ ( ) Nenhum. Vá para o domínio 5.

Dia da semana/ turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							

Noite								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

### Domínio 5 – Tempo Gasto Sentado

55. Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em diferentes locais como, por exemplo, em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e outros. Isso inclui o tempo sentado, enquanto descansa, assiste televisão, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas e realiza as refeições. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em transporte público, carro, comboio de passageiros. 55 - Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante UM DIA de semana normal? UM DIA:

\_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos.

Dia da semana                      Tempo horas/minutos

Um dia                                  Manhã                                  Tarde                                  Noite

### Domínio 6 – Barreiras para Prática de Actividade Física

Barreiras a prática de actividade física	Sim	Não
56 - Falta de tempo?		
57 - Preguiça?		
58 - Não tinha local adequado?		
59 - Se machucou?		
60 - Falta de dinheiro?		
61 - Falta de companhia?		
62 - Achava chato/ não gostava?		
63 - Se sente velho(a) demais?		
64 - Possui alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer actividade física?		
65 - Gosta de fazer actividade física?		
66 - Sente preguiça ou cansaço para fazer actividades físicas?		
67 - Sente medo?		

OBS - Outro \_\_\_\_\_

### Domínio 7 – Actividade Física no Lazer

As actividades físicas no lazer são esforços físicos realizados no tempo livre, nesse sentido, responda a questão abaixo:

68 - Como você classificaria sua actividade física de lazer?

- (1) leve – caminhar, pedalar ou dançar mais ou igual que 3 horas por semana.
- (2) moderada – correr, fazer ginástica ou praticar esportes mais ou igual que 3 horas por semana.
- (3) intensa – treinamento para competição.
- (4) não tem – o lazer não inclui actividade física

### Domínio 8 – Estágio de Mudança no Comportamento para a Actividade Física no Lazer

69 - O(A) Sr.(a) realiza em seu tempo livre algum tipo de actividade física moderada? (por exemplo: caminhar rápido, desportos, ginástica de academia/ ginásio, faxina/ limpeza, subir escadas ou qualquer outra actividade física de esforço similar a estas)

1 ( ) Sim \_\_\_ 2 ( ) Não

70 - Em quantos dias de uma semana normal, em seu tempo livre, o(a) Sr.(a) realiza actividades físicas moderadas, que somadas totalizam pelo menos 30 minutos por dia?

( ) 0 \_\_\_ ( ) 1 \_\_\_ ( ) 2 \_\_\_ ( ) 3 \_\_\_ ( ) 4 \_\_\_ ( ) 5 \_\_\_ ( ) 6 \_\_\_ ( ) 7

71 - Considera-se FÍSICAMENTE ACTIVO o adulto que acumula pelo menos 30 minutos diários de actividades físicas em 5 dias ou mais da semana. Em relação a seus hábitos de práticas de actividade físicas no lazer o(a) Sr (a) considera que:

- 1 ( ) Sou fisicamente activo HÁ MAIS DE 6 MESES.
- 2 ( ) Sou fisicamente activo HÁ MENOS DE 6 MESES.
- 3 ( ) Não tenho este hábito, mas pretendo me tornar fisicamente activo nos próximos 30 DIAS.
- 4 ( ) Não tenho este hábito, mas pretendo me tornar fisicamente activo nos próximos 6 MESES.
- 5 ( ) Não tenho este hábito e não pretendo me tornar fisicamente activo nos próximos 6 MESES.

**Bloco 4**  
**IV. Capacidade funcional**

Precisamos entender as dificuldades que algumas pessoas têm em realizar certas actividades que são importantes para a vida diária devido a algum problema de saúde. O(A) Sr.(a) poderia me dizer, por favor, se encontra alguma dificuldade (actualmente) em fazer cada uma das seguintes actividades que vou dizer. Não considere qualquer problema que o(a) Sr.(a) espera que dure menos de 3 meses. O idoso é: (1) deambulante\_\_\_\_(2) acamado\_\_\_\_(3) cadeirante\_\_\_\_(8) NS

<b>Tarefas de actividades físicas mais elaboradas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não pode</b>	<b>Não faz</b>	<b>NR</b>
72.1a - Tem dificuldade em correr ou trotar 1,5km ou 15 quadras?	1	2-vá para a 2	3	4	9
72.1b - Tem dificuldade em andar várias ruas (quadras)?	1	2-vá para a 2	3	4	9
72.1c - Tem dificuldade em andar uma rua (quadra)?	1	2	3	4	9
73.2 - Tem dificuldade em ficar sentado(a) durante 2 horas?	1	2	3	4	9
74.3 - Tem dificuldade em se levantar de uma cadeira depois de ficar sentado(a) durante longo período?	1	2	3	4	9
75.4 - Encontra alguma dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar?	1	2-vá para a 6	3	4	9
76.5 - Tem alguma dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?	1	2	3	4	9
77.6 - Tem alguma dificuldade em se curvar, se ajoelhar ou se agachar?	1	2	3	4	9
78.7 - Tem alguma dificuldade para estender seus braços acima dos ombros?	1	2	3	4	9
79.8 - Tem alguma dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos, como uma poltrona?	1	2	3	4	9
80.9 - Encontra alguma dificuldade em levantar ou carregar pesos maiores que 5kg, como uma sacola de compras pesada?	1	2	3	4	9
81.10 - Tem dificuldade em levantar uma moeda de uma mesa?	1	2	3	4	9

<b>Actividade</b>	<b>Avaliação</b>
82 - O(A) Sr.(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda 1 ( ) Com ajuda parcial 2 ( ) Não consegue 3 ( )
83 - O(A) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planeamentos especiais?	Sem ajuda 1 ( ) Com ajuda parcial 2 ( ) Não consegue 3 ( )
84 - O(A) Sr.(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda 1 ( ) Com ajuda parcial 2 ( ) Não consegue 3 ( )
85 - O(A) Sr.(a) consegue preparar as suas próprias refeições?	Sem ajuda 1 ( ) Com ajuda parcial 2 ( ) Não consegue 3 ( )
86 - O(A) Sr.(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda 1 ( ) Com ajuda parcial 2 ( ) Não consegue 3 ( )
87 - O(A) Sr.(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda 1 ( ) Com ajuda parcial 2 ( ) Não consegue 3 ( )
88 - O(A) Sr.(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda 1 ( ) Com ajuda parcial 2 ( ) Não consegue 3 ( )
89 - O(A) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda 1 ( ) Com ajuda parcial 2 ( ) Não consegue 3 ( )
90 - O(A) Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda 1 ( ) Com ajuda parcial 2 ( ) Não consegue 3 ( )
<b>Total:</b>	<b>_pontos:_____</b>

**Bloco 5**

## V. Estado de saúde

### A.

91 - Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O(A) Sr.(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?

(1) Excelente\_\_\_(2) Muito boa\_\_\_(3) Boa\_\_\_(4) Regular\_\_\_(5) Má\_\_\_(8) NS\_\_\_(9) NR

92 - Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o(a) Sr.(a) diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava então?

(1) Melhor\_\_\_(2) Igual\_\_\_(3) Pior\_\_\_(8) NS\_\_\_(9) NR

93 - Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior?

(1) Melhor\_\_\_(2) Igual\_\_\_(3) Pior\_\_\_(8) NS\_\_\_(9) NR

94 - Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0( ) sim	1( ) não	Distúrbio do sono	0( ) sim	1( ) não
Colesterol alto	0( ) sim	1( ) não	Asma/ Bronquite	0( ) sim	1( ) não
Parkinson	0( ) sim	1( ) não	Tuberculose	0( ) sim	1( ) não
Pressão alta	0( ) sim	1( ) não	Doença articular degenerativa	0( ) sim	1( ) não
Câncer	0( ) sim	1( ) não	Embolia pulmonar	0( ) sim	1( ) não
Cardiopatía	0( ) sim	1( ) não	Dores de coluna	0( ) sim	1( ) não
AVC/ Derrame	0( ) sim	1( ) não	Doença de Alzheimer	0( ) sim	1( ) não
Histórico de queda	0( ) sim	1( ) não	Outras		

## Bloco 6

### VI. Saúde mental

#### A

Neste bloco, estamos investigando como o(a) Sr.(a) se sente a respeito de alguns problemas de saúde. Gostaríamos de começar com algumas perguntas sobre sua memória.

95 - Como o(a) Sr.(a) avalia sua memória atualmente? (leia as opções e responda)

(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Má (8) NS (9) NR

96 - Comparando com 1 ano atrás, o(a) Sr.(a) diria que agora sua memória é melhor, igual ou pior?

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR

104 - Por favor, me diga a data de hoje (Pergunte mês, dia, ano e dia da semana. Anote um ponto em cada resposta correcta).

#### 97.1 Orientação temporal

	Resposta	Correcta
Mês		
Dia do mês		
Ano		
Dia da semana		
		Total:

#### 97.2 Orientação espacial: Onde estamos

Local: \_\_\_\_\_

Instituição (casa/ rua) \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_

Província \_\_\_\_\_

98 - Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são porque vou voltar a perguntar mais adiante. O(A) Sr.(a) tem alguma pergunta? (Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote).

Se o entrevistado não acertar as três palavras:

1) Repita todos os objetos até que o entrevistado os aprenda, máximo de repetições: 5 vezes.

2) Anote o número de repetições que teve que fazer.

3) Nunca corrija a primeira parte.

4) Anota-se um ponto por cada objeto lembrado e zero para os não lembrados.

ÁRVORE \_\_\_\_ ( )  
MESA \_\_\_\_ ( )  
CÃO \_\_\_\_ ( )

(1) Lembrou  
(0) Não lembrou  
NÚMERO DE REPETIÇÕES: \_\_\_\_\_ Total: ( )

99 - "Agora peça-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

(1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Total: ( )

## B

### 100. Linguagem (vale 8 pontos no total)

#### 100.1 Aponte para um lápis e um relógio.

Faça o entrevistado dizer o nome desses objetos conforme você os aponta (vale 2 pontos no total)

( ) consegue ( ) não consegue

#### 100.2 Faça o entrevistado. Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá". (vale 1 ponto)

( ) consegue ( ) não consegue

100.3 Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas (Passe o papel e anote 1 ponto para cada ação correta).

Pega o papel com a mão direita \_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_ Ação correta: 1 ponto

Dobra na metade com as duas mãos \_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_ Ação incorreta: 0

Coloca o papel sobre as pernas \_\_\_\_ ( )

Total: ( )

Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte:

#### 100.4 FECHÉ OS OLHOS. (vale 1 ponto)

( ) consegue ( ) não consegue

#### 100.5 Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (vale 1 ponto)

(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)

( ) consegue ( ) não consegue

## Bloco 6 VI. Saúde mental

### A

101 - Há alguns minutos li uma série de três palavras e o(a) Sr.(a) repetiu as palavras que lembrou. "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

(1 ponto por cada resposta correta).

ÁRVORE \_\_\_\_

( ) Lembrou: 1

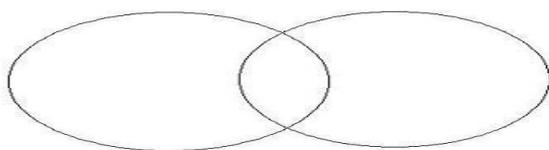
MESA \_\_\_\_

( ) Não lembrou: 0

CÃO ( )

Total: ( )

102 - Por favor, copie este desenho. Entregue ao entrevistado o desenho com os círculos que se cruzam. A ação está correta se os círculos não se cruzarem mais do que a metade. Anote um ponto se o desenho estiver correto.



Correto: ( ) Total: ( )

**Bloco 7**

**VII. SÍNDROME BIOLÓGICA DA FRAGILIDADE (Critérios de Fried et al., 2001)**

103. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) tem diminuído de peso sem fazer nenhuma dieta?

(1) 1 a 3 kg (2) + de 3 kg (3) Não perdeu (8) NS (9) NR

104. Fraqueza muscular – É avaliada pelo teste de força de preensão manual

( ) Sim ( ) Não

105. Baixa resistência e energia (Fadiga)

( ) Sim ( ) Não

Pensando na última semana, diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o(a) senhor(a):

Questões	Nunca/ raramente	Poucas vezes	Na maioria das vezes	Sempre
106. Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais?	(1)	(2)	(3)	(4)
107. Não conseguiu levar adiante suas coisas?	(1)	(2)	(3)	(4)

**108 Lentidão no teste de caminhada** – avaliada pelo teste de caminhada de 2.44 m

( ) Sim ( ) Não

**109** Baixo nível de actividade física: Você participa de pelo menos 150 minutos por semana de actividades físicas (actividade física é qualquer movimento corporal realizado que eleve o gasto energético acima do repouso)

( ) Sim ( ) Não

**Bloco 8**

**VIII Antropometria e Pressão Arterial**

Medidas	1	2	3	Comentários
110 Pressão Arterial Sistólica				
111 Pressão Arterial Diastólica				
112 Frequência Cardíaca				
113 Peso (massa corporal)				
114 Estatura				
115 Circunferência média do braço				
116 Circunferência da cintura				
117 Circunferência do quadril				
118 Circunferência de panturrilha				
119 Dobra cutânea tricipital				

**Bloco 9**

**IX. Desempenho motor**

**Short physical performance battery - SPPB**

**120** Teste de equilíbrio

**A) Posição com os pés juntos**

A.1) Pontuação:

Manteve por 10 segundos (1)

Não manteve por 10 segundos (0)

Não tentou (0)

Se pontuar 0, encerre os Testes de equilíbrio e marque o motivo no quadro 1. Tempo de execução quando for menor que 10 seg: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ segundos

**B) Posição em pé com um pé parcialmente à frente**

**B.1) Pontuação**

Manteve por 10 segundos (1)

Não manteve por 10 segundos (0)

Não tentou (0)

Se pontuar 0, encerre os Testes de equilíbrio e marque o motivo no quadro 1. Tempo de execução quando for menor que 10 seg: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_segundos

**C) Posição em pé com um pé à frente**

**C.1) Pontuação**

Manteve por 10 segundos (2) pontos

Manteve de 3 a 9,99 segundos (1) ponto Manteve por

menos de 3 segundos (0) ponto

Não tentou (0) ponto Se pontuar 0, encerre os Testes de equilíbrio e marque o motivo no quadro 1.

Tempo de execução quando for menor que 10 seg: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_segundos

D) Pontuação total nos testes de equilíbrio: \_\_\_\_\_(soma dos pontos)

**E) Quadro explicativo**

**Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:**

- 1) Tentou mas não conseguiu
- 2) O paciente não consegue manter-se na posição sem ajuda
- 3) Não tentou, o avaliador sentiu-se inseguro
- 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro
- 5) O paciente não conseguiu entender as instruções.
- 6) Outros (Especifique): \_\_\_\_\_
- 7) O paciente recusou participação.

**121 Teste de velocidade de marcha**

A) Primeira tentativa

Tempo da primeira tentativa

**A. Tempo para 4 metros: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_segundos**

**B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:**

- 1) Tentou, mas não conseguiu.
- 2) O paciente não consegue caminhar sem ajuda de outra pessoa.
- 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
- 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
- 5) O paciente não conseguiu entender as instruções.
- 6) Outros (Especifique): \_\_\_\_\_
- 7) O paciente recusou participação

**C. Apoios para a primeira caminhada**

Nenhum ( ) bengala ( ) outro ( )

**D. Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada pontue:**

( ) 0 ponto, e prossiga para o Teste de levantar da cadeira.

**B) Segunda tentativa**

Tempo da segunda tentativa

**A. Tempo para 4 metros: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_segundos**

**B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:**

- 1) Tentou, mas não conseguiu.
- 2) O paciente não consegue caminhar sem ajuda de outra pessoa.
- 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
- 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
- 5) O paciente não conseguiu entender as instruções.
- 6) Outros (Especifique): \_\_\_\_\_
- 7) O paciente recusou participação

**C. Apoios para a primeira caminhada:**

Nenhum ( ) bengala ( ) outro ( )

**D. Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada pontue:**

( ) 0 ponto

**Pontuação do teste de velocidade de marcha**

Extensão do teste de marcha: Quatro metros ( ) ou Três metros ( )

Qual foi o tempo mais rápido dentre as duas caminhadas?

Marque o menor dos dois tempos: \_\_\_\_:\_\_\_\_segundos e utilize para pontuar.

(Se somente uma caminhada foi realizada, marque esse tempo)\_\_\_\_:\_\_\_\_segundos

Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada: (0) ponto

**122.1 Teste de levantar-se da cadeira**

Resultado do Pré-teste: levantar-se da cadeira uma vez

**A. Levantou-se sem ajuda e com segurança: Sim ( ) Não ( ) .**

O paciente levantou-se sem usar os braços

( ) Vá para o teste de levantar-se da cadeira 5 vezes.

O paciente usou os braços para levantar-se ( ) Encerre o teste e pontue 0.

Teste não completado ou não realizado ( ) Encerre o teste e pontue 0.

**B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:**

- 1) Tentou, mas não conseguiu.
- 2) O paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda.
- 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
- 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
- 5) O paciente não conseguiu entender as instruções.
- 6) Outros (Especifique): \_\_\_\_\_
- 7) O paciente recusou participação

**122.2. Teste de levantar-se da cadeira 5 vezes**

Resultado do teste de levantar-se da cadeira cinco vezes

**A. Levantou-se às cinco vezes com segurança: Sim ( ) Não ( )**

**B. Levantou-se às cinco vezes com êxito**, registre o tempo: \_\_\_\_:\_\_\_\_ segundos

**C. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:**

- 1) Tentou, mas não conseguiu.
- 2) O paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda.
- 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
- 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
- 5) O paciente não conseguiu entender as instruções.
- 6) Outros (Especifique): \_\_\_\_\_
- 7) O paciente recusou participação

**123. Dinamometria**

Agora vou usar um instrumento que se chama DINAMÔMETRO para testar a força da sua mão. Este teste somente pode ser feito se o(a) Sr(a) NÃO sofreu nenhuma cirurgia no braço ou na mão, nos últimos três meses. Use o braço que acha que tem mais força. Coloque o cotovelo sobre a mesa e estique o braço com a palma da mão para cima. Pegue as duas peças de metal juntas assim (faça a demonstração). Preciso ajustar o aparelho para o seu tamanho? Agora, aperte bem forte. Tão forte quanto puder. As duas peças de metal não vão se mover, mas eu poderei ver qual a intensidade da força que o(a) Sr(a) está usando. Vou fazer este teste 2 vezes. Avise-me se sentir alguma dor ou incômodo.

ANOTE A MÃO USADA NO TESTE: (1) Esquerda (2) Direita

**PRIMEIRA VEZ:**

1. tentou, mas não conseguiu
2. não tentou, por achar arriscado
3. entrevistado incapacitado
4. recusou-se a tentar

COMPLETOU O TESTE: | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | kg

**SEGUNDA VEZ:**

1. tentou, mas não conseguiu
2. não tentou, por achar arriscado
3. entrevistado incapacitado
4. recusou-se a tentar

COMPLETOU O TESTE: | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | kg

**124. Teste de agachar e apanhar o lápis**

Para este próximo teste, o(a) Sr(a) terá que se agachar e apanhar um lápis do chão. Este é um movimento que vai fazer somente se NÃO sofreu uma cirurgia de catarata nas últimas seis semanas. Começando, fique em pé, agache-se, apanhe este lápis, e fique novamente em pé. (Coloque o lápis no chão, na frente do entrevistado e avise-o quando começar. Se o entrevistado não conseguir em menos de 30 segundos, não o deixe continuar).

- (1) tentou, mas não conseguiu
- (2) não tentou, por achar arriscado.
- (3) recusou-se a tentar
- ( ) realizou o teste em: segundos | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

**125. Teste sentar e levantar da cadeira**

Agora você vai cruzar os braços no peito e ao sinal vai levantar e ficar totalmente em pé e então retorna a posição sentada. Você deverá completar tantas ações de ficar totalmente em pé e sentar quanto possível em 30 segundos.  
Número de repetições: \_\_\_\_\_



**126. Teste de caminhada 2,44 metros**

Agora você vai tentar caminhar o mais rápido possível nessa distância entre a cadeira e o cone, vai levantar caminhar e sentar novamente na cadeira.

Anote o tempo em segundos: \_\_\_\_\_



**ANOTE QUALQUER CONSIDERAÇÃO A MAIS QUE ACHAR PERTINENTE:**