

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

MICAELA APARECIDA TEODORO

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS
IDOSAS COM MULTIMORBIDADE**

ALFENAS/MG

2026

MICAELA APARECIDA TEODORO

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS
IDOSAS COM MULTIMORBIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Alfenas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Garcia Lopes Alves

ALFENAS/MG

2026

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Teodoro, Micaela Aparecida .

Autopercepção de saúde e capacidade funcional de pessoas idosas com multimorbidade / Micaela Aparecida Teodoro. - Alfenas, MG, 2025.

56 f. -

Orientador(a): Cristina Garcia Lopes Alves.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família, modalidade residência) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.

Bibliografia.

1. Saúde da Pessoa Idosa. 2. Estado Funcional. 3. Autoavaliação. 4. Envelhecimento Saudável. 5. Condições de Saúde Crônicas Múltiplas. I. Alves, Cristina Garcia Lopes , orient. II. Título.

MICAELA APARECIDA TEODORO

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS
IDOSAS COM MULTIMORBIDADE**

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Alfenas.

Aprovada em: 10 de dezembro de 2025

Prof.^a Dr.^a Cristina Garcia Lopes Alves
Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

Prof. Dr. Ricardo Goes de Aguiar
Universidade Federal de Alfenas

Prof.^a Dr.^a Tania Mara Rodrigues Simões
Universidade Federal de Alfenas

RESUMO

O processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo em todo o mundo e representa um significativo avanço para a humanidade e um desafio para a saúde pública. Frente ao avanço na expectativa de vida, surgem desafios no enfrentamento de possíveis condições de saúde advindas do processo de envelhecimento, com destaque para as doenças crônicas não transmissíveis como principais causas de morbidade e mortalidade, contribuindo para a prevalência de quadros de multimorbidade, ou seja, a presença concomitante de duas ou mais dessas doenças. Dois indicadores de saúde se apresentam relevantes para o levantamento de dados sobre as condições de saúde da população idosa: autopercepção de saúde e capacidade funcional. O objetivo da presente pesquisa foi verificar a autopercepção do estado de saúde e a capacidade funcional das pessoas idosas com multimorbidade no Sul de Minas Gerais. Trata-se de estudo quantitativo, observacional do tipo transversal realizado com dados do projeto de pesquisa “Saúde Funcionalidade e Envelhecimento”, por meio de entrevista telefônica com amostra probabilística de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas nas estratégias saúde da família das unidades básicas de saúde dos municípios de Alfenas, Passos e Pouso Alegre. Para o presente estudo foram incluídas pessoas idosas que relataram diagnóstico clínico de duas ou mais doenças e ou condições crônicas. Foram excluídas as que apresentaram alterações cognitivas detectadas pelo Mini-Exame do estado mental ou que apresentaram dados faltantes. Os participantes forneceram dados sociodemográficos, de condições de saúde, autopercepção do estado de saúde e capacidade funcional, para isso utilizou-se perguntas e instrumentos validados. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva e inferencial. Foi verificado que a maior proporção da amostra era do sexo feminino, raça/cor da pele branca, média de idade de 70,3 anos, declarou ser analfabeto e/ou ensino fundamental incompleto, vive com um parceiro afetivo, apresenta autopercepção positiva de saúde e capacidade funcional preservada. Para aquelas pessoas com dependência funcional, tanto para atividades básicas quanto instrumentais de vida diária, a percepção da saúde foi negativa. E ainda se observou que as pessoas idosas longevas, comparadas às pessoas idosas não longevas, apresentaram maior dependência nas atividades instrumentais. Os resultados encontrados podem contribuir no acompanhamento do estado de saúde desse grupo etário no contexto da multimorbidade, sendo necessária a contínua articulação de estratégias e ações que busquem a promoção do envelhecimento saudável.

Palavras-chaves: saúde da pessoa idosa; estado funcional; autoavaliação; envelhecimento saudável; condições de saúde crônicas múltiplas.

ABSTRACT

Population aging is occurring worldwide and represents a significant advance for humanity and a challenge for public health. Given the increase in life expectancy, challenges arise in addressing potential health conditions arising from the aging process, particularly chronic noncommunicable diseases as the main causes of morbidity and mortality, contributing to the prevalence of multimorbidity, the concomitant presence of two or more of these diseases. Two health indicators are relevant for collecting data on the health conditions of the elderly population: self-perceived health and functional capacity. The objective of this study was to assess the self-perceived health status and functional capacity of elderly individuals with multimorbidity in southern Minas Gerais. This is a quantitative, observational, cross-sectional study conducted with data from the "Health, Functionality, and Aging" research project. This study involved telephone interviews with a probabilistic sample of individuals aged 60 and older, enrolled in the family health strategies of the primary health care units in the municipalities of Alfenas, Passos, and Pouso Alegre. This study included older adults who reported a clinical diagnosis of two or more diseases and/or chronic conditions. Those with cognitive impairments detected by the Mini-Mental State Examination or with missing data were excluded. Participants provided data on sociodemographics, health conditions, self-perceived health status, and functional capacity, using validated questions and instruments. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Most participants were female, white, with a mean age of 70.3 years, reported being illiterate and/or having incomplete elementary education, living with a partner, and presenting a positive self-rated health and preserved functional capacity. For those with functional dependence for both basic and instrumental activities of daily living, the health perception was negative. It was also observed that older adults, compared to older adults without longevity, have greater dependence on instrumental activities. These results may contribute to monitoring the health status of this age group in the context of multimorbidity, requiring the continuous coordination of strategies and actions that seek to promote healthy aging.

Keywords: health of the elderly; functional status; self-assessment; healthy aging; multiple chronic health conditions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ELSI-Brasil	Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIBRA	Estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MMSE	Mine Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SABE	Saúde, bem-estar e envelhecimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	JUSTIFICATIVA.....	9
1.2	OBJETIVOS.....	11
1.2.1	Objetivo Geral.....	11
1.2.2	Objetivos Específicos.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	12
2.2	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	13
2.2.1	Pessoa idosa com multimorbidade	15
2.3	AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE.....	17
2.4	CAPACIDADE FUNCIONAL	19
3	MÉTODO	21
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
3.2	LOCAL DO ESTUDO	21
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	21
3.4	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS.....	22
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	24
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	24
4	RESULTADOS	25
5	DISCUSSÃO.....	30
6	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS.....	34
	APÊNDICES	40
	ANEXOS	41

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem sendo vivenciado globalmente de maneira heterogênea pelos indivíduos que vivem nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. O aumento do número de pessoas idosas cresce em paralelo a transição epidemiológica, com aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que exigem cuidados de longo prazo (Ikegami *et al.*, 2020).

Diante disso, o envelhecimento da população mundial torna-se um desafio para as sociedades atuais. No Brasil, de acordo com dados do Censo de 2022 cerca de 32 milhões de pessoas apresentavam idade igual ou superior a 60 anos, o equivalente a 15% da população total brasileira, com projeções de crescimento para superar em 2030 o número de crianças. Tais aumentos são reflexos da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida (IBGE, 2022; Moreira *et al.*, 2020).

É necessário que os anos ganhos de vida sejam vividos em bom estado de saúde com qualidade, diante disso as entidades internacionais e nacionais vinculadas à saúde, apoiam a promoção do envelhecimento saudável, como foco do cuidado integral em saúde desse grupo populacional. E recomendam ainda que as ações de saúde partam, preferencialmente, da atenção primária à saúde (APS), visto que esse espaço é estratégico para o desenvolvimento e implementação de ações de cuidado à pessoa idosa de maneira longitudinal e apoiadas por equipe multiprofissional (Brasil, 2023; OPAS, 2019).

Essa perspectiva de cuidado considera que seja possível um envelhecimento bem-sucedido, mesmo que a pessoa idosa apresente diversas DCNT ao mesmo tempo, ou seja, multimorbidade. No Brasil, as prevalências de multimorbidade são superiores a 50%, considerando-se como critério a presença de duas ou mais doenças crônicas. Na população idosa mundialmente também se verifica elevadas prevalências e as projeções indicam tendência de aumento em decorrência do processo de envelhecimento populacional (Gusmão *et al.*, 2022; Ho *et al.*, 2021; Melo, Lima, 2020).

Para apoiar as pessoas idosas em suas trajetórias de envelhecimento, são necessárias avaliações que levem em consideração toda a complexidade do cuidado em saúde nesse ciclo da vida. A autopercepção de saúde, definida como a percepção que a pessoa apresenta do seu próprio estado de saúde, é um indicador de saúde amplamente utilizado em estudos de base populacional, incluindo os voltados à população idosa, por ser confiável, de rápida e eficaz aplicação e baixo custo. Considerando para além da perspectiva do modelo biomédico, que foca na presença ou ausência de doenças, essa avaliação multidimensional do estado de saúde

analisa aspectos físicos, cognitivos e emocionais, consolidando-se como um bom preditor de mortalidade (Carneiro *et al.*, 2020; Lindemann *et al.*, 2019).

Outro indicador de saúde de relevância para o cuidado da pessoa idosa é a capacidade funcional, que se baseia na habilidade de realizar as atividades de vida diária com autonomia e independência. E que, atualmente, é critério para a estratificação dos perfis para o cuidado das pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018). O processo de envelhecimento está associado a maior prevalência de doenças e as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo, em que coexistem indivíduos com condições de saúde muito diversas. Por essa razão, a capacidade funcional é adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como principal indicador do estado de saúde das pessoas idosas (Echeverría *et al.*, 2022).

Diante disso, é notória a importância de estudos que investiguem tais indicadores na população idosa, com o intuito de contribuir com o levantamento de subsídios para a elaboração ou aperfeiçoamento de estratégias e ações que possibilitem um processo de envelhecimento com qualidade de vida a esse grupo etário (Borim *et al.*, 2021).

1.1 JUSTIFICATIVA

O processo de envelhecimento populacional representa um significativo avanço para a humanidade, em contrapartida, torna-se desafiador para a saúde pública das sociedades contemporâneas, principalmente para aquelas dos países em desenvolvimento, como o Brasil. De acordo com projeções, esse processo está ocorrendo na América Latina e no Caribe em menos da metade do tempo em que ocorreu na Europa, pois avança de forma acelerada sem que haja antes, os ajustes necessários na estrutura social e dos sistemas de saúde capazes de atender as necessidades desse grupo etário. O que significa que as pessoas idosas chegam à velhice com uma elevada carga de doenças, predominantemente as DCNT que, por sua vez, relacionam-se diretamente com as limitações funcionais (Aranco *et al.*, 2018; Echeverría *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, é preciso reunir esforços para subsidiar a construção de estratégias e ações que auxiliem formuladores de políticas, gestores e profissionais da saúde no enfrentamento de tais desafios, para que, por sua vez, consigam oferecer um cuidado integral e adequado à saúde das pessoas que envelhecem. Além das implicações negativas diretas à saúde das pessoas idosas, elevando-se conseqüentemente a demanda por suporte familiar e de cuidadores, eleva-se também, os custos para o sistema de saúde público. Nesse sentido, sabe-se que a maior carga de doenças e limitações pode refletir em recorrentes

intervenções nos níveis mais complexos de saúde, o que gera maiores custos relacionados às doenças (Lieffers *et al.*, 2018).

Ao refletir sobre essas questões, torna-se necessária a adoção de linhas de cuidado com o objetivo de organizar os serviços de saúde e, para isso, é fundamental conhecer as condições de saúde da população idosa. A autopercepção do estado de saúde representa um relevante indicador para tal verificação nesse grupo etário, devido às singularidades dessa ferramenta de avaliação atrelada a sua robusta confiabilidade, eficiência e baixo custo. Sendo assim justificável a condução de estudos locais e regionais que possibilitem o levantamento de dados, com vistas a contribuir para a melhoria das condições de saúde da comunidade, especialmente da população idosa, sendo a que mais cresce nos últimos anos (Carneiro *et al.*, 2020; Rocha *et al.*, 2021).

Somando-se ao conhecimento da autopercepção de saúde como medida subjetiva e multidimensional, torna igualmente relevante a avaliação da capacidade funcional, que é recomendada pela OMS e adotada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e demais documentos oficiais que tratam da saúde dessa população, como um dos principais indicadores de saúde desse grupo populacional. A política destaca, ainda, a importância da APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que representa papel fundamental no desenvolvimento de ações de prevenção de agravos de DCNT, que pode, entre outros, ser subsidiado pelo levantamento de dados sobre a capacidade funcional (Brasil, 2006, 2023).

Diante do exposto, torna-se justificável o desenvolvimento de estudos com o objetivo de compreender o estado de saúde percebido pelas pessoas idosas, bem como avaliar sua capacidade funcional no contexto da multimorbidade, utilizando-se de medidas que considerem a complexidade e a heterogeneidade do processo de envelhecimento. De maneira direcionada, a presente pesquisa contribui para o conhecimento do perfil de saúde desse grupo etário do sul de Minas Gerais. E, dessa forma, possibilita auxiliar na prestação da atenção à saúde da pessoa idosa e na organização do processo de trabalho, contribuindo dessa maneira para um impacto positivo em uma longevidade mais funcional com qualidade de vida e melhor percepção de saúde (Lemes *et al.*, 2021; Rocha *et al.*, 2021).

A pergunta norteadora do estudo foi “Como está a capacidade funcional das pessoas idosas com multimorbidade e como elas percebem seu estado de saúde?”. Foram levantadas as seguintes hipóteses: (i) apresentaria algum comprometimento de sua capacidade funcional; (ii) avaliaria a sua saúde de maneira negativa; (iii) haveria relação entre a autopercepção de saúde com características individuais das pessoas idosas; (iv) haveria relação entre autopercepção de saúde, capacidade funcional e grupos etários.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Verificar a autopercepção do estado de saúde e a capacidade funcional das pessoas idosas com multimorbidade.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) descrever características sociais, demográficas e clínicas dos participantes;
- b) verificar a autopercepção dos participantes sobre o estado de saúde e segundo diferentes características individuais dos participantes;
- c) identificar o grau de funcionalidade dos participantes segundo seus componentes e realizar a estratificação em perfis de funcionalidade;
- d) investigar a relação entre a autopercepção dos participantes sobre o estado de saúde, os perfis de funcionalidade estratificados e os grupos etários.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é considerada a principal porta de entrada para a utilização dos serviços de saúde pela população no SUS. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a APS figura-se como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem diversas ações incluindo promoção, prevenção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, que se baseiam na prática do cuidado integrado e na gestão qualificada. Destacando ainda que, tais ações devem ser realizadas em equipe multiprofissional e dirigida à população adscrita em território definido (Brasil, 2017).

Diante da preferência como primeiro contato, a APS desempenha um papel fundamental dentro do cuidado em saúde do usuário no SUS, frente a uma nova forma de gestão do sistema público de atenção à saúde que vem sendo implantada ao longo dos últimos anos no Brasil, passando por modificações e aprimoramentos, com destaque para a criação do Programa Saúde da Família em 1994. Com a necessidade de superar a fragmentação do sistema, essa nova perspectiva agrega uma compreensão sistêmica do SUS chamada de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que prioriza a qualificação da APS por meio da ESF como sendo a base e centro organizador dessa rede de atenção integral à saúde no contexto epidemiológico atual, com predomínio das diversas condições crônicas de saúde (Cysneiros *et al.*, 2021; Mendes, 2011).

Dentro das RAS, a APS deve ser capaz de cumprir alguns atributos essenciais para seu funcionamento adequado, sendo eles a resolubilidade, ou seja, a sua capacidade para resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população adscrita naquele território de abrangência; a coordenação, sendo a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos dos usuários, produtos e informações entre os componentes das redes; e por fim, a responsabilização, que se refere a capacidade de acolher e responsabilizar-se, econômica e sanitariamente, por sua população (Mendes, 2010).

Para que a APS possa cumprir os atributos citados anteriormente com eficiência e qualidade faz-se necessária a valorização do trabalho em equipe no cuidado à saúde na atenção básica. Visto a elevada prevalência de pessoas com condições clínicas crônicas e complexas, exigindo dessa forma conhecimentos e habilidades também complexas de cuidado (Miranda; Mendes; Silva, 2016). Vale destacar ainda que, por outro lado, é crescente também

a especialização dentre os profissionais de saúde. Diante disso, a fragmentação do conhecimento não possibilita que um único profissional consiga dar conta das várias necessidades dos usuários sendo primordial para o cuidado integral em saúde o trabalho em equipe (Chakr, 2021).

Para auxiliar a equipe de saúde da família e demais equipes que atuam na APS, foi criada em 2023, por meio de portaria do ministério da saúde, a atuação da equipe multiprofissional (eMulti) na APS. A atuação dessa equipe se alinha ao trabalho das demais equipes de acordo com os princípios e diretrizes da PNAB, ampliando as possibilidades de práticas em saúde no território, para ofertar um cuidado integral melhorando o acompanhamento em saúde dos usuários e a resolubilidade das demandas de saúde (Bispo Júnior; Almeida, 2023).

Dentre os grupos populacionais de maior atenção dentro da APS, está a população de pessoas idosas, que demanda desse cuidado multiprofissional, visto seus perfis de saúde mais complexos, que podem gerar impacto negativo no envelhecimento saudável, para os serviços de saúde e sociedade. Diante disso, a OMS propôs o Programa de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE), para atender às necessidades dessa população que cresce em todo o mundo. O relatório publicado pelo ICOPE em 2019 destacou e reafirmou que os serviços de atenção primária podem responder às maiores necessidades desse grupo populacional, reconhecendo ainda que esse nível de atenção figura-se como um cenário estratégico para o desenvolvimento e implementação de um adequado plano de cuidado e, ainda que, a parceria entre os profissionais que atuam na APS, pessoas idosas, família e comunidade têm maior potencial para a promoção do envelhecimento saudável (OPAS, 2019; Semprebom; Batista; Almeida, 2024).

2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento foi conceituado por Papaléo Netto (1996) como sendo um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações bioquímicas, morfológicas, funcionais e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. Essa definição de envelhecimento está dentro de uma visão prioritariamente biogerontológica. De outro lado, Schneider e Irigaray (2008) definem envelhecimento como uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época. Vale destacar que o fenômeno do envelhecimento é

complexo, cujas mudanças atingem o amplo aspecto biopsicossocial e sabendo da dificuldade em mensurá-lo e delimitar a idade biológica de um indivíduo, é compreensível a ausência de uma definição única e global. Diante disso, o envelhecimento pode ser entendido como um fenômeno decorrente de múltiplas vertentes dentre elas o biológico, social e psicológico (Freitas; Py, 2018).

Sabe-se que a proporção de pessoas idosas está aumentando em todo o mundo. O somatório de adolescentes e adultos jovens será inferior ao das pessoas mais velhas que atingiu cerca de 1 bilhão de pessoas em 2019. De acordo com projeções da OMS, o número de idosos pode chegar a 1,4 bilhão até 2030 e 2,1 bilhões no ano de 2050. Dessa forma, mediante ao avanço de uma vida mais longa tem-se a necessidade de se desenvolver estratégias para que as pessoas idosas possam superar limites, que podem ocorrer com o aumento da idade, e viver com melhor qualidade de vida (Zhang *et al.*, 2020; OPAS, 2020).

De acordo com Moreno, Lera e Albala, (2020) na América Latina, o envelhecimento populacional tem ocorrido em maior velocidade comparada com países da Europa e da América do Norte, mas vale mencionar que se observa expressivo aumento da expectativa de vida desde o século XX. Ainda segundo tais autores, frente ao aumento da duração da vida, é importante destacar que não basta viver mais, mas sim viver com mais saúde. Adicionalmente, os autores afirmam que a teoria da expansão da morbidade coloca que uma extensão da vida, atualmente, tem por consequência a expansão das incapacidades e doenças. Em contrapartida, é possível traçar abordagens como a de compressão da morbimortalidade, onde a carga de doença e morte podem ser reduzidas conforme se estende a expectativa de vida.

É importante considerar que a transição demográfica acontece de forma distinta entre os países de alta renda comparados aos países de média e baixa renda, a exemplo do Brasil, que vem passando por essa transição demográfica em condições econômicas, sociais e de saúde desfavoráveis. Dados apontam que 69% das pessoas idosas brasileiras em 2020, viviam com uma renda classificada como baixa (até dois salários mínimos). Esse panorama revela desafios para os sistemas de saúde público, devido aos custos relacionados as demandas de saúde e cuidados especializados a essa população, que tendem a crescer com a idade (Magalhães *et al.*, 2023).

Diante do crescente envelhecimento populacional em todo o mundo, a OMS apresentou em 2015, como meta global a ser seguida pelas políticas públicas o conceito “envelhecimento saudável”, compreendido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. Essa proposta tem o objetivo de

promover uma velhice independente e autônoma, em trajetórias positivas de envelhecimento, considerando os diversos fatores envolvidos (OMS, 2015).

Com vistas a promover um envelhecimento saudável, diversas estratégias podem ser adotadas, incluindo adesão a um estilo de vida saudável. Diante disso, uma análise de dados de uma coorte no Reino Unido com início em 2006 e acompanhados por dez anos, constatou que o envolvimento em um estilo de vida saudável foi associado com até 6,3 anos a mais de vida para homens e 7,6 anos para as mulheres (Chudasama *et al.*, 2020).

Indicadores de expectativa de vida saudável foram criados para avaliar e acompanhar, de maneira mais eficaz, se o ganho de expectativa de vida é passado em bom estado de saúde ou não, permitindo combinar informações sobre mortalidade (sobrevivência) e morbidade (saúde).

Como parte da avaliação do envelhecimento saudável, a OMS criou o conceito de capacidade intrínseca, ou seja, a soma das capacidades físicas e mentais de uma pessoa. Tal conceito abrange cinco domínios: cognitivo, sensorial, psicológico, locomotor e vitalidade que somados às interações com o meio ambiente, reflete a capacidade funcional do indivíduo. Estudo conduzido no Brasil, usando dados representativos da população brasileira com 7.175 participantes da coorte do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) avaliou essas habilidades e obteve resultados satisfatórios. De maneira prática, os resultados desse tipo de avaliação podem possibilitar cuidados mais integrados, superando a concepção tradicional baseada apenas na doença, proporcionando desta forma o atendimento das necessidades específicas das sociedades que estão envelhecendo de forma heterogênea (Aliberti *et al.*, 2022)

2.2.1 Pessoa Idosa com Multimorbidade

No Brasil, considera-se pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais de idade. Já em países considerados desenvolvidos essa definição em anos de vida é superior. Destaca-se que, entre as pessoas idosas, a faixa etária que mais cresce atualmente são as pessoas com 80 anos ou mais, chamadas de longevas (United Nations, 2017; Zhang *et al.*, 2020).

Frente a esse avanço na expectativa de vida, surge também desafios no enfrentamento de possíveis condições de saúde advindos do processo de envelhecimento natural (senescência) relativos aos declínios próprios dessa fase do ciclo da vida e/ou envelhecimento patológico (senilidade) em decorrência de doenças associadas. Esses problemas de saúde

podem estar relacionados a fatores ambientais, psicológicos, sociais, culturais e econômicas que impactam na vida da pessoa idosa (Freitas; Py, 2018).

Com relação ao processo de envelhecimento em decorrência de doenças, destaca-se atualmente o predomínio das DCNT como principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. São incluídas nesse grupo as doenças do sistema circulatório, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer, caracterizando-se como as principais causadoras da perda de qualidade de vida, incapacidades e limitações, afetando negativamente o envelhecimento saudável (Malta *et al.*, 2019).

Esse grupo de doenças é responsável por mais de 70% das mortes a nível global. No Brasil, essa proporção chega a 75% dos óbitos, tornando-se um obstáculo a ser superado pela saúde pública no que se refere à prevenção e tratamento dessas condições crônicas. Sabe-se que as DCNT estão frequentemente relacionadas com a idade, apresentando maior prevalência conforme o avançar dos anos. Diante do fato de que a população mundial de pessoas idosas está crescendo continuamente, a OMS estabeleceu diretrizes globais e planos de ação para a prevenção e controle das DCNT, que têm como objetivo principal a educação das pessoas para a busca de hábitos saudáveis como a alimentação saudável, prática de atividade física, não uso de tabaco e não abuso de álcool (Brasil, 2021; Caprara, 2021).

Apesar das melhorias dos sistemas de saúde e avanço de tecnologias, medicamentos entre outros, não é incomum que atualmente as pessoas idosas recebam diagnóstico de mais de duas DCNT e conviva com elas concomitantemente, como por exemplo diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica (Brasil, 2023). Para nomear essa situação em que existe a presença de duas ou mais doenças ao mesmo tempo, utiliza-se o termo multimorbidade, sendo muito comum na população idosa, elevando-se o risco de complicações na saúde, associando-se ao risco aumentado de morte e perda de qualidade de vida (Christofoletti *et al.* 2020; Nguyen *et al.*, 2019).

Estudo desenvolvido com dados da “*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*” (SHARE), que englobou amostra nacionalmente representativa de 16 países da Europa incluindo indivíduos com 50 anos ou mais, verificou prevalências de multimorbidade que variaram de 24,7% na Suíça a 51,0% na Hungria (Palladino *et al.*, 2016).

No Brasil, Melo e Lima (2020) desenvolveram estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013) que avaliou 11.697 pessoas idosas e encontrou prevalência de 53,1% de multimorbidade na população idosa brasileira. Pesquisa longitudinal realizada na cidade de Campinas (estado de São Paulo) e no subdistrito de Ermelino Matarazzo, na cidade de São Paulo, utilizando dados do estudo FIBRA, verificou prevalência de 68% de

multimorbidade em pessoas idosas (Borim *et al.*, 2021). Valor próximo a essa prevalência também foi verificado por estudo desenvolvido em Montes Claros (Minas Gerais), alinhado a uma coorte de base populacional de pessoas idosas, verificando prevalência de 67,8% com duas ou mais DCNT (Gusmão *et al.*, 2022).

2.3 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

A autopercepção de saúde é um indicador que avalia a percepção que o indivíduo apresenta sobre seu próprio estado de saúde. Essa medida está sendo recomendada na avaliação da saúde de grupos populacionais por ser confiável, de rápida e eficaz aplicação e baixo custo. Por se tratar de um indicador subjetivo é considerada uma avaliação multidimensional do estado de saúde, considerando diversos componentes, tais como físicos, emocionais e cognitivos, incluindo aspectos relacionados ao bem-estar e a satisfação com a vida (Carneiro *et al.*, 2020).

Frente a suas vantagens como indicador de saúde, a investigação da autopercepção de saúde está sendo utilizada extensamente em pesquisas com populações, em especial, nota-se crescente interesse na utilização dessa medida em população idosa (Pavão; Werneck; Campos, 2013; Lemes *et al.*, 2021; Rocha *et al.*, 2021; Anderle; Ziegelmann; Goulart, 2023).

Estudos conduzidos no Brasil e em outros países do mundo têm verificado um declínio na saúde geral das pessoas idosas e isso se reflete na autopercepção de saúde, destacando sua importância para aferir as condições de saúde de grupos populacionais devido a relação já estabelecida, entre a percepção e o estado de saúde real de um indivíduo ou coletividade (Kaufman *et al.*, 2023; Pagotto; Bachion; Silveira, 2013).

Verifica-se na literatura que a autopercepção de saúde apresenta relação com alguns fatores, dentre eles, a escolaridade, condições socioeconômicas, apresentar emprego atual, doença crônica, capacidade funcional, medo de quedas, atividade física, obesidade, atividades instrumentais de vida diária, viuvez, depressão, síndrome da fragilidade, satisfação com serviços de saúde, suporte social e mortalidade (Chen, While, Hicks, 2015; Khalaila, 2017; Lorenzo *et al.*, 2013; Nützel *et al.*, 2014; Ocampo-Chaparro *et al.*, 2013).

De maneira geral, no que tange à saúde da pessoa idosa, a autopercepção de saúde apresenta estreita correlação com as condições de saúde e funcionalidade dessas pessoas. Dessa forma, apresenta-se como um bom indicador e preditor de declínio funcional, qualidade de vida, mortalidade e morbidade. Diante disso, o levantamento de dados sobre autopercepção pode contribuir na melhora da assistência à saúde da população idosa (Brasil *et al.*, 2021a).

Os estudos que avaliam essa temática utilizam amplamente para a coleta dos dados de autopercepção de saúde, essencialmente apenas a seguinte pergunta: “Como você avalia a sua saúde?”, com algumas variações a depender do contexto a ser aplicado. Como opção de resposta é oferecido ao respondente uma escala do tipo *Likert*, geralmente de cinco pontos com, por exemplo, as seguintes opções: excelente, muito boa, boa, ruim, muito ruim. Na análise subsequente é dicotomizada em percepção positiva (excelente, muito boa e boa) e percepção negativa (ruim e muito ruim) de saúde (Kaufman *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2016; Zanesco *et al.*, 2018).

Por se tratar de uma avaliação não objetiva, a autopercepção de saúde tem sido discutida com o paradoxo do envelhecimento saudável ou bem-sucedido, onde mesmo frente à presença de DCNT, declínios cognitivos, físicos e mudanças do estado psicossocial e cognitivo-emocional na velhice, mecanismos compensatórios como os efeitos das reservas funcionais e dos ganhos em outros aspectos da vida favorecem a percepção positiva da própria saúde. Como, por exemplo, quando pessoas idosas se comparam com outras, de idade semelhante, em pior situação de saúde, são destacados os efeitos compensatórios das percepções de si mesmo (Cachioni *et al.*, 2021; Agostinho *et al.*, 2010).

Sabe-se que autopercepção positiva da própria saúde se associa a efeitos protetores sobre os sistemas imunológico, neurológico e endocrinológico. Por outro lado, aquelas pessoas que avaliam negativamente a própria saúde, tendem a investir menos no autocuidado, são sedentárias, com alimentação não saudável, procuram menos os serviços de saúde e apresentam baixo desenvolvimento psicossocial. Dados de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros ELSI-BRASIL, coletados entre 2015 e 2016, apontaram que a pior autoavaliação da saúde dos idosos brasileiros estava diretamente associada à maior prevalência de fragilidade (Andrade *et al.*, 2018).

Pode-se destacar ainda outros estudos transversais e longitudinais de base populacional no Brasil que avaliaram a autopercepção da saúde em pessoas idosas, entre eles o estudo de coorte de pessoas idosas de Bambuí, em Minas Gerais, em que os resultados de um seguimento de dez anos mostraram uma estrutura multidimensional sobre a autopercepção da saúde dos participantes, destacando que ao logo desse seguimento a autoavaliação negativa de saúde possui capacidade de prever a mortalidade (Lima-Costa *et al.*, 2012). Já na coorte de 2010 do estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento), iniciada em 2000, foi verificado que a prevalência de autoavaliações negativas estava diretamente associada a piores indicadores de renda, escolaridade e classe de consumo (Antunes *et al.*, 2018). E por fim, no Estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros - FIBRA (2008–2009) foi possível identificar

múltiplas interações da autopercepção negativa da saúde com indicadores de vulnerabilidades social, estrutural e de saúde, bem como da autopercepção positiva da saúde com manutenção da capacidade funcional e do engajamento social (Belmonte *et al.*, 2017).

2.4 CAPACIDADE FUNCIONAL

Pode-se compreender a capacidade funcional, como a interação das funções físicas e mentais do próprio indivíduo com os ambientes, tanto físicos, quanto sociais, para desempenhar as atividades de vida diária de maneira autônoma e independente (Oliveira; Nossa; Mota-Pinto, 2019; OMS, 2015).

Dessa forma, a manutenção da capacidade funcional em pessoas idosas é recomendada pela OMS como forma de promover o envelhecimento saudável, o que para essas pessoas, significa a manutenção de sua sobrevivência, mantendo-as ativas na gestão e no autocuidado com a saúde e desenvolvimento de tarefas domésticas, garantido assim uma longevidade com qualidade de vida (Brasil, 2023).

Porém, a compreensão da capacidade funcional ou funcionalidade passou por mudanças nos últimos anos, sendo anteriormente entendida como um processo linear que partia da doença à incapacidade, com a consequente necessidade de assistência. Mas, atualmente, a perspectiva mudou, e a funcionalidade é compreendida como um processo dinâmico e complexo, no qual os indivíduos podem oscilar entre diferentes estágios, sendo possível o envelhecimento saudável (Echeverría *et al.*, 2022).

Torna-se importante ressaltar que os declínios funcionais podem acontecer de forma mais frequente no processo de envelhecimento, porém, não podem ser atribuídos ao processo de senescência, mas sim às incapacidades mais frequentes na pessoa idosa que incluem: incapacidade comunicativa e cognitiva, instabilidade postural, incontinência, imobilidade e iatrogenia (Cabral *et al.*, 2021; Moraes, 2012).

Por outro lado, considerando a complexidade do processo de envelhecimento, sabe-se que as doenças podem contribuir para o surgimento das incapacidades e limitações funcionais. T outros aspectos em conjunto, como os ambientais, físicos, genéticos, socioeconômicos e de estilo de vida, podem afetar a homeostase das funções das pessoas idosas, tornando-as dependentes da família, comunidade e sistema de saúde (Ikegami *et al.*, 2020).

O enfoque na capacidade funcional como objetivo principal do cuidado à pessoa idosa reduz o risco de hospitalização, institucionalização e mortalidade, visto que a presença de incapacidades é um relevante critério de fragilidade para a pessoa idosa. Dessa maneira, as

políticas públicas brasileiras reconhecem a avaliação da capacidade funcional como organizadora e ordenadora do cuidado integral à pessoa idosa na APS, levando em consideração as práticas de autocuidado que são estratégias para a saúde, independência e autonomia dessa população (Semprebom; Batista; Almeida, 2024).

Seguindo as recomendações da OMS, o Ministério da Saúde do Brasil adota e orienta que seja feita a estratificação dos perfis de funcionalidade para fins do cuidado das pessoas idosas, frente a heterogeneidade dos processos de envelhecimento e a necessidade de organizar e planejar as respostas que precisam ser dadas pelo sistema de saúde a essa população. De acordo com os níveis de funcionalidade são apresentados três perfis, usando como principal critério para a classificação os graus de independência e autonomia na realização, respectivamente das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) pela pessoa idosa. Para cada perfil de funcionalidade deverão ser pensados distintos objetivos para o cuidado à saúde dessa pessoa acompanhada na RAS (Brasil, 2018).

Para se avaliar a capacidade funcional, geralmente, os estudos de base populacional, utilizam a capacidade para realizar as ABVD, tais como alimentar-se, vestir-se, fazer a higiene pessoal, usar o vaso sanitário e ter o controle de fezes e urina, e as AIVD que incluem fazer compras e preparar suas refeições, cuidar do próprio dinheiro, tomar medicamentos e utilizar transporte. Os instrumentos mais frequentemente apontados pela literatura para as avaliações são, respectivamente, o Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody (Brasil, 2023; Cabral *et al.*, 2021; Oliveira; Nossa; Mota-Pinto, 2019).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional do tipo transversal.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado com dados coletados do projeto de pesquisa “Saúde Funcionalidade e Envelhecimento” (SAFE) em três municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais. A coleta teve início na APS da cidade de Alfenas-MG, no período de agosto de 2023 a fevereiro de 2024, sendo essa cidade também campo de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, nesse nível de atenção à saúde. Posteriormente, foram incluídos também como campo para a coleta dos dados do referido projeto de pesquisa, os municípios de Passos e Poços de Caldas, em que o período da coleta ocorreu de março a setembro de 2024, visto que tais cidades estão entre os municípios mais populosos da região sul-mineira (IBGE, 2022).

O presente estudo foi desenvolvido utilizando os dados coletados na pesquisa acima citada, de onde também vai ser derivado produção científica em formato de artigo desenvolvido até janeiro de 2026, conforme cronograma (Apêndice A).

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Conforme procedimento adotado pela pesquisa inicial para a coleta dos dados, as pessoas idosas eram cadastradas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos três municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais. Foi estabelecido cálculo amostral prévio para a definição dos participantes, garantindo maior representatividade da população idosa no âmbito da atenção básica dos distintos municípios participantes.

Para o presente estudo foram incluídos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados nas unidades da ESF dos municípios de Alfenas, Passos e Poços de Caldas, que relataram diagnóstico clínico de duas ou mais doenças e/ou condições crônicas de saúde, consideradas também em outros estudos que trabalharam com a temática da multimorbidade (Ho *et al.*, 2022; Lamonato, Sarti, Almeida, 2024; Melo, Lima, 2020).

Foram excluídos da presente pesquisa, as pessoas idosas que apresentaram alterações cognitivas detectadas pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou que, por algum motivo, não sabiam ou não responderam alguma pergunta do questionário utilizado na coleta de dados, que inviabilizava as análises para responder aos objetivos do presente estudo.

3.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

A partir das listas fornecidas pelas Secretarias de Saúde dos municípios de Alfenas, Passos e Poços de Caldas, entrou-se em contato por telefone convidando as pessoas idosas a participarem do estudo. Os indivíduos que aceitaram o convite tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) apresentado e explicado, e, após a concordância, a entrevista foi realizada ou foi agendado um outro momento para a coleta de dados.

Para a triagem cognitiva foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (Braztel-MMSE adaptado para aplicação por telefone) conforme Anexo A. Esse instrumento avalia o comprometimento cognitivo dos indivíduos, a adaptação para a versão telefônica mostrou ser congruente com o MEEM presencial, considerado confiável. Além disso, apresentou boas propriedades de diagnóstico para rastrear o comprometimento cognitivo em pessoas idosas. Destacando-se ainda que a versão para telefone do MMSE se caracteriza como um método alternativo viável e econômico para esse tipo de avaliação, fornecendo uma ferramenta adicional e favorável para as pesquisas com população, tornando-se importante em situações em que há dificuldade de acesso às unidades de saúde (Camozzato *et al.*, 2011).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista telefônica utilizando questionário estruturado multidimensional. Das informações coletadas pela pesquisa inicial, o presente estudo utilizou as informações sociodemográficas, condições de saúde, autopercepção de saúde e capacidade funcional, conforme mostra questionário dividido em 6 blocos no Anexo A. Para a coleta de informações sociodemográficas dos participantes foram utilizadas questões sobre idade, sexo, raça/cor, escolaridade e estado civil (Bloco B).

Para selecionar as pessoas idosas com multimorbidade foi apresentado uma lista com diversas condições de saúde como mostra o Bloco C, para que elas pudessem indicar se já haviam recebido, de algum profissional de saúde, o diagnóstico de tais doenças. Para o presente estudo será adotado como critério de definição para multimorbidade a presença concomitante de 2 ou mais DCNT e ou condição crônica de saúde de acordo com autores que

também investigaram a temática (Christofolletti *et al.* 2020; Ho, I. S. S *et al.*, 2022; Lamonato, Sarti, Almeida, 2024; Melo, Lima, 2020; Nguyen *et al.*, 2019).

Para coletar a autopercepção do estado de saúde das pessoas idosas, foi utilizada a pergunta “Comparado com outras pessoas da sua idade você diria que sua saúde é:” (Bloco D), como opções de resposta era apresentado uma escala do tipo *Likert*, de cinco pontos com as seguintes opções de resposta: excelente, muito boa, boa, ruim, muito ruim, que para análise foi dicotomizada em percepção positiva (excelente, muito boa e boa) e percepção negativa (ruim e muito ruim) de saúde, conforme sugerido pela literatura científica, em estudo similares que investigaram o tema (Kaufman *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2016; Zanesco *et al.*, 2018).

Com relação à coleta da variável capacidade funcional, foram utilizados dois instrumentos que se baseiam na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, que possibilita a avaliação dos componentes da funcionalidade: independência e autonomia.

O primeiro avalia a independência, ou seja, o desempenho na realização das ABVD. Para isso foi utilizada a Escala de Katz-ABVD (Bloco E), adaptada para o Brasil por Lino e colaboradores (2008). Esse instrumento apresenta 6 perguntas que tratam sobre o autocuidado, com três opções de resposta que versam sobre a capacidade de realizar sozinho, com ajuda parcial/adaptação ou se é dependente de terceiros para a realização de atividades cotidianas básicas, que incluem tomar banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, transferência (cama ou cadeira), continência (urinária e fecal) e alimentação (Ikegami *et al.*, 2020, Lino *et al.*, 2008).

Já o segundo instrumento utilizado para avaliar o componente autonomia da capacidade funcional das pessoas idosas, isto é, a realização das AIVD, utilizou-se a escala de Lawton e Brody - AIVD, conforme Bloco F. Desenvolvida pelos autores Lawton e Brody (1969) e adaptada a realidade brasileira por Lopes dos Santos e Virtuoso Júnior (2008), apresenta boas análises de confiabilidade (Ikegami *et al.*, 2020). O instrumento é composto por 7 perguntas que avaliam o desempenho em atividades que incluem uso do telefone, capacidade de usar transportes, realizar compras, preparo de refeições, afazeres domésticos, gerir o uso de medicamentos e administrar seu dinheiro, com três opções de respostas com pontuações que variam conforme a atividade, avaliando se a pessoa é independente, parcialmente dependente ou dependente para a realização das AIVD (Lopes dos Santos; Virtuoso Júnior, 2008).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

O presente estudo verificou e relacionou as variáveis coletadas e supracitadas. Primeiramente, realizou-se uma caracterização da amostra verificando as variáveis independentes: idade, sexo, raça/cor, escolaridade e estado civil, e as variáveis dependentes: autopercepção de saúde e capacidade funcional das pessoas idosas participantes. Tais variáveis foram apresentadas através de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas e médias e desvio-padrão para variáveis contínuas.

Posteriormente, para realização das comparações foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade dos dados. O teste indicou que os escores médios de todas as variáveis do estudo não apresentaram distribuição normal [todos os valores de $p < 0,001$]. Portanto, as comparações foram realizadas utilizando-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Para as comparações onde foi encontrada, inicialmente, diferença estatisticamente significativa, foi feito em seguida um teste *post hoc* não paramétrico para identificar onde estava a diferença entre as múltiplas comparações. O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram analisados utilizando-se o programa *IBM® SPSS® Statistics*, versão 28.0.1 (Company, Chicago, IL).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido de maneira a seguir as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG sob o seguinte número de CAAE: 43312321.7.0000.5142 e parecer: 5.980.228 (Anexo C). Aprovado também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais - Unidade Passos (UEMG-Passos) sob o número de CAAE: 43312321.7.3003.5112 e parecer: 6.159.518, conforme Anexo D. Todos os municípios participantes assinaram o Termo de Anuência Institucional (TAI), colocando seus consentimentos para a realização da pesquisa e todos os participantes do presente estudo assinaram o TCLE.

Para a realização do presente trabalho com as informações já coletadas pelo Estudo SAFE, foi concedida autorização para o uso por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) pelo pesquisador responsável técnico/legal do banco de dados (Anexo E).

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 266 pessoas idosas (72,2% mulheres) com média de idade de 70,3 [desvio-padrão (DP)=6,5] anos. Na Tabela 1 estão descritas as informações sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra de estudo.

Características	n	%
Sexo		
Masculino	74	27,8
Feminino	192	72,2
Idade		
60-69 anos	135	50,8
70-79 anos	105	39,5
> 80 anos	26	9,8
Raça/cor da pele		
Branca	166	62,4
Negra (preta e parda) e outros	100	37,6
Escolaridade		
Analfabeto e/ou ensino fundamental incompleto	102	38,3
Ensino fundamental completo e/ou ensino médio incompleto	95	35,7
Ensino médio completo e/ou ensino superior incompleto	36	13,5
Ensino superior completo e/ou pós-graduação	33	12,4
Estado civil		
Sem parceiro afetivo	119	44,7
Com parceiro afetivo	147	55,3
Total	266	100

Fonte: Elaborada pelos autores (2025). Nota. n: número de pessoas idosas, %: frequência.

Observa-se que a maioria (62,4%) dos participantes declarou raça/cor da pele branca, em relação ao nível de escolaridade, a maior proporção da amostra referiu ser analfabeto e/ou não ter completado o ensino fundamental (38,3%), verificou-se ainda que 55,3% eram casados ou viviam com um companheiro.

Na Tabela 2 são apresentadas as características da amostra segundo variáveis de capacidade de desempenho das ABVD, AIVD e de saúde autorrelatada.

Ressalta-se que na descrição da frequência de dependências, apresentadas na Tabela 2, para cada atividade de vida diária não se totaliza 100%, visto que existe na amostra de estudo pessoas idosas que apresentam mais de uma incapacidade para realizar tanto as atividades básicas quanto instrumentais de vida diária. Ou seja, as frequências são relativas ao n=76 nas dependências para as ABVD e n=77 nas dependências para as AIVD.

Tabela 2- Caracterização da amostra segundo variáveis relacionadas à capacidade funcional e autopercepção de saúde. (continua)

Autopercepção da Saúde			
Percepção negativa n (%)		Percepção positiva n (%)	
18 (6,8)		248 (93,2)	
Capacidade Funcional			
Independente para ABVD* n (%)		Independente para AIVD** n (%)	
190 (71,4)		189 (71,1)	
Dependências para as ABVD (n=76)	n (%)	Dependências para as AIVD (n=77)	n (%)
Tomar banho		Capacidade de uso do telefone	
parcial	7 (2,6)	parcial	11 (4,1)
incapaz	6 (2,3)	incapaz	1 (0,4)
Vestir-se		Capacidade de usar transporte	
parcial	5 (1,9)	parcial	30 (11,3)
incapaz	7 (2,6)	incapaz	7 (2,6)
Uso do vaso sanitário		Fazer compras	
parcial	7 (2,6)	parcial	24 (9,0)
incapaz	0 (0,0)	incapaz	5 (1,9)
Transferências		Preparar refeições	
parcial	5 (1,9)	parcial	13 (4,9)
incapaz	0 (0,0)	incapaz	7 (2,6)
Continência urinária e fecal		Realizar trabalho doméstico	
parcial	65 (24,4)	parcial	42 (15,8)
incapaz	3 (1,1)	incapaz	11 (4,1)

(continuação)

Dependências para as ABVD (n=76)	n (%)	Dependências para as AIVD (n=77)	n (%)
Alimentação		Tomar remédios de forma correta	
parcial	2 (0,8)	parcial	15 (5,6)
incapaz	0 (0,0)	incapaz	2 (0,8)
-	-	Controlar seu dinheiro	
-	-	parcial	18 (6,8)
-	-	incapaz	5 (1,9)

Fonte: Elaborada pelos autores (2025). Nota. n: número de pessoas idosas, %: frequência. *atividade básica de vida diária. **atividade instrumental de vida diária.

Verificou-se que 93,2% das pessoas idosas avaliadas neste estudo apresentaram percepção positiva de sua própria saúde. Em relação à capacidade funcional, 71,4 foram classificadas como independentes para realizar as atividades básicas de vida diária e 17,1% para as instrumentais.

Para aquelas pessoas idosas classificadas com alguma dependência, seja parcial ou total para as ABVD, a maior proporção apresenta, de acordo com o índice de Katz, dependência para realizar apenas uma função (24,1%) seguida das que apresentam dependência para cinco funções (1,5%), duas e três funções (1,1%) e quatro funções (0,8%). Na Tabela 2, observa-se que a maior frequência de dependência para realizar as atividades básicas foi para o item continência urinária e fecal, sendo relatada ocorrência de episódios ocasionais de incontinência por 24,4% (n=65) dos indivíduos.

Já para aquelas pessoas idosas que relataram alguma dependência para realizar as atividades instrumentais segundo a escala de Lawton e Brody, foi observada maior proporção de dificuldade em realizar de forma parcial trabalhos domésticos pesados, necessitando de ajuda para fazê-los (15,8%, n=42), seguido de dificuldade para se locomover para lugares mais distantes usando transporte (11,3%, n=30), e fazer compras (9,0%, n=24), conforme Tabela 2 acima.

Na amostra não houve pessoas idosas classificadas como dependente para todas as ABVD e nem para todas as AIVD, de acordo com os instrumentos utilizados para tais avaliações.

Foram comparados os escores de cada classificação da autopercepção de saúde, ou seja, percepção positiva e negativa segundo diferentes características individuais dos

participantes. O teste Kruskal-Wallis, utilizado para tais comparações, não apontou diferenças estatisticamente significativas para a percepção de saúde de acordo com o sexo ($p=0,275$); para grupos etários: de 60 a 69 anos; de 70 a 79 anos; e ≥ 80 anos ($p= 0,247$); para raça/cor da pele ($p=0,700$); para escolaridade ($p=0,649$) e estado civil ($p=0,135$).

Foi investigada também a relação entre a autopercepção de saúde dos participantes, os perfis de funcionalidade estratificados e os grupos etários. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que há diferença na autopercepção de saúde segundo os grupos de classificação das ABVD ($p= 0,001$), segundo os grupos de classificação das AIVD ($p= 0,002$) e ao comparar os grupos de classificação das AIVD segundo os grupos etários ($p<0,001$).

Diante disso, foi feito um teste *post hoc* não paramétrico para identificar a diferença entre as comparações por pares. Conforme Tabela 3 abaixo:

Tabela 3- Comparação entre classificação para autopercepção de saúde com os grupos de classificação para ABVD e AIVD e está última com grupos etários.

Grupos de classificação para ABVD	†Medianas da pontuação para autopercepção de saúde	Grupos de classificação para autopercepção de saúde	#Medianas da pontuação para AIVD	Grupos etários	#Medianas da pontuação para AIVD
Independente nas seis funções	*3 ^a	Excelente	*7 ^a	60 a 69 anos	*7 ^a
Dependente em uma função	*3 ^a	Muito boa	*7 ^a	70 a 79 anos	*7 ^a
Dependente em duas/três funções	3 ^{ab}	Boa	*7 ^a	80 anos ou mais	*8,5 ^b
Dependente em quatro funções	2,5 ^{ab}	Ruim	*8 ^b	-	-
Dependente em cinco funções	*3,5 ^b	Muito ruim	*11 ^b	-	-

Fonte: Elaborada pelos autores (2025). Legenda: †pontuação atribuída para classificação da autopercepção de saúde: percepção positiva ≤ 3 pontos e percepção negativa > 3 pontos. #pontuação atribuída para classificação das AIVD: independência ≤ 7 pontos e dependência parcial > 7 e < 21 pontos. *Indica diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) na comparação entre pares, visto que letras iguais indicam igualdade estatística ($p>0,05$) nas comparações.

As comparações em pares mostraram que as pessoas idosas do grupo classificado

como dependentes para realizar 5 atividades básicas de vida diária apresentaram uma autopercepção negativa de saúde, quando comparadas as pessoas idosas do grupo classificado como independente ($p=0,006$) e as pessoas idosas do grupo classificado como dependente para realizar apenas 1 atividade básica de vida diária ($p=0,017$).

Ao comparar as pessoas idosas que declararam ser independentes para realizar todas as atividades instrumentais de vida diária com o grupo de pessoas idosas que referiram dependência parcial para realizar atividades instrumentais de vida diária, aquelas com dependência também apresentaram uma percepção negativa em relação a sua própria saúde ($p=0,002$).

Na comparação entre grupos de classificação das AIVD segundo os grupos etários, as pessoas idosas com idade entre 60 a 69 anos e 70 a 79 anos, quando comparadas às pessoas de 80 anos ou mais, apresentaram maior independência para realizar as AIVD. Já quando se compara as pessoas idosas de 60 a 69 anos com as pessoas idosas de 70 a 79 anos, não existiu diferença entre as faixas etárias, sendo igualmente independentes para realizar as AIVD.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou autopercepção positiva de saúde em mais de 90% das pessoas idosas avaliadas. Os valores de prevalência desse indicador de saúde variam na literatura, podendo citar o estudo desenvolvido por Zanesco, *et al.* (2018) utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, com 23.815 idosos, apresentou 44% de prevalência de autopercepção positiva. Outros dois estudos conduzidos em Minas Gerais verificaram prevalências mais próximas a encontrada no presente trabalho, o primeiro desenvolvido no município de Montes Claros em 2021, com 1.750 pessoas idosas cadastradas em equipes da ESF identificou prevalência de 71,2%, e o segundo conduzido com 166 pessoas idosas em municípios do sul do estado mineiro, incluindo o município de Alfenas, verificou prevalência de 75,6% de autopercepção positiva da saúde (Krug *et al.*, 2018; Brasil *et al.*, 2021; Teodoro *et al.*, 2024).

Tais variações de prevalência ocorrem visto que se trata de uma medida subjetiva e multidimensional de saúde, que pode sofrer influência de diversos fatores, além das características individuais de saúde físicas e mentais das pessoas, também engloba aspectos demográficos, culturais, sociais, de acesso a saúde de cada região, bem como os diferentes critérios para aferição da autopercepção da saúde. Justificando a importância de, sempre que possível, incluir essa avaliação em estudos da área da saúde, com o intuito de levantar dados para subsidiar o planejamento de ações em saúde considerando as especificidades locais e regionais dos grupos em estudo (Rocha *et al.*, 2021).

Foi possível também identificar que a frequência de participantes com capacidade funcional preservada foi maior que 70%, avaliando os componentes de autonomia e independência para a realização das atividades de vida diária. Estudo realizado com pessoas idosas adscritas à ESF do município de Alfenas-MG, identificou 42,4% da amostra com capacidade funcional preservada, considerando que os autores utilizaram uma medida objetiva, não levando em consideração a subjetividade e a percepção do idoso sobre o próprio desempenho (Moreira *et al.*, 2020). Já outro estudo que avaliou a capacidade funcional considerando a realização das atividades de vida diária, encontrou 96,3% de independência para as ABVD e 70,4% de independência para as AIVD, valores semelhantes aos encontrados no presente trabalho (Sousa *et al.*, 2019).

Assim como não existe uma padronização na coleta dos dados sobre a prevalência de autopercepção de saúde na literatura, a mesma discussão ocorre para a capacidade funcional, somada a complexidade de avaliar esse indicador. Porém, é mais frequente o uso de

instrumentos com base no desempenho das atividades de vida diária, alinhado ao preconizado pela OMS, considerando sua definição de funcionalidade, sendo a interação da capacidade física e mental intrínseca da pessoa idosa com as características ambientais. Representando dessa maneira, o principal indicador do estado de saúde das pessoas idosas com objetivo de promover o envelhecimento saudável (Echeverría *et al.*, 2022).

Nesse sentido, destaca-se e de certa forma justifica-se, entre os achados do presente estudo, a percepção positiva e capacidade funcional preservada em grande proporção da amostra de pessoas idosas com multimorbidade. Esse resultado pode refletir o trabalho feito em campanhas e ações iniciadas pela OMS em 2015 e difundidas pelas entidades nacionais ligadas à saúde no Brasil em relação à promoção do envelhecimento saudável, ou seja, mesmo frente a maior carga de doenças, manter o foco na manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas, buscando criar ambientes e oportunidades que facilitem, para que esse grupo etário possa fazer atividades que valorizem suas vidas (Brasil, 2023; Cachioni *et al.*, 2021; OPAS, 2019; Semprebom; Batista; Almeida, 2024;).

Foi identificado no presente estudo que os participantes classificados como dependentes para realizar tanto as atividades básicas quanto as instrumentais apresentaram autopercepção negativa de saúde, quando comparadas àquelas pessoas idosas independentes para ambas as atividades e dependentes para realizar apenas uma ABVD. Resultado condizente ao encontrado por Lemes e colaboradores (2020), com amostra representativa de pessoas idosas com perfil semelhante ao do presente estudo, com elevada prevalência de doenças.

Foi encontrado, ainda, valor estatisticamente significativo ao comparar as AIVD, segundo os grupos etários, com as pessoas de 80 anos ou mais apresentando menor capacidade funcional para realizar as AIVD, quando comparadas às pessoas idosas dos demais grupos etários analisados. Essa relação entre maior dependência para realizar as atividades instrumentais de vida diária em pessoas longevas, ou seja, com 80 anos ou mais, também foi verificada em outros estudos (Ikegami *et al.*, 2020; Semprebom; Batista; Almeida, 2024).

Encontrar maior prevalência de dependência na realização de atividades instrumentais em pessoas longevas, pode ser um dado positivo. Ao considerar que existe uma hierarquia entre as atividades de vida diária descrita na literatura, indo em sentido contrário ao aprendizado e desenvolvimento durante a infância que ocorre de forma crescente das atividades básicas para as mais complexas. No caso das perdas durante a velhice ocorrem primeiramente nas atividades instrumentais que são de maior complexidade, para posteriormente afetar as atividades básicas de menor complexidade. Podendo supor assim,

que o início da perda funcional pode estar ocorrendo mais tardiamente ao longo da vida, em idades mais avançadas (Ikegami *et al.* (2020).

Tais resultados evidenciam que, com o aumento da expectativa de vida atrelado aos avanços científicos alinhados à busca da promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, pode-se afirmar que a prevalência de pessoas nessa faixa etária mais ativas e independentes é cada vez maior (Brasil, 2023; Moreira *et al.*, 2020; OPAS, 2019).

Vale ressaltar que, apesar de não encontrar diferenças estatisticamente significativas nas comparações feitas entre autopercepção de saúde e as características individuais dos participantes da amostra em estudo (sexo, grupos etários, raça/cor da pele, escolaridade, estado civil), essas relações foram identificadas na literatura, tanto com essas características individuais, quanto com outras (Chen; While; Hicks, 2015; Khalaila, 2017; Lorenzo *et al.*, 2013; Nützel *et al.*, 2014; Ocampo-Chaparro *et al.*, 2013).

Na presente pesquisa, tais relações podem não ter ocorrido devido ao número de participantes relativamente pequeno, homogeneidade das características amostrais, pessoas oriundas de diferentes municípios, porém muito semelhantes entre si, sendo necessários mais estudos com amostras maiores e mais diversas de pessoas idosas com multimorbidade.

6 CONCLUSÃO

Foi possível concluir frente aos achados do presente estudo que a maior proporção das pessoas idosas com multimorbidade avaliadas apresentaram percepção positiva em relação a sua saúde e encontram-se com a capacidade funcional preservada. Evidências na literatura possibilitam supor que esses resultados podem refletir os esforços realizados até então para a manutenção desse indicador, a fim de se promover o envelhecimento saudável.

Já a autopercepção de saúde negativa é mais prevalente em pessoas idosas com incapacidade funcional para realizar tanto atividades básicas quanto instrumentais de vida diária. Na amostra, as pessoas idosas longevas apresentaram dependência para realizar as atividades instrumentais, quando comparadas aos idosos não longevos.

Com o aumento da expectativa de vida e o avanço da prevalência das doenças crônicas, os resultados encontrados podem contribuir no acompanhamento do estado de saúde desse grupo etário no contexto da multimorbidade. É necessária a contínua articulação de estratégias e ações que busquem a promoção do envelhecimento saudável e o controle das condições de saúde, além do planejamento de intervenções terapêuticas que possam minimizar os fatores que interferem na autonomia e independência, promovendo manutenção da capacidade funcional e qualidade de vida a este grupo etário.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, M. R. *et al.* Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 5, n. 17, p.9-15, 2010.
- ALIBERTI, M.J.R. *et al.* Validating intrinsic capacity to measure healthy aging in an upper middle-income country: Findings from the ELSI-Brazil. **The Lancet Regional Health-Americas**, v. 12, n. 1, p.1-13, 2022.
- ANDERLE, P.; ZIEGELMANN, P. K.; GOULART, B. N. G. Association between impairment and self-rated health: a Brazilian population study considering type, origin, and degree of limitation. **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, p. 580, 2023.
- ANDRADE, J. M. *et al.* Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. **Revista De Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 1-10, 2018.
- ANTUNES, J. L. F. *et al.* Social inequalities in the self-rated health of the elderly people in the City of São Paulo, Brazil. **Rev Bras Epidemiol**. v. 21, n. 1, p. 1-14, 2018.
- ARANCO, N. *et al.* **Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe**. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2018.
- BELMONTE, J. M. M. M. *et al.* The association between self-rated health and functional capacity indicators. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 11, n. 1, p. 61-7, 2017.
- BISPO JÚNIOR, J. P., ALMEIDA, E. R. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**, v.39, n.10, p.e00120123, 2023.
- BORIM, F. S. A. *et al.* Impact of functional capacity on change in self-rated health among older adults in a nine-year longitudinal study. **BMC Geriatr**, v. 21, n. 627, p. 1-7, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia de cuidados para a pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil -2021-2030**.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria n.º 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CABRAL, J. F. *et al.* Vulnerabilidade e Declínio Funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal. **Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia**, v. 24, n. 1, p. e200302, 2021.

CACHIONI, M. *et al.* Factors Associated With Positive Self-Rated Health: Comparing Older Adults in Brazil and in Portugal. **Frontiers in Public Health**, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2021.

CAMOZZATO, A. L. *et al.* Neuropsychology, and Cognition Validation of a telephone-screening test for Alzheimer's disease Aging. **Aging, Neuropsychology, and Cognition**, v. 18, n.1, p. 180-194, 2011.

CAPRARA, G. Mediterranean-Type Dietary Pattern and Physical Activity: The Winning Combination to Counteract the Rising Burden of Non-Communicable Diseases (NCDs). **Nutrients**. v. 13, n. 2. p. 429-465, 2021.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 909-918, 2020.

CHAKR, V. C. B. G. Trabalho em equipe na área da saúde. **Clin. Biomed. Res.**, v. 41, n. 3, p. 254-258, 2021.

CHEN, Y.; WHILE, A. E.; HICKS, A. Self-rated health and associated factors among older people living alone in Shanghai. **Geriatr Gerontol Int**, v. 15, n. 4, p. 457-464, 2015.

CHRISTOFOLETTI, M. *et al.* Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 9, n. 1, p:e2018487, 2020.

CHUDASAMA, Y. V. *et al.* Healthy lifestyle and life expectancy in people with multimorbidity in the UK Biobank: A longitudinal cohort study. **PloS Med**, v. 17, n. 9, p. 1-18, 2020.

CYSNEIROS, H. R. S. *et al.* Saúde Pública e Gestão de Pessoas: Uma Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 15, n. 54, p. 34-49, 2021.

ECHEVERRÍA, A. *et al.* Funcionalidad y personas mayores: dónde estamos y hacia dónde ir?. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, n. 1, p. 1-6, 2022.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

GUSMÃO, M. S. F. *et al.* Multimorbidade em idosos comunitários: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia**, v. 25, n. 1, p. e220115, 2022.

HO, I. S. S. *et al.* Measuring multimorbidity in research: Delphi consensus study. **BMJ medicine**, v. 1, n. 1, p. e000247, 2022.

Ho, I. S. *et al.* Variation in the estimated prevalence of multimorbidity: systematic review and meta-analysis of 193 international studies. **BMJ open**, v. 12, n. 4, p. e057017, 2022.

IBGE. **Censo demográfico, 2022**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 25 de outubro de 2025.

IKEGAMI, É. M. *et al.* Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 1083-1090, 2020.

KAUFMAN, H. *et al.* Self-perceived health of older adults in Latin America and the Caribbean: a scoping review. **Rev Panam Salud Publica**. v. 23, n. 47, p. e105, 2023.

KHALAILA, R. Socioeconomic status, health behaviors, obesity and self-rated health among older arabs in Israel. **J Cross Cult Gerontol**, v. 32, n. 1, p. 115-130, 2017.

KRUG, R. R. *et al.* Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 1, p. e180004, 2018.

LAMONATO, L. C. X. L.; SARTI, T. D.; ALMEIDA, A. P. S. C. Effect of primary health care on the association between multimorbidity and emergency service utilization: National Health Survey, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, n.1, 2024.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist.**, v. 9, n. 1, p. 179–85, 1969.

LEMES, J. S. *et al.* Associação entre autoavaliação de saúde e tipos de atividades de vida diária em idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 251-259, 2021.

LIEFFERS, J. R. L. *et al.* The economic burden of not meeting food recommendations in Canada: The cost of doing nothing. **PloS one**, v. 13, n. 4, p. 1-17, 2018.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the bambuí cohort study of aging. **Am J Epidemiol.**, v. 175, n. 1, p. 228-35, 2012.

LINDEMANN, I. L. *et al.* Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 45-52, 2019.

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad Saude Publica**; v. 24, n. 1, p.103-112, 2008.

LOPES DOS SANTOS, R.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

LORENZO, T. *et al.* Predictores de mala salud autoper cibida en una poblaci3n de personas mayores. **Rev Esp Geriatr Gerontol**, v. 48, n. 6, p. 272-275, 2013.

MAGALHÃES, N.V. *et al.* High Prevalence of Energy and Nutrients Inadequacy among Brazilian Older Adults. **Nutrients**, v. 15, n. 1, p. 3246, 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenas cr3nicas n3o transmiss3veis, Brasil e regi3es, proje3es para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2019.

MEDEIROS, S. M. *et al.* Fatores associados 3 autopercep3o negativa da sa3de entre idosos n3o institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ci3ncia e Sa3de Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 1-10, 2016.

MELO, L. A; LIMA, K. C. Preval3ncia e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ci3ncia e Sa3de Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3869-3877, 2020.

MENDES, E. V. **As redes de aten3o 3 sa3de**. Bras3lia: Organiza3o Pan-Americana da Sa3de, 2011.

MENDES, E. V. As redes de aten3o 3 sa3de. **Ci3ncia & Sa3de Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequ3ncias sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, n.3, p.507-519, 2016.

MORAES, E. M. **Aten3o 3 sa3de do Idoso: aspectos conceituais**. Bras3lia, DF: OPAS; 2012. Dispon3vel em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2024.

MOREIRA, L. B. *et al.* Fatores associados a capacidade funcional de idosos adscritos 3 Estrat3gia de Sa3de da Fam3lia. **Ci3ncia & Sa3de Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2041-2050, 2020.

MORENO, X.; LERA L.; ALBALA, C. Disability-free life expectancy and life expectancy in good self-rated health in Chile: Gender differences and compression of morbidity between 2009 and 2016. **PLoS One**, v. 15, n. 4, p. 1-12, 2020.

NGUYEN H, *et al.* Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of comorbidity**, v. 9, n. 1, p. 1-15, 2019.

NÜTZEL, A. *et al.* Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in Germany. **BMC Fam Pract**, v. 15, n. 1, p.1-12, 2014.

OCAMPO-CHAPARRO, J. M. *et al.* Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. **Colomb Med**, v. 44, n. 4, p. 224-231, 2013.

OLIVEIRA, A.; NOSSA, P.; MOTA-PINTO, A. Assessing Functional Capacity and Factors

Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. **Acta Med Port**, v. 32, n. 10, p. 654-660, 2019.

OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. Acesso em: 20 set. 2024.

OPAS. **Atenção integrada para as pessoas idosas (ICOPE). Diretrizes de intervenções comunitárias para o manejo dos declínios na capacidade intrínseca**. Washington: OPAS, 2020.

OPAS. **Plano de ação sobre a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável: Relatório final**. Washington: OPAS, 2019.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Public**, v. 33, n. 4, p. 302-310, 2013.

PALLADINO *et al.* Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. **Age and ageing**, v. 45, n. 3, p. 431-436, 2016.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.

ROCHA, F. C. *et al.* Fatores associados à piora da autopercepção de saúde em idosos: estudo longitudinal. **Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia**, v. 24, n. 4, p. e210213, 2021.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 1-9, 2008.

SEMPREBOM, P. T. F., BATISTA, M. P. P., ALMEIDA, M. H. M. Functional capacity and self-care practices of older primary healthcare users and their association with indicators of social vulnerability. **Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional**, v. 32, n. 1, p. e3619, 2024.

SOUSA, H. A. *et al.* Limitação funcional em atividades de vida diária e fatores associados em idosos da Universidade da Maturidade. **Revista Humanidades e Inovações**, v. 6, n. 11, p. 1-10, 2019.

TEODORO, M. A. *et al.* Factors of food choice and nutritional intake of Brazilian older adults according sociodemographic and health characteristics. **Appetite**, v. 199, n. 1, p. 107379, 2024.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, **Population Division**. **World Population Ageing**, 2017.

ZANESCO, C. *et al.* Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 283- 292, 2018.

ZHANG, Z. D. *et al.* Genetics of extreme human longevity to guide drug discovery for healthy ageing. **Nature metabolism**, v. 2, n. 8, p. 663-672, 2020.

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS,
CONDIÇÕES DE SAÚDE, AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E CAPACIDADE
FUNCIONAL**

Data da entrevista: __/__/_____

Hora de início: _____: _____: _____ Hora de término: _____: _____

Unidade de saúde: _____ Nome do entrevistador: _____

TCLE assinado: () Sim () Não

Horário e dia de disponibilidade para realizar a entrevista: _____

Bom dia/tarde/noite. Meu nome é _____. Estou falando do Projeto Saúde, Funcionalidade e Envelhecimento da Universidade Federal de Alfenas, o número do seu telefone é: NÚMERO DE TELEFONE DO PARTICIPANTE?

() Sim

() Não – Desculpe, liguei no número errado.

Eu gostaria de falar com o(a) Sr.(a) NOME DO SELECIONADO. ele(a) está? () Sim

() Não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr.(a) NOME DO SELECIONADO? Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

() Participante a retornar. Registrar melhor dia/horário: _____

O(a) Sr.(a) foi informado sobre esta pesquisa que a Universidade Federal de Alfenas está fazendo? () Sim (pule para Bloco A)

() Não – A Universidade Federal de Alfenas está avaliando as condições de saúde da população do Sul de Minas, e o seu número de telefone e o(a) Sr.(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 40 a 50 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população. Casotenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente com os pesquisadores: Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva, Profa. Dra. Aline Roberta Danaga, Profa. Dra. Neidimila Aparecida Silveira, Prof. Dr. Lucas Emmanuel Pedro de Paiva Teixeira, Prof. Me. Ricardo Goes de Aguiar, no telefone (35) 3701-1920 ou e-mail: juscelio.silva@unifal-mg.edu.br. O(a) Sr.(a) gostaria de anotar o telefone agora ou ao final da entrevista? Informamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Alfenas. Informamos ainda que o Sr.(a) pode retirar/consultar o consentimento desse estudo a qualquer momento.

BLOCO A: AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO

Mini-Exame do Estado Mental (BRAZTEL MMSE)

Adicione 1 ponto para cada resposta certa

A1. Orientação Temporal

B1a. Dia

B1b. Dia da

semana

B1c.Mês

B1d.Ano

B1e.Hora

aproximada **A2.**

Orientação

EspacialB2a.País

B2b.

Esta

do

B2c.

Cida

de

B2d.Rua em que mora

A3. Registro

Repetir três

objetos (árvore/

mesa/ cachorro)

A4. Cálculo e

atenção

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7

A5. Memória

Repetir os objetos da seção "Registro"

A6. Linguagem

Qual o nome do objeto pelo qual estamos nos falando?

Repetir

“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”

TOTAL

A7. Algum familiar ou amigo falou que o sr. (a) está ficando esquecido? (Questão 07 do IVCF20)() Sim () Não

A8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? (Questão 08 do

IVCF20)() Sim () Não

A9. Este esquecimento está atrapalhando a realização de alguma atividade do cotidiano?

(Questão09 do IVCF20)

() Sim () Não

BLOCO B: AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

IDADE

B1. Data de nascimento: __/__/____ A3. Idade: _____ anos.

ESTADO CIVIL

B2. Qual é seu estado civil?

- (1) Solteiro (a)
- (2) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
- (3) Divorciado (a)/ Separado (a)
- (4) Viúvo (a)

SEXO

B3. Qual o seu sexo?

- (1) Feminino
- (2) Masculino

COR OU RAÇA

B4. Qual sua cor ou Raça?

- (1) Branca
- (2) Preta /negra
- (3) Parda/mulata/cabocla
- (4) Amarela/oriental
- (5) Indígena

ESCOLARIDADE

B5. Quantos anos de escola o senhor(a) frequentou? _____

- (1) Analfabeto
- (2) Ensino fundamental incompleto
- (3) Ensino fundamental completo
- (4) Ensino médio incompleto
- (5) Ensino médio completo
- (6) Ensino superior incompleto
- (7) Ensino superior completo
- (8) Pós- graduação

BLOCO C: CONDIÇÕES DE SAÚDE ASSOCIADAS

(SELF-ADMINISTERED COMORBIDITY QUESTIONNAIRE – SCQ)

O(A) Sr(a) apresenta, diagnosticado por profissional de saúde, algum dos seguintes problemas de saúde?	
C1.Doença do coração	(1) Não (2) Sim
C2.Hipertensão	(1) Não (2) Sim
C3.Doença dos pulmões (bronquite, asma, DPOC)	(1) Não (2) Sim
C4.Diabetes	(1) Não (2) Sim
C5.Úlcera ou doença do estômago	(1) Não (2) Sim
C6.Doença do fígado	(1) Não (2) Sim
C7.Doença renal	(1) Não (2) Sim
C8.Anemia ou outra doença do sangue	(1) Não (2) Sim
C9.Câncer	(1) Não (2) Sim
C10.Depressão	(1) Não (2) Sim
C11.Osteoartrite/Artrose (quadril, joelho ou mão)	(1) Não (2) Sim
C12.Artrite reumatoide	(1) Não (2) Sim
C13.Osteoporose/Osteopenia	(1) Não (2) Sim
C14.Lombalgia (dor na região das costas)	(1) Não (2) Sim
C15.Cervicalgia (dor na região do pescoço)	(1) Não (2) Sim
C16.Problemas neurológicos (AVC, Derrame, Doença de Parkinson)	(1) Não (2) Sim
C17.Incontinência Urinária/fecal	(1) Não (2) Sim
C18.Outros problemas de saúde: _____	
C19. Número total de condições relatadas: _____ (Questão 20 do IVCF20)	
<i>Obs: Essa variável será calculada posteriormente no momento da consolidação do banco de dados.</i>	

BLOCO D: AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

D1. Comparado com outras pessoas da sua idade você diria que sua saúde é:

(1) Excelente (2)Muito boa (3) Boa (4)Ruim (5)Muito ruim

BLOCO E: AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIAS (ESCALA DE KATZ - ABVD)

<p>E1. Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) (Questão 06 do IVCF20)</p> <p>()₀ não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)</p> <p>()₁ recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)</p> <p>()₁ recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho</p>
<p>E2. Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</p> <p>()₀ pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda</p> <p>()₀ pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos</p> <p>()₁ recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p>
<p>E3. Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</p> <p>()₀ vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)</p> <p>()₁ recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite</p> <p>()₁ não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>
<p>E4. Transferência</p> <p>()₀ deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p> <p>()₁ deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p>()₁ não sai da cama</p>
<p>E5. Continência (Questão 17 do IVCF20)</p> <p>()₀ controla inteiramente a micção e a evacuação(</p> <p>)₁ tem "acidentes" ocasionais</p> <p>()₁ necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p>
<p>E6. Alimentação</p> <p>()₀ alimenta-se sem ajuda</p> <p>()₀ alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão</p> <p>()₁ recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos</p>
<p>REFERÊNCIA:</p> <p>0: independente em todas as seis funções</p> <p>1: independente em cinco funções e dependente em uma função</p> <p>2: independente em quatro funções e dependente em duas</p> <p>3: independente em três funções e dependente em três</p> <p>4: independente em duas funções e dependente em quatro</p>

BLOCO F: AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIAS (ESCALA DE LAWTON E BRODY – AIVD)

Este questionário objetivo de identificar o nível da sua condição funcional do senhor(a) perguntando sobre as possíveis dificuldades do seu dia a dia.

Procure lembrar de cada atividade que for perguntada e se o senhor(a) faz sem ajuda, com alguma auxílio ou não realiza de forma alguma.

F1. CAPACIDADE DE USO DO TELEFONE
() ₁ O sr(a) é capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda? () ₂ O sr(a) é capaz de ver, encontrar os números e discar, mas necessita de ajuda?) ₃ O sr(a) é Completamente incapaz no uso do telefone?
F2. VIAGENS
() ₁ O sr(a) é capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou taxi?) ₂ O sr(a) é capaz de viajar exclusivamente acompanhado? () ₃ O sr(a) é completamente incapaz de viajar?
F3. COMPRAS
() ₁ O sr(a) é capaz de fazer compras, se fornecido transporte? () ₂ O sr(a) é capaz de fazer compras exclusivamente acompanhado? () ₃ O sr(a) é completamente incapaz de fazer compras? (Questão 03 do IVCF20)
F4. PREPARO DE REFEIÇÕES
() ₁ O sr(a) é capaz de planejar e cozinhar refeições complete? () ₂ O sr(a) é capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho?) ₃ O sr(a) é completamente incapaz de preparar qualquer refeição?
F5. TRABALHO DOMÉSTICO
() ₁ Realiza tarefas pesadas? () ₂ Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas? () ₃ O sr(a) é completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico? (Questão 05 do IVCF20)
F6. MEDICAÇÕES
() ₁ O sr(a) é capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa? () ₂ O sr(a) é capaz de tomar remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare?) ₃ O sr(a) é completamente incapaz de tomar remédios sozinho?
F7. DINHEIRO
() ₁ O sr(a) é capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas? () ₂ O sr(a) é capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas? () ₃ O sr(a) é completamente incapaz de administrar dinheiro? (Questão 04 do IVCF20)
REFERÊNCIA: Dependência total > 21; Dependência parcial > 7 < 21 pontos; Independência ≤ 7 pontos

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE- PARTICIPANTE DA PESQUISA

TCLE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Efeitos da pandemia de COVID19 na saúde clínica e funcional de pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde da Região Sul de Minas Gerais”

Pesquisador(a) responsável:

Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva

Pesquisador(es) participante(s):

Profa. Dra. Aline Roberta Danaga Profa. Dra. Neidimila Aparecida Silveira
Prof. Dr. Lucas Emmanuel Pedro de Paiva Teixeira Prof. Me. Ricardo Goes
de Aguiar

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa “Efeitos da pandemia de COVID19 na saúde clínica e funcional de pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde da macrorregião Sul de Minas Gerais”, de responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva.

Leia cuidadosamente as informações abaixo ou preste bastante atenção nas informações que serão lidas para o senhor (a). O Sr. (a) pode perguntar sobre qualquer dúvida ou esclarecimento a qualquer momento.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo o Sr.(a) terá a opção de imprimir uma via desse documento. Ou, se preferir, o Sr.(a) deverá informar seu endereço de e-mail para receber uma via desse documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, o Sr.(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa o Sr.(a) não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, ou ao receber as informações lidas para o senhor(a), o Sr.(a) deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final deste documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo investigar os efeitos da pandemia por covid-19 na saúde clínica e funcional de idosos no âmbito da Atenção Primária à Saúde e se justifica pelo atual cenário de pandemia do COVID19, sendo uma preocupação para a saúde pública que afeta pessoas em todo o mundo, mas

está associada a maiores complicações entre idosos. Nesse sentido a população idosa merece maior atenção pela maior vulnerabilidade e susceptibilidade ao impacto das consequências negativas da doença, sendo necessário avanços e aprimoramentos em relação aos cuidados de saúde, os quais podem ser potencializados por meio das informações e resultados provenientes dessa pesquisa.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário elaborado pelos pesquisadores por meio de uma entrevista por telefone, e concordar que as respostas sejam transcritas e analisadas. A entrevista ocorrerá via telefone, com tempo de duração em torno de 30 (trinta) e 40 (quarenta) minutos, sendo realizada por profissionais treinados, com perguntas sobre dados pessoais e demográficos, impacto da pandemia por COVID-19 na sua vida, atividades do dia-a-dia e de vida prática, comprometimento cognitivo, sintomas depressivos, presença de comorbidades, marcha e mobilidade, capacidade funcional, força muscular, continência esfincteriana, problemas auditivos e visuais, avaliação de sintomas e queixas de dor, entre outros. Não há respostas certas ou erradas e os pesquisadores responsáveis pelo estudo irão analisar as informações passadas pelo Sr.(a) com base em suas opiniões, crenças, percepções, sensações e julgamentos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, e se preferir o Sr.(a) tem direito de acesso às suas respostas. Em caso de recusa em responder qualquer pergunta, o Sr.(a) não será penalizado de forma alguma. Os dados obtidos com suas respostas serão utilizados apenas para fins científicos.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos, sendo possível surgir algum constrangimento ou incômodo ao responder o questionário em virtude da situação particular de cada participante e pelo contexto de incertezas causado pela pandemia. Mesmo com a garantia do sigilo e privacidade, poderão surgir riscos de privacidade no ambiente domiciliar, nesse sentido, para minimização de possíveis desconfortos, o senhor(a) pode se deslocar para um ambiente mais isolado da casa, procurando sempre manter o sigilo em relação ao conteúdo da pesquisa. Dentro da sua realidade socioambiental, o Sr.(a) poderá responder a pesquisa, em ambientes reservados do seu domicílio, como quarto, sala, cozinha, e outras áreas da residência que não tenha trânsito frequente de outros moradores/familiares. Outra possibilidade, para garantia de sigilo, privacidade e diminuição de tais desconfortos é a realização da pesquisa em horário e data previamente agendados entre o Sr.(a) e o pesquisador para que a entrevista aconteça em momentos em que o fluxo de moradores for menor na residência. Para assegurar seu anonimato, todas as suas respostas e dados serão confidenciais. Para isso, o Sr.(a) receberá um número de identificação ao entrar no estudo e o seu nome nunca será revelado em nenhuma situação. Quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer evento ou revista científica, o Sr.(a) não será identificado, uma vez que os resultados serão divulgados caracterizando o grupo de participantes do estudo.

4. Ao participar dessa pesquisa o Sr.(a) contribuirá para uma maior compreensão da saúde clínica, física e funcional de idosos no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Alfenas, principalmente pelo maior conhecimento e detalhamento das condições de saúde atuais, em um contexto de pandemia, em que possivelmente o acesso aos serviços de saúde pelos idosos possa ter reduzido. Os resultados da pesquisa poderão contribuir para os conhecimentos clínicos e científicos em relação à saúde e reabilitação da pessoa idosa, especialmente pelo maior entendimento dos efeitos da pandemia na saúde física e funcional, sendo os resultados passíveis de generalização para outras populações de idosos com características similares a população incluída no presente estudo, podendo ser utilizados para planejamento e implementação de ações de saúde no âmbito da rede de atenção à saúde do idoso. As informações levantadas poderão trazer benefícios para a gestão municipal, os serviços de saúde, os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde e os idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde. Os resultados poderão ser

utilizados para facilitar a criação de propostas para a melhoria do cuidado à saúde da população idosa e divulgar quais são os fatores associados ao isolamento social durante a pandemia, em busca de sua identificação e prevenção. As pessoas idosas poderão se beneficiar das melhorias dos cuidados e dos serviços oferecidos por meio da utilização das informações e dados do presente estudo para organização e planejamento adequado das ações de saúde, bem como uma avaliação mais ampla, conforme já preconizado pelo Ministério da Saúde.

5. Sua participação neste projeto terá a duração em torno de 30 (trinta) e 40 (quarenta) minutos, onde o Sr.(a) será contatado via telefone por duas vezes. O primeiro contato será para receber informações sobre a pesquisa, assinar o consentimento em participar da pesquisa e agendar a melhor data e horário para responder o questionário da pesquisa. O segundo contato será para a realização da entrevista em si e responder o questionário.

6. O Sr.(a) não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo os questionários, entrevistas totalmente gratuitas; e pode deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. O Sr.(a) foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso o Sr.(a) tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à busca de ressarcimento.

8. Além dos riscos mínimos, já especificados, não há previsão da ocorrência de outros danos relacionados à sua participação na pesquisa. Mas caso ocorra algum dano não previsto, decorrente da sua participação no estudo, o Sr.(a) terá direito a assistência e reparação integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, e terá direito de buscar indenização conforme especificado na Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo (a), será mantido em sigilo. Caso o Sr.(a) deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. O Sr.(a) foi informado (a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e

que, os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuarem estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos, os pesquisadores assumem o compromisso de que a pesquisa que será realizada, em todas as etapas e procedimentos, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social. A coleta e divulgação de imagens/fotografias/vídeos/som de voz para a presente

pesquisa.

12.O Sr.(a) poderá consultar o(a) pesquisador(a) Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva, no seguinte telefone (35) 37011920 ouemail: juscels@yahoo.com.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL- MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal- mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

*O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.

Eu, _____ CPFnº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Alfenas, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura do pesquisador responsável/pesquisador participante)

ANEXO C – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIFAL-MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde clínica e funcional de pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde da Região Sul de Minas Gerais.

Pesquisador: JUSCELIO PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 43312321.7.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.980.228

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa docente, submetido por docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação - Universidade Federal de Alfenas (PPGCR/UNIFAL-MG).

Não apresenta indícios de conflito de interesse.

Financiamento: O projeto conta com apoio financeiro do CNPq, tendo sido aprovado no edital universal do CNPq (proposta n. 408373/2021-0).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os efeitos da pandemia por covid-19 na saúde clínica e funcional de pessoas idosas no âmbito da Atenção Primária à saúde.

Objetivo Secundário:

a) Descrever o perfil clínico, social e demográfico em indivíduos idosos e caracterizar os idosos cadastrados nestas unidades.

b) Atualizar os serviços de saúde com base nas evidências técnicas e científicas.

c) Avaliar associação da funcionalidade com os efeitos da pandemia na população idosa,

d) Avaliar associação da saúde clínica com os efeitos da pandemia na população idosa,

e) Avaliação associação do medo da COVID-19 com saúde clínica e funcional da população idosa,

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.980.228

- f) Produzir e disseminar informações epidemiológicas com foco na população idosa da APS.
g) Comparar a influência da pandemia por COVID-19 às características clínicas, funcionais e sociodemográficas da população idosa da APS de diferentes municípios da macrorregião Sul de Minas.

Análise CEP:

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos (extraídos da última versão do TCLE "TCLE_EfeitosCovidAPS_CEP_mar2023.pdf"):

Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos, sendo possível surgir algum constrangimento ou incômodo ao responder o questionário em virtude da situação particular de cada participante e pelo contexto de incertezas causado pela pandemia. Mesmo com a garantia do sigilo e privacidade, poderão surgir riscos de privacidade no ambiente domiciliar, nesse sentido, para minimização de possíveis desconfortos, o senhor(a) pode se deslocar para um ambiente mais isolado da casa, procurando sempre manter o sigilo em

relação ao conteúdo da pesquisa. Dentro da sua realidade socioambiental, o Sr.(a) poderá responder a pesquisa, em ambientes reservados do seu domicílio, como quarto, sala, cozinha, e outras áreas da residência que não tenha trânsito frequente de outros moradores/familiares. Outra possibilidade, para garantia de sigilo, privacidade e diminuição de tais desconfortos é a realização da pesquisa em horário e data previamente agendados entre o Sr.(a) e o pesquisador para que a entrevista aconteça em momentos em que o fluxo de moradores for menor na residência. Para assegurar seu anonimato, todas as suas respostas e dados serão confidenciais. Para isso, o Sr.(a) receberá um número de identificação ao entrar no estudo e o seu nome nunca será revelado em nenhuma situação. Quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer evento ou revista científica, o Sr.(a) não será identificado, uma vez que os resultados serão divulgados caracterizando o grupo de participantes do estudo. Mesmo com todos esses cuidados e procedimentos, podem surgir riscos característicos do ambiente virtual e dos meios eletrônicos e não presenciais utilizados. Os pesquisadores reconhecem sua limitação para assegurar total confidencialidade dos dados, tendo um risco potencial de violação de dados pelo fato da coleta envolver o ambiente virtual. Informamos que nenhum dado será mantido na internet, após a coleta de dados toda e qualquer informação será apagada das plataformas virtuais utilizadas nesta

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 5.980.228

pesquisa. Os dados da pesquisa serão armazenados na instituição e protegidos por meio de senha pessoal dos pesquisadores.

- Benefícios (extraídos da última versão do TCLE "TCLE_EfeitosCovidAPS_CEP_mar2023.pdf"):

Ao participar dessa pesquisa o Sr.(a) contribuirá para uma maior compreensão da saúde clínica, física e funcional de idosos no âmbito da Atenção Primária à Saúde da Região Sul de Minas Gerais, principalmente pelo maior conhecimento e detalhamento das condições de saúde atuais, em um contexto de pandemia, em que possivelmente o acesso aos serviços de saúde pelos idosos possa ter reduzido. Os resultados da pesquisa poderão contribuir para os conhecimentos clínicos e científicos em relação à saúde e reabilitação da pessoa idosa, especialmente pelo maior entendimento dos efeitos da pandemia na saúde física e funcional, sendo os resultados passíveis de generalização para outras populações de idosos com características similares a população incluída no presente estudo, podendo ser utilizados para planejamento e implementação de ações de saúde no âmbito da rede de atenção à saúde do idoso. As informações levantadas poderão trazer benefícios para a gestão municipal, os serviços de saúde, os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde e os idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde. Os resultados poderão ser utilizados para facilitar a criação de propostas para a melhoria do cuidado à saúde da população idosa e divulgar quais são os fatores associados durante a pandemia, em busca de sua identificação e prevenção. As pessoas idosas poderão se beneficiar das melhorias dos cuidados e dos serviços oferecidos por meio da utilização das informações e dados do presente estudo para organização e planejamento adequado das ações de saúde, bem como uma avaliação mais ampla, conforme já preconizado pelo Ministério da Saúde.

Análise CEP:

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados e realmente necessários;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Metodologia da pesquisa – atualizada e atende aos objetivos;
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e com o tempo de tramitação do projeto no CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E			
Bairro: centro		CEP: 37.130-001	
UF: MG	Município: ALFENAS		
Telefone: (35)3701-9153	Fax: (35)3701-9153	E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br	

Continuação do Parecer: 5.980.228

- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – presentes e adequados
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presentes e adequados
- f. Folha de rosto - presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado
- h. Termo de compromisso COVID-19: presente e adequado
- i. Declaração de compromisso do pesquisador: presente e adequada

Recomendações:

RECOMENDAÇÃO 1. No TAI e TCUD de Passos e no TCUD de Poços de Caldas:
apresentar carimbo dos responsáveis das respectivas secretarias de saúde.

RESPOSTA: Agradecemos a recomendação! Seguiremos esta recomendação para novas
inclusões de outros municípios na pesquisa, tendo em vista a inviabilidade para o momento.

RECOMENDAÇÃO: atendida

RECOMENDAÇÃO 2. Adequar datas de previsão de início e fim da pesquisa na declaração
de compromisso do pesquisador conforme as datas previstas nos TAIs e TCUDs.

RESPOSTA: Agradecemos a recomendação! Atualizamos as datas de previsão de início e
fim da pesquisa na declaração de compromisso do pesquisador conforme as datas dos TAIs
e TCUDs.

RECOMENDAÇÃO: atendida

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação.

PENDÊNCIA 1. Explicar como se dará a disponibilização do TCLE por e-mail ou whatsapp no
caso de participantes que não tenham acesso a estes recursos - considerando que o uso
deste tipo de tecnologia pode ser reduzido entre a população idosa. Ainda, no item 5 do
TCLE consta que "... o primeiro contato será para receber informações sobre a pesquisa,
assinar o consentimento em participar da pesquisa...". Explicar como se dará a assinatura do TCLE

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.980.228

uma vez que o documento será disponibilizado por e-mail ou whatsapp.

RESPOSTA: Incluímos mais explicações e esclarecimentos no projeto de pesquisa, item 4.4

"Financiamento e aspectos éticos" (pag. 16, destacado em amarelo), item 4.5 "Instrumentos e procedimentos para coleta de dados" (pag. 17, destacado em amarelo) e item 6. "Riscos e Benefícios" (pag. 23, destacado em amarelo), sobre as formas de disponibilização do TCLE.

Esclarecemos que em caso de participantes que não possuem acesso ao e-mail ou WhatsApp, o TCLE será disponibilizado via correspondência pelos correios. Adicionalmente, realizamos ajustes no TCLE (pag. 2, destacado em amarelo) e no item 5 do TCLE (pág. 06, destacado em amarelo), para um melhor esclarecimento das formas de disponibilização, registro do consentimento, e envio do TCLE aos participantes da pesquisa.

PENDÊNCIA: atendida

PENDÊNCIA 2. No item "6. Riscos e Benefícios" do projeto de pesquisa há o seguinte trecho

"...gravações do Consentimento Livre e Esclarecido ou os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, serão baixados (download)...". Especificar a que tipo de gravação se refere (ex.: gravação de áudio da ligação telefônica); e informar no TCLE sobre a gravação a ser realizada.

RESPOSTA: Especificamos no projeto de pesquisa, item 6. "Riscos e Benefícios" (pag. 23, destacado em amarelo), que as gravações serão dos áudios da ligação telefônica para o registro do Consentimento Livre e Esclarecido da participação na pesquisa.

Adicionalmente, incluímos no TCLE a informação sobre a gravação do áudio da ligação telefônica para o Consentimento Livre e Esclarecido da participação na pesquisa (item. 5, pag. 6 e item 12, pág. 9, destacado em amarelo).

PENDÊNCIA: atendida

PENDÊNCIA 3. Especificar em que momento o TCLE será disponibilizado aos participantes (antes do contato telefônico para a coleta de dados?).

RESPOSTA: O TCLE será disponibilizado aos participantes no primeiro contato telefônico, que tem o objetivo de apresentar a pesquisa e obter o consentimento de participação. Nesse sentido, incluímos no TCLE, item 5 (pag.6, destacado em amarelo) esta informação. Também incluímos no projeto de pesquisa um maior detalhamento sobre o TCLE e suas formas de disponibilização, item 4.4 "Financiamento e aspectos éticos" (pag. 16, destacado em amarelo), item 4.5 "Instrumentos e procedimentos para coleta de dados" (pag. 17, destacado

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.980.228

em amarelo) e item 6. "Riscos e Benefícios" (pag. 23, destacado em amarelo).

PENDÊNCIA: atendida

PENDÊNCIA 4. Considerando que o TCLE deve apresentar uma linguagem clara e acessível para a população do estudo, explicar no TCLE o significado da palavra "nuvem", aplicada no seguinte trecho: "Informamos que nenhum dado será mantido em nuvem ou ambiente virtual...". Ainda, no item 9 do TCLE, explicar o significado do termo "dado sensível".

RESPOSTA: Modificamos a palavra "nuvem" por "internet" (pag. 4 do TCLE, destacado em amarelo), acreditamos que o termo internet reflita adequadamente o sentido pretendido e que o seu significado seja mais familiar a linguagem da população do estudo. Retiramos o termo "dado sensível" do TCLE, e incluímos exemplos mais claros, de outras informações e características que necessitam ser mantidas em sigilo para garantia da privacidade do participante (pag. 8 do TCLE, destacado em amarelo), sendo, portanto, uma linguagem mais acessível ao perfil dos participantes do estudo.

PENDÊNCIA: atendida

PENDÊNCIA 5. Atualizar a informação referente ao financiamento na Plataforma Brasil, uma vez que ainda consta a informação de que o projeto será desenvolvido com financiamento próprio.

RESPOSTA: Alteramos a informação referente ao financiamento na Plataforma Brasil e incluímos CNPq como principal instituição financiadora do presente projeto de pesquisa.

PENDÊNCIA: atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2072025_E1.pdf	20/03/2023 19:11:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_EfeitosCovidAPS_CEP_mar2023.pdf	20/03/2023 19:11:00	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Emendaassinada.pdf	20/03/2023 19:05:31	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias_CEP_UNI	17/03/2023	JUSCELIO PEREIRA	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 5.980.228

Outros	FAL.pdf	17:10:19	DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso_Pesquisador Responsavel CEP_mar2023.pdf	17/03/2023 16:49:55	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EfeitosCovidAPS_CEP_mar2023.pdf	17/03/2023 16:44:59	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TCUD_Alfenas.pdf	03/01/2023 17:53:23	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TAI_Alfenas.pdf	03/01/2023 17:52:52	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TCUD_PocosCaldas.pdf	03/01/2023 15:39:13	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TAI_PocosCaldas.pdf	03/01/2023 15:37:54	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TCUD_Passos.pdf	03/01/2023 15:35:51	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TAI_Passos.pdf	03/01/2023 15:35:18	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_CompromissoPesquisasPandemiaCOVID19_nova.pdf	03/01/2023 15:34:03	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_JustificativaEmendaCEP.pdf	03/01/2023 15:24:46	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

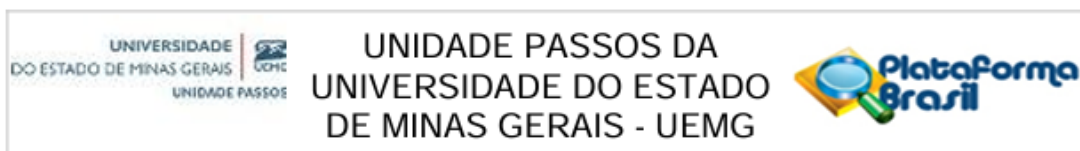
Não

ALFENAS, 03 de Abril de 2023

Assinado por:
Ana Cláudia Mesquita Garcia
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

ANEXO D – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UEMG-PASSOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde clínica e funcional de pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde da Região Sul de Minas Gerais.

Pesquisador: JUSCELIO PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43312321.7.3003.5112

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Passos

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

DADOS DO PARECER

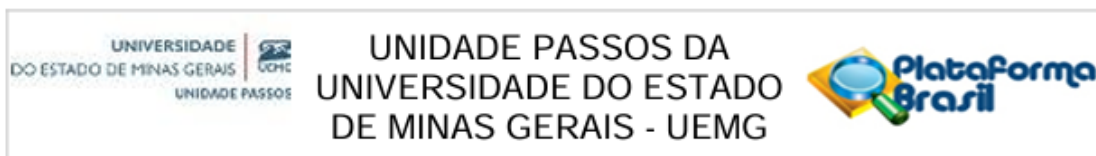
Número do Parecer: 6.159.518

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa, (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2115643.pdf, gerado na Plataforma Brasil em 12/04/2023.

RESUMO: O mundo enfrenta uma grave crise sanitária por causa do surgimento de um novo coronavírus e a declaração de pandemia pela Organização Mundial de Saúde. As consequências da pandemia por COVID-19 são ainda mais preocupantes entre as pessoas idosas, que fazem parte do grupo de risco e apresentam maior susceptibilidade a complicações e gravidade pela COVID-19. As restrições impostas pela pandemia do COVID 19, como a necessidade de distanciamento físico, associadas a elevada prevalência de fatores como multimorbidades, imunossenescência, e sarcopenia, podem promover a redução da mobilidade e participação social entre as pessoas idosas, favorecendo a diminuição das atividades no dia-a-dia e o agravamento dos problemas de saúde, possibilitando um pior controle de doenças crônicas, maior risco para quedas, diminuição da mobilidade funcional, complicações psicológicas, como surgimento ou agravamento de sintomas depressivos e ansiedade. Nessa perspectiva é fundamental o desenvolvimento de pesquisas para avaliar e monitorar a influência da pandemia por COVID 19 na saúde da população idosa, habitualmente já fragilizada pelo processo do

Endereço: Rua Dr Carvalho 1147, Bloco 2, sala 01A
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 37.900-117
UF: MG **Município:** PASSOS
Telefone: (35)3529-6031 **E-mail:** cep.passos@uemg.br



Continuação do Parecer: 6.159.518

envelhecimento, tanto durante como após a pandemia, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde (APS). A hipótese é que a saúde da população idosa no âmbito da APS seja afetada negativamente pela pandemia por COVID-19. Assim, o objetivo da pesquisa é investigar parâmetros da saúde clínica e físico-funcional de pessoas idosas da APS e verificar a existência de associações com marcadores relacionados ao contexto da pandemia por COVID-19 e com dados prévios da literatura. Trata-se de um estudo observacional e transversal, a ser realizado em formato não presencial, via entrevista por telefone com os participantes incluídos no estudo. Serão incluídas pessoas com 60 anos ou mais vinculadas à APS de municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais. Os participantes serão contactados e convidados a participar do estudo a partir de informações disponíveis no cadastro das pessoas idosas junto a Estratégia Saúde da Família (ESF) da APS dos diferentes municípios. Aqueles que concordarem em participar serão submetidos a entrevista por telefone para aplicação de questionário estruturado multidimensional, para avaliação de aspectos clínicos, sociodemográficos, e coleta de informações de saúde referentes a pandemia, aplicação de instrumentos válidos e confiáveis para monitoramento da saúde físico funcional na população idosa. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva com cálculo de média e desvio padrão (variáveis contínuas), frequências e porcentagens (variáveis categóricas). As associações entre os diferentes desfechos verificadas por meio de análises de Regressão Linear ou Regressão Logística Multivariadas. O nível de significância adotado será de 5% para todas as análises. Essa pesquisa fornecerá dados sobre a saúde clínica e físico funcional de idosos da APS, e dados sobre a influência da pandemia na saúde de pessoas idosas de uma região expressiva de Minas Gerais. A região Sul de Minas Gerais é composta por 155 municípios, sendo a segunda região mais populosa de Minas Gerais, reunindo 13,2% da população mineira. Essa pesquisa possibilitará o levantamento de dados e indicadores que servirão de base para ações de saúde direcionadas à população idosa da região, tanto durante como após a pandemia. O maior conhecimento dos impactos da pandemia na saúde da população idosa possibilitará o melhor planejamento das ações de saúde, especialmente para população idosa vinculada a APS

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e transversal. O presente estudo será realizado no âmbito da APS de municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais. O estudo será realizado na macrorregião Sul de Minas Gerais, tendo como amostra as cidades de maiores portes e com as maiores taxas de casos de COVID-19, segundo os dados da Secretaria Estadual de Saúde (2021) e que concordarem e autorizarem a realização da pesquisa. Inicialmente a pesquisa está sendo desenvolvida na cidade de Alfenas, onde a coleta de dados já está em fase finalização. O projeto de pesquisa

Endereço: Rua Dr Carvalho 1147, Bloco 2, sala 01A

Bairro: Belo Horizonte

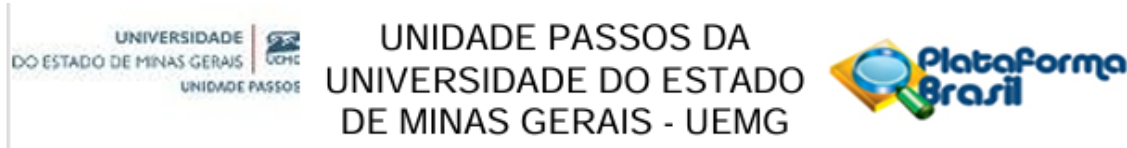
CEP: 37.900-117

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-6031

E-mail: cep.passos@uemg.br



Continuação do Parecer: 6.159.518

original teve início na Cidade de Alfenas em abril de 2021, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer n. 4.644.760 e

CAAE: 43312321.7.000.5142 (ANEXO A), e com a devida autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas e da Instituição proponente.

Após o início da pesquisa na cidade de Alfenas, o projeto com ampliação dos locais de coleta, incluindo outros municípios do Sul de Minas Gerais,

foi submetido a Chamada CNPq/MCTI/FNDCT N° 18/2021 - Faixa A – Grupos Emergentes, para viabilização de financiamento e maior abrangência

da pesquisa na região Sul de Minas Gerais. Devido a relevância e importância da pesquisa, o projeto foi então contemplado com financiamento do

CNPq, conforme proposta n. 408373/2021-0 (ANEXO B).

Atualmente estamos enviando emenda ao projeto junto ao CPE, com objetivo de aprovação dos novos locais de pesquisa para iniciarmos a pesquisa nas cidades de Poços de Caldas e Passos, que já autorizaram, por meio de suas respectivas secretarias de saúde, a realização da pesquisa. A população do estudo será composta por pacientes idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da Atenção Básica à Saúde, dos municípios mais populosos da região Sul do estado de Minas Gerais.

As pessoas idosas cadastradas nas ESF das Unidades Básicas de Saúde em cada município participante serão contactadas e convidadas a participar do presente estudo. Tendo em vista cálculo amostral prévio, pretende-se variar a amostra de idosos incluindo usuários de diversas ESF/UBS a fim de garantir maior representatividade da população idosa no âmbito da APS dos diferentes municípios participantes do presente estudo. A lista completa dos idosos de cada ESF será obtida junto às Prefeituras Municipais, com a concordância prévia da instituição para realização da pesquisa. O tamanho da amostra foi definido com base em cálculo amostral que definiu um tamanho amostral de 209 participantes por município incluído na pesquisa. O projeto conta com apoio financeiro do CNPq, tendo sido aprovado no edital universal do CNPq, conforme documento em anexo (ANEXO B). A versão inicial desta pesquisa já foi aprovada e autorizada pela direção do Instituto Ciências da Motricidade da Universidade Federal de Alfenas (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG), para realização coleta de dados no Município de Alfenas (ANEXO A), sendo necessário a inclusão das anuências e autorizações para realização da pesquisa nos demais municípios que já autorizam a realização da pesquisa no âmbito das suas Secretarias Municipais de Saúde.

Endereço: Rua Dr Carvalho 1147, Bloco 2, sala 01A

Bairro: Belo Horizonte

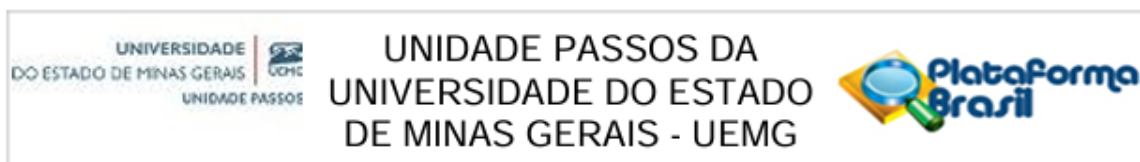
CEP: 37.900-117

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-6031

E-mail: cep.passos@uemg.br



Continuação do Parecer: 6.159.518

Todos os participantes, ao entrarem na pesquisa, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eletrônico (ANEXO D).

A coleta de dados ocorrerá em 2 etapas: 1) Triagem dos pacientes idosos elegíveis a participação na presente pesquisa juntos às Secretarias de Saúde de cada município; 2) Aplicação dos questionários e demais escalas de avaliação via entrevista com os participantes por meio de ligação telefônica, conforme descrição detalhada no projeto em anexo.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Serão critérios de inclusão da amostra: indivíduos com idade de 60 anos ou mais sem distinção de raça ou sexo, cadastrados nas ESF de seus respectivos municípios

e **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** Serão critérios de exclusão: idosos que apresentarem alterações cognitivas detectáveis pelo Minixame do Estado Mental apresentarem problemas

de entendimento ou comunicação que limitem ou impeçam a participação nas entrevistas ou responder aos questionários utilizados, limitando assim a participação na pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os efeitos da pandemia por covid-19 na saúde clínica e funcional de pessoas idosas no âmbito da Atenção Primária à saúde.

Objetivo Secundário:

a) Descrever o perfil clínico, social e demográfico em indivíduos idosos e caracterizar os idosos cadastrados nestas unidades. b) Atualizar os serviços de saúde com base nas evidências técnicas e científicas. c) Avaliar associação da funcionalidade com os efeitos da pandemia na população idosa. d) Avaliar associação da saúde clínica com os efeitos da pandemia na população idosa. e) Avaliação associação do medo da COVID 19 com saúde clínica e funcional da população idosa. f) Produzir e disseminar informações epidemiológicas com foco na população idosa da APS. g) Comparar a influência da pandemia por COVID-19 às características clínicas, funcionais e sociodemográficas da população idosa da APS de diferentes municípios da macrorregião Sul de Minas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderão surgir riscos em relação ao sigilo e privacidade do participante no ambiente domiciliar, nesse sentido, serão tomadas medidas para minimização de possíveis desconfortos, por meio de orientações para que a pesquisa seja respondida em ambiente isolado da residência do participante, procurando sempre manter o sigilo em relação ao conteúdo da pesquisa. Dentro da realidade socioambiental de cada participante, eles serão orientados a responder a pesquisa, em ambiente reservado do domicílio, como quarto, sala, cozinha, e outras áreas da residência que não

Endereço: Rua Dr Carvalho 1147, Bloco 2, sala 01A

Bairro: Belo Horizonte

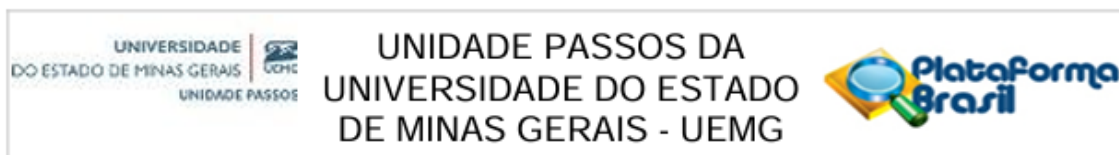
CEP: 37.900-117

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-6031

E-mail: cep.passos@uemg.br



Continuação do Parecer: 6.159.518

tenha trânsito frequente de outros moradores/familiares. Outra possibilidade, para garantia de sigilo, é a realização da pesquisa em momentos em que o fluxo de moradores for menor na residência, facilitando sigilo e privacidade. O conteúdo dos questionários utilizados nesta pesquisa é habitualmente utilizado na população idosa para avaliação multidimensional dos parâmetros de saúde. No entanto, em virtude da situação particular de cada participante e contexto de incertezas causadas pela pandemia, algum constrangimento ou incômodo pode surgir durante a aplicação da entrevista e questionários, mesmo com a garantia do sigilo e privacidade. Nesse aspecto o entrevistador adotará a estratégia de escutar o participante em relação aos seus medos, conflitos, preocupações, intervindo sempre que possível com palavras de apoio e solidariedade em relação aos sentimentos do participante. Caso o participante não se sinta à vontade para continuar a responder os questionários a pesquisa será interrompida. Lembrando que é um direito do participante abandonar a pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Os dados dos participantes serão coletados por meio de ambiente virtual, via ligação telefônica, tendo assim riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos e não presenciais utilizados. Os pesquisadores reconhecem sua limitação para assegurar total confidencialidade dos dados, tendo um risco potencial de violação de dados pelo fato da coleta envolver o ambiente virtual. Nesse sentido, serão adotados cuidados e procedimentos para garantir ao máximo o sigilo e inviolabilidade dos dados dos participantes. A análise dos dados oferece riscos mínimos aos usuários com dados registrados. Os pesquisadores se comprometem ao correto armazenamento dos dados coletados, bem

como os procedimentos para assegurar o sigilo e confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa. Para isso, cada participante receberá um código de identificação, não tendo seu nome associado aos bancos de dados e ao tratamento dos dados coletados. Após a conclusão da coleta de dados, será realizado o download dos dados a partir de plataformas eletrônicas como o "Google Forms", e salvos em servidores locais da UNIFAL-MG, protegidos por meio de senha pessoal dos pesquisadores envolvidos na pesquisa.

Todo e qualquer registro de informações nas plataformas e ambientes virtuais serão apagados. Em relação aos procedimentos para registro do Consentimento Livre e Esclarecido/Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, os mesmos cuidados serão realizados, e as gravações do Consentimento Livre e Esclarecido ou os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, serão baixados (download) e salvos em máquinas institucionais protegidas por senha dos pesquisadores, todo e qualquer dado será apagado das plataformas virtuais utilizadas. No âmbito desta pesquisa

Endereço: Rua Dr Carvalho 1147, Bloco 2, sala 01A

Bairro: Belo Horizonte

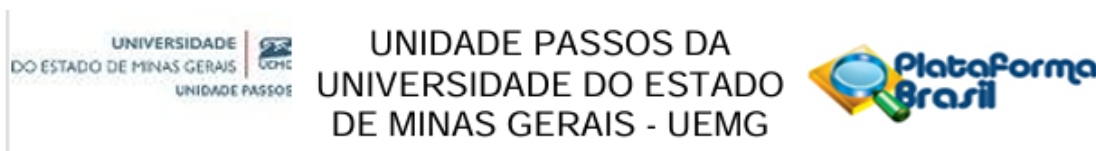
CEP: 37.900-117

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-6031

E-mail: cep.passos@uemg.br



Continuação do Parecer: 6.159.518

os Consentimento Livre e Esclarecido/Termos de Consentimento Livre e Esclarecido serão disponibilizados aos participantes por meio eletrônico e-mail ou WhatsApp. No caso do formato eletrônico, será enfatizado ao participante a importância de guardar a cópia do documento eletrônico em seus arquivos pessoais ou imprimir uma cópia e guardar junto aos documentos pessoais. A descrição completa dos potenciais riscos e as medidas adotadas no âmbito desta pesquisa para minimizá-los estão no projeto completo em anexo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de caráter acadêmico financiado pelo CNPQ.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Por se tratar de um estudo que será realizado no Município de Passos recomenda-se que seja retirado o endereço do CEP de Alfenas do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência

1) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP. Rua Dr. Carvalho 1147, sala 01A, Bairro Belo Horizonte, Passos. Fone (35)35296031.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS nº 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS nº 510/16, art. 28, item 5. Solicita-se também que sejam apresentados os resultados aos participantes e/ou instituição local da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2115643.pdf	18/05/2023 20:07:35		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencia_CEP_UEMG_PassosMG.pdf	18/05/2023 20:02:58	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Dr Carvalho 1147, Bloco 2, sala 01A

Bairro: Belo Horizonte

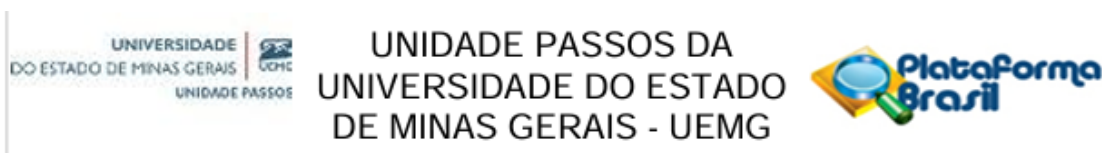
CEP: 37.900-117

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-6031

E-mail: cep.passos@uemg.br



Continuação do Parecer: 6.159.518

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_EfeitosCovidAPS_CEP_mai2023.pdf	18/05/2023 20:00:13	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EfeitosCovidAPS_CEP_mai2023.pdf	18/05/2023 19:57:08	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_EfeitosCovidAPS_CEP_mar2023.pdf	20/03/2023 19:11:00	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias_CEP_UNI FAL.pdf	17/03/2023 17:10:19	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EfeitosCovidAPS_CEP_mar2023.pdf	17/03/2023 16:44:59	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TCUD_Alfenas.pdf	03/01/2023 17:53:23	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TAI_Alfenas.pdf	03/01/2023 17:52:52	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TCUD_PocosCaldas.pdf	03/01/2023 15:39:13	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TAI_PocosCaldas.pdf	03/01/2023 15:37:54	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TCUD_Passos.pdf	03/01/2023 15:35:51	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TAI_Passos.pdf	03/01/2023 15:35:18	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_JustificativaEmendaCEP.pdf	03/01/2023 15:24:46	JUSCELIO PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSOS, 03 de Julho de 2023

Assinado por:
Walsete de Almeida Godinho Rosa
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr Carvalho 1147, Bloco 2, sala 01A

Bairro: Belo Horizonte

CEP: 37.900-117

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-6031

E-mail: cep.passos@uemg.br

ANEXO E – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153



Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Ao ler e concordar com este Termo, DECLARAMOS que conhecemos e que cumprimos os requisitos das Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016 e suas complementares para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “**Autopercepção de saúde e capacidade funcional de pessoas idosas com multimorbidades**”, cujo objetivo é verificar a autopercepção do estado de saúde e a capacidade funcional dos participantes com multimorbidades. Em caso de pesquisas na área da Saúde, declaramos conhecer o conteúdo da Carta Circular 039/2011/CONEP/CNS que trata do uso de prontuários médicos para fins de pesquisa.

Os dados obtidos a partir dos bancos acessados e os procedimentos para o acesso a esses dados estão descritos no projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (CEP-UNIFAL) e serão preservados em absoluto sigilo, sendo utilizados apenas para os fins específicos desse projeto de pesquisa e a partir da aprovação do referido CEP.

I. Do pesquisador responsável

Eu Cristina Garcia Lopes Alves, CPF: 579.660.606-91, e demais pesquisadores Micaela Aparecida Teodoro CPF: 099.366.306-02 comprometemo-nos a garantir a adequada utilização das informações coletadas a partir dos bancos e documentos acessados para esta pesquisa, coordenando e supervisionando os trabalhos, manuseando e analisando-os no local e/ou sob as condições estabelecidas pela instituição responsável pela sua guarda, devolvendo-os nas mesmas condições que os recebi.

Comprometemo-nos a manter a confidencialidade dos dados coletados no banco de dados, bem como com a privacidade de seus conteúdos e dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é nossa responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometemo-nos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Para qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações será submetida a apreciação do CEP/UNIFAL-MG.

Alfenas , 01 de novembro de 2024

Documento assinado digitalmente
gov.br CRISTINA GARCIA LOPES ALVES
 Data: 07/11/2024 09:55:32-0300
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br MICAELA APARECIDA TEODORO
 Data: 06/11/2024 18:51:19-0300
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Cristina Garcia Lopes Alves _____ Micaela Aparecida Teodoro _____

II. Da instituição responsável pelo banco/base de dados

Eu, Juscelio Pereira da Silva, docente da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), **AUTORIZO** os pesquisadores Cristina Garcia Lopes Alves, CPF: 579.660.606-91, e demais pesquisadores Micaela Aparecida Teodoro CPF: 099.366.306-02, a terem acesso às informações do banco de dados do projeto de pesquisa intitulado “Efeitos da pandemia de COVID19 na saúde clínica e funcional de pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde da Região Sul de Minas Gerais” que estão sob a minha responsabilidade.

As informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução desse projeto e os pesquisadores se comprometem a preservar as informações constantes nos bancos de dados acessados, garantindo o sigilo e a privacidade dos mesmos.

Documento assinado digitalmente
gov.br JUSCELIO PEREIRA DA SILVA
 Data: 08/11/2024 09:37:56-0300
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Juscelio Pereira da Silva _____
 Responsável técnico/legal pelo banco de dados

Alfenas , 01 de novembro de 2024

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do Respons. pelo banco de dados: _____