



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE MANAUS

CRENCIADO PELO DECRETO DE 26/03/2001 - D.O.U. DE 27/03/2001
Associação Educacional Luterana do Brasil - AELBRA

Curso de Graduação em Enfermagem

**PERFIL DAS PESSOAS ACIMA DE 60 ANOS FREQUENTADORAS DE UMA
ASSOCIAÇÃO DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE MANAUS-AM**

ADNA CASTRO DE ALBUQUERQUE

MANAUS/AM

2016

ADNA CASTRO DE ALBUQUERQUE

**PERFIL DAS PESSOAS ACIMA DE 60 ANOS FREQUENTADORAS DE UMA
ASSOCIAÇÃO DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE MANAUS-AM**

Pesquisa apresentado ao Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Manaus (CEULM/ULBRA), como requisito parcial para nota de grau da disciplina TCC em Enfermagem II, orientado pelo professor MSc Wagner Ferreira Monteiro.

ORIENTADOR: MSc. Wagner Ferreira Monteiro

MANAUS/AM

2016

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar que me deu coragem força e determinação para nunca desistir de um sonho se chamado enfermagem, a faculdade ULBRA por me conceder uma bolsa, a qual ajudou me a concretizar esse sonho, aos meus pais e irmãos, pelo incentivo e apoio incondicional , aos professores do curso, pela dedicação, pelo apoio e compreensão, os quais foram importantes na minha vida acadêmica. Aos meus amigos pelo incentivo e apoio, obrigada a todos.

RESUMO

A expectativa de vida da população idosa cresce e surge como um desafio para o Mundo, no Brasil o governo tenta administrar políticas públicas que garantam o envelhecimento saudável e digno assegurando os direitos dos idosos, o que tem gerado a necessidade de investigar fatores demográficos socioeconômicos e condições de vida dos idosos, principalmente doenças relacionada com a velhice que se agravam com a idade. O referido estudo foi de forma transversal, quantitativo, o objetivo de caracterizar o perfil da população a partir de 60 anos frequentadoras da associação de idosos no Bairro do Coroado na cidade de Manaus. A coleta foi de forma direta com o uso de questionário e instrumentos foram, fita métrica balança para medir peso, cintura e estatura dos idosos da instituição. A criação do banco de dados foi feita na planilha no Excel e para as análises estatística foi utilizado software Epi info 3.43. Na associação do coroados tem 8 vezes mais mulheres do que homens frequentando, a faixa etária de 60 a 69 é dobro da faixa etária acima 69 anos, a maior parte estudou até Ensino Fundamental. Verificou-se que 93,3% dos idosos renda pessoal, 51,6% afirma ser dona de casa, Autônomos 48,4%, que se queixam de ter duas doenças 40% dos idosos, o que podem ser explicados pela a falta de saneamento adequado fatores ambientais, falta de serviços de saúde e tratamento adequado. O percentual de doenças como artrite, artrose osteoporose foi de 28,1% bem acima dos indicadores do Brasil. São hipertensos 53,1%, e 18,7% mesmo sendo hipertenso não faz tratamento. Que 14,1% dos idosos tomam remédios como anti-inflamatórios, analgésicos, relaxante muscular, sem uso de receita médica. As idosas têm dificuldades na memória, que estão acima do peso, que as mulheres têm mais risco elevado para doenças cardiovasculares, também que muitos idosos ganham somente um salário mínimo e por isso praticam alguma atividade extra para complementar a renda. O estudo poderá fornecer aos profissionais da saúde, principalmente ao enfermeiro, importantes conhecimentos sobre a realidade vivenciada pelos idosos da Associação do Coroado.

Palavras chaves: Idoso. Doenças Crônicas. Atividades Funcionais. Antropometria. Estado Nutricional.

ABSTRACT

The increase in the life expectancy of the elderly population is a challenge for the World, in Brazil the government tries to administer public policies that guarantee a healthy and dignified aging, assuring the rights of the elderly, which has generated the need to investigate demographic socioeconomic factors and conditions Of life of the elderly, especially diseases related to old age that worsen with age. This study was carried out in a transversal, quantitative way, aiming to characterize the profile of the population over 60 years of age attending the elderly association in the neighborhood of Coroado in the city of Manaus. The collection was given directly using a questionnaire and instruments used tape measure and scale to measure waist weight and height of the institution's elderly. The creation of the database was done in the spreadsheet in Excel and for the statistical analyzes was used software Epi info 3.43. The results were obtained through tables and graphs. It was verified that in the association there are 8 times women that men attending, the age group of 60 to 69 is double of the age group of 69 years, most studied until Elementary School, that 1.6 times more were born in the interior than in the capital off the State of Amazonas. Also 6 times older people who are brown race than white race. As for income 93.3% of the elderly have personal income, 12.5% do not have, 51.6% claim to be housewife and Autonomous 48.4%, Who complain about two more diseases 40% of the elderly than what can Be explained by lack of adequate sanitation environmental factors, lack of health services and adequate treatment. The percentage of diseases such as arthritis, osteoporosis and osteoporosis was 28.1% well above the Brazilian indicators. Hypertensive patients are 53.1% and 18.7% are hypertensive. That 14.1% of seniors taking drugs such as anti-inflammatory, analgesic, muscle relaxant even without a prescription. It has shown that elderly memory difficulties, which are overweight, that women are at high risk for cardiovascular disease, also that many seniors earn only a minimum wage and so do some extra activity to supplement income.

Keywords: *Elderly . Chronic Diseases . Functional Activities . Anthropometry .Nutritional Status.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.
ADA – Associação Americana de Diabetes.
AIVDS - Atividades Instrumentais de vida diária
ASSIC – Associação de Idosos do Coroadó
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVDS- Atividades Básicas de Vida Diária
CAIMI – Centro de Atenção Integral da Melhor Idade
CC- Circunferência de abdominal
CF- Constituição Federal
DM- Diabetes Mellitus
DNCT – Doenças Crônicas não transmissíveis
DVC - Doença Cardiovascular
GM/MS – Portaria do Ministério da Saúde
HAS - Hipertensão Arterial Sistólica
HDL – Colesterol de Lipoproteína de Alta Densidade
HIPERDIA – Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC- Índice de Massa Corpórea.
MS- Ministério da Saúde
ODDS- Razão de Chance
OMS- Organização Mundial da Saúde
ONU- Organização das Nações Unidas
OP- Osteoporose
OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD- Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RCEst.- Razão Cintura Estatura
SM - Salário Mínimo.
SUS - Sistema Único de Saúde

Lista de Quadro

Quadro 1- Variáveis socioeconômicas demográficas.....	26
Quadro 2-Dados sobre atividade física e saúde.....	27
Quadro 3- Variáveis Quantitativas.....	28
Quadro 4- Doenças citadas pelos entrevistados.	28

Lista de Figura

Figura 1 - Classificação da Avaliação funcional do idoso	23
Figura 2 - Sexo por Faixa etária	31
Figura3 - Idosos com Vacinas Atualizadas	34
Figura 4 - Quanto à quantidade de Remédios que os idosos usam.....	41
Figura 5 - Classificação do Estado Nutricional por Sexo	45
Figura 6 - Classificação do Estado Nutricional por Idade.....	45
Figura 7 - Classificação do Estado Nutricional quanto a Renda Familiar.....	46
Figura 8 - Classificação do Estado Nutricional quanto a Renda Pessoal.....	46
Figura 9 - Estado Nutricional e número de moradores na residência.....	47
Figura 10 - Classificação do Estado Nutricional quanto à Naturalidade.....	47

Lista de Tabelas

Tabela 1 -Dados sócio demográficos	29
Tabela 2- Dados socioeconômicos.....	31
Tabela 3- Dados sobre Atividade física	32
Tabela 4- Relativa a Consultas e Internações.	345
Tabela 5- Relativo a acompanhante e ao estado de saúde do idoso.	35
Tabela 6-Dados Antropométricos e Estados nutricional.	36
Tabela 7- Doenças citadas pelos entrevistados.	37
Tabela 8- Classificação das Doenças Citadas	38
Tabela 9- Remédios usados pelos idosos entrevistados.....	39
Tabela 10 -Atividades Básica citadas pelos idosos.	41
Tabela 11- Atividades Instrumentais citadas pelos idosos.	42
Tabela 12- A relação do Estado Nutricional com Variáveis Socioeconomicodemográfica.....	43
Tabela 13-Estatísticas dos indicadores antropométricos quanto Sexo	47
Tabela 14- Relação do Estado Nutricional e as Doenças	48

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1. Envelhecimento.....	13
3.2. Envelhecimento no Brasil.....	15
3.3. Políticas de saúde para o idoso	16
3.4 Doenças Prevalentes na População Idosa.....	18
3.5 Envelhecimento e a Síndrome metabólica	19
3.6 Doenças cardiovasculares	19
3.7 Diabetes	20
3.8 Doenças Músculo Esqueléticas associadas ao Envelhecimento	20
3.9 Estado Nutricional do Idoso	21
3.10 Avaliação Funcional no Idoso.....	22
4-DIRETRIZES METODOLÓGICAS	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Local do estudo	23
4.3 Período do estudo	23
4.4 População e Amostra	23
4.4.1 Critérios de inclusão.....	24
4.4.2 Critérios de exclusão.....	24
4.5 Instrumento e Coleta de dados	24
4.6 Considerações éticas	24
4.7 Tratamento e tabulação dos dados	25
4.8 Metodologia Estatística	25
5-RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Atividade Físicas	32

5.2 Vacinas, Internações e Sequelas	33
5.3 Percepção do Idoso e Acompanhamento Familiar	35
5.4 Parâmetros de Avaliação Nutricional	35
5.5 Doenças e Remédios Citados	36
5.6 Remédios que os idosos tomam	38
5.7 Atividades Básicas e Instrumentais	41
5.7.1 Atividades Básicas	41
5.7.2 Atividades Instrumentais	41
5.8 Caracterização do Estado Nutricional	43
5.8 Análise Antropométrica	46
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
8. APÊNDICE A	53

1. INTRODUÇÃO

O crescimento populacional das pessoas com mais de 60 anos (idosos) em 2050 será de dois bilhões de indivíduos (OMS, 2015). O processo de envelhecimento transcorre no seio da sociedade e tem início ainda quando os indivíduos têm idade menor que 65 anos, considerada o limite, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para serem denominados idosos. Assim sendo, o envelhecer não pode ser considerado fora do contexto social, porque a história do indivíduo é construída e tem sentido nesse contexto (TOMASINI E ALVES, 2007).

Em todo o mundo a população idosa tem crescido, devido às políticas públicas de saúde com melhor assistência aos idosos relacionados às doenças crônicas degenerativas, com este crescimento acelerado surge um novo perfil de idosos. A organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a “Era do Envelhecimento”. Esta Organização destaca ainda que, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional foi significativo e acelerado. No período de 1970 a 2000, o crescimento observado nestes países atingiu os 123%, enquanto nas nações desenvolvidas este crescimento foi de 54% (ANDRADE e MARTINS, 2011).

Pimentel (2005) refere que, na década de 60 se acentuou o envelhecimento demográfico em Portugal, com a guerra na África e os fluxos migratórios de jovens que saem e regressam mais tarde, já idosos. A partir da década de 80, o envelhecimento acentuou-se com a redução da natalidade e também da mortalidade. Os idosos não cessaram de aumentar em valor absoluto e em importância relativa.

No Brasil, o aumento da população idosa entre 1950 e 2025 é de 15 vezes, com o aumento da expectativa de vida, o grande desafio para o governo é administrar por meio de políticas públicas e a sociedade como um todo se empenhar participando e cobrando políticas públicas que garantam os direitos dos idosos, para assegurar um envelhecimento saudável e digno (SILVA E ANDRADE, 2013).

Visando uma melhor qualidade de vida ao idoso, a interação social do idoso é necessária e apontam alguns estudos que com o apoio social, principalmente da família somada à participação do idoso em projetos sociais, podem evitar depressão (GRINBERG, 2006). A definição de qualidade de vida tem inúmeros conceitos de

vários autores, porém, segundo Silva e Andrade (2013), a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Já outros autores acham difícil conceituar a qualidade de vida, pois trata-se de uma construção subjetiva e determinada por vários fatores interligados ao longo da vida, inclusive no processo de envelhecimento humano.

Pesquisas têm demonstrado que ações de educação e promoção da saúde têm contribuído significativamente para melhorar vários aspectos da vida do idoso, colaborando para se alcançar um envelhecimento satisfatório. A criação de novos espaços e novas formas para envelhecer é uma realidade relativamente nova no contexto brasileiro (CAMÕES *et. al.*, 2016).

A proposta do presente estudo foi suscitada a partir da necessidade de publicações científicas para subsidiar as políticas públicas voltadas para o idoso que devem ser intensificadas, pois haverá uma crescente demanda nas áreas de saúde, previdência e assistência social para atuação neste âmbito. O aumento na expectativa de vida implicará melhoria no acesso aos serviços de saúde, assim como investimento de saneamento básico diminuindo assim o número de doenças causadas por contaminação (LANUEZ *et. al.*, 2011).

A motivação a partir dos estágios curriculares na atenção básica em saúde, bem como, as ações desenvolvidas na associação dos idosos que propiciaram contatos com a população idosa, dos quais foram notados sentimentos relacionados a querer saber mais sobre essa faixa etária, constituem os motivos da produção deste estudo.

Para subsidiar o percurso do estudo, formula-se a seguinte questão norteadora: Quais são as características das pessoas acima de 60 anos que frequentam a Associação dos Idosos do Corado?

2. OBJETIVOS

2.1 *Objetivo Geral*

Caracterizar o perfil da população acima de 60 anos frequentadora de uma associação de idosos do município de Manaus.

2.2 *Objetivos específicos*

Identificar o perfil sócio demográfico dos idosos participantes da associação;

Conhecer o perfil antropométrico dos idosos inseridos na associação;

Avaliar a capacidade funcional do idoso frequentador da associação.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. *Envelhecimento*

O envelhecimento está associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o avanço da idade, há uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças, assim um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo (OMS, 2015).

Envelhecer não é uma tarefa simples, é necessário promover este processo, investigar os fatores que dele dependem. Nele é cada vez mais clara uma interação dinâmica de adaptação, de otimização e de compensação. No entanto, o conceito de envelhecimento não se fecha sobre si, é amplo o suficiente para incluir um número muito significativo de outras realidades. Em termos de funcionalidade podemos verificar que existem competências básicas que permitem aos indivíduos ultrapassar os seus obstáculos, competências que estão na base dos pequenos comportamentos diários que estabelecemos com o mundo (BALTES, 2003).

A velhice resulta de influências que operam ao longo da vida, sendo os seus efeitos cumulativos os determinantes para o resultado final numa situação com a mesma. A institucionalização nem sempre será a melhor solução para os da população idosa, uma vez que a intervenção ao nível funcional pode em muitos casos retardá-la ou mesmo evitá-la, um dos problemas mais difíceis de resolver prende-se com a incapacidade para cuidar de si própria, em várias dimensões que compõem a vida (CARMONA, 2016).

O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI. Apresenta implicações importantes e de longo alcance para todos os domínios da sociedade. No mundo todo, a cada segundo, 2 pessoas celebram seu sexagésimo aniversário – em um total anual de quase 58 milhões de aniversários de 60 anos. Uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050: o envelhecimento da população é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado (RIBEIRO *et. al.*, 2011).

Carmona (2016) contribui afirmando que o envelhecimento da população está ocorrendo em todas as regiões do mundo, em países com vários níveis de desenvolvimento. Está progredindo mais rapidamente nos países em desenvolvimento, inclusive naqueles que também apresentam uma grande

população jovem. Dos atuais 15 países com mais de 10 milhões de idosos, 7 são países em desenvolvimento. O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento. O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade.

A população é classificada como em processo de envelhecimento quando as pessoas idosas se tornam uma parcela proporcionalmente maior da população total. O declínio das taxas de fecundidade e o aumento da longevidade têm levado ao envelhecimento da população. A expectativa de vida ao nascer aumentou substancialmente em todo o mundo. Em 2010-2015, a expectativa de vida ao nascer passou a ser de 78 anos nos países desenvolvidos e 68 nos nas regiões em desenvolvimento. Em 2045-2050, os recém-nascidos podem esperar viver até os 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 naquelas em desenvolvimento (RIBEIRO et al, 2011).

As pessoas vivem mais em razão de melhoras na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico. A expectativa de vida no nascimento, atualmente, está situada acima dos 80 anos em 33 países; há apenas 5 anos, somente 19 deles haviam alcançado esse patamar. As oportunidades que essa evolução demográfica apresenta são infindáveis quanto às contribuições que uma população em envelhecimento, social e economicamente ativa, segura e saudável, pode trazer à sociedade. A população em envelhecimento também apresenta desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global (FREITAS, 2006).

Com o número e a proporção de pessoas idosas aumentando mais rapidamente que qualquer outra faixa etária, e em uma escala cada vez maior de países, surgem preocupações sobre a capacidade das sociedades de tratar dos desafios associados a essa evolução demográfica. Para fazer face aos desafios e também aproveitar as oportunidades geradas pelo envelhecimento populacional, esta realidade preconiza novas abordagens para as formas de estruturação das sociedades, forças de trabalho, relações sociais e intergeracionais. Estas abordagens devem apoiar-se em um forte compromisso político e uma sólida base de dados e de conhecimento, que assegurem uma efetiva integração do envelhecimento global no seio dos processos mais amplos de desenvolvimento (LEMOS, 2008).

3.2. Envelhecimento no Brasil

O envelhecimento populacional no Brasil vem crescendo de forma acelerada devido ao declínio da fecundidade. A sociedade tem estabelecido valorizar a pessoa idosa lhe dando mais atenção, cuidado e aumentando a expectativa de vida. As mudanças vêm da tecnologia da medicina e dos direitos assegurados à pessoa idosa (LIMA *et. al.*, 2010). O Brasil atualmente conta com 16 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, este número passará a 32 milhões em 2025. Conforme dados do Censo Demográfico do Brasil de 1991 o percentual de idosos era de 10,4%; no ano de 2000, o número de idosos caiu para 3,4%, porém em 2010 foi para 25,8% de idosos. Pode-se perceber que a população idosa tem aumentado consideravelmente no Brasil e a expectativa é de que esses números só aumentam até 2025 (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), as estatísticas da OMS têm como estimativa que no período de 1950 a 2025 os idosos no país aumentem em quinze vezes, e a população em cinco vezes. Em 2025, o Brasil poderá alcançar cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. O Estatuto do Idoso institui direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Começamos a envelhecer aos 20 anos e não percebemos, aos 30 anos ocorre um déficit de funções, há uma diferença de pessoa para pessoa, a convivência com pessoas de mesma idade, mas com mudanças físicas: cabelos brancos, rugas e expressões de pessoa envelhecida (BRASIL, 2006).

Os idosos se preocupam muito com a perda de memória, audição, raciocínio, visão, quando a idade avança a aprendizagem fica prejudicada por fatores que se alteram no decorrer do envelhecimento, além do risco de depressão (BRASIL, 2006a). As pessoas, em todos os lugares, devem envelhecer com dignidade e segurança, desfrutando da vida através da plena realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais. Considerar tanto os desafios como as oportunidades são a melhor receita para o sucesso em um mundo em envelhecimento (CARMONA, 2016).

3.3. Políticas de saúde para o idoso

Segundo Ciosak *et. al.* (2011), nem sempre o cuidado ao idoso corresponde a suas necessidades reais, por isso, “é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas atinjam idades mais avançadas com o melhor estado de saúde possível, ou seja, o envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo desse processo”. Neste sentido, os autores apontam que o Estatuto do Idoso é um grande avanço, mas nem sempre tem sido cumprido.

A Política Nacional do Idoso, lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, do Ministério do Desenvolvimento Social do Combate à Fome no artigo 3, inciso 1, busca considerar os vários atores envolvidos no cuidado à pessoa idosa, ao afirmar que “a família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”, ainda no inciso V, as diferenças regionais e os contrastes entre urbano e rural, ao afirmar que “as diferenças econômicas, sociais, regionais e, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei”. No Capítulo IV, de Ações Governamentais, atribui como competência dos órgãos públicos, em seu inciso II, na área de saúde:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos; e) desenvolver formas de cooperação entre Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e Centros de Referências em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes Interprofissionais; f) incluir Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso”

O Estatuto do Idoso, lei n 10.741, de 1 de outubro de 2003, no capítulo IV, Do Direito à Saúde, em seu artigo 15, afirma que “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário [...] incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”. A prevenção e manutenção da saúde devem ser realizadas por: 1) cadastro da população idosa; 2) Atendimento geriátrico ambulatorial; 3) Unidades geriátricas de referência; 4) Atendimento domiciliar; 5) Reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia. Infelizmente, é de conhecimento que, mesmo nos Centros de Atenção ao Idoso (CAIMI) na cidade de Manaus, nem sempre há o profissional de geriatria disponível para atendimento da população.

O Poder Público deve garantir gratuitamente medicamentos aos idosos, principalmente os de uso contínuo, o que em parte é garantido, sobretudo com as Farmácias Populares. Entretanto, medicamentos mais caros, que devem ser fornecidos pela Central de Medicamentos, nem sempre estão disponíveis. É vedada discriminação do idoso no plano de saúde, o que nunca foi cumprido pelos planos de saúde. É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar de perícia médica do INSS (BRASIL, 2007).

O Estatuto também garante ao idoso, educação, cultura e lazer, em seu Artigo 20: “O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculo, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade”. O próprio estatuto prevê que a participação dos idosos nessas atividades será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% nos ingressos para eventos, bem como acesso preferencial para os perspectives locais.

O Estatuto veda a discriminação de limite máximo de idade para concursos, ressalva em alguns cargos, e qualquer outro emprego. Prevê estímulo a empresas privadas que contratarem idosos e estimula a criação de programas de preparação dos trabalhadores para a aposentadoria.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” referindo-se à participação contínua do idoso na sociedade, não somente por meio do trabalho. Mesmo os idosos com algum problema físico podem contribuir ativamente com seus familiares e comunidade. Os programas que

promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto às atividades físicas. “Trata-se de manter a autonomia e independência do idoso, ao mesmo tempo em que ocorre sua integração com amigos, vizinhos e familiares” (BRASIL, 2007).

3.4 Doenças Prevalentes na População Idosa

A OMS apresenta as principais doenças crônicas que afetam os idosos: 1) Doenças Cardiovasculares; 2) Hipertensão; 3) Derrame; 4) Diabetes; 5) Câncer; 6) Doença pulmonar; 7) Doença musculoesquelética (artrite e osteoporose); 8) Doenças mentais; 9) Cegueira.

Houve grandes mudanças na sociedade na qual foi criado vários benefícios que vem contribuindo para uma percepção mais positiva da qualidade de vida na velhice. Segundo dados do Ministério da Saúde (2007) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

Assim o enfoque da assistência à saúde do idoso vem sendo cada vez mais abordado com grandes perspectivas de mudanças. De acordo com OMS (2007):

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, que por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares – deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico.

Diante do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas para atender às demandas dos idosos. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde propôs, em 2004, um projeto denominado “Towards Age-

friendly Primary Health Care”, cuja proposta é adaptar os serviços de atenção básica para atender adequadamente às pessoas idosas (BRASIL, 2007).

3.5 Envelhecimento e a Síndrome metabólica

Dentre as alterações cardiometabólicas que podem acometer o idoso a síndrome metabólica (SMT) tem merecido destaque, pois representa uma soma de fatores de risco, trazendo alterações no metabolismo dos glicídios (Hiperinsulinemia, resistência à insulina, intolerância a glicose ou diabetes mellitus tipo 2) Alterações do metabolismo dos lipídeos com aumento de triglicérides e/ou diminuição das taxas de colesterol (HDL-c); obesidade central e aumento da pressão arterial (CARDOSO *et al.*, 2013).

A SMT é caracterizada pela associação de pelo menos três dos fatores de risco: obesidade abdominal, hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, elevados níveis de glicemia de jejum em baixos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL –C), Os quais suscitam em doenças cardiovasculares (DVC) e diabetes mellitus tipo 2, e menor sobrevivência da população (LAVRADOR *et al.*, 2011).

3.6 Doenças cardiovasculares

A Hipertensão é considerada a doença mais frequente entre os distúrbios cardiovasculares revela-se também como um fator de risco complicador as demais doenças desse grupo, como Acidente Vascular Encefálico (AVC) e infarto agudo do miocárdio. Ademais, define-se HAS como pressão arterial sistólica elevada ou igual 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, para aqueles que não utilizam anti-hipertensivos.

Sua manifestação clínica podem ser assintomáticas, mais em geral apresentam-se por cefaleias, rubores faciais mal estar. O diagnóstico consiste em aferição em momentos distintos e comprovação das elevações dos níveis pressóricos, sendo os hábitos de vida saudável a principal prevenção ao aparecimento da doença e controle desta. O tratamento referenciado é indicado pelo uso de anti-hipertensivo em conjunto com condutas adequadas na alimentação e prática de exercícios (OLIVEIRA, 2015).

3.7 Diabetes

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. Sua classificação, assim como seus critérios diagnósticos, vem sofrendo modificações nos últimos anos acompanhando a evolução dos conhecimentos sobre a sua fisiopatologia. Em 1997, a Associação Americana de Diabetes (ADA) propôs uma nova classificação do diabetes, baseada em aspectos fisiopatológicos, dividindo-o em quatro grandes classes clínicas: Diabetes tipo 1, tipo 2, outros tipos de diabetes e diabetes gestacional. Foram eliminados, desta forma, os termos insulino dependentes e insulino independentes. Esta classificação foi, em seguida, adotada pela Organização Mundial de Saúde e Sociedade Brasileira de Diabetes (GROSSI *et. al.*, 2009). Existem tipos distintos de diabetes, causados por uma complexa interação de fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. Neste contexto, a desregulação metabólica associada ao diabetes pode gerar alterações fisiopatológicas secundárias em múltiplos sistemas orgânicos, impondo um enorme 'fardo' sobre o indivíduo com diabetes e o sistema de saúde (MASCARENHAS *et. al.*, 2010). Nas últimas décadas o diabetes mellitus tem se tornado um sério problema de saúde pública devido ao aumento da sua prevalência, morbidade e mortalidade. . e comum em indivíduos com excesso de peso (OLIVEIRA, 2009). É o tipo mais prevalente entre os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia e excesso de peso, sendo que nestes o risco é três vezes maior para o desenvolvimento do DM tipo 2, quando comparados à população sem tais fatores de risco. A HAS é o maior determinante da ocorrência de eventos cardiovasculares em pacientes com DM tipo 2, sendo duas vezes mais prevalente para a ocorrência de complicações micro e macrovasculares (SILVA *et al.*, 2010).

3.8 Doenças Músculo Esqueléticas associadas ao Envelhecimento

Com o avanço da idade podem surgir as doenças musculo esquelética como osteoporose, osteoartrite e osteoartrose,

Artrite

É uma inflamação que acomete os tendões, ou ainda inflamação que compromete os tecidos que forma as articulações. São sintomas da artrite dor na

articulação que piora com o movimento, inchaço articular, dificuldade para movimentar a articulação.

Artrose degeneração da articulação pode ser causada por um tipo de esforço e também com relação a idade. São sintomas da artrose; dor na articulação, deformidade da articulação, dificuldade para realizar movimento devido a dor. A artrite mal tratada pode evoluir para uma artrose.

O tratamento vai depender do grau da doença, desde acompanhamento de um fisioterapeuta, emagrecimento, dieta com alimentos anti-inflamatórios como laranja, goiaba. Em casos mais avançados colocação de prótese.

Osteoporose

A osteoporose constitui na enfermidade do esqueleto uma causa multifatorial, caracterizada pela redução da massa óssea e deterioração integridade anatômica e estrutural do osso, levando ao aumento da fragilidade óssea e suscetibilidade a fraturas, o grupo mais afetado pela OP são as mulheres idosas cuja diminuição da produção do estrógeno após a menopausa acelera a perda óssea. Quando se refere a Osteoartrose , ou Osteoartrite ou artrose deve ser tratada precocemente para não causar deformidades(COIMBRA , 2004).

3.9 Estado Nutricional do Idoso

Com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, verificaram-se mudanças no perfil epidemiológico da população, com o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), específicas das faixas etárias mais avançadas, aumentando, cada vez mais, a necessidade do conhecimento dos fatores de risco que incidem sobre a prevalência das DCNT associadas à idade.

Conhecer o estado nutricional do idoso e de suma importância, pois através dele podemos evitar algumas doenças que poderão vim acometer essa população. Assim tomando medidas preventivas para evitar a desnutrição e a obesidade.

Avaliação nutricional e a parte integrante da avaliação geriátrica, pois e uma ferramenta sensível de detecção dos fatores de riscos associados à desnutrição. E a obesidade.

Assim como estado de desnutrição prejudica a obesidade tem seu agravo nutricional associado a uma alta incidência DCNT, tais como doenças

cardiovasculares, câncer e diabetes o que implicara para o aumento da incapacidade física, da mobilidade e da mortalidade e como conseqüentemente a diminuição da qualidade de vida. Uma das ferramentas para medir o estado nutricional do idoso em estudo clínicos e principalmente em estudos populacionais, são as medidas antropométricas apresentam-se como mais utilizadas tendo como destaque o emprego do índice da massa corporal (IMC) (ABESO, 2010).

3.10 Avaliação Funcional no Idoso

Essa Avaliação busca verificar em qual nível as doenças ou agravos podem impedir o desempenho das atividades no seu cotidiano de forma autônoma e independente, ou seja, sem adaptações ou ajuda de outras pessoas. Essa avaliação é fundamental para fazer o diagnóstico ou uma avaliação, e quais tratamentos necessários para melhorar a qualidade de vida do idoso (Duarte *et. al.*, 2006).

As Atividades de Vida Diária foram divididas em: Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de vida diária (AIVDs). As Atividades de vida Diária são atividades que envolvem o autocuidado. Enquanto as Instrumentais de vida Diárias estão relacionadas a capacidades do individuo levar uma vida independente.

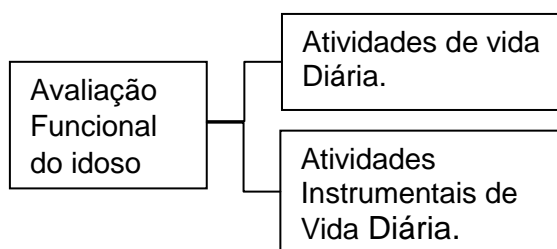


Figura 1 – Classificação da Avaliação funcional do Idoso.

Alguns processos podem incapacitar as atividades motoras nos idosos, também chamados de condições crônicas podem se manifestar de forma expressiva nessa fase da vida. Na maioria das vezes, esses processos se manifestam de forma crônica ou aguda, e conseqüentemente afetam o desempenho das atividades cotidianas.

A Incapacidade funcional pode ser definida como inabilidade ou dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (Alves *et. al.*, 2007)

4-DIRETRIZES METODOLÓGICAS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e utilização do método descritivo.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Associação dos Idosos do Coroadó.

Uma organização sem fins lucrativos que desenvolve ações assistências sócios culturais e esportivas para o bem estar, a valorização e inserção de idosos em Manaus mais especificamente na comunidade do coroadó, a sede administrativa da ASSIC (Associação dos idosos do Coroadó) esta localizada na rua D. Bosco, n 230, Coroadó Manaus-AM. Inaugurada em 19 de março de 1999.

Missão desenvolver ações de forma organizada que promovam a melhorias das condições de vida e a valorização social do idoso, buscando continuamente o envolvimento da comunidade do coroadó e sua sensibilização para um envelhecimento saudável.

4.3 Período do estudo

A pesquisa foi realizada durante o decorrer do mês de novembro de 2016, com os idosos frequentadores do espaço nos períodos matutino e vespertino.

4.4 População e Amostra

A população deste estudo foi constituída de todos os idosos frequentadores do centro de convivência. Num levantamento prévio foi identificado no cadastro da associação 100 idosos. A amostra teve o número $n= 64$ idosos.

4.4.1 Critérios de inclusão

- ✓ Idoso regularmente inscrito na Associação dos Idosos do Coroadó;
- ✓ Que apresentem idade igual ou superior a sessenta anos
- ✓ Que concordem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A);

4.4.2 Critérios de exclusão

- ✓ Idosos que não frequentam a Associação,
- ✓ Que apresentem idade inferior a sessenta anos,
- ✓ Que não se apresentavam no local durante a coleta de dados;

4.5 Instrumento e Coleta de dados

Após a anuência da responsável pela Associação dos Idosos do Coroadó, foram abordados os idosos que contemplaram os critérios de inclusão, e só após a assinatura das duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), a pesquisa foi realizada. Na coleta de dados foi utilizado um instrumento sociodemográfico e de questões sobre a saúde do idoso (APÊNDICE B) semiestruturado composto por vinte e oito perguntas objetivas e fechadas.

4.6 Considerações éticas

Inicialmente, foi solicitada a anuência para a coleta de dados na associação dos idosos e depois encaminhada o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Manaus – CEULM/ULBRA, Via Plataforma Brasil, para observação e avaliação conforme os regulamentos da Resolução 466/12. Em cumprimento a um dos itens da mesma resolução, foi produzido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em linguagem compreensível para os participantes da pesquisa.

Neste termo informações a respeito do objetivo e das finalidades do estudo; havia também a garantia do anonimato dos participantes; a descrição dos riscos de gravidade aos voluntários, embora os sujeitos não fossem expostos a procedimentos invasivos, considerou-se a pesquisa de risco mínimo; bem como a liberdade em participar ou não da pesquisa; assim como a possibilidade de abandonar a pesquisa e retomar a participação a qualquer momento sem que haja prejuízo, pois algumas

peças poderiam se sentir constrangidas com algumas das questões; informa ainda que não há pagamento de nenhuma espécie pela participação na pesquisa.

4.7 Tratamento e tabulação dos dados

O banco de dados foi criado em planilha no Programa Excel® 2007 e os resultados foram analisados quantitativamente e apresentados em forma de tabelas e gráficos. E para as análises foi utilizado o Epi info versão 3.4.1.

O estudo foi realizado na associação de idosos do Coroadó (ASSIC), por meio de entrevistas com pessoas de mais 60 de idade, participantes do programa da terceira idade da Associação do bairro Coroadó do município de Manaus– Amazonas, em 2016. A coleta de dados foi realizada no período novembro de 2016.

Os instrumentos utilizados para a pesquisa foram fita métrica, balança para medir peso e estatura da instituição, e o questionário para as entrevistas, tipo de fonte foi direta.

4.8 Metodologia Estatística

A pesquisa foi dividida em dois momentos; no primeiro momento foi realizada a entrevista, por meio de um questionário. O segundo momento: foi destinado para criação de um banco de dados na planilha Excel, para as análises do mesmo, foi utilizado o software Epi info 3.4.1 qual foi realizada a parte estatística.

As estatísticas contidas no trabalho foram divididas em variáveis qualitativas e quantitativas: algumas variáveis foram feitos pontos de corte e razão de chance algumas sofreram transformações agregando-se a grupos: variáveis quantitativas (antropometria) foram feitas as estatísticas de média, desvio padrão. Nas demais qualitativas foram feitas além de pontos de corte e agrupamentos a porcentagens e frequência. A apresentação dos resultados será feita com a estatística descritiva em tabelas e gráficos.

As transformações realizadas foram feitas nas perguntas abertas visaram melhor entendimento. As variáveis socioeconômicas demográficas são descritas, conforme quadro1.

Quadro 1- Variável socioeconômica demográfica

Variáveis	Categorias
Sexo	Masculino Feminino
*Faixa etária	60 a 69anos 70 a 79 anos > 80 anos
*Tempo de Estudo	até 8 anos > 8 anos
*Naturalidade	Capital Interior
*Raça	Branco Pardo Outros
*Profissão	Autônomo Do lar
Moradores na residência	Até 4 pessoas > De 4 pessoas
*Renda Pessoal	Até 2SM ≥ 3 SM
*Renda Familiar	Até 2SM ≥ 3 SM
Benefício do Governo	Sim Não
Religião	Sim Não
*Religião	Católicos Evangélicos Outras

*Variáveis que sofreram transformações.

As perguntas variáveis referentes Atividade física e a saúde que sofreram transformações foram transformadas nas variáveis que contém um asterístico (*) conforme quadro 2.

Quadro 2-Dados sobre atividade física e saúde

Variáveis	Categorias
Atividade física	Sim Não
Participa de alguma atividade física	Sim Não
Atividades física praticada	Ginástica Aeróbica Dança Não faz Outros
*Quantas atividades prática?	Até 1 Atividade Mais de 1 Atividade
*Tempo de Atividade Física	1 ano 2 -- 3 anos 3 -- 5 anos > 5 anos
Consultas Médica Regulares	Sim Não
Tem acompanhante para ir ao serviço de saúde.	Sim Não
*Quem é o acompanhante?	Não tem Filho(a) Marido Outros
Opinião do idoso sobre sua saúde?	Regular Boa Ruim Muito Boa Muito ruim
Ficou internado?	Sim Não
*Tempo de internação.	< 2 semanas ≥ 2 semanas
Caiu alguma vez?	Sim Não
*Sequela?	Sim Não

*Variáveis que sofreram transformações.

As medidas antropométricas peso, altura, circunferência da cintura dos idosos além de serem mensuradas foram utilizadas para cálculo dos índices de antropométricos de saúde da ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica), por isso sofreram transformações ver a quadro 3.

Quadro 3- Variáveis Quantitativas

Variáveis	Tipo de variável	Unidade de Medida
Idade	Discreta	Anos
Nº de moradores	Discreta	Unidade
Peso	Contínua.	Kg
Tempo de atividade física	Discreta	Anos
Tempo de internação	Discreta	Dias
Altura	Contínua.	M
Cintura	Contínua.	Cm

Variáveis relativas a doenças dos idosos foram feitas transformação a partir da resposta e nome das doenças que foram citadas e algumas até integradas ao tipo do grupo de doenças. Conforme quadro 4

Quadro 4- Doenças citadas pelos entrevistados.

Doenças
Hipertensão
Artrite/Artrose/Osteoporose
Diabetes
Colesterol Alto
AVC
Visão (olhos)
Vesícula
Sinusite
Sangue
Labirintite
Outros

Variáveis relativas à medicação utilizada pelos idosos, tais medicamentos citados foram expressos de duas maneiras, a primeira por frequência, a segunda referenciando o uso das categorias da doença ao qual o medicamento é proposto.

5-RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Associação conta com a maior percentual de 89,1% dos participantes do sexo feminino e o percentual de homens 10,9%, no estudo os participantes eram das seguintes faixas etárias: de 60 a 69 anos (65,6%), de 70 a 79 anos (29,5%) e mais de 80 anos (4,7%). A maioria dos idosos teve tempo de estudo até 8 anos (81,3%), os com mais de 8 anos (18,8%). Quanto à naturalidade dos idosos da Associação a maior parte 62,5% nasceu no interior e 37,5% nasceram em Manaus na capital. E mais da metade dos participantes do estudo são Pardos 85,9%, branco 14,1% conforme tabela 1.

Tabela 1 - Dados sócio demográficos

Variáveis	Categorias	Quantidade (%)
Sexo	Masculino	7(10,9%)
	Feminino	57(89,1%)
Faixa etária	60 a 69anos	42(65,6%)
	> 69 anos	22(34,4%)
Tempo de Estudo	Até 8 anos	52(81,3%)
	Mais de 8 anos	12(18,8%)
Naturalidade	Capital	24 (37,5%)
	Interior	40 (62,5%)
Raça	Branco	9(14,1%)
	Pardo	55(85,9%)

Fonte : Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n=64 idosos.

Foi constatado que a ASSIC (Associação dos idosos do Coroadó) é frequentada 8 vezes mais por mulheres que homens. A faixa etária de 60 a 69 é dobro da faixa etária de 69 anos. Há 4 vezes idoso com o tempo de estudo até 8 anos(estudaram até Ensino Fundamental), há 1,6 vezes mais Idosos que nasceram

no interior do Estado do Amazonas, em relação a Capital do Estado Manaus. Há 6 vezes mais idosos que se acham Pardos que idosos Brancos.

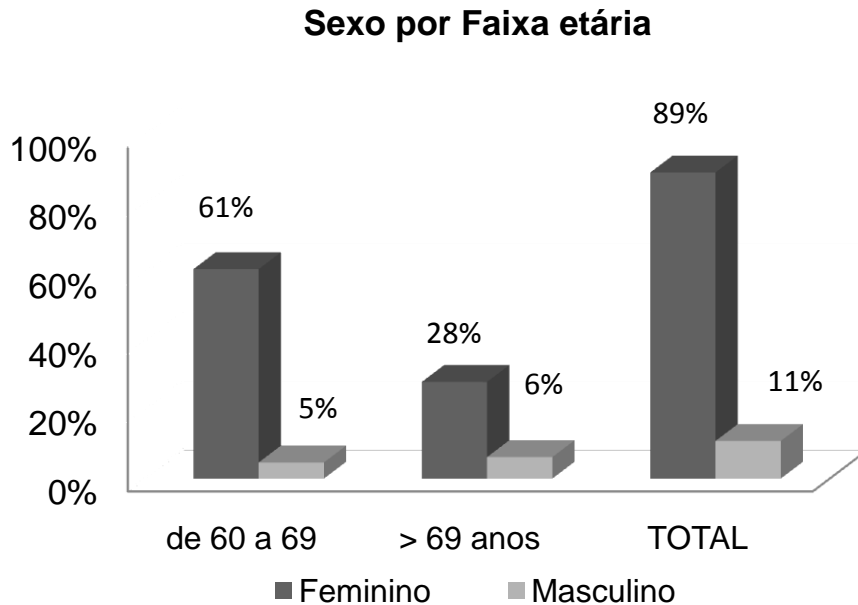


Figura 2- Sexo por Faixa etária

. Quando se verifica a idade em relação ao sexo, a frequência de mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos de idade é de 12 vezes em relação à frequência de Homens da mesma faixa etária, na próxima faixa etária de mais de 69 anos, essa diferença cai para 4,6 vezes (Conforme figura 2)

Segundo dados OMS em 2014, a expectativa de vida do Brasil é de 75,2 anos de idade, sendo para homens 71,4 e para mulheres 78,8 anos de idade, no Amazonas, para mulheres é de 75 anos e para homens 68,5 anos. Um dos fatores que explica esse número de idosos do sexo masculino pode ser a mortalidade (IBGE, 2016). Outra questão pode ser o fato de que muitos homens ainda fazem alguma atividade rentável.

As questões com relação às condições econômicas, 93,3% tem renda pessoal, 12,5% não tem. As práticas religiosas dos idosos; a religião católica é mais seguida por eles com 65,6%, em segundo os evangélicos (34,4%). .A questão da profissão como existem mais mulheres 51,6% afirma ser dona de casa e Autônomos (48,4%), a maioria dos autônomos, pois faz outra atividade pra complementar a

renda, já que muitos sustentam a casa. Os Aposentados são 65,6%, e 34,4% os idosos não aposentados (conforme Tabela 2).

Tabela 2- Dados socioeconômicos

Variáveis	Categorias	Quantidade (%)
Renda Pessoal	Sim	56(93,3%)
	Não	8(12,5%)
Renda Pessoal (SM)	Até 2 SM	59(92,2%)
	≥ 3 SM	5(7,8%)
Renda Familiar (SM)	Até 2 SM	44(68,8%)
	≥ 3 SM	20(31,3%)
Religião	Católicos	42(65,6%)
	Evangélicos	22(34,4%)
Profissão	Autônomo	31(48,4%)
	Do lar	33(51,6%)
Aposentado	Sim	42(65,6%)
	Não	22(34,4%)

Fonte : Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n= 64 idosos.

Muitos idosos estão de volta ao mercado de trabalho, ao menos tem uma renda extra para ajudar a família que complemente a renda, 19,2% dos idosos aposentados continua em plena atividade, pois a grande maioria ganha somente a renda de um Salário mínimo, que é insuficiente para atender às necessidades familiares, outro fator agravante para o idoso é a procura por ser útil e para minimizar a discriminação e marginalização a que os são idosos submetidos, são poucos os idosos que moram sozinhos (DANTAS *et. al.*, 2010). Alguns dos idosos são considerados a base fundamental para a família, pois ajudam filhos, e até a criar netos. Os idosos podem influenciar o funcionamento das redes de suporte privado, assim como a dinâmica das contribuições financeiras direcionadas a familiares mais desprovidos de renda. No atual contexto de envelhecimento populacional, mudanças nas famílias e políticas públicas de apoio aos idosos (Paulo, *et. al.*, 2013).

Segundo a PNAD, no Brasil 22,5% de brasileiros partir de 65 anos continuam trabalhando, a grande maioria (74,7%) é aposentada. E Parte da renda dos idosos vem de aposentadoria ou pensão(IBGE, 2008).

5.1 Atividade Físicas

Quanto a atividades física 96,9% praticam alguma atividade física, apenas 3,1% não fazem nenhuma atividade por problemas de limitação. As atividades mais citadas: ginástica que contém o alongamento com 64,1% de participação, a segunda é aeróbica com 9,4% e outras atividades integradas foram citadas 12,5%(Tabela 3).

Tabela 3- Dados sobre Atividade física

Variáveis	Categorias	Quantidade (%)
Atividade física	Praticam	62(96,9%)
	Não Praticam	2(3,1%)
Quais Atividades físicas	Ginástica	41(64,1%)
	Aeróbica	6(9,4%)
	Dança	3(6,3%)
	Não faz	5(7,8%)
	Outros	8(12,5%)
Quantidade de atividades físicas	Até 1 Atividade	55(85,9%)
	> 1 Atividade	9(14,1%)
Tempo de atividade Física	1 ano	15(51,6%)
	2 -- 3 anos	18(48,5%)
	3 -- 5 anos	20(31,3%)
	> 5 anos	11(17,2%)
Tempo de atividade Física	Até 3 anos	33(51,6%)
	> 3 anos	31(48,5%)

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n= 64 idosos.

A prática das atividades físicas em academias que trabalham com programas para a terceira idade tem influência positiva no desempenho cognitivo dos idosos, e podem contribuir para promoção da saúde dos idosos e influenciando em uma vida mais saudável (GOZZI, *et. al.*, 2012).

Um estudo comparou os idosos que praticam atividade física e os que eram sedentários, e verificou que os benefícios da atividade física no processo de envelhecimento se relacionam com os efeitos psicológicos, melhoram a autoestima, a percepção sobre sua própria imagem, a imagem corporal e, além disso, diminuem a ansiedade, a tensão muscular, minimizam a insônia e o consumo de

medicamentos, além de fazer com que o idoso interaja com pessoas idosas e o que reflete na socialização (GUIMARÃES, 2015).

Atividade com exercícios de alongamento muscular: proporcional ao idoso maior flexibilidade dos diversos segmentos, e melhorar a coordenação motora, já atividades exercícios aeróbicos; pode conter movimentos repetitivos e baixo consumo energético, o que permite que sejam praticados por um período maior de tempo. A Dança melhora e desenvolve a coordenação motora, além de ser muito útil na interação psíquica e social e seus efeitos são equivalentes aos das atividades aeróbicas (ARGENTO, 2010).

5.2 Vacinas, Internações e Sequelas.

A maior parte dos idosos 75% está com as vacinas atualizadas e apenas 25% não tomaram as vacinas regularmente, as justificativas em geral são o esquecimento e alegação de falta de mobilidade (Figura 3).

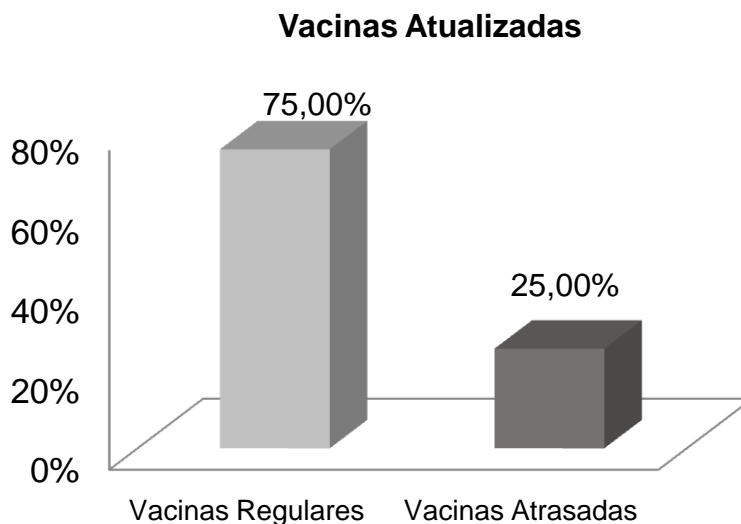


Figura 3-Idosos com Vacinas Atualizadas

Quando as consultas no serviço de saúde; 90,6% dos idosos vão regularmente ao médico, 9,4% não tem ido ao médico. Já ficaram internados 57,4%, e 42,6% não ficaram internados; quanto ao tempo de internação 40,6% afirma ter ficado até duas semana, 14,1% afirma ter ficado mais de 2 semanas, e apenas

46,9% afirma nunca ter sido internado no hospital. Quanto a ocorrências de quedas 60,8% dos idosos já caíram em algum momento da vida, e 39,7% afirma não ter caído, e dos que já caíram 25% afirma ter sequela, 75,0% que não tem sequela e 25% afirma que não sabe. (Conforme Tabela 4).

Tabela 4- Relativa a Consultas e Internações.

Variáveis	Categorias	Quantidade (%)
Consultas Médica	Sim	58 (90,6%)
	Não	6 (9,4%)
Internações	Sim	35(57,4%)
	Não	26(42,6%)
Tempo de internação.	< Até 2 semanas	26(40,6%)
	≥ 2 semanas	9(14,1%)
	Nunca	30(46,9%)
Quedas	Sim	37(60,7%)
	Não	22(39,3%)
Sequelas	Sim	16(25%)
	Não	48(75%)

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n= 64 idosos.

Estudo de Virtuoso et al, 2010 verificou que os idosos que mais frequentam as consultas médica, são os mais jovens de 60 a 69 anos e os mais de 80 anos de idade são menos presentes as consultas.

No Brasil um terço dos idosos sofre queda. E após as quedas os idosos costumam desenvolver a síndrome do medo pós- queda, e esse receio faz com que passem a depender de um acompanhante, e posteriormente podem desenvolver atrofia muscular reduzindo a amplitude de movimentos e déficit na marcha e equilíbrio favorecendo novas quedas (CHAIMOWICZ, 2013). A Taxa de mortalidade de quedas em idosos com mais de 80 anos é 10 vezes mais alta que em idosos de 65 anos, as causas em geral podem ser divididas em problema de visão, equilíbrio, A osteoporose é uma das causas mais frequentes de quedas. E fatores externos como falta de iluminação, tapetes no chão, piso escorregadio, e falta de um banheiro próximo ao quarto onde o idoso dorme (ZASLAVSKY, 2002).

5.3 Percepção do Idoso e Acompanhamento Familiar

A questão do acompanhante ao serviço de saúde: 60,9% dizem ter um acompanhante, e 39,1% não tem acompanhante. Quem mais acompanha os idosos são os filhos 84%, 8% marido, 8% outros. Quando a opinião pessoal sobre sua saúde os idosos dizem: é regular afirmam 52,4%, Boa 28,8%, Ruim 10,9%, muito boa 4,8% e muito ruim 4,8%(figura 5).

Tabela 5- Relativo a acompanhante e ao estado de saúde do idoso.

Variáveis	Categorias	Quantidade (%)
Acompanhante no serviço de saúde.	Sim	60,9%
	Não	39,1%
Quem é o acompanhante?	Filho (a)	84,0%
	Marido	8,0%
	Outros	8,0%
Considera a sua saúde?	Positiva	21(32,8%)
	Negativo	43(67,8%)

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n= 64 idosos.

O Estudo constatou que idosos 35,7% avaliaram sua saúde de forma negativa, e que os idosos mais jovens, de ambos os sexos apresentaram maior prevalência de classificação negativa da percepção do estado de saúde (42,8% das mulheres e 40% dos homens) (Virtuoso *et. al.*, 2010). Nesse estudo o percentual de idosos que avaliou de forma regular foi de 52,4%.

5.4 Parâmetros de Avaliação Nutricional

A classificação do estado nutricional (IMC) apresentou os seguintes resultados: Acima do Peso (50,1%),Eutrófico (34,4%) e Baixo peso (15,6%). A circunferência abdominal (CC) constatou que 50% dos idosos estão em risco vascular, sendo 38,3% Mulheres e 11,7% homens. Pelo o indicador de RCEst (relação da cintura por altura) foram encontrados 88,3% de idosos estão em risco, as mulheres são a maioria 78,3% e homens são 10,0%..Quanto ao que o idoso

pensa da sua própria saúde 67,8% vê sua saúde negativamente, ou seja, somente 32,8%. (conforme Tabela 6.)

Tabela 6-Dados Antropométricos e Estados nutricionais.

Variáveis	Categorias	Quantidade (%)
Estado Nutricional (IMC)	Baixo peso (<18,5)	10(15,6%)
	Eutrófico (18,5---24,9)	22(34,4%)
	Acima do peso (≥25)	32(50,0%)
Circunferência da cintura (CC)	Homens (≥ 80cm)	7(11,7%)
	Mulheres (≥94)	23(38,3%)
	Fora de Risco	30(50,0%)
Relação cintura/altura (RCEst >0,5)	Homens	6(10,0%)
	Mulheres	47(78,3%)
	Fora de Risco	7(11,7%)

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n= 64 idosos.

Em 2013 um estudo sobre idosos residentes na zona sul urbana de Manaus mostrou que a maior ocorrência era de 63% que estavam acima do peso (sobrepeso e obeso), os que estavam eutróficos eram 33% é de baixo peso 4%. A menor ocorrência era de baixa magreza (Vieira *et.al.*, 2013). O presente estudo foi feito na zona leste de Manaus e apresentou somente 50% dos idosos acima do peso.

5.5 Doenças e Remédios Citados

5.5.1 Queixas de Doenças

Segundo as queixas de doenças que os idosos, a mais citada foi a hipertensão com 53,1%, a segunda embora não seja somente uma doença mais um agregado de doenças, ambas tem a mesma relação, são artrose, artrite, osteoporose teve percentual de 28,1% de citações. Já a terceira foi o diabetes com percentual 21,9%, O colesterol alto foi citado 9,4%, outra citação foi o AVC com 4,7%, também foram citadas Vesícula, Sinusite, Labirintite e problemas no Sangue.. Sobre a quantidade de doenças que os idosos têm e citam foi observado que 56,3% mais de duas doenças, 31,3% citam de um a duas doenças, e que 12,5% não citam nenhuma doença, (Conforme tabela 7).

Tabela 7- Doenças citadas pelos entrevistados.

Doenças Citadas	Sim	N
Hipertensão	34(53,1%)	64
Artrite/Artrose/Osteoporose	22(34,3%)	64
Diabetes	14(21,9%)	64
Colesterol Alto	6(9,4%)	64
AVC	3(4,7%)	64
Visão(olhos)	2(3,1%)	64
Visicula	2(3,1%)	64
Sinusite	1(1,6%)	64
Sangue	1(1,6%)	64
Labirintite	1(1,6%)	64
Outros	3(4,7%)	64
Quantidade de Doenças	Nenhum	8(12,5%)
	1--2 doença	20(31,3%)
	≥ 2 doenças	36(56,3%)

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n= 64 idosos.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), feita pelo IBGE e pelo Ministério da Saúde a prevalência de Hipertensos é no Brasil é de 50,6% enquanto no Estado do Amazonas esse percentual cai para 39,0%. Já para a Diabetes, a prevalência nos em idosos (>60 anos) é no Brasil é de 34,43% enquanto no Estado do Amazonas esse percentual sobe para 45,33%.

Em um estudo realizado no grupo de estudos da terceira idade de Santa Catarina constatou que 87,2% dos idosos se queixam de somente uma doença, o resultado desse estudo foi de 59,4%, uma diferença percentual de 27,8%, em compensação também foi verificado que o percentual de idosos que se queixam mais de duas doenças foi de 40,6%, o que pode ser explicado por falta de saneamento adequado fatores ambientais, falta de serviços de saúde e tratamento adequado, entre outros (MUNARETTI, 2009).

Com a composição de junções das citações de doenças por categoria fluiu as seguintes observações:

A hiperdia (hipertensão + diabetes) é a maior queixa dos idosos com 56,25%. As doenças músculo esqueléticas (artrite+artrose+Osteoporose) são a segunda maior reclamação dos idosos com 34,37%. O terceiro grupo com 15,6% mais citado foi o de problemas no sangue dentre eles colesterol alto, ácido úrico e problemas de plaquetas. Sendo os demais grupos com menos de 10% (Ver tabela 8).

Tabela 8- Classificação das Doenças Citadas

Categoria	Doenças	Sim	N
Hiperdia	Hipertensão e Diabetes	36(56,25%)	64
Músculo Esquelético	Osteoporose, Artrose, Artrite	22(34,37%)	64
Problemas no Sangue	Colesterol, Plaquetas	10(15,6%)	64
Problemas nos órgãos	Infecção dos rins, gordura no fígado, pedra na vesícula.	4(6,2%)	64
Problemas de Equilíbrio e visual	Labirintite, sinusite, problema na visão.	4(6,2%)	64

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n= 64 idosos.

Os indicadores de prevalência para artrite e artrose foram de 16,66% no Brasil, já no Amazonas esses percentuais sobem para 19,53%. O presente mostra que a questão de doenças como artrite, artrose e osteoporose nessa associação foi de 28,1%. Bem mais alto em relação à pesquisa feita pelo IBGE.

As doenças crônicas tornam-se mais importante a medida que comprometem a independência do idoso como é o caso da Osteoporose, catarata e sequelas de AVC(CHAIMOWICZ, 2013).

5.6 Remédios que os idosos tomam

Os remédios também foram divididos por categoria: Os Anti-hipertensos (captopril, Losartana, foram os mais citados 34,24%, seguidos dos cardiovasculares 26,56%, tratamentos de diabetes 20,3%, redutores de colesterol 10,9%, analgésicos e anti-inflamatórios 9,6%, relaxante muscular 4,7%, cálcio e vitamina D (4,7%), antiulceras 3,1% e reumatismo 1,6%, (tabela 9).

O percentual de hipertensos entre os idosos entrevistados é de 53,1% e o percentual de idosos que fazem tratamento para hipertensão é de 34,4%, a diferença entre esses dois percentuais é de 18,7%, em outras palavras, mesmo sendo hipertenso não faz tratamento. Em relação ao Diabetes esse percentual é quase imperceptível, somente 1,6% não faz o tratamento. Outra diferença muito significativa foi o fato 34,3% dos idosos terem doenças como Artrite, Artrose, Osteoporose e não fazerem tratamento, pois apenas 6,3% faz uso de Cálcio e vitamina D, além disso, o percentual de idosos que não fazem nenhum tratamento para as doenças “Músculo esqueléticas” é de 28%. O percentual de idosos que tomam remédios como anti-inflamatórios, analgésicos, relaxante muscular é de 14,1% , mesmo sem uso de receita médica(ver tabela 9).

Tabela 9- Remédios usados pelos idosos entrevistados.

Tratamento de Doenças	Remédios	Sim	N
Hipertensão	Losartana, Captopril, Nifedipina, Enalapril,	22(34,4%)	64
Cardiovasculares	Atenolol, Enalapril, ASS, Anlodipino.	17(26,56%)	64
Diabetes	Glibenclamida, Insulina, Metformina.	13(20,3%)	64
Redução de colesterol	Sinvastatina	7(10,9%)	64
Dores em Geral	Dorflex, Paracetamol, Diclofenaco.	6(9,6%)	64
Relaxante muscular	Torsilax dorflex, Prednisolona.	3(4,7%)	64
Músculo Esquelético	Cálcio e vitamina D	4(6,3%)	64
Úlcera	Omeprazol, Ranitidina	2(3,1%)	64

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n= 64 idosos.

Alguns estudos mostram que remédios como Omeprazol, Metformina, Ranitida causam deficiência de vitamina B12, além disso, causam depressão, problemas na linguagem, falta de orientação, problemas de memória, afetar o raciocínio lógico e demência (CHAIMOWICZ, 2013).

Em relação à quantidade de medicamentos verificou que 37% dos idosos não tomam nenhum medicamento, 39,1% toma de um a dois remédios, e 23,4% toma a partir de três (3) remédios (Conforme figura 4).

Quanto a quantidade de Remédios que os idosos

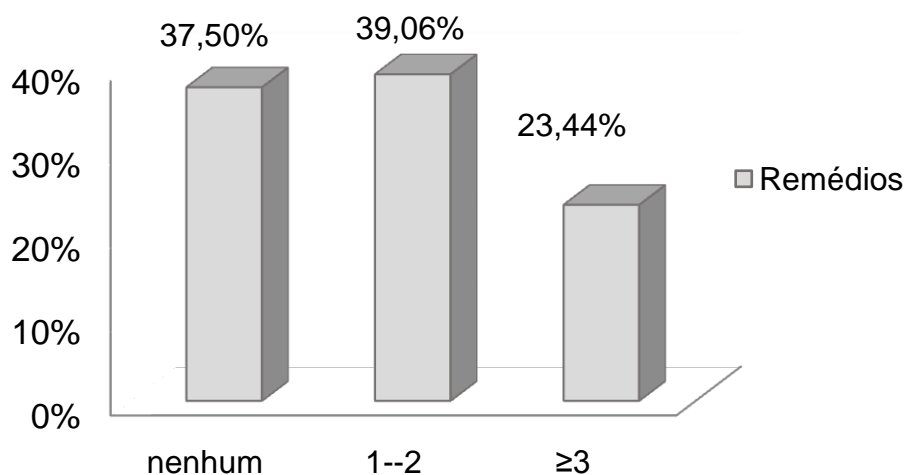


Figura 4-Quanto à quantidade de Remédios que os idosos usam

A utilização de medicamentos por idosos tem que ser prescrito, porém os idosos costumam se automedicar, esse é um dado preocupante, um estudo realizado numa unidade Básica de Saúde constatou que um quinto dos idosos utilizava irregularmente remédio sem prescrição e que 70% eram inadequados. Nesse estudo observamos que os 23,44% tomam mais de três remédios (Araújo ET al, 2010).

5.7 Atividades Básicas e Instrumentais

5.7.1 Atividades Básicas

A escala utilizada Lawton e Brody 1969, Dentre as atividades básicas mais citadas foi tomar banho e usar o vaso sanitário é as que mais os idosos tem dificuldades ambas com 4,7%, a terceira é vestir =se 3,1% (Conforme tabela 10).

Tabela 10 -Atividades Básica citadas pelos idosos.

Atividades Básicas	Sim	Não
Tomar Banho?	3(4,7%)	61(95,3%)
Vestir-se?	2(3,1%)	62(96,9%)
Usar o Vaso Sanitário	3(4,7%)	61 (95,3%)
Transferir-se?	1(1,6%)	63(98,4%)
Alimentar-se?	3(4,7%)	61(95,3%)

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n= 64 idosos.

Com relação às atividades Básicas é notória que os idosos são na maior parte independentes, talvez isso se deva ao fato de que a maior parte deles 85,9% faz até uma atividade física e o tempo de Atividade física também influenciou nessa mobilidade, pois 48,5 % fazem atividade de 2 a 3 anos (tabela 3).

5.7.2 Atividades Instrumentais

As atividades instrumentais foram a de maior queixa: As primeiras mais citadas foram a dificuldade em tomar remédio corretamente, e prestar atenção e discutir sobre algo com 23,4% ambas; A segunda foi lembrar se dos compromissos ; a terceira a dificuldade de arrumar a casa (20,3%) ; a quarta foi fazer pequenos serviço domésticos e usar o telefone ambas com o mesmo percentual 17,7%, a quinta o controlar o dinheiro 15,6 % , Lavar roupa 15,6% Sair de casa sozinho 15,6% sendo as demais menos de 15%, todas as outras lidam com o raciocínio mental ,Ver tabela 11.

Tabela 11- Atividades Instrumentais citadas pelos idosos.

Atividades Instrumentais	Sim	Não
Tomar remédios corretamente	15(23,4%)	49(76,6%)
Prestar atenção e discutir algo?	15(23,4%)	49(76,6%)
Lembrar-se de compromisso?	14(21,9%)	50(78,1%)
Arrumar casa	13(20,3%)	51(79,7%)
Usar Telefone	11(17,72%)	53(82,8%)
Fazer pequenos trabalhos domésticos	11(17,72%)	53(82,8%)
Controlar dinheiro	10(15,6%)	54(84,4%)
Lavar roupa	10(15,6%)	54(84,4%)
Sair de casa Sozinho	10(15,6%)	54(84,4%)
Fazer compras	9(14,1%)	55(85,9%)
Manter-se Dia a dia com a Atualidade	9(14,1%)	55(85,9%)
Preparar Refeições	5(7,8%)	59(92,2%)

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. Tamanho da Amostra n=64 idosos.

Um estudo avaliou a capacidade funcional e analisar as características associadas à incapacidade dos idosos atendidos em uma Estratégia da Saúde da Família em Montes Claro-MG. e observou que as tarefas AIVD (atividade Instrumentais de Vida diária) que causam maior dependência para ir a lugares mais distantes sozinhos 24,1%, lavar e passar roupa 22,0%, usar o telefone 18,9% (BARBOSA *et. al.*,2014).

Já este estudo traz uma nova perspectiva, pois, a maior parte dos idosos atendidos na Associação apresentam mais dificuldades na memória, pois os esquecem de tomar seus remédios no horário, não conseguem prestar atenção ou lembrar-se dos compromissos que foram as três atividades instrumentais mais citadas.

5.8 Caracterização do Estado Nutricional

No estudo estão acima do peso 67,2% dos idosos; a variável raça teve o percentual de Brancos 55,6% e Pardo 69,1%; tiveram até 8 anos de estudo 73,1% , e 41,7% estudaram mais de 8 anos; quanto a religião 69,3% são católicos e 63,9% são evangélicos ; são na maioria autônomos 71,9% e 62,6% “do Lar”; Dos aposentados de 64,3% estão acima do peso e dos não aposentados 72,7% estão acima do peso(Tabela 12).

Tabela 12- Estado Nutricional com Variáveis Socioeconomicodemográfica.

Variáveis	Categoria	Estado Nutricional			ODDS
		Baixo Peso	Estrófico	Acima do Peso	
Raça	Branco	1 (11,1%)	3 (33,3%)	5(55,6%)	1,9
	Pardo	5 (9,1%)	12(21,8%)	38(69,1%)	
*Tempo de Estudo	Até 8	4 (7,7%)	10(19,2%)	38(73,1%)	3,8
	> de 8	2 (16,7%)	5 (41,7%)	5(41,7%)	
Religião	Católicos	5(11,9%)	8 (19,0%)	29(69,3%)	1,81
	Evangélicos	1(4,5%)	7(31,8%)	14(63,6%)	
Profissão	Autônomo	1(3,1%)	8(25,0%)	27(71,9%)	1,18
	Do lar	5(15,6%)	7(21,9%)	20(62,5%)	
Aposentado	Sim	4(9,5%)	11(26,2%)	27(64,3%)	0,61
	Não	2(9,1%)	4(18,2%)	16(72,7%)	

Fonte: Entrevistas feita ASSiC. * Anos; ** SM = Salário Mínimo.

A Razão de chance para a variável raça indica que os idosos pardos tem quase 2 vezes mais chance de estarem acima do peso, em relação aos idosos brancos. Para o tempo de estudo indica que os idosos que estudaram menos ou até 8 anos(Ensino Fundamental) tem 3,8 vezes mais chance de estar acima do Peso em relação aos que estudaram mais de 8 anos. Que os idosos de religião católica 1,8 vezes mais chance de estarem acima do peso. Que os autônomos e as donas de casa tem quase a mesma chance de estarem acima do peso. E que o fato de não ser aposentado é uma proteção para não estar acima do peso.

Verificou se que o Indicador de Massa Corpórea (IMC) para homens mostrou que 100% estão acima do peso; Já para as mulheres; Baixo peso (11%), Eutróficos 26%, Sobrepeso/Obeso (63%) conforme figura 3, quando se levou em consideração

a média para ambos os sexos, são considerados com Sobrepeso. A maioria tanto Homens quanto Mulheres estão ambos acima do peso (Figura 5.)

Classificação do Estado Nutricional por Sexo

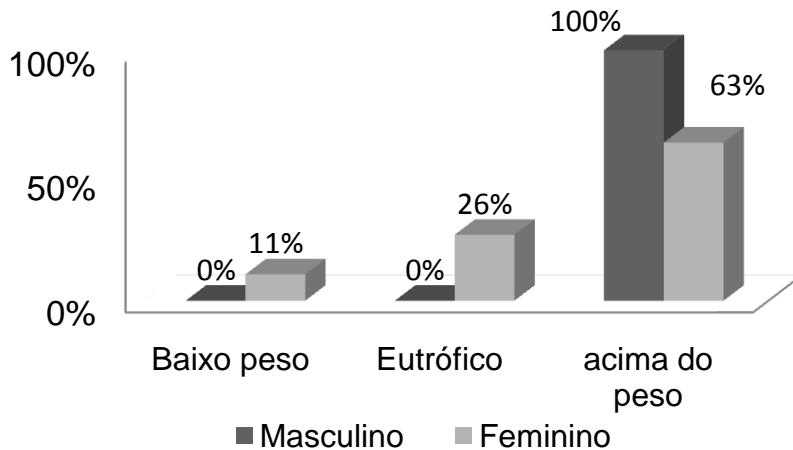


Figura 5-Classificação do Estado Nutricional por Sexo

A faixa etária que mais está acima do peso é a de idosos com mais de 69 anos com 72,7%, a faixa etária de 60 a 69 anos que está acima do peso é de 64,3%. (figura 6).

Classificação do Estado Nutricional por Idade

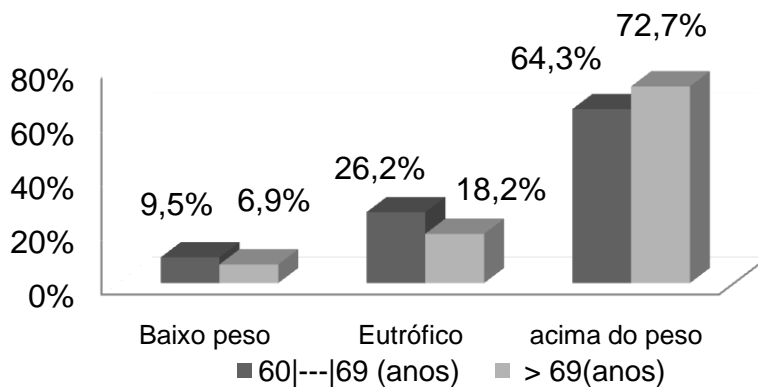


Figura 6-Classificação do Estado Nutricional por Idade

Para idosos acima do peso com renda familiar superior a partir de três salários mínimos que estão acima do peso tem percentual de 85%, já os que têm até dois salários mínimos tem o percentual de 61,7% (figura 7).

Classificação do Estado Nutricional quanto a Renda Familiar.

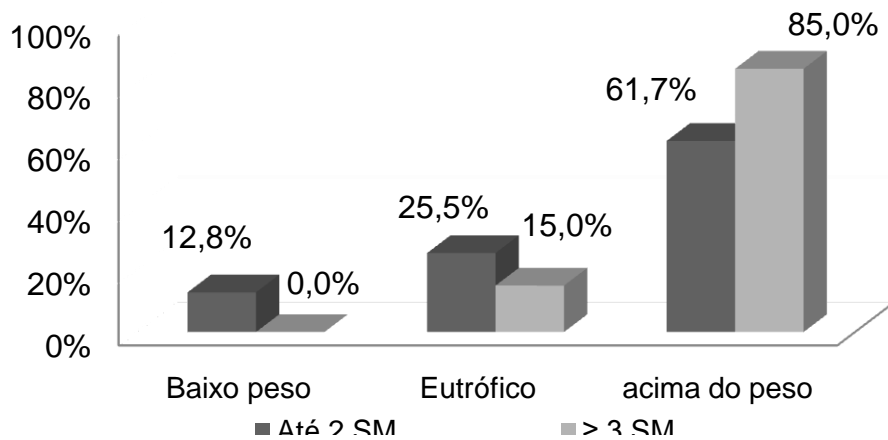


Figura 7- Classificação do Estado Nutricional quanto a Renda Familiar.

Quanto a renda pessoal os idosos que estão acima do peso, verificou 100% recebem a partir de 3 salários mínimos e 64,6% recebem até 2 salários mínimos. A chance de um idoso que tem renda pessoal até 2 salários mínimos esta acima do peso é de 2,64 vezes em relação aos idosos que ganham a partir de 3 salários mínimos.(figura8).

Classificação do Estado Nutricional quanto a Renda Pessoal.

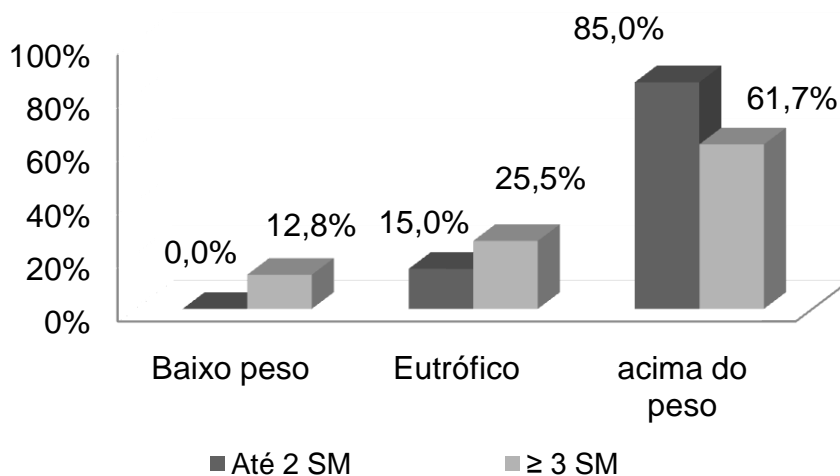


Figura 8-Classificação do Estado Nutricional quanto a Renda Pessoal.

Verificou idosos que estão acima do peso 72,7% moram com mais de 4 pessoas na residência , e 64,3% moram com até 4 pessoas(figura9).

Classificação do Estado Nutricional quanto a ao número de moradores na residência

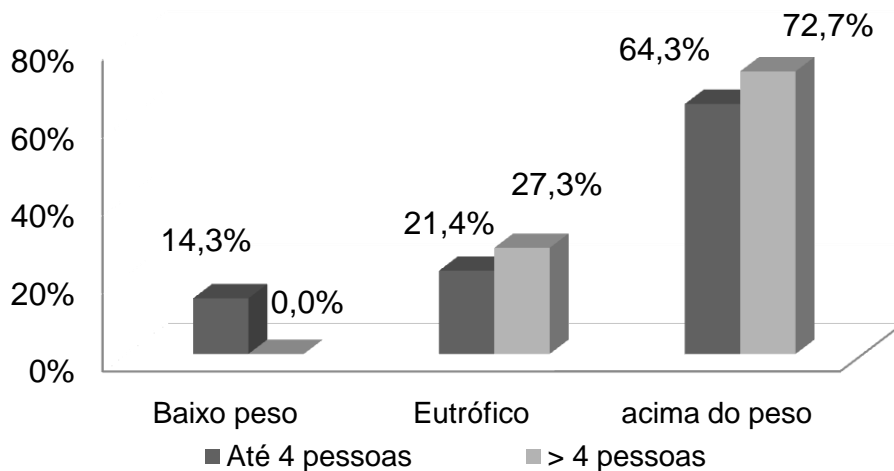


Figura 9-Estado Nutricional e número de moradores na residência

Observa que o Indicador de Massa Corpórea (IMC) mostra que os idosos que vieram do interior estão mais acima do peso com 75% , já pessoas que são da cidade de Manaus são de 54,2%.A Razão de chance (ODDS) de um idoso provindo do interior está acima do peso é 3,3 vezes mais, em relação aos idosos da cidade de Manaus (figura 10).

Classificação do Estado Nutricional quanto a naturalidade

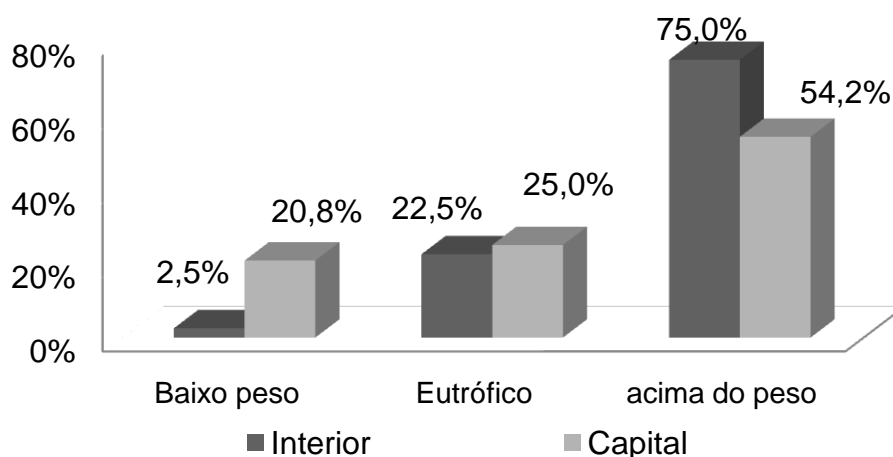


Figura 10-Classificação do Estado Nutricional quanto à naturalidade

5.8 Análise Antropométrica

A CC (circunferência da Cintura) apresentou preocupação para os Homens, pois os que estão com sobrepeso têm risco Aumentado e os que têm já estão obesos tem alto risco. Para as Mulheres a classificação da Circunferência da cintura

foi mais agravante, pois, na classificação o grupo obteve um risco que vai do aumentado para muito alto, inclusive para as mulheres que estão com IMC considerados normais.*A RCEst (Razão cintura estatura) para homens foi considerada normal, O IMC considerou ambos os sexos apenas com sobrepeso, porém quando se comparou RCEst de Homens e Mulheres notou se considerável mente que as mulheres apresentaram risco elevado para doenças cardiovasculares (RCEst>0,50).Conforme tabela 13.

Tabela 13-Estatísticas dos indicadores antropométricos quanto Sexo

Indicadores	Ponto de Corte	Homens	Ponto de Corte	Mulheres
	Masculino	$\bar{X} \pm S$	Feminino	$\bar{X} \pm S$
CC*	* 94---102	96,67±9,24	* >88	92,18±11,86
RCEst * ≥50	Normal	44±29,5	Risco Coronariano	54,21±21,52
IMC*	Sobrepeso	29,09±3,20	Sobrepeso	27,57±5,69

Fonte : Entrevistas feita ASSiC. * Em risco; \bar{X} = média; S= desvio padrão; n=64

Um estudo feito em residentes em uma instituição de longa permanência de João Pessoa mostrou quanto ao RCEst, 86% idosos do sexo masculino apresentavam risco elevado para obtenção de doenças cardiovasculares, já na população feminina esse índice era 92% (Oliveira *et. al.*, 2015).

O excesso de gordura na região central do corpo está associado ao aparecimento de doenças cardiovasculares, diabetes e mortalidade. Estudos mostram que o IMC e RCEst explicam a maior variação na pressão sistólica e diastólica , porém , o maior risco de desenvolver hipertensão apenas foi observado com aumento do IMC (MUNARETTI, 2009). O excesso de gordura na região central do corpo está associado ao aparecimento de doenças cardiovasculares, diabetes e mortalidade.

Quanto ao Estado Nutricional e as Doenças mais citadas; A Hipertensão foi a mais citada com 51,5% dos casos e destes 72,7% estava acima do peso, a chance de um hipertenso esta acima do peso é de 1,4 vezes em relação aos que não são

hipertensos. A Diabetes foi a segunda mais citada com 48,4% e foi observado que destes 92,3% estavam acima do peso; Outra citação que foi agrupamento de doença como artrite, artrose, Osteoporose, doenças músculo esqueléticas com 32,8% nos idosos, e 66,7% destes estavam acima do peso (conforme tabela 14).

Tabela 14- Relação do Estado Nutricional e as Doenças

Doenças	Categoria	Estado Nutricional			ODDS
		Baixo Peso	Estrófico	Sobrepeso/ Obeso	
Hipertensão	Sim	2(6,1%)	7(21,2%)	24(72,7%)	1,44
	Não	4(12,9%)	8(25,8%)	19(61,3%)	
Diabetes	Sim	1(7,7%)	0(0,0%)	12(92,3%)	-
	Não	5(9,8%)	15(29,4%)	31(60,8%)	
Artrose Artrite Osteoporose	Sim	1(4,8%)	6(28,9%)	14(66,7%)	0,72
	Não	5(11,6%)	9(20,9%)	29(67,4%)	

Fonte : Entrevistas feita ASSiC.

Alguns estudos anteriores mostram que houve associação entre o Estado nutricional e a Hipertensão, o estudo MUNARETTI mostra essa característica pois , que 67,3% das mulheres eram Hipertensas e estavam acima dos peso, já para esse percentual foi de 59,3%. (MUNARETTI, 2009). Outro estudo mostra que há associação quando não leva em consideração o sexo, indica 40,1% para o Estado Nutricional entre a hipertensão o percentual. A Diabetes e o Estado Nutricional também tem associação no Estudo de Coqueiro 35,2% dos Diabéticos estavam acima do Peso. (COQUEIRO, 2008). Portanto, esse novo estudo só confirma os estudos anteriores, pois são muito relevantes os percentuais relativos as duas doenças citadas pelos idosos para a Hipertensão foi de 72,7% e Diabetes 92,3% ambas com associação para o Estado Nutricional.

A respeito da citação de Artrite +Artrose e Osteoporose outros autores dizem que a obesidade representa o mais significativamente o surgimento da Osteoartrite, e a lesão é agravada com base no aumento da sobrecarga de peso sobre a

cartilagem articular e o osso. Nesse estudo foi significativa A doença em relação ao peso 51,6% dos idosos estavam acima do peso (ROSIS *et. al.*, 2010).

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram a compreensão sobre o perfil dos idosos participantes da associação, identifica que o sexo feminino é predominante entre os sujeitos. A caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos da associação, fornecem um diagnóstico situacional e indicadores de saúde relevantes para a implantação e implementação de políticas públicas de saúde para esta faixa etária. O estudo cumpre com os objetivos traçados uma vez que caracterizou o perfil das pessoas acima de 60 anos participantes da Associação dos Idosos do Coroadó. O estudo apresenta uma limitação, uma vez que foi realizado em um único cenário, fato que pode resultar em uma mensuração pontual e não refletir a realidade dos idosos que participam de associações ou centros de convivência na cidade de Manaus. Entretanto, mesmo com a limitação apontada, acredita-se que este estudo poderá fornecer aos profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, importantes conhecimentos sobre a realidade vivenciada pelos sujeitos e o seu perfil, entendendo como componentes importantes e determinantes da promoção da saúde da pessoa idosa. Embora estudos assim realizados não possam ser generalizados, sua relevância é incontestável para profissionais de saúde e para a gestão, pois possibilitam programar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde fundamentadas na percepção do indivíduo de sua posição na vida, do contexto da cultura, expectativas, padrões e preocupações.

Neste sentido, reafirma-se a necessidade de novos estudos em outros cenários e investigações que possam manter e ampliar as medidas de promoção, prevenção e proteção dirigidas à pessoa idosa.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO** - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3. ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009, pag.85

ALVES L. C., LEIMANN B. C. Q., VASCONCELOS M. E. L., CARVALHO M. S., VASCONCELOS A. G. G., FONSECA T. C. O., LEBRÃO M.L, LAURENTI R.; A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil ANDRADE, Ana Isabel; MARTINS, Rosa Maria. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Rev. Millenium**, v. 40, pág.: 185-199, 2011.

BALTES, P. B. Extending longevity: Dignitygain – ordignitydrain? **Rev. Max Panck Research**, n. 3pág: 15-19, 2003.

BARBOSA B. R.; ALMEIDA J.M.; BARBOSA M.R.; BARBOSA L.A. R.R.; Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade; Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 2014.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde, Brasília: 2006.** Consultado em: 16 out. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index>>

BRASIL. **Censo Demográfico de 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010.** Consultado em: 16 out. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/>>

BRASIL. **Estatuto do idoso.** Lei Federal nº 10.741, de 01 de Outubro de 2003. Secretaria dos Direitos Humanos: 2006 a. Pág.: 50. Consultado em: 16 out. 2016. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/Legislaoidoso.pdf>>

CAMÕES, SILVA; FERNANDES, Fábria; SILVA, Bruno; RODRIGUES, Tiago. Exercício físico e qualidade de vida em idosos: Diferentes contextos sociocomportamentais. **Rev. Motricidade**, v. 12, n. 1, pág: 96-105, 2016.

CARMONA, Carla Manuela. **Capacidades sensoriais e motoras percebidas e sucesso no envelhecimento em idosos: Mediação do envolvimento e do evitamento face à comida.** Tese de Doutorado. Universidade de Évora, 2016.

CHAIMOWICZ F.; **Saúde do Idoso**, Belo Horizonte, MG., 2013, pag. 167.

CIESLAK, F; CAVAZZA, JF; LAZAROTTO, L; TITSKI, ACK; STEFANELLO, JMF; LEITE, N. Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. **Rev. Educ. Fís./UEM**, v. 23, n. 1, pág: 251-260, 2012.

CORRÊA, M. M; TOMASI E. ; **Razão cintura-estatura como marcador antropométrico de risco à saúde: estudo de base populacional em adultos e idosos brasileiros.** TESE, CESUMAR – Maringá, Paraná, 2016.

COQUEIRO R.S.; **Características antropométricas dos idosos de Havana (CUBA) e associação do estado nutricional com fatores sócio-demográficos, estilo de vida, morbidades e hospitalização**; UFSC, Programa de Pós-Graduação Em Educação física, Dissertação, pag. 55, Dissertação de Florianópolis 2008

De Onis M. , Habicht J.P.; **Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee**. Am J Clin Nutr 1996;64:650-8.

DUARTE, Y. A. O; ANDRADE C.L.; LEBRÃO, M.L. O index de Kartz na Avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc.Enferma USP**, 2007.

FREITAS, E.V., PY, L., CANÇADO, F.A.X., DOLL, J., GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2a ed., pag. 792-797, Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006.

GRINBERG, LP. **Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento**. Grupo Editorial Moreira Jr. 2006.

GROPPO, HS; NASCIMENTO, CMC; STELLA, F. Efeitos de um programa de atividade física sobre os sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer. **Rev. bras. educ. fís. Esporte**, v. 26, n. 4, pág: 543-551,2012.

LEMOES, R. P. S.; **Idoso: perspectiva de uma vida saudável**. Trabalho de Conclusão de Curso – graduação em Fisioterapia, EMESCAM, Espírito Santo: 2008.

LANUEZ, FV; JACOB-FILHO, W; LANUEZ, MV. Comparative study of the effects of two programs of physical exercises in flexibility and balance of health elderly individuals with and without major depression. **Rev. Einstein**, v. 9, n. 3, pág: 307-312, 2011.

LIMA, T. J. V.; ARCIERI, R. M.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S.A.S. Humanização na Atenção á Saúde do Idoso. **Rev. Saúde Coletiva**. n 19, vol. 4, pág. 866-877: 2010.

MUNARETTI D. B. **Importância de indicadores antropométricos para a ocorrência de hipertensão arterial em idosos de São Paulo**. Dissertação; Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis 2009 pag 50.

OLIVEIRA F. K. S.; LINS P. M. L.; MAMEDE L. C. G.; AQUINO, J. S. A.; **Avaliação da Relação Cintura/Estatura de Idosos Residentes Em Instituições de Longa Permanência da Cidade De João Pessoa**; ANAIS CIEH (2015) – VOL. 2, N.1

OLIVEIRA, J. M. M., NÓBREGA M. M. L., MEDEIROS F. A. L., MEDEIROS A. C. T.; Characterization of older hipertensive registered in the state of sishiperdia paraíba: allowance for health surveillance ; **J. res.: fundam. care**, 2015, p.144

OMS, Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento da saúde. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> 2016.

PAULO M. A., WAJNMAN S., OLIVEIRA A. M. C. H.; A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada; **Rev. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, 2013.

PIMENTEL, L.; **O lugar do Idoso na Família**. 2 ed., Coimbra: 2005.

PINHO, MX; CUSTODIO, O; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 1, pág: 123-140, 2009.

ROSIS R. G.; MASSABKI, P. S.; Kairalla M.; Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Campus Vergueiro, SP **Rev Bras Clin Med**, 101-8, 2010.

SILVA, E. R.; SOUSA, A. R. P.; FERREIRA, LB. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 46, n. 6, pág: 1387-1893, 2012.

SILVA, I. M. C.; ANDRADE, K.L.; Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Clin. Med.**, V. 11, N. 2, pág.: 129-134, 2013.

SOUZA A. M. B., CHATEAUBRIAND A., D., NUNES Í. S. V. M., SILVEIRA R. F.; **Ferramentas para Caracterização de Área Urbana resultado de diferentes processos de ocupação**. ; XIII Safety, Health and Environment World Congress309 - COPEC July 07 - 10, 2013, Porto, PORTUGAL, 2013.

TOMASINI, S. L. V.; ALVES, S. **Envelhecimento bem sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência**. RBCEH, v. 4, n. 1, pág.: 88-102, 2007.

VIEIRA J.N.; SOARES M. S.; COSTA S. S. S.S3; ALBUQUERQUE R. C. ; ALENCAR F. H.; **Avaliação Antropométrica dos Idosos Residentes na área urbana de Manaus-am /Zona Sul**. II Congresso de Iniciação Científica PIBIC/CNPq - PAIC/FAPEAM.

VIRTUOSO. J. F, MAZO G. Z. , MENEZES E. C., CARDOSO A. S., DIAS R.G. BALBÉ G. P.; **Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física 1**. Programa de Pós-graduação, Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis SC.2010

ZASLAVSKY C., GUS I. ; **Idoso. Doença Cardíaca e comorbidades**, Arq. Bras. Cardiol 2002; 79: 635-9.

8. APÊNDICE A



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE MANAUS

CREENCIADO PELO DECRETO DE 26/03/2001 - D.O.U. DE 27/03/2001
Associação Educacional Luterana do Brasil - AELBRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sr(a). para participar da pesquisa intitulada “**Perfil dos idosos frequentadores de uma associação de idosos do município de Manaus-AM**”, orientado pelo Prof^o MSc Wagner Ferreira Monteiro.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: Caracterizar o perfil da população acima de 60 anos frequentadora de uma associação de idosos do município de Manaus; e específicos: Identificar o perfil sócio demográfico dos idosos participantes da associação; Conhecer o perfil antropométrico dos idosos inseridos na associação; Avaliar a capacidade funcional do idoso frequentador da associação.

Para realização deste estudo, sua participação será voluntária e para alcançar o objetivo, a pesquisadora utilizará o seguinte método: instrumento de entrevista estruturado. Seu auxílio através da autorização é de fundamental importância para realização deste estudo.

Todos os dados que lhe identifiquem serão mantidos sob sigilo absoluto, antes, durante e após o término do estudo. Esclareço que quanto aos possíveis riscos decorrentes de sua participação na pesquisa serão considerados riscos mínimos do tipo psicoemocional, constrangimento e/ou desconfortos, pela possibilidade do Sr(a). ter sentimentos ou emoções desagradáveis relacionadas ao estudo e disponibilizar parte do seu tempo para realização do mesmo. Se isso acontecer fica assegurado que estaremos à disposição para lhe oferecer cuidados necessários e esclarecer dúvidas que serão minimizadas pela pesquisadora mediante a garantia da privacidade no momento da aplicação do instrumento de coleta dos dados.

Como benefício se o Sr(a). aceitar participar da pesquisa estará contribuindo para melhor conhecimento sobre o tema e aperfeiçoamento do cuidado direcionado a pessoa idosa. Esperamos por meio dos resultados contribuir com a formação dos

profissionais de enfermagem para atuarem na sociedade, valorizando práticas e habilidades baseadas em conhecimento científico.

Se depois de consentir em sua participação o Sr(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo, sem nenhum prejuízo. O Sr(a). não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Adna Castro de Albuquerque Telefone: (92) 99166-8052 ou endereço Rua 37 nº 786 Japiim ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa contato com o CEP CEULM/ULBRA, na Avenida Carlos Drummond de Andrade, 1460 - Japiim II, Manaus - AM, 69077-730, pelo telefone (92) 3616-9800.

O CEP do CEULM/ULBRA objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Certa de contar com a sua colaboração, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Adna Castro de Albuquerque

Prof. MSc. Wagner Ferreira Monteiro

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura

Data ____/____/____



Impressão datilográfica

APÊNDICE B



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE MANAUS

CREENCIADO PELO DECRETO DE 26/03/2001 - D.O.U. DE 27/03/2001
Associação Educacional Luterana do Brasil - AELBRA

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO

Nº _____

01. Idade: _____ anos

02. Sexo: Feminino Masculino

03 Estado: _____ 04. Naturalidade _____

05 Escolaridade:

<input type="checkbox"/> Nunca estudei	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> incompleto
<input type="checkbox"/> Primário	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino Médio	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino Superior	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> incompleto

06. Em sua opinião qual a sua cor ou raça? (pergunte ao entrevistado)

1 - Branca 2 - Parda/mulata/morena 3 – Negra/Preta

4 - Amarela/oriental (japonesa, chinesa, coreana) 5 – Indígena.

07. Qual a sua profissão ou qual foi sua profissão? _____

08. Aposentado (a): sim não

09. Quantas pessoas moram com senhor (a) _____

10. Renda pessoal 1 - 2 salários mínimos

3 - 4 salários mínimos

> 5 salários mínimos

11. Renda familiar 1 - 2 salários mínimos

3 - 4 salários mínimos

> 5 salários

12. O Sr.(a) Ganha algum benefício do Governo? Bolsa Família outros, qual?

13. Religião 1 – Sim 2 - Não

13.1 Qual? evangélico católico Espírita outra

DADOS SOBRE SAÚDE

14. Vacinas atualizadas 1 - Sim 2 - Não

15. Se não, por que não tomou a vacina? _____

16. O Sr.(a) Participa de alguma atividade física? 1 - Sim 2 - Não

16.1 Se sim, qual? _____ 16.2 há quanto tempo? _____

17. O Senhor (a) tem se pesado ultimamente? 1 - Sim 2 - Não

18. Qual seu peso atual: _____ 21 Altura: _____ 22 Cintura: _____

19. O Sr.(a) tem ido ao médico regularmente? 1 - Sim 2 - Não

20. Quem é o seu Acompanhante nas idas ao serviço de saúde? _____

21. Em geral, Eu diria que minha a saúde?

() Muito Boa () Boa () Regular () Ruim () Muito Ruim

22. Quais são as doenças que o Sr. (a) tem? _____

23. Quais são os medicamentos que o Sr.(a) usa? _____

24. O Sr.(a) Já ficou internado algum vez? () Sim () Não

25. Quanto tempo? _____

26. O Sr.(a) caiu alguma vez? () Sim () Não

27. O Sr.(a) tem alguma sequela dessas quedas? () Sim () Não () Não sei

28. NECESSITO DE CUIDADOS PARA O DIA: () Sim () Não

AVDs (Basicas)	Tomar Banho?	() Sim () Não
	Vestir-se?	() Sim () Não
	Usar o Vaso Sanitário?	() Sim () Não
	Transferir-se?	() Sim () Não
	Alimentar-se?	() Sim () Não
AIVDs (instrumentais)	Preparar refeições?	() Sim () Não
	Tomar corretamente remédios?	() Sim () Não
	Faz Compras?	() Sim () Não
	Controlar Dinheiro?	() Sim () Não
	Usar Telefone?	() Sim () Não
	Arrumar casa?	() Sim () Não
	Lavar Roupas?	() Sim () Não
	Fazer pequenos Trabalhos domésticos.	() Sim () Não
	Sai de Casa Sozinho?	() Sim () Não
	Manter-se Dia a dia com atualidade?	() Sim () Não
	Prestar atenção entender e discutir algo?	() Sim () Não
	Lembrar-se de compromisso?	() Sim () Não