



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

FACULDADE DE NUTRIÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE IDOSOS
QUE FREQUENTAM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA EM
CUIABÁ – MT**

DANIELE FERNANDES NONATO DA SILVA

Cuiabá – MT, Setembro de 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

FACULDADE DE NUTRIÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE IDOSOS
QUE FREQUENTAM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA EM
CUIABÁ – MT**

DANIELE FERNANDES NONATO DA SILVA

Trabalho de Graduação apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Bacharel em Nutrição, sob orientação da professora Nilma Ferreira da Silva.

Cuiabá – MT, Setembro de 2018

FICHA CATALOGRÁFICA

S586p Silva, Daniele Fernandes Nonato.

Perfil epidemiológico e nutricional de idosos que frequentam um centro de convivência em Cuiabá – MT / Daniele Fernandes Nonato Silva. --2018

36 f ; 30 cm.

Orientadora: Nilma Ferreira da Silva.

TCC (graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Nutrição, Cuiabá, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Idoso. 2. Envelhecimento Populacional. 3. Perfil Epidemiológico.
4. Saúde.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE NUTRIÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE IDOSOS QUE
FREQUENTAM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA EM CUIABÁ – MT**

DANIELE FERNANDES NONATO DA SILVA

Orientador:

Prof.: Nilma Ferreira da Silva

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Jane dos Anjos Voz

Priscila

Juliana

Julgado em: 04/10/2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por em sua infinita bondade me abençoar com saúde, por ter me dado forças para enfrentar as dificuldades surgidas ao longo da caminhada e por ter me permitido chegar onde estou.

Aos meus pais Marialva e Eduardo, pelo amor incondicional e pela educação. Agradeço-os também por todo apoio, incentivo e paciência.

Aos docentes do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso, pelos ensinamentos transmitidos durante o percurso acadêmico.

A minha orientadora, professora Nilma Ferreira da Silva pelas sugestões, atenção e pelo tempo dedicado às correções deste trabalho.

A mestranda, Iara dos Anjos Vaez por ter me permitido participar de seu projeto de pesquisa.

Aos idosos do Centro de Convivência João Guerreiro, por terem colaborado e contribuído com sua participação no estudo.

Aos amigos, pela compreensão nos momentos de ausência e pelas palavras de apoio.

As amigas de graduação, pelo incentivo e por compartilharem as alegrias e dificuldades ao longo de toda a jornada acadêmica.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, deixo aqui o meu muito obrigada.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 CONCEITUANDO O IDOSO	10
3.2 CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO A NÍVEL MUNDIAL.....	10
3.3 CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL	11
3.4 O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	12
3.5 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	12
3.6 ALTERAÇÕES DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO.....	13
3.7 FATORES ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO COM SAÚDE	13
4. CASUÍSTICA E MÉTODO	15
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
6. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
APÊNDICE A	34
ANEXO A	35
ANEXO B	36

RESUMO

A população de idosos tem crescido mundialmente, sendo importante ter ciência das características que interferem no futuro e qualidade de vida dos mesmos. Dessa maneira, este estudo objetiva caracterizar um grupo de idosos de um Centro de Convivência de Cuiabá – MT quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas, nutricionais e de saúde. Trata-se de um estudo transversal descritivo, no qual os dados foram analisados através do *software Excel* da *Microsoft*. Houve participação de 94 idosos, sendo 85% do sexo feminino. A média de idade encontrada foi de $68 \pm 4,95$ anos. A média do IMC foi de $29,24 \pm 6,22$ para homens e $30,83 \pm 2,68$ para mulheres. Quanto ao estado nutricional, os idosos apresentaram, em sua maioria, sobrepeso (74,5%). As características sociodemográficas indicaram que 38,3% eram casados, 31,9% moravam com o cônjuge e 44,7% tinham ensino fundamental incompleto. Quanto à renda, 55,3% recebiam apenas um (01) salário mínimo. Em relação ao tabagismo e etilismo, houve resposta negativa de 94,7% e 85,1% respectivamente. Todos os idosos (100%) praticavam atividade física. A autopercepção de saúde regular foi a mais prevalente (60,4%) entre a população de estudo. Conclui-se que o conhecimento do perfil desta crescente população viabiliza o conhecimento de suas necessidades, e contribui para a criação de ações e medidas que promovam bem-estar e qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: idoso; envelhecimento populacional; perfil epidemiológico, saúde.

ABSTRACT

The elderly population is growing worldwide. It's important to know the factors that are related with future and life quality of this people. Therefore, this study aimed to characterize a group of old-aged people from a Companionship Center of Cuiabá - MT, describing sociodemographic, financial, nutritional and health characteristics. This is a cross-sectional descriptive study, and data were built using the Microsoft Excel software. The study included 94 elderly people, 85% female. The average age found was 68 ± 4.95 years. The mean BMI was 29.24 ± 6.22 for men and 30.83 ± 2.68 for women. Nutritional status showed that most of them were overweight (74.5%). Sociodemographic characteristics indicated that 38.3% were married, 31.9% lived with the spouse and 44.7% had incomplete elementary education. Earnings showed that 55.3% were benefited with (01) minimum wage. Smoking and alcohol consumption was negative for 94.7% and 85.1% respectively. All of them (100%) practiced some physical activity. Regular health status was the most prevalent (60.4%) when they were questioned about self-rated health. In conclusion, the knowledge of the profile of this growing population enables to understand their needs, and helps to the create actions and measures that promote well-being and quality of life for this people.

KEY-WORDS: elderly; aging population; epidemiological profile, health.

1. INTRODUÇÃO

A população mundial vem passando por um envelhecimento acelerado, decorrente da diminuição da fertilidade e do aumento na expectativa de vida. (STEENMAN E LANDE, 2017). He, Goodkind e Kowal (2016) corroboram afirmando que a expectativa de vida global que era de 46,8 anos em 1950, passou para 70,4 anos em 2015, com a perspectiva de que chegue a 74,5 anos em 2030, ratificando assim que as pessoas estão vivendo por mais tempo. Conforme Sousa e Branca (2011), este processo se desencadeou em alguns países da Europa Ocidental ao final do século 19, sendo estendido ao redor do primeiro mundo no século 20, e propagando-se para os países de terceiro mundo nas últimas décadas.

United Nations (2015) explana que este processo de envelhecimento demográfico consiste em uma das mais significantes transformações sociais do século XXI, com implicações em quase todas as esferas da sociedade.

Conforme Veras (2009), um dos setores que acabam sendo influenciados por este fenômeno são os serviços de saúde, que passam a receber uma demanda maior de idosos, o que conseqüentemente depende em um aumento com os gastos hospitalares.

Esta situação pode ser expressada pelas modificações decorrentes do envelhecimento, que conforme Silva et al. (2018) traduzem-se em mudanças no perfil nutricional, alterações metabólicas, fisiológicas, psicológicas e bioquímicas, que acabam de certa forma fazendo com o que o idoso desenvolva uma certa vulnerabilidade SOBREIRA, SARMENTO e OLIVEIRA (2011).

Além disso, Veras (2009) expõe que “em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos” condição esta, que faz com que os idosos necessitem de cuidados e tratamentos que precisam ser realizados de forma constante.

Diante disso, é pertinente mencionar a observação de Hyde, Higgs e Newman (2009) que salientam que paralelo à conquista de maior longevidade, devem ser levantadas discussões referentes ao futuro desses indivíduos. United Nations (2015) refere que é importante abordar se os anos a mais serão acompanhados de boa saúde, se estes idosos conseguirão viver de forma independente, e ainda se possuirão recursos econômicos suficientes para se manter. Kalache,

Veras e Ramos (1987) condizem, alegando que o aumento no número de idosos só será uma conquista de fato, se eles desfrutarem de qualidade de vida.

O bem-estar pessoal do idoso envolve aspectos relacionados à capacidade funcional, nível socioeconômico, estilo de vida, interação social, entre outros (Vecchia et al. 2005). Neste contexto, os Centros de Convivência condizem em alternativas para aprimorar “aspectos biopsicosociais do envelhecimento com objetivo de melhorar a qualidade de vida do idoso, estimulando sua independência e autonomia” (BRASIL, 2017), considerando que são locais que fornecem atividades variadas a esta população.

Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico de idosos que frequentam um Centro de Convivência no município de Cuiabá – MT, visando conhecer as características sociodemográficas, econômicas, de estilo de vida e de saúde desta população, favorecendo assim a criação de ações que vão de encontro às suas necessidades e contribuam para sua qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o perfil epidemiológico e nutricional de idosos que frequentam um Centro de Convivência em Cuiabá – MT

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos quanto ao perfil sociodemográfico e econômico
- Averiguar a prevalência de tabagismo e etilismo nos idosos
- Verificar a prática de atividade física entre os idosos
- Diagnosticar a percepção dos idosos quanto à própria saúde
- Determinar o estado nutricional dos idosos através do Índice de Massa Corporal (IMC)

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONCEITUANDO O IDOSO

Do ponto de vista cronológico, definido por Hoyer e Roodin (2003 apud Schneider e Irigaray, 2008) como “a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento”, o idoso é definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como quem possui 65 anos de idade ou mais, no caso dos países desenvolvidos, e 60 anos de idade ou mais nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a pessoa idosa é aquela que, de acordo com lei brasileira nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, apresenta 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 2003).

Já no que se refere ao ponto de vista biológico, o envelhecimento está relacionado ao acúmulo de diversos danos moleculares e celulares, que, com o passar do tempo, diminuem as reservas fisiológicas e aumentam a susceptibilidade a doenças (WORD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2016). Filho (2009) retrata ainda o envelhecimento como um processo inerente a todo ser vivo, que vem acompanhado de alterações corporais e psicológicas, fazendo com que o idoso modifique o seu modo de se relacionar com o mundo.

3.2 CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO A NÍVEL MUNDIAL

United Nations Population Fund - UNFPA (2012) afirma que os idosos são a população que mais apresentam crescimento global. No ano de 1950, o número de pessoas idosas no mundo era de 205 milhões, sendo este número ampliado para quase 810 milhões em 2012 (UNFPA, 2012). United Nations (2017) acrescenta que as projeções indicam que o número de idosos alcançará 1,4 bilhões até 2030, ultrapassando para 2,1 bilhões até 2050 e 3,2 bilhões até 2100. O órgão afirma também que o crescimento da população idosa entre os anos de 2015 e 2050 se concentrará em 65% na Ásia, 14% na África, 11% na América Latina e no Caribe e os outros 10% em outras áreas.

UNFPA (2012) ressalta que o fenômeno do envelhecimento acelerado se concentra não apenas nos países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento. Ademais, um ponto destacado por He, Goodkind e Kowal (2016) é que o ritmo de envelhecimento não ocorre de forma homogênea, divergindo tanto em velocidade quanto em níveis de desenvolvimento. Os autores alegam ainda que há uma expectativa de que os idosos continuem a aumentar em número nos países mais desenvolvidos, porém, em um espaço de tempo menor

do que o crescimento nos países menos desenvolvidos, em especial os da Ásia e América Latina.

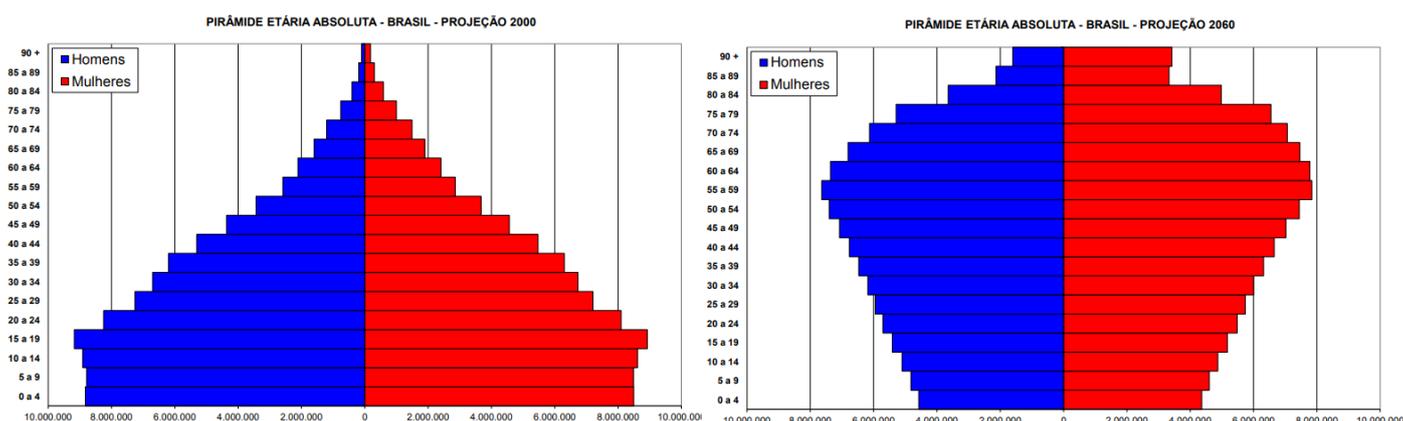
Há uma expectativa de que as pessoas com 60 anos de idade ou mais, que somavam 554 milhões nos países menos desenvolvidos em 2013, chegue a um número aproximado de 1,6 bilhões em 2050, visto que a proporção de crescimento anual nesses locais é quase três vezes maior do que nas regiões mais desenvolvidas (CHATTERJI et al., 2014).

3.3 CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Os estudos populacionais brasileiros demonstram que o Brasil tem se incluído nesse processo de transição demográfica. Küchemann (2012) afirma que a população idosa é a que mais cresce no Brasil, desde os anos 1940. Lima-Costa e Veras (2003) relatam que o número de idosos no país que era de 3 milhões em 1960, passou para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, tendo-se a estimativa de que em 2020 esse número alcançará 32 milhões. No ano de 2017, o país já contava com 30,2 milhões de idosos, obtendo um aumento em 18% desde 2012, onde o número de idosos era de 25,4 milhões (IBGE, 2018).

Segundo Brasil (2017), entre os anos de 2005 e 2015, houve um aumento de 9,8% para 14,3% de idosos no país. Nessa perspectiva, o Brasil é considerado um país envelhecido, visto que a Onu atribui esta característica aos países que possuem ao menos 7% de população idosa ONU (apud DAWALIBI, GOULART E PREARO, 2014).

A mudança da típica pirâmide populacional de formato triangular, com base alargada, que tem assumido uma base mais estreita com vértice mais largo, comprova o aumento significativo da população idosa no Brasil. No gráfico abaixo é possível visualizar a transição demográfica pela qual o país tem passado em uma projeção da população brasileira em 2000 e 2060 (IBGE, 2013).



Fonte: IBGE (2013)

3.4 O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Este processo de evolução demográfica é descrito por He, Goodkind e Kowal (2016) em quatro etapas.

Na primeira, a taxa de nascimento e a taxa de mortalidade são altas, resultando em baixo crescimento populacional e estrutura etária com formato de pirâmide, com muitas crianças e pouca população idosa. Na segunda etapa, a queda da mortalidade infantil combinada com a manutenção de altas taxas de fertilidade provoca crescimento populacional, potencialmente com um efeito virtuoso, o chamado “bônus demográfico”, uma vez que cresce a proporção da população em idade ativa. Na terceira etapa, o fato relevante é a queda na taxa de fertilidade, estreitando a base da pirâmide e empurrando para cima a média de idade da população. Por fim, na quarta, a mortalidade e a fertilidade são baixas e estáveis, o crescimento populacional estabiliza-se e a estrutura etária torna-se quase retangular, com maior peso da população idosa, marcada pelo fenômeno do envelhecimento populacional (HE, GOODKIND E KOWAL, 2016).

Como causas para o aumento da expectativa de vida, Meireles et al. (2007) cita os “avanços científicos e tecnológicos, das melhores condições de higiene e saneamento básico, que reduziram, por exemplo, as mortes por doenças infecto-contagiosas” (MEIRELES et al. 2007)

3.5 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Pereira, Spyrides e Andrade (2016) expressam que concomitante ao envelhecimento da população e a maior expectativa de vida vivenciada pelos idosos, ocorreram transformações de caráter epidemiológico, onde as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a se sobressair. Duarte e Barreto (2012) contribuem ao relatar que no ano de 2010, os óbitos no Brasil tiveram 73,9% de causas relacionadas às DCNT, ratificando a magnitude das mesmas no contexto da transição epidemiológica.

Neste contexto, Andrade et al. (2014) afirmam que as comorbidades passam a substituir a mortalidade, desta forma, “manter a capacidade funcional aparece como um e a manutenção da capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, relevante para o idoso” (RAMOS, 2003).

3.6 ALTERAÇÕES DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento por si só acarreta em mudanças que podem levar os idosos mais rapidamente às perdas de autonomia e qualidade de vida, sendo comuns alterações metabólicas, fisiológicas, psicológicas e bioquímicas, que influenciam diretamente no estado nutricional (SILVA et al. 2018).

No que tange ao estado nutricional, Souza et al., (2018) afirmam que há uma diminuição da massa corporal, da quantidade de líquido no corpo e do metabolismo, além de aumento de tecido adiposo. Assim, um problema de saúde relevante entre esta população é a obesidade. Santos et al. (2013) afirmam que a obesidade não se trata apenas do aumento do peso, e sim do excesso de gordura corporal, que com o envelhecimento, altera o seu padrão de distribuição, concentrando-se em maior parte na região abdominal e visceral. Este distúrbio nutricional é um fator preocupante, visto que se associa com “risco de morte prematura, de diabetes mellitus, de hipertensão arterial sistêmica, de dislipidemias, de doenças cardiovasculares e do câncer” (PEREIRA, COTTA, FRANCESCHINI, 2006).

Conforme Otero et al. (2002), uma frequente alteração que também é característica do envelhecimento e se associa ao estado nutricional diz respeito à desnutrição energético-proteica, visto que a mesma aumenta a mortalidade e a probabilidade de infecções, além de reduzir a qualidade de vida dos mesmos.

3.7 FATORES ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO COM SAÚDE

Pereira, Spyrides e Andrade (2016) destacam que além da “complexidade” decorrente das mudanças advindas do envelhecimento, existe a influência de fatores “sociais, econômicos e de estilo de vida, que podem interferir diretamente no estado nutricional de idosos”. OMS (2015) confirma, salientando que apesar de as alterações provenientes do envelhecimento terem uma parcela de consequência de heranças genéticas, grande parte é derivada do ambiente físico e social ao qual o idoso habita.

Borim, Barros e Neri (2012) afirmam que os hábitos desenvolvidos pelo idoso podem contribuir para prevenir ou até mesmo para o surgimento de determinadas patologias oriundas do estilo de vida, visto que este é influenciado por fatores demográficos e socioeconômicos.

Ademais, cabe ressaltar que conforme a WHO (2016), as mudanças ocorridas com o envelhecimento não são sequenciais ou contínuas, e tem pouca relação com a idade de uma pessoa em anos, de modo que alguns idosos de 70 anos podem ter boa capacidade física e mental

enquanto outros de mesma idade podem apresentar fragilidade e necessitar de suporte para algumas atividades diárias.

Com base nessa perspectiva, é importante ressaltar o pensamento de Farinasso (2005) acerca da importância de se conhecer o perfil da população idosa não apenas com fins de aperfeiçoar as políticas de saúde, mas também para oferecer a eles um atendimento satisfatório por parte dos profissionais de saúde, que poderão promover estratégias aliando o conhecimento clínico e epidemiológico.

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 CASUÍSTICA

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado no Centro de Convivência de Idosos (CCI) João Maria dos Santos “João Guerreiro”, localizado na Rua 01, s/n, Bairro Altos do Coxipó, no município de Cuiabá - Mato Grosso.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Área da Saúde (CEP-SAÚDE) com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 79479617.7.0000.8124 da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), atendendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram incluídos no estudo os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que participavam das atividades do centro de convivência e aceitaram o convite, assinando previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Não participaram do estudo pessoas que frequentavam o Centro de Convivência, mas tinham idade inferior a 60 anos.

4.2 MÉTODO

VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis coletadas no estudo incluíram dados sociodemográficos, econômicos e de saúde.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS

Para a coleta das variáveis sociodemográficas e econômicas, foi realizado um formulário previamente elaborado (Apêndice A) com base em outros estudos populacionais, considerando: sexo (masculino/feminino), idade, estado civil, nível de escolaridade e arranjo familiar. Para o nível socioeconômico foi utilizada a renda pessoal do idoso (considerando o salário mínimo vigente no momento da pesquisa de R\$ 937,00) conforme o Decreto nº 8.948 de 29 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016).

VARIÁVEIS DE SAÚDE

Foram realizadas a coleta de dados antropométricos (Anexo A) para a avaliação do estado nutricional, além de dados referentes ao estilo de vida e autopercepção do estado de saúde (Apêndice A).

ESTADO NUTRICIONAL

Foram aferidos peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), procedimento utilizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS para classificação do estado nutricional (BRASIL, 2004).

Para a aferição do peso e da altura o participante foi instruído a retirar sapatos e roupas pesadas, remover enfeites e prendedores de cabelo e desfazer qualquer tipo de penteado, seguindo assim as orientações do Manual de Antropometria elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2011.

A fórmula utilizada para calcular o IMC foi a seguinte:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Fonte: BRASIL (2004)

Para a classificação do estado nutricional foram utilizados pontos de corte adotados pelo Ministério da Saúde e recomendados pela OMS, sendo estes, específicos para idosos, por considerarem as alterações fisiológicas que ocorrem com este grupo populacional, onde:

$$\text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2 = \text{Baixo peso}$$

$$\text{IMC entre } 22\text{-}27 \text{ kg/m}^2 = \text{Eutrofia}$$

$$\text{IMC} > 27\text{kg/m}^2 = \text{Sobrepeso}$$

Fonte: LIPSCHITZ, D. A.,(1994, apud BRASIL, 2004).

ESTILO DE VIDA E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

Foram coletadas também informações referentes aos hábitos de vida, como etilismo, tabagismo e atividade física, além de auto percepção do estado geral de saúde, indicador este com vasta utilização em estudos epidemiológicos e convencionalmente avaliado em idosos, visto que é um preditor significativo de problemas de saúde (PAVÃO, WERNECK e CAMPOS, 2013).

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados foram analisados utilizando o *software Excel* da *Microsoft*, de forma descritiva para frequências absolutas (n) e relativa (%), cálculos de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para variáveis quantitativas, sendo apresentados através de tabelas e gráficos para visualização, análise e compreensão dos resultados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme a Figura 1, houve maior participação de mulheres (85%) no estudo. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos de Silva et al. (2011) e Kaiser et al. (2010), que encontraram prevalência de 90,8% e 75,2% de mulheres respectivamente.

Estes dados respaldam a propensão de maior participação feminina nos estudos entre idosos. Isto pode ser atribuído ao fato de as mulheres viverem mais tempo do que os homens (WHO, 2002). IBGE (2002) corrobora ao afirmar que expectativa de vida das mulheres no Brasil é superior à dos homens em 8 anos.

O Observatório Brasil da Igualdade de Gênero (Brasil, 2010) associa este fato ao menor número de mortalidade feminina por causas violentas, enquanto os homens têm um número superior neste sentido. A maior expectativa de vida por parte das mulheres também pode estar associada ao fato de as mesmas procurarem serviços de saúde com mais frequência (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987). Brasil (2009) contribui ao afirmar que “Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da própria invulnerabilidade” (BRASIL, 2009). Schlenker (apud Mastroeni et al., 2007) considera ainda que a maior esperança de vida vivenciada pelas mulheres pode estar ligada a questões genéticas ou ambientais.

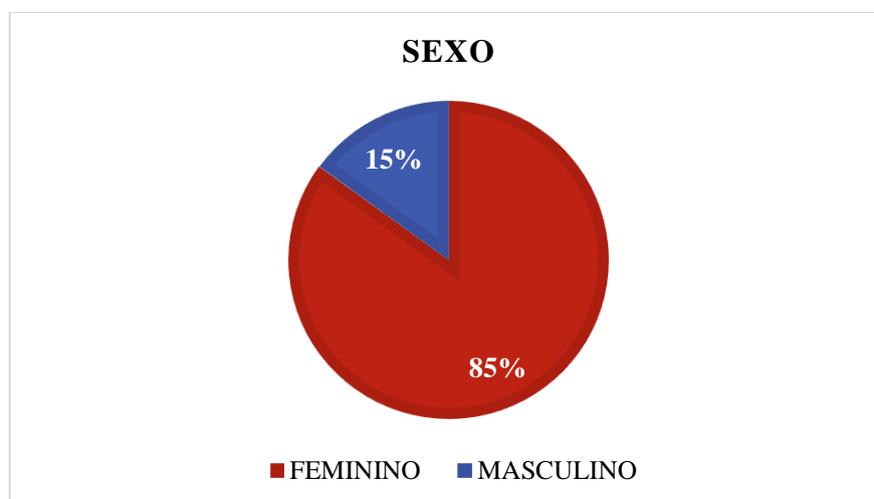


Figura 1. Distribuição dos idosos de um Centro de Convivência de Cuiabá – MT, segundo sexo, Cuiabá - MT, 2018.

Em relação a idade, a média encontrada na população estudada foi de $68\pm 4,95$ anos (Tabela 1). Semelhante ao estudo de Moraes e Souza (2005) com idosos da região metropolitana de Porto Alegre, onde a idade média foi de $68\pm 6,66$. Andrade et al. (2014) encontraram dados similares em seu estudo com idosos de Cajazeiras - Paraíba, sugerindo que isto pode estar relacionado ao fato de que quanto mais idade, maior a dependência dos idosos, o que pode restringir a possibilidade de participarem de atividades grupais fora de casa. Fonseca (2005) apud Ferreira et al. (2010) também cita que a maior presença de idosos jovens, ou seja, abaixo de 80 anos, pode estar relacionada à perda da capacidade adaptativa por parte dos idosos mais velhos

A partir da Tabela 1, observa-se também que os homens apresentaram média de peso superior ($84,10\pm 16,69$) às mulheres ($73,21\pm 6,43$). O mesmo aconteceu para a estatura, na qual os homens apresentaram média de $1,70\pm 0,01$ e as mulheres de $1,54\pm 0$. A média do IMC foi de $29,24\pm 6,22$ para homens e $30,83\pm 2,68$ para mulheres.

Tabela 1. Distribuição de média e desvio padrão de idade, peso, estatura e Índice de Massa Corporal (IMC) dos idosos de um Centro de Convivência de Cuiabá-MT segundo o sexo, Cuiabá-2018.

VARIÁVEL	MASCULINO		FEMININO	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Idade	68	1,4	68	3
Peso	84,10	16,69	73,21	6,43
Estatura	1,70	0,01	1,54	0
IMC	29,24	6,22	30,83	2,68

A desnutrição é um importante fator ligado à mortalidade em idosos, principalmente os institucionalizados, entretanto, observa-se um aumento progressivo de sobrepeso nesta população. Este fato acarreta complicações aos idosos, visto que “acelera o declínio funcional [...] gerando, assim, perda de independência e autonomia” MOREIRA e HORIE (apud SANTOS et al., 2010).

A Tabela 2 apresenta dados referentes ao estado nutricional dos idosos no presente estudo. A partir de sua análise, é possível constatar uma grande incidência de idosos com sobrepeso (74,5%), enquanto apenas 24,5% apresentavam eutrofia. O resultado do estudo de Bassler e Lei (2008) acerca da situação nutricional de idosos da cidade de Pinhais – PR também demonstrou maior presença de idosos com sobrepeso (57,4%), enquanto 9,6% apresentaram baixo peso.

Ressalta-se que no presente estudo, o sobrepeso prevaleceu nas idosas (78,8%), ao passo que entre os idosos houve distribuição de 50% tanto para os eutróficos quanto para os com sobrepeso. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Pereira, Spyrides e Andrade (2016) sobre o estado nutricional de idosos no Brasil, onde a taxa de sobrepeso nas idosas foi de 41,9% e entre os idosos foi de 31,6%. O resultado do estudo de Lebrão e Laurenti (2005) com idosos no município de São Paulo equiparam-se, com prevalência 40,5% de sobrepeso e obesidade em idosas e 21,7% e nos idosos. Lebrão e Duarte (2003) expõem que as mulheres, independentemente da idade, apresentam valores superiores de gordura corporal em relação aos homens, além de menor quantidade de massa corporal e menor estatura, sendo esta uma possível explicação para estes resultados.

No estudo de Pereira, Spyrides e Andrade (2016), observou-se ainda que os homens apresentaram maior proporção de baixo peso. Bassler e Lei (2008) também encontraram maior incidência de baixo peso entre os idosos do sexo masculino (12,5%). Contudo, no presente estudo não houve a mesma associação, visto que o único idoso que apresentou baixo peso (1,1%) era do sexo feminino.

Tabela 2. Estado nutricional pelo IMC de idosos de um Centro de Convivência de Cuiabá, - MT, segundo sexo, Cuiabá, 2018.

VARIÁVEL	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	0	0	1	1,3	1	1,1
Eutrofia	7	50	16	20	23	24,5
Sobrepeso	7	50	63	78,8	70	74,5

Analisando a Tabela 3, percebe-se que a maior parte dos idosos eram casados (38,3%). Este resultado é compatível ao de Rocha, Gardenghi e Oliveira (2017) que encontraram 44,38% de idosos casados em Goiânia, GO. Em estudo de Sobreira, Sarmiento e Oliveira (2011) também houve maior predominância de idosos casados (66,7%). Entre os idosos casados, predominaram os de sexo masculino (78,6%), enquanto entre os idosos viúvos, as mulheres foram maioria (29%). Este dado é consoante com o estudo de Lebrão e Laurenti (2005), que encontraram 42,6% de mulheres viúvas. Tal fato pode associar-se à maior expectativa de vida vivenciada pelas mulheres, ou ainda ao fato de os homens terem mais chance de se casar novamente (LEBRÃO E LAURENTI, 2005). Debert (1999 apud Aerosa e Bulla, 2010) acrescenta que o momento de viuvez proporciona independência para algumas mulheres, que acabam conseguindo realizar alguns sonhos que não haviam conseguido quando casadas.

Quanto ao arranjo familiar, a maioria residia apenas com o cônjuge (31,9%). Apesar do resultado demonstrar maior participação de idosos residindo com o cônjuge em ambos os sexos, nota-se que entre os do sexo masculino este dado foi mais expressivo, enquanto entre as idosas, o arranjo familiar apresentou maior variedade, com 26,3% morando apenas com o cônjuge, enquanto 25% residiam com filhos, 23,8% sozinhas e 17,5% com outros parentes. Este resultado se assemelha ao estudo de Romero (2002), no qual os homens moravam em sua maioria com o cônjuge (64,3%), enquanto entre as mulheres, 46% residiam com o cônjuge, 23,5% com filhos, 13,7% com algum outro parente e 16,7% sozinhas. O índice elevado de idosas morando com os filhos encontra-se à ideia de Andrade Paulo (2008) na qual há uma necessidade de o idoso residir com os filhos, em vista do envelhecimento requerer necessidades de cuidado e auxílio devido a problemas de saúde. Nota-se ainda que os idosos que moram sozinhos correspondem à terceira categoria mais representativa (21,3%). Sayeg (1998 apud Lopes et al., 2014) alega que o fato de morar sozinho pode indicar maior autonomia em aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Em relação à renda, houve predomínio de idosos com renda pessoal de um (01) salário mínimo (55,3%). Em um estudo com idosos assistidos por uma equipe da Estratégia Saúde da Família em Uberaba – MG, Lopes et al. (2014) encontraram resultado semelhante, com 55,2% dos idosos referindo renda pessoal de um (01) salário mínimo. Conforme Santos, Machado e Leite (2010), os idosos com baixa renda podem estar mais susceptíveis fatores de risco, além de apresentarem dificuldades para acessar serviços de saúde e adquirir bens de consumo. Esta ideia é respaldada por Barreto e Fermoseli (2017), ao explanarem que os idosos de baixa renda presentes em seu estudo não tinham condições de manter necessidades básicas de

sobrevivência, sugerindo assim, que um nível socioeconômico reduzido tem influência negativa na qualidade de vida.

Tabela 3. Distribuição de variáveis demográficas dos idosos de um Centro de Convivência de Cuiabá – MT, segundo o sexo, Cuiabá-MT, 2018.

VARIÁVEL	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Solteiro	0	0	10	12,5	10	10,6
Casado	11	78,6	25	31,3	36	38,3
Viúvo	1	7,1	28	35,0	29	30,9
Separado	2	14,3	17	21,3	19	20,2
Arranjo Familiar						
Sozinho	1	7,1	19	23,8	20	21,3
Cônjuge	9	64,3	21	26,3	30	31,9
Filhos	1	7,1	20	25,0	21	22,3
Netos	1	7,1	6	7,5	7	7,4
Outros	2	14,3	14	17,5	16	17
Renda Pessoal						
Sem Renda	0	0	5	6,3	5	5,3
< 1 SM *	1	7,1	7	8,8	8	8,5
1 SM	6	42,9	46	57,5	52	55,3
2 SM	6	42,9	12	15,0	18	19,1
3 a 4 SM	1	7,1	8	10,0	9	9,6
5 a 6 SM	0	0	2	2,5	2	2,1
Escolaridade						
EFC	2	14,3	9	11,3	11	11,7
EFI	7	50,0	35	43,8	42	44,7
EMC	3	21,4	16	20,0	19	20,2
EMI	1	7,1	11	13,8	12	12,8
ESC	0	0	2	2,5	2	2,1
ESI	1	7,1	0	0	1	1,1
PG	0	0	1	1,3	1	1,1
Não Estudou	0	0	6	7,5	6	6,4

EFC - Ensino Fundamental Completo; EFI - Ensino Fundamental Incompleto; EMC - Ensino Médio Completo; EMI - Ensino Médio Incompleto; ESC - Ensino Superior Completo; ESI - Ensino Superior Incompleto; PG - Pós Graduação; Não Estudou.

Em análise Melo, Ferreira e Teixeira (2014) acerca das condições de vida dos idosos no Brasil, foi detectado que quanto maior a renda, menor era a declaração de incapacidade do idoso, condição que se explicou ao fato de um nível de renda elevado possibilitar o acesso a serviços de saúde mais aprimorados, e ainda permitir uma inserção social mais ativa.

Quanto à escolaridade, os idosos com ensino fundamental incompleto foram predominantes (44,7%), indo de encontro ao resultado de Alencar et al (2012) que encontrou 59,6% de idosos com baixa escolaridade em um estudo realizado em uma instituição de longa permanência de Minas Gerais - BH. Em estudo de Mastroeni et al. (2007) os idosos com ensino fundamental incompleto também foram maioria (72,9%). Houve maior participação de idosos com ensino fundamental incompleto (53%) também no estudo de Andrade et al (2014), que associaram este resultado ao fato de que grande parte dos idosos precisavam trabalhar, privando assim o seu estudo.

Souza e Silver (2008) destacam que os idosos cresceram em uma época onde o acesso à educação era difícil, principalmente para as mulheres, visto que havia uma prioridade para os homens, sendo esta outra possível razão para a baixa escolaridade encontrada em idosos. Barreto e Fermoseli (2017) alegam que o baixo nível de escolaridade é um fator que dificulta no entendimento das implicações de determinadas patologias e no cuidado com a saúde em geral.

Ao se analisar as variáveis de estilo de vida (Tabela 4), foi possível perceber que grande parte dos idosos não eram tabagistas (94,7%). Este dado respalda a tendência dita por Tromas, Walker, Wilmot, & Bennett (1998 apud Kümpel et al., 2014) de que o hábito de fumar é reduzido após os 60 anos de idade em comparação a pessoas mais jovens. Zaitune (2012) corrobora ao evidenciar em seu estudo sobre os fatores associados ao tabagismo em idosos, que houve um declínio no número de fumantes conforme a idade aumentava. O autor cita ainda como prováveis causas desta redução: “o surgimento de agravos que levam à recomendação de cessação do consumo de cigarros, a maior probabilidade de óbito precoce dos fumantes, a atual e crescente preocupação com a saúde levando a adotar comportamentos mais saudáveis” (ZAITUNE, 2012). Este último fator possivelmente se relaciona ao baixo índice de idosos tabagistas encontrados no presente no estudo, considerando que o fato de frequentarem o Centro de Convivência indica a procura dos mesmos por uma vida mais saudável.

Nota-se ainda que em relação ao etilismo, também houve prevalência de respostas negativas (85,1%). De mesmo modo, este resultado pode estar associado à busca da população

estudada por um estilo de vida mais saudável. Contudo, os 14,9% que responderam positivamente à esta questão podem estar mais susceptíveis à quedas, fraturas e acidentes, além de carências nutricionais, visto que as calorias do álcool podem produzir saciedade precoce, caso haja um consumo excessivo (LETIZIA e REINBOLZ, 2005).

Conforme Oliveira et al. (2010), a prática de exercício físico por idosos colabora para manter o condicionamento físico, além de ser fator protetor para doenças e gerar auto independência. Paffenbarger e Lee (1996) obtiveram resultados em seu estudo que indicaram a atividade física como um fator que melhora o nível de pressão arterial, bem como o perfil de lipoproteínas e tolerância a glicose, atestando assim que a atividade física contribui para melhorias na saúde e promoção da longevidade. No presente estudo, houve unanimidade entre os idosos praticantes de atividade física, sendo importante ressaltar, entretanto, que o Centro de Convivência, local onde os idosos estavam inseridos e o estudo foi realizado, oferecia opções de atividades físicas.

Tabela 4. Distribuição das variáveis de hábitos de vida dos idosos de um Centro de Convivência de Cuiabá – MT, segundo o sexo, Cuiabá-MT, 2018.

VARIÁVEL	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Tabagismo						
Sim	0	0	5	6,3	5	5,3
Não	14	100	75	93,8	89	94,7
Etilismo						
Sim	5	35,7	9	11,3	14	14,9
Não	9	64,3	71	88,8	80	85,1
Prática de atividade física						
Sim	14	100	80	100	94	100
Não	0	0	0	0	0	0

No que tange à percepção da própria saúde (Tabela 5), os idosos relataram, na sua maioria, um estado de saúde regular (60,4%). Estudo realizado por Silva et al. (2011) com idosos frequentadores de grupos de convivência em Iguatu, CE demonstra resultado semelhante, com 53,8% dos idosos referindo autopercepção de saúde como regular. Feliciano, Moraes e Freitas (2004) encontraram 45% de idosos referindo sua saúde como regular em estudo com idosos de baixa de renda no município de São Carlos, SP.

Borim, Barros e Neri (2012) afirmam que em decorrência de comorbidades, a autoavaliação de saúde negativa é encontrada com frequência em idades mais avançadas. As autoras ainda relatam que em seu estudo, este resultado se associou a baixo nível de escolaridade e socioeconômico.

A literatura demonstra que a autopercepção negativa de saúde tem maior incidência idosos institucionalizados, assim, o grande número de idosos com percepção negativa de saúde neste estudo expressa uma preocupação levantada por Zanesco et al. (2018), visto que a percepção de saúde associa-se à morbidades e mortalidade em idosos. Em seu estudo sobre os fatores determinantes para a percepção de saúde negativa entre idosos brasileiros, os autores ainda encontraram que entre os idosos cuja avaliação da percepção de saúde foi negativa, 62% haviam referido possuir alguma doença crônica, física ou mental, sendo esta condição associada pelos autores à interferência destas doenças em fatores sociais, psicológicos e sociais do idoso.

Jerez-Roig et al. (2016) encontraram em um estudo realizado com idosos institucionalizados no município de Natal, que a maior parte cuja percepção de saúde foi negativa possuíam alguma doença crônica. No presente estudo não foi realizada associação direta entre a percepção de saúde e doenças, entretanto, notou-se que muitos idosos referiram ser portadores de diabetes ou hipertensão arterial.

Tabela 5. Autopercepção de saúde em idosos de um Centro de Convivência de Cuiabá – MT, segundo o sexo, Cuiabá-MT, 2018.

VARIÁVEL	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Ótima	1	7,1	7	8,8	8	8,5
Boa	1	7,1	22	27,5	23	24,5
Regular	12	85,7	45	56,3	57	60,4
Ruim	0	0	6	7,5	6	6,4
Muito ruim	0	0	0	0	0	0

6. CONCLUSÃO

A realização do estudo permitiu a obtenção de dados referentes ao perfil de idosos frequentadores de grupos de convivência, fornecendo informações relevantes para o campo da saúde frente ao fenômeno do envelhecimento populacional.

De modo geral, a população do estudo foi composta, em sua maioria, por idosos com sobrepeso, ensino fundamental incompleto e renda de um salário mínimo. As mulheres, viúvas, e com variedade quanto ao arranjo familiar foram maioria. O hábito de fumar e beber foi relativamente baixo entre os idosos e a prática de atividade física foi unanimidade entre eles, que relataram, em maior parte, um estado de saúde regular. Diante desses dados, fica notório a necessidade de se atribuir um olhar aprofundado para a saúde e bem-estar dos idosos, considerando as eventualidades de saúde decorrentes da maior expectativa de vida.

A aplicação dos formulários com questões comumente utilizada em estudos populacionais com idosos subsidiou a caracterização dessa população, permitindo assim, que os objetivos do presente estudo fossem alcançados. Considerando ainda a relevância do tema e a perspectiva de não esgotamento de informações frente a este assunto, propõe-se o desenvolvimento de novos estudos, que podem ser aprimorados através de ampliação do número de participantes e associação das variáveis estudadas entre si, para detectar as influências que as mesmas possivelmente exercem uma sobre a outra.

Em suma, conclui-se que a aplicação de estudos que viabilizam o conhecimento do perfil dos idosos, possibilita a criação de ações e medidas que favoreçam um envelhecimento saudável e gerem qualidade de vida a este público. A inserção destas medidas no campo estudado, especificamente, proporciona meios de criar atividades que podem atingir uma quantidade significativa de idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AEROSA, V. C.; BULLA, L. C. O envelhecimento humano e as novas configurações familiares: o idoso como provedor. **Revista Psicologia**, Lisboa, v. 24, 2010.

ALENCAR, M. A. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 161-171, 2012.

ANDRADE PAULO, M. **A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada**. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

ANDRADE, A. N. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, vol. 17, p. 39-48, 2014.

BARRETO, M. A. M.; FERMOSELI, A. F. O. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, p. 801-813, 2017.

BASSLER, T. C.; LEI, D. L. M. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). **Revista de Nutrição**, Campinas, vol. 21, p. 311-321, 2008.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 28, p. 769-780, 2012.

BRASIL, Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano. **Cartilha do Idoso - Direitos Da Pessoa Idosa**. Prefeitura de Cuiabá: 2017.

BRASIL. Decreto nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2016. Seção 1. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2016&jornal=1&pagina=12&totalArquivos=384>>. Acesso em: jun. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE Notícias. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Brasil, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em: jul. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coord. de Pop. e Indicadores Sociais. **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060 - Unidades da Federação 2000-2030**. Rio de Janeiro, RJ, 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1º out. 2003. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm> Acesso em: jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília, DF, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portal Brasil. **Em 10 anos, cresce número de idosos no Brasil**. Brasil, 2017. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/12/em-10-anos-cresce-numero-de-idosos-no-brasil>> Acesso em: jul 2018.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Edição especial da Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. Brasília, DF, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Diretoria de Pesquisas Departamento de População e Indicadores Sociais. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, RJ, 2002.

CHATTERJI, S. et al. Health, functioning, and disability in older adults - present status and future implications. **The Lancet**, vol 385, 2014.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 19, p. 3505-3512, 2014.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, vol. 21, p. 529-532, 2012.

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família**. 112p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, p. 1575-1585, 2004.

FERREIRA, C. L. et al. Velhice e projetos de vida: estudo com idosos residentes no município de Natal/RN, Brasil. **Revista Estudo Interdisciplinar Sobre o Envelhecimento**, Rio Grande do Sul, v. 15, p. 165-175, 2010.

FILHO, W. J. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, SP, vol. 47, p. 27-32, 2009.

HE, W.; GOODKING, D.; KOWAL, P. **An Aging World: 2015**. U.S. Census Bureau. Washington, DC, 2016.

HYDE, M.; HIGGS, P.; NEWMAN, S. **Chronic psychical illness: self-management and behavioural interventions**. The health profile of ageing populations. 1 ed. Maidenhead: Open University Press, 2009.

JEREZ-ROIG, J. et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 21, 2016.

KAISER M.J. et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the Mini Nutritional Assessment. **Journal of the American Geriatrics Society**. New York, vol. 58, p. 1734-1738, 2010.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 21, p. 200-210, 1987.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**. Brasília, vol. 27, p. 165-180, 2012.

KÜMPEL, C. et al. Aspectos sociais relacionados ao tabagismo em idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, vol. 17, p.183-199, 2014.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde, bem-estar e envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Organização Pan-Americana de Saúde: Brasília, 2003.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, vol. 8, p. 127-41, 2005.

LETIZIA, M.; REINBOLZ, M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. **Geriatric Nursing**, Vol. 26, p. 176–183, 2005.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública** Rio de Janeiro, vol. 19, p. 700-701, 2003.

LOPES, F. A. M. et al. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Família**. Minas Gerais, vol. 3, p. 84-94, 2014.

MASTROENI, M. F. et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, vol.10, p. 190-201, 2007.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol.16, p. 69-80, 2007.

MELO, N. C. V.; FERREIRA, M. A. M.; TEIXEIRA, K. M. D. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**. Viçosa, v. 25, p. 4-19, 2014.

MORAES, J. F.D.; SOUZA, V. B. A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 27, p. 302-308, 2005.

OLIVEIRA, A. C. et al. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, vol. 13, p. 301-312, 2010.

OMS - Organização Mundial Da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde - Resumo**. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2015.

OTERO, U. B. et al. Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980-1997. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 36, p. 141-148, 2002.

PAFFENBARGER, R. S.; LEE, I.-M. Physical Activity and Fitness for Health and Longevity. **Research Quarterly for Exercise and Sport**. London, vol. 67, p. 11–28. 1996.

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. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 29, p. 723-734, 2013.

PEREIRA, I. F. S.; SPYRIDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.32, 2016.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C. Fatores Associados Ao Estado Nutricional No Envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**. Minas Gerais, vol. 16, p. 160-164, 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 19, p. 793-798, 2003.

ROCHA, F.S.; GARDENGHI, G.; OLIVEIRA, P .C. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, vol. 30, p. 170-178, 2017.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol 7, p. 777-794, 2002.

SANTOS, A. C. O.; MACHADO, M. M. O.; LEITE, E. M. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, vol. 4, p. 168-175, 2010.

SANTOS, R. R. et al. Obesidade em idosos. **Revista Médica de Minas Gerais**. Minas Gerais, vol. 23, p. 64-67, 2013.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, vol. 25, p. 585-593, 2008.

SILVA, V. S. et al. Evolução e associação do IMC entre variáveis sociodemográficas e de condições de vida em idosos do Brasil: 2002/03-2008/09. **Revista Ciência & Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 23, p. 891-901, 2018.

SILVA, H. O. et al. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, vol. 14, p. 123-133, 2011

SOBREIRA, F. M. M.; SARMENTO, W. E.; OLIVEIRA, A. M. B. Perfil Epidemiológico e Sócio-Demográfico de Idosos Frequentadores de Grupo de Convivência e Satisfação Quanto à Participação no Mesmo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, vol. 15, p. 429-438, 2011.

SOUSA, S. P. O.; BRANCA, S. B. P. Panorama epidemiológico do processo de envelhecimento no mundo, Brasil e Piauí: evidências na literatura de 1987 a 2009. **Enfermagem em Foco**. Vol. 2, p.188-190, 2011.

SOUZA, Y. P. A et al. Qualidade de Vida de Idosos com Obesidade ou Sobrepeso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 22, n. 2, p. 155-164,2018.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosos de uma localidade de baixa renda. **Esc Anna Nery Rev Enferm. Rio de Janeiro**, vol. 12, p. 706-716, 2008.

STEENMAN, M.; LANDE, G. Cardiac aging and heart disease in humans. **Biophysical Reviews**. Vol. 9, p. 131–137, 2017.

UNFPA - United Nations Population Fund. Help Age International (HAI). **Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge**. United Nations Population Fund: New York, 2012.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing**. United Nations: New York, 2015

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). **World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables**. United Nations: New York, 2017.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, vol. 8, p. 246-252, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 43, p. 548-554, 2008.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 21, p. 225-33, 1987.

WHO - World Health Assembly, 69. **Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health.** World Health Organization: Geneva, 2016.

WHO - World Health Organization. **Active aging – a policy framework.** Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department, Aging and the Life Course. World Health Organization: 2002.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 28, p. 583-595, 2012.

ZANESCO, C. et al. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, vol. 21, p. 293-303, 2018.

APÊNDICE A – Questionário com variáveis sociodemográficas, econômicas, de estilo de vida e autopercepção de saúde

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () separado

Faz uso de bebida alcoólica: () sim () não Faz uso de cigarro: () sim () não

Pratica alguma atividade física? () sim () não

1. Qual a sua escolaridade?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio completo | <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior completo | <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Não frequentou a escola | |

2. Com quem mora?

- Sozinho () Com esposo (a) () Com filhos (as) () Com netos (as) () outros

3. Qual a sua renda mensal:

- Nenhuma
 Menos de 01 salário mínimo
 01 salário mínimo
 02 salários mínimos
 03 a 04 salários mínimos
 05 a 06 salários mínimos
 07 a 08 salários mínimos
 Mais de 09 salários mínimos

4. Como você considera a sua saúde?

- Ruim () Regular () Boa () Ótima

ANEXO A – Formulário com variáveis antropométricas

Nome completo:

Local:

N.º:

Variáveis	Valor encontrado
Discente	
Idade anos	
Data de nascimento	
Sexo	
Peso	
Altura	
IMC	

ANEXO B - Termo de consentimento assinado pelos idosos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos de um Centro de Convivência de Cuiabá.

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo avaliar a capacidade funcional e o estado nutricional de indivíduos idosos que participam de um centro de convivência de Cuiabá.

Procedimentos: A pesquisa que está sendo realizada com o senhor (a) envolve a resposta de perguntas simples sobre seu histórico de vida, após essas perguntas o senhor (a) será convidado a subir em uma balança portátil calibrada, e em seguida sua altura será aferida, após essa etapa iniciam-se os testes físicos para avaliar sua capacidade funcional. Para avaliar sua capacidade funcional o senhor (a) irá caminhar com sua velocidade normal de marcha sobre uma linha branca traçada no chão com o comprimento de 4,6 m, respeitando seu tempo necessário para a realização deste. Serão apresentadas ao senhor todas as medidas obtidas, e as pesquisadoras estarão sempre dispostas para esclarecer qualquer dúvida. Os riscos que o senhor (a) corre de participar dessa pesquisa são pequenos mais existem como, ficar cansado (a) e indisposto (a) de realizar os testes ou de responder perguntas relacionadas ao seu histórico de vida. No final do estudo o senhor (a) será informado sobre os resultados e também orientado sobre seu estado nutricional e sua capacidade funcional, além de colaborar com a área científica, que a cada dia mais necessita de estudos que envolvem a população idosa e finalmente poder atingir os órgãos públicos, os quais são responsáveis em elaborar estratégias e leis que possam contribuir para melhorar a sua qualidade de vida e futuramente dos seus descendentes.

Todas essas medidas serão realizadas tomando-se o máximo cuidado de não constranger o senhor (a), e este terá a liberdade de responder ou não às perguntas.

Os dados obtidos nas entrevistas são de responsabilidade dos pesquisadores envolvidos na pesquisa.

Fui igualmente informada/o:

- Da garantia de receber resposta a qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa;
- Da liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- Da segurança que não serei identificado (a) e o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;

Eu, _____ fui informada (o), de maneira clara, dos objetivos da pesquisa acima. Esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação ou ainda, se quiser fazer novas perguntas sobre este estudo, posso chamar Iara dos Anjos Vaez no telefone (65) 8128-4099.