



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

VANESSA TICIANNE VASCONCELOS DE ANDRADE MOREIRA BRAGA

**ESTILO DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS MORADORES EM
CONDOMÍNIOS EXCLUSIVOS PARA A TERCEIRA IDADE**

CAMPINA GRANDE
2019

VANESSA TICIANNE VASCONCELOS DE ANDRADE MOREIRA BRAGA

**ESTILO DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS MORADORES EM
CONDOMÍNIOS EXCLUSIVOS PARA A TERCEIRA IDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

Orientador(a): Prof. Dr^a. Maria do Carmo Eulálio

CAMPINA GRANDE
2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B813e Braga, Vanessa Ticianne Vasconcelos de Andrade M.
Estilo de vida e estado nutricional de idosos moradores em condomínios exclusivos para a terceira idade [manuscrito] / Vanessa Ticianne Vasconcelos de Andrade M Braga. - 2019.
119 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."
1. Envelhecimento. 2. Estilo de vida. 3. Estado nutricional.
4. Saúde do idoso. I. Título

21. ed. CDD 613.043 8

VANESSA TICIANNE VASCONCELOS DE ANDRADE MOREIRA BRAGA

**ESTILO DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS MORADORES EM
CONDOMÍNIOS EXCLUSIVOS PARA A TERCEIRA IDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

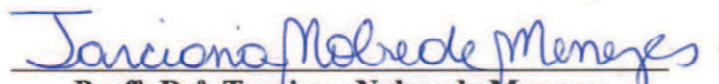
Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

Aprovada em: 27 / 09 / 2019.

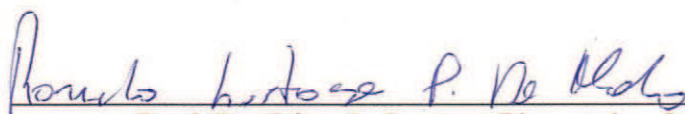
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr.ª. Maria do Carmo Eulálio
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr.ª. Tarciana Nobre de Menezes
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro Interno



Prof. Dr. Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo
Faculdade Santa Maria - FSM
Membro Externo

A Nossa Senhora, Maria Santíssima, minha mãe
protetora que passa a frente dos meus caminhos,
intercede por mim junto a Deus todo poderoso, guia
meus passos, fortalece minha fé e aquece meu
coração;

À minha mãe, a minha filha e ao meu marido por
serem protagonistas nas minhas conquistas,

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo Dom da vida, por me acompanhar em todos os momentos, pela força, sabedoria e discernimento para conquistar esta vitória.

À minha mãe, Vera, exemplo de dedicação e superação. Sempre fostes meu porto seguro, onde me sinto protegida e amada. Obrigada, mainha, pelo amor, paciência, tolerância, incentivo, esforço e apoio incondicional.

Ao meu esposo, Fernando, pela paciência, cuidado e amor compartilhados diariamente.

A minha filha, Carolinne, pela paciência, compreensão pelas ausências, mesmo estando presente, pelo amor e carinho recebido.

As minhas irmãs, Tathy Anne e Veruschka, pelo amor e por terem tornado este momento mais leve em minha vida.

A minha orientadora, Maria do Carmo Eulálio, que me acolheu e aceitou. Por toda a atenção e dedicação. Obrigada pela oportunidade.

Aos alunos do Grupo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Saúde - GEPES, pela contribuição na coleta de dados.

Aos colegas da Pós-Graduação pelo convívio, acolhimento e amizade, em especial a Ana Luiza, pela parceria nesta caminhada. Nunca serão esquecidos!

Ao colega Edivan, por ter me ajudado neste trajeto, com sua atenção e contribuição para a conclusão desta pesquisa.

Aos meus mestres/professores que compartilharam conhecimento e experiências.

Aos professores, Tarciana Menezes e Rômulo Lustosa, por aceitarem o convite de participar da Banca Examinadora e contribuírem para melhoria deste trabalho. Muito obrigada, pelo interesse e tempo dedicado a este estudo!

Ao Programa de Pós Graduação de Psicologia da Saúde da UEPB, por viabilizar essa experiência de desenvolvimento pessoal e projeto de vida.

Aos idosos que aceitaram participar desta pesquisa, sendo seu consentimento imprescindível para a realização deste trabalho. Obrigada por toda troca de histórias e experiências.

A todos os outros amigos que direta ou indiretamente participaram desta pesquisa ao me darem apoio, atenção e carinho. Compreendendo em diversos momentos minha ausência e demonstrando nesta fase o quanto é importante nossa amizade.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Por me apoiarem de maneira essencial, a todos vocês um enorme obrigado!

[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade.

Kofi Annan, ex-secretário-geral da ONU.

RESUMO

O estilo de vida e o estado nutricional influenciam a saúde do idoso, contribuindo para o processo de um envelhecimento bem sucedido. O objetivo deste estudo foi analisar o estilo de vida e o estado nutricional de idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura no Estado da Paraíba. Pesquisa exploratória, descritiva, correlacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Na obtenção dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico para delinear o perfil dos idosos; Miniexame do Estado Mental (MEEM), teste de rastreio cognitivo; Escala de Estilos de Vida (EEVI); Mini Avaliação Nutricional (MAN[®]), utilizada para avaliar o risco de desnutrição; e realização de medidas antropométricas (peso, altura, circunferências: do braço - CB, da cintura - CC, do quadril - CQ e da panturrilha - CP; e os índices: Índice de Massa Corporal - IMC e relação cintura/quadril - RCQ) para avaliar o estado nutricional. Os resultados foram organizados com o Software SPSS, sendo apresentados através da estatística descritiva (frequência, porcentagem, médias e desvios padrão) e das associações entre as variáveis de investigação. A amostra foi composta de 76 idosos residentes nos Condomínios localizados em Campina Grande, Guarabira e João Pessoa. A maioria dos idosos (47,37%) se encontravam na faixa etária entre 60 e 69 anos, 56,6% do sexo feminino, baixa escolaridade com média de 6,94 anos de estudo, e 69,7% mora sozinho. Da amostra, 76,4% afirmaram possuir alguma doença crônica não transmissível, sendo mais frequentes a hipertensão arterial (59,2%) e o diabetes mellitus (18,4%). A autopercepção da saúde nutricional foi considerada Boa para 44,7% dos entrevistados. Quanto à autopercepção do estado nutricional 56,6% relataram ser Bom. Os idosos se apresentaram com sobrepeso e com riscos para complicações cardiometabólicas. Os idosos demonstraram possuir um estilo de vida saudável (71%). Os fatores que apresentaram comportamentos mais saudáveis foram: cuidado com a alimentação, socialização, cuidado com a saúde, *coping* funcional e atividade. Verificaram-se correlações positivas, fracas e significativas entre o escore total da EEVI e as medidas antropométricas CB, CC e CP. Não foram encontradas correlações significativas com o escore total da MAN[®]. Entre os fatores da EEVI temos que, o fator Atividade se correlacionou com a CB; o fator Socialização com CB, CC e RCQ; e o fator Cuidado com alimentação se correlacionou com a CB. A CB foi preditora de 11,3% da variação do escore total da EEVI e a RCQ de 9,6% da variação do fator Socialização e a CB 6,3% para o fator Cuidado com a alimentação. Conclui-se que o estado nutricional explica o estilo de vida e ambos beneficiam a saúde e um envelhecimento saudável. Identificar os fatores que provocam comportamentos prejudiciais à saúde é importante para subsidiar estratégias que visem ações biopsicossociais e de promoção e prevenção da saúde para assegurar a qualidade da saúde e vida dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento. Estilo de vida. Estado nutricional. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The lifestyle and nutritional status influence the health of the elderly, contributing to the process of a successful aging. The objective of this study was to analyze the lifestyle and nutritional status of elderly residents in the Cidade Madura Condominiums, in the state of Paraíba. Exploratory, descriptive, correlational, cross-sectional research with a quantitative approach. The following instruments were used to obtain the data: a sociodemographic questionnaire to delineate the profile of the elderly; Mini Mental State Examination (MMSE), cognitive screening test, to identify any severe cognitive; Elderly Life Style Scale; Mini Nutritional Assessment (MNA[®]), used to assess the risk of malnutrition; and anthropometric measurements (weight, height, circumferences: arm, waist, hip and calf; and indices: Body Mass Index-BMI and waist-hip ratio) to assess nutritional status. The results were organized with the SPSS Software, and presented using descriptive statistics (frequency, percentage, means and standard deviations) and associations between the research variables. The sample consisted of 76 elderly residents in the Condominiums located in Campina Grande, Guarabira and João Pessoa. Most of the elderly (47,37%) were in the age range between 60 and 69 years, 56.6% female, low schooling with a mean of 6.94 years of study and 69.7% live alone. Of the sample, 76.4% reported having some chronic non-transmissible disease, and arterial hypertension was more frequent (59.2%) and diabetes mellitus (18.4%). The subjective assessment related to nutritional health was considered good for most (44.7%) of the interviewees. Regarding the self-perception of nutritional status, 56.6% reported being good. The elderly were overweight and at risk for cardiometabolic complications. The elderly showed a healthy lifestyle (71%), the factors that presented healthier behaviors were: care with food, socialization, health care, functional coping and activity. There were positive, weak and significant correlations between the total Elderly Life Style Scale score and the anthropometric measurements, arm circumference, waist circumference and calf circumference. No significant correlations were found with the total MNA[®] score. Among the factors of Elderly Life Style Scale we have that, the factor Activity correlated with arm circumference, the Socialization factor with arm circumference, waist circumference and waist-hip ratio; and the Care with food factor correlated with. The arm circumference was a predictor of 11.3% of the variation of the total Elderly Life Style Scale score and the waist-hip ratio was 9.6% to the socialization factor variation and the arm circumference 6.3% was the factor care for food. It is concluded that nutritional status explains lifestyle and both benefit health and healthy aging. To identify the factors that cause harmful behaviors to health, it is important to subsidize strategies aimed at biopsychosocial actions and health promotion and prevention to ensure the quality of health and life of the elderly.

Keywords: Aging. Lifestyle. Nutritional status. Health of the elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Condomínio Cidade Madura do município de Campina Grande/PB	32
Figura 2 – Condomínio Cidade Madura do município de João Pessoa/PB	32
Figura 3 – Condomínio Cidade Madura do município de Guarabira/PB	33
Figura 4 – Proposta Urbanística do Condomínio Cidade Madura para o Estado da Paraíba	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, de acordo com as variáveis sociodemográficas.....	46
Tabela 2	Caracterização das variáveis do comportamento dietético dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura.....	48
Tabela 3	Caracterização dos indicadores de saúde, atividade física e comportamentos de risco dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura.....	50
Tabela 4	Distribuição dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, de acordo com os componentes da Autopercepção da Saúde Nutricional.....	51
Tabela 5	Distribuição dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura de acordo com as medidas antropométricas.....	52
Tabela 6	Classificação das medidas antropométricas dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura.....	54
Tabela 7	Distribuição dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura de acordo com a Mini Avaliação Nutricional – MAN [®]	57
Tabela 8	Apresentação dos fatores da Escala de Estilo de Vida para Idosos-EEVI em função da variável sexo.....	59
Tabela 9	Apresentação dos fatores da Escala de Estilo de Vida para Idosos-EEVI conforme cada Condomínio.....	60
Tabela 10	Correlações entre os fatores e o escore total da Escala do Estilo de Vida para Idosos, as variáveis antropométricas e a MAN [®] dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura.....	61
Tabela 11	Análises das Regressões Lineares para as medidas antropométricas e Estilo de Vida.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CB	Circunferência do Braço
CC	Circunferência da Cintura
CEHAP	Companhia Estadual de Habitação Popular
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CP	Circunferência da Panturrilha
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DP	Desvio Padrão
EEVI	Escala de Estilos de vida para Idosos
GEPES	Grupo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MAN	Mini Avaliação Nutricional
MEEM	Miniexame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
RCQ	Relação Cintura - Quadril
SEDH	Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano
SIABI	Sistema Integrado de Automação de Bibliotecas
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO	17
2.1	Envelhecimento	17
2.2	Estilo de Vida	21
2.3	Estado Nutricional e Avaliação Nutricional do Idoso	26
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
3.1	Abordagem e Tipo de Pesquisa	32
3.2	Local da Pesquisa	35
3.3	Crítérios de Inclusão e Exclusão	35
3.4	Participantes	36
3.5	Instrumentos de Coleta de Dados	36
3.5.1	<i>Questionário sociodemográfico</i>	37
3.5.2	<i>Escala de Estilos de Vida Para Idosos – EEVI</i>	37
3.5.3	<i>Mini Avaliação Nutricional – MAN[®]</i>	38
3.5.4	<i>Avaliação Antropométrica</i>	40
3.6	Procedimentos de Coleta de Dados	42
3.7	Procedimentos das Análises dos Dados	43
4	RESULTADOS	46
4.1	Perfil sociodemográfico dos participantes	46
4.2	Perfil da Mini Avaliação Nutricional - MAN[®]	55
4.3	Análise da EEVI dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura	59
5	DISCUSSÃO	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	109
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE	113
	ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM	114
	ANEXO B – ESCALA DE ESTILOS DE VIDA PARA IDOSOS – EEVI	116
	ANEXO C – MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL - MAN[®]	118

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento atinge os países desenvolvidos e em desenvolvimento em âmbito mundial. O Brasil, não diferente de outros países, passa por uma transição de sua estrutura demográfica e epidemiológica (Pedrosa & Oliveira, 2017).

Segundo Camarano (2014), a população brasileira vivenciou nos últimos sessenta anos, mudanças muito mais profundas do que poderia ser esperado devido ao crescimento expressivo da população idosa. A redução da mortalidade infantil, iniciada no final da Segunda Guerra Mundial, aliada à alta fecundidade, gerou um crescimento populacional elevado no período 1950-1970 e, conseqüentemente, uma população mais velha. A rápida mudança no aumento da expectativa de vida dos seres humanos apresenta relação com os avanços sociais e científicos que provocaram grandes mudanças em hábitos de vida e nos cuidados à saúde de indivíduos e populações (Neri, 2014). De modo que a educação, a renda, a nutrição e o estilo de vida são potenciais determinantes para o processo de envelhecimento (Melo, Ferreira, Santos & Lima, 2017).

O envelhecimento da população associa-se a importantes melhoras das condições de saúde desse grupo etário, mas também implica a um aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades biológicas, socioeconômicas e psicossociais em virtude das várias mudanças que ocorrem nesse período da vida (Busato, Gallina, Teo & Pozzagnol, 2014).

Com o envelhecimento, alterações físicas, psicológicas, sociais e econômicas ocorrem de forma contingencial e gradativa, tornando o idoso mais suscetível a doenças crônicas e a desenvolver síndromes geriátricas (Freitas, Prado, Cação, Beretta & Albertini, 2015); assim como provocar sentimentos de ansiedade, medo, tristeza, depressão, irritação e a necessidade de adaptação de um novo estilo de vida (Santos, Ribeiro, Rosa & Ribeiro, 2015). Todavia, a existência de uma ou mais patologias não significa que o idoso passe a ser uma pessoa dependente e incapaz de desenvolver suas atividades básicas da vida diária como também as

atividades instrumentais. A maioria dos idosos brasileiros consegue tomar suas próprias decisões e se organizarem, sem que seja necessário ajuda de outra pessoa, mesmo no caso de portadores de patologias (Moreira, Santos, Couto, Teixeira & Souza, 2013), apresentando um envelhecimento natural, patológico e saudável (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007).

O envelhecimento não impede que os indivíduos possam conduzir suas vidas de forma autônoma e serem capazes de decidir sobre seus interesses. Não é apenas a boa saúde física e mental do idoso que caracteriza uma velhice bem sucedida, mas o que foi construído durante a trajetória de sua vida (Lima & Coelho, 2011), através das experiências, oportunidades socioculturais e histórias acumuladas durante a vida (Silva & Galhardoni, 2010).

O processo de envelhecimento humano é heterogêneo, influenciado tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos (Barbosa, 2012). Nesse sentido, o estilo de vida adotado durante a fase de desenvolvimento humano está intrinsecamente ligado com uma velhice saudável (Silva, Santos, Squarcini, Souza, Azevedo & Barbosa, 2011).

Questões como forma e qualidade da alimentação, cuidados com o corpo, a mente e a segurança pessoal, assim como a maneira que nos relacionamos com a sociedade e o meio ambiente, podem traduzir, em síntese, o estilo de vida que adotamos. Ações e comportamentos individuais no dia a dia se tornam hábitos e acabam denunciando o estilo de vida adotado (Nahas, 2017), e estão, no âmbito da saúde humana, relacionadas ao processo de ser saudável ou não, influenciando a maneira de viver (Dias, Souza, Silva, Jesus & Alves, 2017).

A população idosa é particularmente propensa a alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas, bioquímicas, sociais e psicológicas, como a ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional (Brasil, 2007). Nesse contexto, a manutenção de um estado nutricional adequado é essencial para a boa saúde

(Hagemeyer & Rezende, 2013). Sendo assim, a nutrição passa a ser vista como um fator determinante para que o indivíduo mantenha uma interrelação harmoniosa de variados fatores que moldam e que diferenciam o seu cotidiano, como saúde física e mental, satisfação nas relações familiares, disposição e longevidade (Fazzio, 2012).

O estado nutricional sofre interferência direta de diversos fatores com interfaces biológicas e/ou sociais, pois muitos aspectos dietéticos estão relacionados com o ambiente, a socialização, a capacidade funcional do idoso e o próprio envelhecimento (Vitolo, 2015). Durante o envelhecimento, o organismo do idoso apresenta alterações fisiológicas que podem influenciar sua nutrição e, conseqüentemente, seu estado de saúde geral, constituindo o estado nutricional um importante marcador de saúde para os idosos (Ferreira, Monteiro & Simões, 2018).

A nutrição, a saúde e o envelhecimento estão estreitamente relacionados (Andrade, Fonseca & Reis, 2015). A alimentação desempenha na vida das pessoas um papel abrangente que envolve não apenas uma simples ingestão de alimentos para fornecer nutrientes importantes para a sobrevivência, mas também, possui um profundo significado subjetivo, social e cultural (Fazzio, 2012).

Proporcionar à pessoa idosa uma atenção abrangente à saúde é uma decorrência dos múltiplos aspectos que caracterizam o envelhecimento. Deve-se não apenas controlar as doenças, mas em especial buscar o bem-estar físico, psíquico e social, propiciando uma atenção multidimensional (Lima, 2011).

Com isso, as políticas de saúde surgem com a função de contribuir para que mais pessoas alcancem o envelhecimento, com o melhor estado de saúde possível (Brasil, 2010a). O envelhecimento da população não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida, aliás, este é um dos desafios atuais: escassez e/ou restrição de recursos para uma demanda crescente (Veras & Oliveira, 2018).

Dentre as políticas públicas que beneficiam os idosos, o Estado da Paraíba criou como proposição social o Programa Habitacional Cidade Madura, Condomínio para a Maturidade, coordenada pela Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano – SEDH e pela Companhia Estadual de Habitação Popular – CEHAP, através do Decreto N°. 35.072 de Junho de 2014. O Programa tem como objetivo promover o acesso de idosos de ambos os sexos, que não dispõem de condições para permanecer na família, à moradia digna e equipamentos para a convivência social e lazer em condomínio habitacional adaptado às necessidades das pessoas idosas, além de ser uma forma de fortalecimento da rede de proteção e defesa dos direitos (Decreto N° 35.072, 2014).

Os idosos que residem neste tipo de moradia são independentes, apresentam autonomia física e mental para desenvolverem as atividades da vida diária, são responsáveis pelas taxas de água, energia elétrica e condomínio e têm autonomia para entrar e sair quando bem entendem (Teston & Marcon, 2014).

Em relação à área física, ao mesmo tempo em que os idosos podem manter sua individualidade, visto que as moradias são individuais, eles podem exercitar o convívio social, pois, existe um espaço comum a todos os moradores o que permite o desenvolvimento de atividades de lazer individual e em grupo (Teston & Marcon, 2014). Levando em consideração as capacidades físicas, psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais dos idosos, as atividades de lazer são muito importantes para que o idoso mantenha ou desenvolva a sua criatividade, a fim de garantir a sua autorrealização (Gomes & Neves, 2010).

Além de proporcionar o direito de uma habitação digna, o programa habitacional é capaz de oportunizar atividades de cunho físico e social, refletir na promoção, prevenção, recuperação ou manutenção da condição de saúde e garantir o bem estar dos moradores. Segundo Gomes e Neves (2010) é no ambiente não institucional que se habita e se tem um

estilo de vida adotado, é onde as preferências do idoso recaem e eles podem planejar sua velhice no sentido pleno da expressão.

Nesse contexto, entende-se que o estilo de vida adotado pela pessoa idosa pode contribuir negativa ou positivamente, com a maneira que cada sujeito vai envelhecer e o local onde se vive, por ser outro fator que influencia no sucesso do envelhecimento (Ribeiro, 2009).

Diante disto, buscou-se conhecer o estilo de vida dos idosos residentes nestes Condomínios adaptados para esta fase da vida e as suas condições nutricionais. Assim sendo, considerou-se a necessidade de analisar o estilo de vida e o estado nutricional dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, tendo em vista as suas contribuições como importantes indicadores de saúde mediante o franco processo de envelhecimento. Assim, oferecendo subsídios para promover melhorias na atenção à saúde, principalmente no que diz respeito aos idosos que moram sozinhos ou com o cônjuge em locais não institucionalizados, mas planejados para essa fase da vida.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo geral analisar o estilo de vida e o estado nutricional dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura. E especificamente caracterizar o perfil sociodemográfico, comportamento dietético e indicadores de saúde dos idosos moradores dos Condomínios; identificar o estado nutricional e avaliar a relação entre o estilo de vida adotado pelos idosos e o estado nutricional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir encontram-se discussões temáticas como embasamento teórico sobre o objeto aqui estudado.

2.1 Envelhecimento

O envelhecimento populacional é apontado como uma das principais tendências mundiais em estudos de prospecção de futuros, devido à parcela da população com idade acima de sessenta anos no Brasil e no mundo estar crescendo em um ritmo mais acelerado do que qualquer outro grupo etário (Reis, Barbosa & Pimentel, 2016).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018) em 2018, a população brasileira era de aproximadamente 208,5 milhões de habitantes, dos quais 19,2 milhões eram idosos (idade \geq 60 anos), correspondendo a uma proporção de 9,2% da população. O estado da Paraíba, segundo dados do IBGE (2018) tem quase quatro milhões de habitantes e apresenta um percentual de idosos na população de mais de 10%, valor próximo ao de estados como São Paulo, Paraná e Santa Catarina (Ervatti, Borges & Jardim, 2015).

Estima-se que em 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22% da população total (Moraes, 2012). Os principais determinantes para o envelhecimento populacional no Brasil é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, a redução expressiva na taxa de fecundidade associada à forte redução da taxa de mortalidade e ao aumento da expectativa de vida (Camarano & Kanso, 2017).

A população idosa é caracterizada pela idade cronológica, segundo a Política Nacional do Idoso - PNI (Brasil, 2010b) em seu Artigo 2º diz: “Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade”. Dado que corrobora com a

Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera pessoas idosas, aquelas com 60 anos ou mais.

O envelhecimento não se inicia necessariamente aos 60 anos, pois não existe um marcador biofisiológico exato de seu início, mas para a transição desta fase, pode-se falar em processos biológicos, aparência física, surgimento de doenças crônicas, perda de capacidades físicas e mentais e de papéis sociais, sendo um processo afetado por condições sociais, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de sexo (Camarano & Kanso, 2017). As mudanças enfrentadas e a vulnerabilidade a doença são capazes de reduzir suas funções ocupacionais, tornando-se mais suscetíveis a transtornos psíquicos, como a depressão, ansiedade, com alterações cognitivas, incluindo dificuldades de memória e raciocínio (Celestino, 2009).

O envelhecimento não é um processo homogêneo para todos os seres humanos, ele sofre influências dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (Brasil, 2007). Em muitos casos esse processo pode afetar a funcionalidade do idoso, gerando repercussões em seu comportamento e consequentes alterações no seu estilo de vida (Lima & Delgado, 2010).

O processo de envelhecimento da população brasileira é mais amplo do que a transformação em seu regime demográfico e estrutura etária (Vitolo, 2015), pois o envelhecimento populacional é uma realidade que altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e a distribuição de recursos na sociedade (Camarano & Kanso, 2017). Esse aumento da longevidade estabelece relações com a sociedade, não só de mudanças de valores, mas um aumento de esperança de vida, passando o idoso a ser merecedor de cuidado e atenção especiais, movendo as políticas públicas, sociais e de saúde (Lima, Arcieri, Garbin & Moimaz, 2010). Para que surjam novos olhares e

planejamentos relativos às expectativas de saúde que atendam às demandas biopsicossociais deste grupo visando o equilíbrio do processo vital (Teston, Rossi & Marcon, 2013).

O envelhecimento faz parte do desenvolvimento humano que se caracteriza com um processo sequencial, cumulativo, irreversível, não patológico e único para cada pessoa (Dias, Souza, Silva, Jesus & Alves, 2017); ou seja, é um processo natural de todo o ser humano (Veras, Teixeira, Granja & Batista, 2015). Esse envelhecimento biológico e natural é definido como a diminuição progressiva da capacidade de adaptação e de sobrevivência (Neri, 2014).

Rowe e Kahn (1997) propõem três trajetórias do envelhecimento humano: normal, patológico e saudável. O envelhecimento normal ou senescência são caracterizados pelas alterações normais nesta fase, e tem início logo depois da maturidade sexual e acelera-se a partir da quinta década de vida por força de mecanismos genéticos da espécie (Neri, 2013), representando um declínio biológico que ocorre através de modificações anatômicas e bioquímicas do organismo (Wellman & Kamp, 2018). O envelhecimento patológico ou senilidade, diz respeito a alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento (Neri, 2014), com redução das funções vitais do idoso, e o desenvolvimento dessa condição patológica pode acontecer por estresse emocional, acidente ou doenças (Brasil, 2007). E por fim, o envelhecimento saudável, visto como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (OMS, 2015) e associa-se com o bom ajustamento físico e psicológico (Neri, 2014).

O envelhecimento representa um desafio, na medida em que constitui um processo complexo e difícil de definir, pois é outra etapa da vida onde vão existir mudanças constantes como acontecem sempre na vida de qualquer ser humano (Rodrigues, 2012). Para cada pessoa, este processo apresenta inúmeras possibilidades de resultado final, vai depender dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse envelhecimento: ótima ou péssima qualidade de vida, com variadas situações intermediárias. Os determinantes individuais e sociais da

saúde podem ser imutáveis como raça, sexo, ambiente social e familiar no qual se nasce, e os plenamente modificáveis como hábitos e estilos de vida, maneira de encarar a vida e meio ambiente (Paschoal, 2017).

Nessa perspectiva, levando-se em consideração que o processo do envelhecimento carrega consigo muitas alterações, é válido pensar em traçar estratégias para aproveitar e viver a vida de forma harmoniosa, equilibrada e com qualidade de vida e tornar o envelhecimento um processo positivo (Silva et al., 2011).

O desenvolvimento de uma velhice bem sucedida ou saudável prioriza o baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas às doenças; funcionamento mental e físico excelentes; e envolvimento ativo com a vida (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007). O estar saudável não está relacionado com a idade cronológica, mas pode ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e a motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivo e novas conquistas pessoais e familiares (Camarano & Pasinato, 2004) e ser vivido com satisfação, saúde e bem estar (Reis, Costa, Cavalcante, Nascimento & Bezerra, 2014).

Uma velhice bem sucedida depende, em grande parte, das crenças sobre as capacidades para manejar a própria vida e o mundo externo (Oliveira, Rabelo & Queroz, 2012) e necessita ser construída durante toda a trajetória de vida (Lima & Coelho, 2011). Pode ser agradável desde que o idoso ame a vida e esteja mais preocupado com suas experiências e qualidade de vida do que com os anos que passam e que o aproximam mais da morte (Leão & Eulálio, 2011).

Envelhecer bem envolve múltiplos fatores, incluindo individuais, psicológicos, biológicos e sociais, é uma questão pragmática de valores particulares que permeiam o curso da vida (Teixeira & Neri, 2008).

Portanto, o envelhecimento deve ser vivido com saúde, de maneira que os indivíduos se sintam livres e dispostos a desenvolver qualquer tipo de atividade diária, mantendo uma vida ativa e com independência, tratando-se, então, de dar prioridade às atividades que promovam um bem estar nos idosos, deixando-os ativos na promoção da saúde e na qualidade de vida (Moreira, Santos, Couto, Teixeira & Souza, 2013). Segundo Moraes (2012), o conceito de saúde deve estar claro, definindo-a como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças.

Assim, manter uma boa condição de saúde é essencial para que as pessoas idosas possam viver com uma qualidade de vida aceitável e continuem a desempenhar as suas tarefas na sociedade (Mendes, 2014). É necessário ter consciência de seu próprio comportamento, avaliar as consequências do estilo de vida, modificar as atitudes com persistência e disciplina, buscando sempre um equilíbrio entre o estado físico, funcional, psicológico, social e econômico, ou seja, mais saúde e menos doenças (Caporicci & Neto, 2011).

Dessa forma, os aspectos biopsicossociais possuem grande influência no processo de envelhecimento, contribuindo para que se tenha uma maior ou uma menor expectativa de vida conforme as alterações ocorridas tanto no fator físico, psíquico e social do idoso (Lima & Delgado, 2010). Sendo assim, o processo de envelhecer bem tem relação direta com os hábitos de vida das pessoas, a exemplo da alimentação saudável, da prática de atividade física, do acesso ao serviço de saúde e social, do ter relações interpessoais com redes sociais positivas (Silva et al., 2011).

2.2 Estilo de Vida

A expressão estilo de vida tem sido amplamente utilizada nas últimas décadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1998) o Estilo de Vida é caracterizado como um

padrão de comportamento que pode ter profundo efeito na saúde dos seres humanos e está relacionado aos aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas; sendo capaz de regularizar toda a dinâmica do processo de envelhecimento, podendo contribuir ou prejudicar a qualidade de vida, destacando assim, o seu papel proeminente na saúde e na doença do indivíduo (Ribeiro, 2009).

O reflexo do estilo de vida passa a ser percebido, sobretudo na velhice e, por esta razão, muita atenção tem-se dado à investigação sobre os estilos de vida, numa perspectiva de desenvolver políticas preventivas contra potenciais agressores como sedentarismo, tabagismo e má alimentação (Tinôco, 2017).

Deste modo, o estilo de vida tem-se constituído como um indicador importante em relação à eficiência de tratamentos, à comparação entre ações de controle de problemas de saúde, ao impacto físico e psicossocial das doenças (Campos, Boscatto & Mineiro, 2015), uma vez que as escolhas geralmente são moduladas pelo contexto socioeconômico no qual o indivíduo está inserido (Oliveira, Rabelo & Queroz, 2012). Nesse sentido, são influenciadas por diversos fatores, como as opções disponíveis, as escolhas em função das normas sociais e a sua individualidade (Ribeiro, 2009) podendo esses fatores variar ao longo dos anos, assim, o ter cuidado de si visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças são arcabouços para as conquistas do envelhecimento bem sucedido (Silva et al., 2011).

São diversos os comportamentos de saúde que podem influenciar o estilo de vida dos indivíduos, e Straub (2014) apresenta uma classificação sobre os mesmos que influenciam de alguma forma a saúde: os ‘patógenos comportamentais’ para aqueles que prejudicam a saúde, e o ‘comportamento de saúde ou imunógenos comportamentos’, para aqueles que apresentam fator protetor à saúde. De modo que ambos interagem e estão constantemente inter-relacionados.

Nessa perspectiva, é preciso considerar os comportamentos que apresentam fatores preventivos à saúde, que influenciam a saúde, o bem-estar pessoal e que podem ser modificáveis para se viver melhor, são eles: o controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais (Nahas, Barros & Francalacci, 2000).

Esses fatores estão entre aqueles com maior influência sobre a saúde do idoso, que quando adotados de forma inadequada – uma dieta pouco saudável, a falta de atividade física, o tabagismo, podem estar associados a diversos agravos à saúde, a exemplo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT's - como a osteoporose, doenças cardiovasculares - DCV, aterosclerose, câncer, obesidade, diabetes mellitus e hipertensão, que estão entre as principais causas de morte no mundo (WHO, 2014). Isto posto, o idoso com um estilo de vida saudável, apesar das alterações fisiológicas advindas do envelhecer, poderá apresentar bons indicadores de saúde e uma boa qualidade de vida (Silva et al., 2011).

Acredita-se então, que atividade física regular, manter horários de sono regulares, boas relações sociais, alimentação variada e equilibrada, assim como manutenção de comportamento preventivo e controle de estresse sejam importantes para manter um estilo de vida saudável e equilibrado (Esteves, Andreato, Moraes & Prati, 2010). É importante que os idosos adotem comportamentos de saúde saudáveis, procurem rever seu estilo de vida, reorganizem e adotem comportamentos que proporcionem a eles viver com o máximo de bem-estar (Gomes & Neves, 2010).

A adoção de um estilo de vida saudável é vital para qualquer indivíduo em qualquer idade e nunca é tarde para se adotar um estilo de vida saudável. A prática de atividade física adequada (pelo menos trinta minutos por dia), alimentação saudável (fazer pelo menos três refeições por dia; baixo consumo de sal; de gordura e de açúcar; comer diariamente frutas e vegetais; beber de seis a oito copos de água por dia); não fumar, abstinência ou consumo

moderado de álcool (Brasil, 2009), dormir oito horas diárias e manter horários de sono regulares; consultar regularmente o médico e realizar exames de rotina, além do uso consciente de medicamentos pelos idosos são fatores que podem contribuir para prevenir doenças e aumentar a longevidade (OMS, 2005). O conhecimento acumulado sobre os fatores determinantes de saúde contribui de forma imprescindível na mudança de comportamento e em uma atitude proativa, tendo um impacto real na saúde e na longevidade (Celich & Spadari, 2008).

No envelhecimento, o cuidado com a nutrição não está apenas no manejo de doenças ou terapia de nutrição clínica, ele tem se ampliado com um forte foco em estilos de vida saudáveis e na promoção e prevenção de doenças (Wellman & Kamp, 2018). Convém ressaltar que com o envelhecimento, ocorre uma diminuição da capacidade do organismo em absorver os nutrientes, alterações do paladar (pouca sensibilidade para gostos primários como sal e açúcar) e modificações da composição corporal, tornando a prática de uma alimentação saudável ainda mais essencial (Vitolo, 2015). A manutenção da saúde, nos diferentes estágios da vida, é influenciada, de maneira significativa, pela alimentação, que também influenciará o estado nutricional dos indivíduos (Marucci, Alves, & Gomes, 2010).

A determinação do estado nutricional do idoso deve considerar uma complexa rede de fatores, entre eles o isolamento social, a solidão, as doenças crônicas, as incapacidades e as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, tratando-se de uma ferramenta fundamental para a prevenção e o controle da desnutrição em idosos (Bellini, 2006).

Além disso, devem ser levados em consideração na fase do envelhecimento a inclusão social da pessoa idosa e o sentimento de pertencimento de grupo, pois o convívio social obtido através de trabalhos em grupo pode representar melhor aceitação na sociedade e novas expectativas para a pessoa idosa (Brasil, 2007).

Segundo Souza, Porto, Souza e Silva (2016) os idosos que contam com redes sociais de apoio e amizades satisfatórias podem aumentar em 22% as chances de alcançar a longevidade, do que aqueles que se abstêm desses relacionamentos. No estudo de Joia e Ruiz (2006), os idosos levantaram como aspectos importantes para uma boa qualidade de vida o bom convívio social (com todos e, particularmente, com vizinhos, amigos); o bom relacionamento familiar (incluindo uma boa criação e educação dos filhos e netos); a capacidade de estabelecer contato com as pessoas e fazer novas amizades, e, inclusive, o bom relacionamento com o cônjuge (incluindo a intimidade do relacionamento).

As relações sociais atuam como fator de proteção em situações problemáticas e/ou como fator de promoção de recuperação em face dessas situações. Uma boa rede de suporte social é vital na promoção da autonomia, de uma autoavaliação positiva dos fatores de um estilo de vida saudável, da saúde mental e da satisfação com a vida (Ribeiro, 2009). Há ligação entre contato social, apoio e longevidade para o idoso (Areosa, Araújo, Cardoso & Moreira, 2012).

Assim, as relações sociais são capazes de desempenhar um importante papel no envelhecimento, favorecendo uma vida mais longa, feliz e com saúde (Ribeiro, 2009). Relações sociais preservadas, que permitem poder contar com a ajuda de pessoas significativas oferecendo amparo emocional, físico ou financeiro são importantes fontes de recursos de enfrentamento na velhice e de situações estressantes (Neri & Fortes-Burgos, 2013).

O uso de estratégias de enfrentamento é contextual e flexível, ou seja, as pessoas utilizam diferentes estratégias em diferentes fases de solução dos problemas e diante de diferentes problemas. As estratégias são desenvolvidas individualmente ao longo da vida, aprimoradas e adaptadas para melhor utilização em circunstâncias específicas e podem sofrer

influencia de determinantes situacionais, culturais e de personalidade (Neri & Fortes-Burgos, 2013).

Por isso, é fácil entender que o estado de saúde está intimamente ligado com o estilo de vida das pessoas, o ambiente que as rodeia e os cuidados de saúde a que têm acesso, sendo este estado de saúde decisivo para uma manutenção da qualidade de vida no envelhecimento, que se traduz pela capacidade do idoso se manter autônomo e independente (Mendes, 2014), ou seja, o estilo de vida e comportamentos desenvolvidos pelo indivíduo durante a existência influencia a constituição da velhice (OMS, 2005).

Diante disto, torna-se relevante avaliar o estilo de vida dos idosos, uma vez que os comportamentos adotados pela pessoa idosa podem contribuir negativa ou positivamente para um envelhecimento saudável e o seu monitoramento torna-se essencial para o planejamento de estratégias e ações para o controle do estilo de vida não saudável, prevenção de doenças e promoção da saúde (Ferrari, Cesar, Alves, Barros, Goldbaum & Fisberg, 2017).

2.3 Estado Nutricional e Avaliação Nutricional do Idoso

O processo de envelhecimento acarreta alterações corporais, as quais são importantes de serem avaliadas num plano nutricional. Os idosos apresentam condições peculiares que condicionam o seu estado nutricional (Foletto, 2009). As alterações fisiológicas e anatômicas do próprio envelhecimento tem repercussão na saúde e no estado nutricional do idoso, mas outros condicionantes são influenciados pelas enfermidades presentes e por fatores relacionados com a situação socioeconômica e familiar (Vitolo, 2015).

Informações sobre o estado nutricional são importantes na avaliação da condição de saúde de um indivíduo (Freitas, Costa & Galera, 2017). . O estado nutricional é a disponibilidade e a utilização de nutrientes e energia em nível celular, podendo ser considerado normal quando a alimentação provê nutrientes que correspondem às necessidades

metabólicas normais e suas variações (catabolismo e anabolismo), induzidas por sobrecargas fisiológicas, ocupacionais e patológicas (Hagemeyer & Rezende, 2013); assumindo uma importante função na qualidade de vida e de saúde da população (Pereira, Spyrides, & Andrade, 2016). Quando são consumidos os nutrientes adequados para satisfazer às necessidades diárias do organismo, incluindo qualquer demanda metabólica aumentada, o indivíduo se aproxima do estado nutricional ideal (Mahan & Raymond, 2018). Com isso, a manutenção de um estado nutricional adequado é essencial para a boa saúde (Hagemeyer & Rezende, 2013).

Diante das alterações fisiológicas, metabólicas e nutricionais no envelhecimento que afetam a alimentação e a nutrição do idoso (Najas, Maeda, & Nebuloni, 2017) verifica-se que a avaliação do estado nutricional individualizada é essencial para diagnosticar riscos nutricionais precocemente, reverter alterações nutricionais e, conseqüentemente, contribuir para proporcionar ao idoso o restabelecimento de suas funções orgânicas, assim como melhorar sua qualidade de vida (Paz, Fazzio & Santos, 2012). Os distúrbios nutricionais são comuns entre os idosos, e o estado nutricional representa tanto um fator de risco quanto um marcador de doenças. Porém, no idoso, o estado nutricional é o reflexo dos hábitos alimentares consolidados no passado e pelas práticas ao longo da vida (fumo, etilismo, atividade física, uso de polifármaco) (Barbosa, 2012). Do mesmo modo que fatores de ordem psicossocial (solidão, desmotivação) e socioeconômica (redução de renda, dificuldades na disponibilidade e no preparo dos alimentos com práticas inadequadas de cocção), o comprometimento da mobilidade e as perdas sensoriais também apresentam grande repercussão no quadro nutricional (Hagemeyer & Rezende, 2013).

O envelhecimento normal está associado a mudanças na composição corporal em decorrência de mudanças na fisiologia, no metabolismo e na demanda nutricional (Hagemeyer & Rezende, 2013). A estatura tende a diminuir, a massa gorda e a gordura visceral aumentam,

enquanto a massa muscular magra diminui (Mahan & Raymond, 2018). O baixo peso e o excesso de peso, identificados pelo índice de massa corporal (IMC), são condições observadas em idosos (Fares, Barbosa, Borgatto, Coqueiro & Fernandes, 2012). De modo que, o estado nutricional dos idosos tem se modificado nos últimos anos, onde há tendência ao aumento das prevalências de sobrepeso, obesidade e de diminuição do baixo peso entre idosos brasileiros com 60 anos ou mais de idade (Silva, Souza, Silva, Barbosa & Fonseca, 2018). Portanto, a avaliação do estado nutricional dos idosos é importante para identificar indivíduos em risco nutricional aumentado para danos à saúde e estabelecer programas de intervenção para a recuperação e promoção da saúde (Lockmann, 2016).

De acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas - CFN (2005), o diagnóstico nutricional “é a identificação e determinação do estado nutricional do cliente ou paciente, elaborado com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtidos através da avaliação nutricional e durante o acompanhamento individualizado”, de maneira que, para traçar o diagnóstico nutricional, realiza-se uma avaliação nutricional.

A avaliação nutricional do idoso deve considerar todas as peculiaridades desse grupo e conter anamnese detalhada das alterações físicas e fisiológicas apresentadas pelo indivíduo (Freitas, Philippi & Ribeiro, 2011). A avaliação do estado nutricional do idoso utiliza-se de indicadores antropométricos, dietéticos, bioquímicos e físicos que traduzem alterações do estado nutricional, inexistindo um único indicador que reflita essa condição (Najas, Maeda & Nebuloni, 2017).

A realização da avaliação nutricional no idoso é importante para a melhora da qualidade de vida, pois muitos aspectos dietéticos estão relacionados com o ambiente, a socialização e o envelhecimento (Vitolo, 2015). Além disso, a avaliação nutricional expressa o grau em que as necessidades fisiológicas de nutrientes estão sendo alcançadas, para manter a composição e funções adequadas no organismo (Najas, Maeda & Nebuloni, 2017).

Existem vários métodos de avaliação do estado nutricional, sendo o método antropométrico (peso, altura, índice de massa corpórea, relação cintura-quadril, circunferência da cintura, circunferência do braço e circunferência da panturrilha) muito utilizado entre os indicadores para a avaliação do estado nutricional do idoso tanto em nível individual como populacional (Medeiros, Lima, Sardinha, Diniz & Aragão, 2014). A antropometria é um método não invasivo, de baixo custo, fácil de ser aplicado e seguro, considerado um forte preditor de doenças, na identificação do prejuízo de funcionalidade e da mortalidade (Vitolo, 2015).

O índice de massa corpórea (IMC), obtido pela razão entre a massa corporal (em quilogramas) e a estatura (em metro) ao quadrado (Rossi, Caruso & Galante, 2015), é o indicador mais utilizado para avaliação de risco nutricional entre adultos e idosos (Vitolo, 2015). Em idosos, o IMC, além de predizer morbimortalidade, está associado com a capacidade para viver de forma independente, mobilidade e preservação do estado mental (Tavares, Santos, Ferreira & Menezes, 2015). O IMC é um parâmetro para diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional do idoso nos serviços de saúde (Hagemeyer & Rezende, 2013).

As circunferências aferidas isoladamente ou em conjunto com outra medida antropométrica são utilizadas para verificação do tamanho de secções transversais e dimensões do corpo, indicam crescimento, estabelecendo o padrão muscular, e verificam a predisposição de gordura corporal localizada e a distribuição da gordura corporal (Mussoi, 2014). Algumas circunferências têm destaque na avaliação e no cuidado nutricional (Rossi, Caruso & Galante, 2015).

A circunferência da cintura (CC) é uma medida prática e útil no monitoramento do estado nutricional, principalmente daqueles idosos com maiores depósitos de gordura corporal na região abdominal (Najas, Maeda & Nebuloni, 2017), visto que algumas complicações

como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal (Fagundes, Barros, Duar, Sardinha, Pereira & Leão, 2004).

A relação cintura-quadril (RCQ) expressa o risco de mortalidade e morbidade do indivíduo obeso (Rossi, 2015) por apresentar pontos de corte para a avaliação do risco de acúmulo de gordura visceral intra-abdominal e doenças cardiovasculares.

A circunferência do braço (CB) expressa tanto a gordura subcutânea quanto o músculo (Vitolo, 2015). É uma medida muito utilizada na avaliação nutricional e sendo recomendada pela Organização Mundial da Saúde (Mussoi, 2014), podendo ser avaliada pelo percentual de adequação obtido através da relação CB obtida (cm) e o percentil 50 da CB (para idade) multiplicado por 100.

É possível obter informações complementares para avaliação nutricional através da circunferência da panturrilha (CP), pois associa-se positivamente à quantidade de massa muscular em idosos e deve ser considerada adequada a circunferência igual ou superior a 31 cm para homens e mulheres (Najas, Maeda & Nebuloni, 2017).

A avaliação do estado nutricional também apresenta um instrumento rápido e simples que é utilizada, normalmente, para avaliar o risco nutricional em idosos institucionalizados, a Mini Avaliação Nutricional (MAN[®]) (Lockmann, 2016). A MAN[®] é considerada uma boa avaliação do estado nutricional de idosos, com sensibilidade de 96% e especificidade de 98%. Ela tem como objetivo estabelecer o risco individual de desnutrição, de modo a permitir uma intervenção precoce (Hagemeyer & Rezende, 2013), pois identifica o risco de desnutrição antes da ocorrência de mudanças de peso ou dos níveis de proteína sérica (Institute Nestlé[®]). A MAN[®] é uma ferramenta de triagem e avaliação com uma escala confiável e limiares claramente definidos, utilizáveis por profissionais de saúde (Guigoz, 2006). É o método de avaliação nutricional mais fundamentado sob o ponto de vista da investigação, sendo por isso

o mais usado pelos profissionais de saúde que trabalham em Geriatria (Parente, Pereira & Mata, 2018).

A avaliação do estado nutricional do idoso tem a finalidade de diminuir ou evitar danos à saúde e conseqüentemente afetar a capacidade funcional do mesmo, podendo-se utilizar vários parâmetros para a sua avaliação (Acuña & Cruz, 2004).

A nutrição, a saúde e o envelhecimento estão estreitamente relacionados. As manutenções do estado nutricional adequado e de uma alimentação equilibrada, conseqüentemente, estão associadas a um envelhecimento bem sucedido, proporcionando qualidade de vida para os idosos (Barbosa, 2012).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Abordagem e tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, correlacional, de corte transversal e com abordagem quantitativa.

3.2 Local da pesquisa

O Condomínio Cidade Madura foi criado através de um programa habitacional do Governo do Estado da Paraíba, por meio da Companhia Estadual de Habitação Popular - CEHAP, com a finalidade de promover acesso à moradia digna e adequada às necessidades das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

O programa Condomínio Cidade Madura atualmente se encontra em seis municípios do Estado da Paraíba, são eles: João Pessoa, Campina Grande, Guarabira, Cajazeiras, Souza e Patos. Cada Condomínio contém 40 casas, e que podem residir no máximo dois idosos por residência (Decreto Nº 35.072, 2014).

A pesquisa foi desenvolvida em três Condomínios, localizados em Campina Grande (Figura 1), João Pessoa (Figura 2) e Guarabira (Figura 3), onde a escolha destes Condomínios deveu-se a proximidade geográfica. O município de Campina Grande está localizado a 122 km da capital João Pessoa e a 100 km de Guarabira.

Figura 1 Condomínio Cidade Madura do município de Campina Grande/PB.



Fonte: Vanessa Vasconcelos, 2018.

Figura 2 Condomínio Cidade Madura do município de João Pessoa/PB



Fonte: Vanessa Vasconcelos, 2019.

Figura 3 Condomínio Cidade Madura do município de Guarabira/PB.



Fonte: Maria do Carmo Eulálio, 2019.

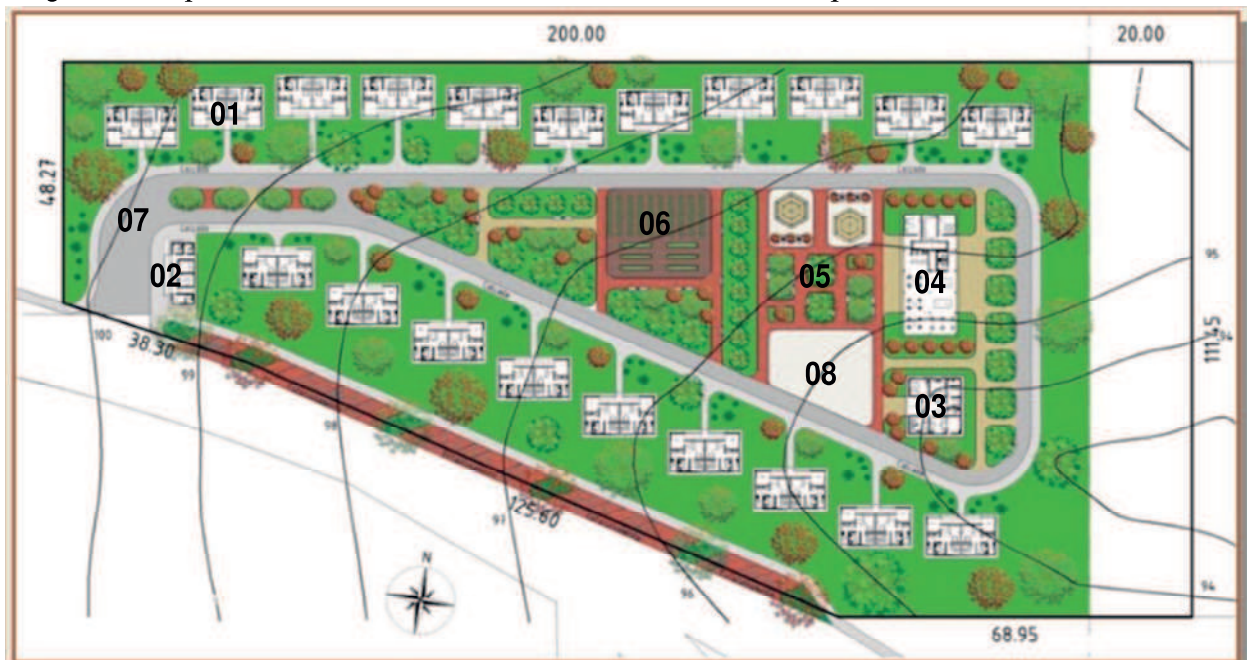
Estes municípios apresentam características diferentes quanto às suas extensões, números de habitantes e densidade demográfica. Campina Grande apresenta uma área territorial de 593,026 km², com população estimada em 2018 de 407.472 pessoas e densidade demográfica segundo o último censo de 648,31 hab/km²; João Pessoa tem sua área territorial de 211,286 km², com a população estimada em 2018 de 800.323 pessoas e densidade demográfica de 3.421,28 hab/km² e Guarabira apresenta uma área territorial de 165,744 km², a população estimada em 2018 foi de 58.492 pessoas e a densidade demográfica no último censo (2011) de 333,80 hab/km² (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>), onde também podemos caracterizá-las como de grande, médio e pequeno porte em relação à área territorial e o número de habitantes.

Os Condomínios Cidade Madura apresentam uma extensão de aproximadamente 1,25 hectares e com características de um condomínio horizontal fechado. Cada Condomínio contém 40 unidades habitacionais (com área de 54m² cada) adaptadas às necessidades das pessoas idosas. As edificações abrigam duas unidades habitacionais, projetadas de acordo com as normas de acessibilidade e adaptadas tanto para idosos quanto para a necessidade de

utilização de cadeira de rodas. Ele é composto por uma guarita de segurança; uma Unidade de Saúde; um Centro de Vivência; uma praça; contém horta comunitária; uma pista de caminhada e aparelhos de ginástica (Figura 4).

O condomínio possui uma sala para consultórios médico e odontológico, além de uma sala de curativos, enfermaria e repouso para plantonistas. O Centro de Vivência possui um salão principal, sala de aula, TV, sala para fisioterapia, banheiros acessíveis, copa de apoio e um depósito (CEHAP).

Figura 4 Proposta Urbanística do Condomínio Cidade Madura para o Estado da Paraíba



01: unidade habitacional; **02:** guarita de segurança; **03:** Unidade de Saúde; **04:** Centro de Vivência; **05:** praça; **06:** Horta comunitária; **07:** Pista de caminhada; **08:** Aparelhos de ginástica.

Fonte:

http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/ApresentacoesIdoso/zipados/Mesa%202/Mesa%202/Sess%C3%A3o%205%20-%20Mesa%202%20-%20Cidade%20Madura%20-%20PB.pdf

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram: idosos de ambos os sexos, residentes dos Condomínios Cidade Madura no momento da coleta no Condomínio e aceitação voluntária para participar da pesquisa. E os critérios de exclusão foram: apresentar incapacidade

cognitiva grave que impossibilitasse a compreensão dos questionários aplicados e não estar na residência durante a coleta dos dados. Para o rastreio da função cognitiva dos idosos, foi utilizado o Miniexame do Estado Mental – MEEM (Anexo A), a fim de avaliar de forma objetiva as funções cognitivas dos respondentes (Freitas, Costa & Galera, 2017). A média apresentada para os idosos em relação ao MEEM foi de 23,28 pontos (DP= 3,45), com pontuação mínima de 17 e a máxima de 30 pontos. Desse modo, não foi excluído nenhum participante, pois os mesmos alcançaram o escore mínimo de 17 pontos estabelecidos neste estudo como ponte de corte.

3.4 Participantes

Participaram do estudo 76 idosos de ambos os sexos, com idade a partir de 60 anos. Destes, 17 se recusaram. Durante o período de coleta nos três Condomínios foram verificadas 31 residências fechadas, desocupadas ou os residentes não se encontravam.

Os idosos pesquisados foram distribuídos nos Condomínios da seguinte forma: João Pessoa (n=27), Campina Grande (n=24) e Guarabira (n=25).

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a caracterização dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura foi realizada a aplicação de um questionário sociodemográfico. Para a avaliação do estilo de vida foi utilizada uma Escala de Estilos de Vida para Idosos – EEVI, para a avaliação do estado nutricional foram utilizadas medidas antropométricas e o Índice de Massa Corporal e para avaliar o risco de desnutrição foi utilizada a Mini Avaliação Nutricional - MAN[®].

Os instrumentos para coleta de dados foram escolhidos de acordo com os objetivos da pesquisa.

3.5.1 Questionário Sociodemográfico (Apêndice A)

Elaborado para recolher informações referentes ao perfil sociodemográfico (gênero, idade, estado civil, escolaridade, composição familiar); sócio ocupacional (renda, ocupação, sentimento de moradia); hábitos alimentares, comportamentos de risco (consumo de álcool e tabaco), indicadores de saúde (prática de atividade física, presença de doenças crônicas, horas de sono, medidas antropométricas – peso, altura, circunferências: do braço, da cintura, do quadril e da panturrilha; Índice de Massa Corporal – IMC e Relação Cintura/Quadril – RCQ) e autopercepção da saúde nutricional obtida por meio das perguntas: “De um modo geral, como o senhor (a) avalia a sua saúde no momento atual?”, tendo como opções de resposta: “Muito boa”, “Boa”, “Regular”, “Ruim” ou “Muito ruim”; “De um modo geral, como o senhor (a) avalia o seu estado nutricional no momento atual?”; “De um modo geral, como o senhor (a) avalia o seu cuidado com a alimentação?”, ambas tendo como opções de resposta: “Muito bom”, “Bom”, “Regular”, “Ruim” ou “Muito ruim”; e “Como o senhor (a) avalia a sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade, tendo como opções de resposta: “Melhor”, “Igual” e “Pior”.

A utilização deste questionário teve como finalidade a caracterização dos participantes da pesquisa.

3.5.2 Escala de Estilos de vida para Idosos – EEVI (Anexo B)

Esta escala é utilizada para avaliar o estilo de vida, sendo desenvolvida especialmente para idosos, discriminando para tal, diversos aspectos da vida diária desta população. Este instrumento é composto por 27 itens, que se agrupam em cinco fatores: **atividade** (itens com as seguintes questões: “prática atividade física que a saúde permite”; “fica parada a maior parte do dia”; “costuma realizar atividades em grupo”; “procura se manter fisicamente ativo”; “faz exercício físico regularmente”; “costuma passear”; “realiza atividades ao ar livre sempre

que pode”; “frequenta atividades culturais”; “dedica-se a um passatempo que ocupa pelo menos 3 horas por semana”); **socialização** (itens com as seguintes questões: “conversa com outras pessoas”; “tem bons amigos com quais pode contar”; “sempre que pode procura ajudar outros amigos”; “tem boas relações com as pessoas que o rodeiam”; “sente-se integrado na comunidade em que vive”; “quando precisa tem que ajude”; “costuma-se encontrar-se com os familiares; “os amigos visitam”); **coping funcional** (itens com as seguintes questões: “procura não se irritar com coisas sem importância”; “tenta não pensar demais nos problemas”; “leva seus problemas muito a sério”; “fica muito tempo a magiciar nas coisas que correm mal”); **cuidados com a alimentação** (itens com as seguintes questões: “bebe 4 ou mais copos de água por dia”; “evita alimentos com muita gordura”; “evita comer alimentos salgados”; “consome de preferência alimentos grelhados ou cozidos”) e **cuidados com a saúde** (itens com as seguintes questões: “costuma ir ao médico para controlar a saúde”; “faz exames de rotina para controlar a saúde”) (Campôa, Ribeiro & Cruz, 2009).

As possibilidades de resposta variam em cinco pontos, (1=nunca, 2=raramente, 3=algumas vezes, 4=frequentemente e 5=sempre). Sendo esta, uma escala *Likert*, onde a cotação de cada item é de 1 a 5, e os itens 3, 21 e 24 são pontuados de forma inversa. Quanto maior a pontuação, mais saudável é o estilo de vida do idoso.

Para o presente estudo, categorizou-se o escore total da EEVI em: **não saudável**, para a pontuação de 27-44 pontos; **regular**, para a pontuação que fica entre 45-90 pontos; e **saudável**, para o escore acima dos 90 pontos. Para assim, ocorrer uma melhor compreensão e classificação do estilo de vida dos idosos pesquisados.

3.5.3 Mini Avaliação Nutricional – MAN[®] (Anexo C)

O instrumento da Mini Avaliação Nutricional - MAN[®] é utilizado para triagem nutricional do idoso, sendo composto por questões simples e dividido em duas partes.

A primeira etapa do instrumento, denominada Triagem, é composto por seis questões que avaliam a diminuição da ingestão alimentar, assim como se houve alguma situação de estresse psicológico ou doença aguda, nos últimos três meses, perda ponderal nos últimos meses, mobilidade, ou se há algum problema neuropsicológico (nomeadamente situação de depressão ou demência), e índice de massa corpórea. Do preenchimento destas seis questões obtém-se um escore que pode ser analisado em três níveis: 1) 12-14 pontos: estado nutricional normal; 2) 8 -11 pontos: sob risco de desnutrição; 3) 0-7 pontos: desnutrido. O instrumento sugere ainda, continuar com a sequência de perguntas para uma avaliação mais detalhada.

Em seguida, a segunda etapa refere-se à Avaliação Global. Sendo composta por 12 questões subdivididas em quatro domínios: medidas antropométricas (circunferência do braço e da panturrilha); avaliação global (estilo de vida, medicação, presença de ulcerações na pele); questionário dietético (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia na alimentação); e avaliação subjetiva (autopercepção do estado nutricional e da saúde). À semelhança do que acontece na Triagem, a cada resposta obtida recebe uma pontuação. A partir da soma dos pontos nas duas etapas – Triagem e Avaliação obtém-se um escore total que classifica os idosos em três grupos: 1) **24 a 30 pontos**: estado nutricional normal; 2) **17 a 23,5**: sob-risco de desnutrição e 3) **menos de 17 pontos** desnutrido (Hagemeyer & Rezende, 2013). Com isso, este instrumento tem por objetivo avaliar o risco de desnutrição e identificar a população susceptível a intervenções (Moraes, 2012).

A MAN[®] foi desenvolvida pelo Centro de Pesquisa da Nestlé[®] em Lausanne na Suíça, e por geriatras de reputação internacional, sendo uma das poucas ferramentas de controle validadas para os idosos, e uma vez que foi traduzida para diversos idiomas, incluindo o Português Brasileiro, reduziu as dificuldades de interpretação e utilização da ferramenta em muitos estudos nacionais (Institute Nestlé[®]).

3.5.4 Avaliação Antropométrica

As medidas antropométricas utilizadas para avaliação nutricional dos idosos foram às mesmas para a população em geral: peso, estatura, circunferências (de braço, cintura, quadril e panturrilha), Índice de Massa Corporal – IMC e Relação Cintura/Quadril - RCQ.

Os idosos foram pesados descalços e usando roupas leves. Foram orientados a retirarem objetos pesados tais como: chaves, cintos, óculos, aparelhos celulares e quaisquer outros objetos que pudessem interferir no peso total (Fagundes, Barros, Duar, Sardinha, Pereira & Leão, 2004).

Para a aferição do peso, foi utilizada uma balança da marca Welmy, modelo CH 110, com variação de 0,1kg e capacidade de até 150kg. O idoso foi posicionado no centro do equipamento, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantendo-o parado nessa posição para a realização da leitura após o valor ter fixado no visor.

Para a estatura foi utilizada uma fita métrica inelástica fixada em uma parede sem rodapé. O idoso foi posicionado descalço e com a cabeça livre de adereços no centro da fita fixada na parede. Mantendo-o de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos e encostando os calcanhares, ombros e nádegas na parede. Com o esquadro de estatura, fixando-o contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo, o idoso foi retirado e realizada a leitura da estatura.

Os dados antropométricos de peso e estatura dos idosos foram coletados de acordo com o preconizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (Fagundes, Barros, Duar, Sardinha, Pereira & Leão, 2004).

O peso e a estatura permitiram-nos obter o IMC. O IMC é calculado pela divisão do peso, em quilos, pela estatura, em metro, elevada ao quadrado ($IMC = \frac{P}{E^2}$) (Vitolo, 2015). Como critério, para o sistema de classificação do IMC foi utilizado o do Sistema de

Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (2004) que recomenda a utilização de pontos de corte específicos de IMC para idosos: $\leq 22 \text{ kg/m}^2$ – Baixo Peso; > 22 e $< 27 \text{ kg/m}^2$ – Adequado ou Eutrófico; $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ – Sobrepeso. Esses se diferenciam dos pontos de corte de adultos, considerando as modificações físicas e de composição corporal que ocorrem com o envelhecimento (Tavares, Santos, Ferreira & Menezes, 2015).

Para aferição das circunferências: do braço, cintura, quadril e panturrilha foi utilizada uma fita métrica, flexível e inelástica, com extensão de 150cm e variação em milímetros da marca MacroLife[®].

Para mensuração da circunferência do braço (CB) foi solicitado ao idoso dobrar seu braço não dominante no cotovelo em ângulo reto, a 90° , com a palma da mão voltada para cima. Em seguida, foi medida a distância entre a superfície acromial da escápula (superfície da protusão óssea do ombro superior) e o processo olecrano do cotovelo (ponta óssea do cotovelo) na parte posterior do braço. Foi marcado o ponto mediano entre os dois com uma caneta e com o braço relaxado ao longo do corpo, essa medida foi aferida (Institute Nestlé[®]). Os parâmetros de classificação para CB utilizados foram o de Blackburn & Thornton (1979 apud Mussoi, 2014): $> 120\%$ obesidade; 120 a 110% sobrepeso; 110 a 90% eutrofia; 90 a 80% desnutrição discreta; 80 a 60% desnutrição moderada e $< 60\%$ desnutrição grave.

Para a mensuração da circunferência da cintura (CC) foi utilizada a técnica proposta pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, onde o idoso se apresentou de pé, ereto, com abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30cm. O avaliador se posicionou lateralmente ao idoso e passou a fita horizontalmente ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre a crista ilíaca e o rebordo da última costela, não ficando larga e nem apertada. Foi solicitado que o idoso inspirasse e, em seguida expirasse totalmente para a leitura ser realizada (Fagundes, Barros, Duar, Sardinha, Pereira & Leão, 2004). A avaliação considerou os pontos de corte

apresentados pela OMS (2011), da CC de risco aumentado para complicações metabólicas, onde: para homens $CC \geq 94$ cm e para mulheres $CC \geq 80$ cm.

A circunferência do quadril (CQ) foi mensurada para a realização do cálculo da RCQ. Para a mensuração da CQ, foi solicitado ao idoso que permanecesse em pé, ereto, com os braços afastados do corpo e com os pés juntos. A fita métrica foi colocada ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele. A RCQ é calculada pela divisão da CC, em centímetros, pela CQ, em centímetros ($RCQ = \frac{CC}{CQ}$) (Mussoi, 2014). Para a avaliação da RCQ foram utilizados os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (2011), onde classifica como alto risco para doenças cardiometabólicas para os homens: $RCQ \geq 0,90$ e para as mulheres: $RCQ \geq 0,85$.

A circunferência da panturrilha (CP) foi medida na maior proeminência da musculatura da panturrilha (Mussoi, 2014). A circunferência foi considerada adequada igual ou superior a 31cm para homens e mulheres (Najas, Maeda & Nebuloni, 2017).

3.6 Procedimentos de Coleta de Dados

As coletas de dados e procedimentos de campo somente foram iniciadas após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal de Campina Grande/Hospital Universitário Alcides Carneiro – UFCG/HUAC. Número do parecer: 3.080.640 e CAAE: 01675418.5.0000.5182.

Os dados foram coletados entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2019, contando duas visitas de coleta em cada Condomínio. A forma de abordagem seguiu o mesmo padrão nos três condomínios: os idosos foram visitados em seu domicílio, esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar e, nos casos de concordância, foi lido, esclarecido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- APÊNDICE B). Em seguida, iniciava-se a entrevista com o preenchimento do formulário do MEEM para

avaliar o desempenho cognitivo do idoso e em sequência, aplicavam-se os instrumentos seguintes.

A aplicação dos questionários e a aferição das medidas antropométricas foram realizadas numa única sessão de aplicação, onde para os questionários foi realizada a leitura oral dos itens e anotação das respostas dos idosos por parte do aplicador.

Para auxílio da coleta de dados, houve a participação de discentes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Saúde – GEPES da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, que foram treinados quanto ao preenchimento dos formulários, bem como esclarecidos quanto às orientações sobre as questões de nutrição e métodos de aferição de medidas antropométricas contidas no instrumento, de forma a uniformizar os procedimentos para coleta e estarem habilitados para esclarecimentos ao idoso caso fosse necessário.

3.7 Procedimentos da Análise dos Dados

Os dados foram codificados e introduzidos no banco de dados, através do programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (Versão 22.0).

No primeiro momento, procedeu-se à análise da estatística descritiva, frequência, porcentagem, média, mediana e desvio padrão da amostra, de modo a caracterizar os participantes em estudo. Ainda neste momento, foram utilizados os métodos padrões de análises exploratórias de dados, sendo inicialmente elaborada uma análise estatística descritiva, bem como a criação de tabelas, para uma melhor visualização dos resultados dos dados. Foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade da distribuição das variáveis.

Para as comparações entre médias dos escores (variáveis quantitativas), quando necessário, utilizamos o Teste t de *Student* em caso de variáveis com distribuição normal, e

nos casos onde os pressupostos anteriores não foram observados, foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney.

Para a verificação da relação do estado nutricional com o estilo de vida foram realizadas a correlação de *Pearson* para o escore total da EEVI e o fator Socialização da escala entre as medidas antropométricas e o escore total da MAN[®]; e a correlação de *Spearman* para os fatores Atividade, *Coping* funcional, Cuidado com a alimentação e Cuidado com a Saúde, com as medidas antropométricas e o escore total da MAN[®].

Por fim, para explicar as variáveis que apresentaram correlações significativas para a relação do estado nutricional com o estilo de vida, foram feitas as análises de regressão linear.

A significância estatística adotada foi de 5% ($p < 0,05$) e os resultados foram apresentados em tabelas.

Para caracterização dos participantes foi utilizado um questionário que possibilitou o levantamento do perfil sociodemográfico dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura. As cidades visitadas foram categorizadas em G1 para Condomínio Cidade Madura de Campina Grande, G2 para Condomínio Cidade Madura de Guarabira e G3 para Condomínio Cidade Madura de João Pessoa. Para permitir maior dinamicidade na apresentação dos resultados optamos por dividir as informações coletadas em cinco categorias:

1 – **perfil sociodemográfico:** com as variáveis gênero, grupo etário (agrupada em 60-69, 70-79 e igual ou maior que 80 anos), estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação, composição familiar e sentimento de moradia;

2 – **comportamento dietético:** com as variáveis sobre hábitos alimentares (prática de dieta, companhia nas refeições, alimentação ideal e satisfação com a refeição, ingestão de água e acréscimo de sal na comida depois de pronta);

3 – **indicadores de saúde e atividade física:** perda de peso, presença de doenças crônicas, acompanhamento nutricional, horas de sono e comportamento de risco (uso de álcool e tabaco); prática da atividade física;

4 – **autopercepção da saúde nutricional:** as variáveis do estudo foram dicotomizadas: percepção boa (categorias muito boa e boa), regular e ruim (categorias ruim e muito ruim).

5 – **antropometria:** verificação do peso (kg), altura (m), Índice de Massa Corporal, circunferência da cintura, relação cintura-quadril, circunferência do braço e da panturrilha.

4. RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

A partir do questionário para levantamento dos dados sociodemográficos, podemos observar através da Tabela 1, que quando comparadas as características do perfil dos idosos pertencentes aos grupos G1, G2 e G3, assemelham-se.

A amostra foi composta por 76 idosos, distribuídos entre os Condomínios visitados. Dessa forma, analisando os dados, temos que a maioria 56,6% (n= 43) foi do sexo feminino, apresentando resultados semelhantes entre o G1 e o G3 (62,5% e 74,1% respectivamente), divergindo com o G2 (32%). A idade variou entre 60 e 93 anos, apresentando uma média de 71,1 anos (DP=6,43), onde podemos destacar o G3 ter apresentado o maior número de idosos com 80 anos ou mais. Diante à escolaridade, 31,6% dos idosos apresentavam ensino fundamental I (n= 24), 11,8% (n= 9) eram analfabetos e 6,6% (n= 5) apresentavam curso superior, com uma média de 6,94 anos estudados (DP= 5,09). Quanto ao estado civil 31,6% (n= 24) se declararam casados e este predomínio se encontra somente no G2 (44%), e 69,7% (n= 53) moravam sozinhos, com predomínio no G3 (77,8%). A renda familiar apresentada pelos participantes teve prevalência (65,8%) de até um salário mínimo, com resultados semelhantes entre os grupos G1 e G2 (79,2%; 72%). Quando questionados como se sentiam morando no condomínio, a maioria (53,9%) relatou “sentir-se bem”.

Tabela 1 Distribuição dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, de acordo com as variáveis sociodemográficas, PB. Brasil, 2019.

Variável	Categoria	Total n=76				G1 n=24		G2 n=25		G3 n=27	
		n	%	M	DP	n	%	n	%	n	%
Gênero	Masculino	33	43,4			9	37,5	17	68	7	25,9
	Feminino	43	56,6			15	62,5	8	32	20	74,1
Grupo etário (anos)	60 - 69	36	47,37			9	37,5	18	72	9	35,3
	70 - 79	31	40,79	71,1	6,43	14	58,3	6	24	11	40,8
	≥80	9	11,84			1	4,2	1	4	7	25,9
Estado Civil	Casado	24	31,6			7	29,2	11	44	6	22,2
	Solteiro	14	18,4			4	16,7	5	20	5	18,5
	Divorciado/Separado	20	26,3			6	25	8	32	6	22,2
	Viúvo	18	23,7			7	29,2	1	4	10	37
Escolaridade	Nunca foi a escola	9	11,8			4	16,7	4	16	1	3,7
	Alfabetização	4	5,3			3	12,5	1	4	0	0
	Fundamental I (1º a 4º série)	24	31,6			5	20,8	9	36	10	37
	Fundamental II (4º a 8º série)	18	23,7	6,94	5,09	6	25	8	32	4	14,9
	Ensino Médio	14	18,4			5	20,8	3	12	6	22,2
	Superior	6	7,9			0	0	0	0	6	22,2
	NR	1	1,3			1	4,2	0	0	0	0
Renda familiar *	0-1 salário	50	65,8			19	79,2	18	72	13	48,1
	>1-3 salários	17	22,4			3	12,5	5	20	9	33,3
	>3-5 salários	4	5,3	1,51	0,76	0	0	1	4	3	11,1
	NR	5	6,6			2	8,3	1	4	2	7,5
Composição familiar	Sozinho	53	69,7			16	66,7	16	64	21	77,8
	Casal	22	28,9			8	33,3	8	32	6	22,2
	NR	1	1,3			0	0	1	4	0	0
Sentimento /relação Moradia	Bem	41	53,9			14	58,3	16	64	11	40,7
	Muito Bem	13	17,1			5	20,8	3	12	5	18,5
	Feliz	5	6,6			0	0	2	8	3	11,1
	Mais ou menos	3	3,9			1	4,2	1	4	1	3,7
	Sozinha	2	2,6			1	4,2	0	0	1	3,7
	Outra resposta	11	14,8			3	12,5	2	8	6	22,2
NR	1	1,3			0	0	1	4	0	0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019. M= média; DP= desvio padrão; NR= Não Respondeu.

G1= Condomínio Cidade Madura de Campina Grande; G2= Condomínio Cidade Madura de Guarabira; G3= Condomínio Cidade Madura de João Pessoa.

* Salário referente àquele do período da pesquisa - R\$ 998,00.

Para as condições e comportamentos dietéticos representados na Tabela 2, verificamos que a maioria (86,8%) relatou não fazer nenhum tipo de dieta, assemelhando-se aos resultados encontrados entre os grupos G1, G2 e G3 (91,7%; 84%; 85,2% respectivamente) e 72,4% dos idosos realizavam as refeições sozinhos, sendo semelhante este comportamento entre os grupos (66,7%; 72% e 77,8% respectivamente). Quanto ao número das refeições realizadas diariamente 39,5% (n= 30) relataram fazer cinco ou mais refeições ao

dia, destacando o G3 que apresentou maior predomínio (59,3%) dos idosos realizando este mesmo número de refeições. Para os que realizavam entre três e quatro refeições, obteve-se 59,2%, e entre uma e duas refeições 1,3%. Em ambas as situações o G3 apresentou menor resultado (41% e 0%). Somente no G2 4% relatou fazer entre uma e duas refeições.

Quando questionados sobre o quão ideal consideravam a alimentação e as refeições que faziam, 21 idosos (27,6%) pontuaram nota oito, apresentando uma média de 7,62 (DP= 1,96) entre os entrevistados. As médias dos resultados entre os sexos apresentaram uma diferença discreta, sendo 7,42 (DP=2,09) para os homens e para as mulheres 7,77 (DP=1,86). Quanto à satisfação na vida diária por se alimentar e em realizar as refeições, 40,8% disseram estar muito satisfeitos, pontuando com a nota máxima dez e apresentando uma média de 8,28 (DP= 1,96), pontuação também apresentada entre os grupos investigados (37,5%; 40% e 44,4% respectivamente). A média entre os sexos se apresentaram bem próximas, para os homens 8,30 (DP=2,05), e para das mulheres 8,26 (DP= 1,91).

Quanto à questão de adicionar sal na comida depois de pronta, 94,7% (n= 72) relataram não adicionar o sal e ambos os grupos apresentaram resultados semelhantes, com destaque para o G3 (95,8%; 88% e 100% respectivamente). E no consumo diário de água 6,6% (n= 5) disseram beber apenas dois copos de água por dia e 61,9% (n= 47) referiram beber mais de seis copos de água por dia, com resultados semelhantes entre os grupos (41,7%; 72% e 70,4% respectivamente).

Tabela 2 Caracterização do comportamento dietético dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, PB. Brasil, 2019.

Variável	Categoria	Total n=76				G1 n=24		G2 n=25		G3 n=27	
		n	%	M	DP	n	%	n	%	n	%
Dieta	Para ganho de peso	2	2,6			1	4,2	1	4	0	0
	Para perda de peso	8	10,5			1	4,2	3	12	4	14,8
	Não faz dieta	66	86,8			22	91,7	21	84	23	85,2
Companhia para refeição	Sozinho	55	72,4			16	66,7	18	72	21	77,8
	Cônjuge	15	19,7			4	16,7	7	28	4	14,8
	Outro	6	7,9			4	16,7	0	0	2	7,4
Refeições diárias realizadas	1 a 2	1	1,3			0	0	1	4	0	0
	3 a 4	45	59,2			16	66,7	18	72	11	40,7
	5 ou mais	30	39,5			8	33,3	6	24	16	59,3
Nota para Alimentação Ideal	1	0	0			0	0	0	0	0	0
	2	1	1,3			1	4,2	0	0	0	0
	3	2	2,6			2	8,3	0	0	0	0
	4	1	1,3			0	0	1	4	0	0
	5	10	13,2	7,62	1,96	4	16,7	1	4	5	18,5
	6	5	6,6			0	0	3	12	2	7,4
	7	11	14,5			3	12,5	6	24	2	7,4
	8	21	27,6			7	29,2	5	20	9	33,3
	9	8	10,5			2	8,3	2	8	4	14,8
	10	17	22,4			5	20,8	7	28	5	18,5
Nota para Satisfação com Alimentação	1	0	0			0	0	0	0	0	0
	2	0	0			0	0	0	0	0	0
	3	2	2,6			2	8,3	0	0	0	0
	4	1	1,3			0	0	1	4	0	0
	5	9	11,8	8,28	1,96	4	16,7	1	4	4	14,8
	6	2	2,6			0	0	1	4	1	3,7
	7	6	7,9			1	4,2	3	12	2	7,4
	8	15	19,7			5	20,8	7	28	3	11,1
	9	10	13,2			3	12,5	2	8	5	18,5
	10	31	40,8			9	37,5	10	40	12	44,4
Ingestão diária de água*	2 copos	5	6,6			4	16,7	1	4	0	0
	3 copos	8	10,5			3	12,5	2	8	3	11,1
	4 copos	8	10,5			5	20,8	0	0	3	11,1
	5 copos	8	10,5			2	8,3	4	16	2	7,4
	Mais de 6 copos	47	61,9			10	41,7	18	72	19	70,4
Adiciona Sal na comida	Sim	4	5,3			1	4,2	3	12	0	0
	Não	72	94,7			23	95,8	22	88	27	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

G1= Condomínio Cidade Madura de Campina Grande; G2= Condomínio Cidade Madura de Guarabira; G3= Condomínio Cidade Madura de João Pessoa.

*copos de 180 ml.

Para a caracterização dos indicadores de saúde representados na Tabela 3, 73,7% (n= 56) dos idosos não obtiveram perda de peso de forma não intencional nos últimos seis meses, e entre os grupos também apresentaram resultados semelhantes (83,3%, 76% e 63%

respectivamente). Quanto às doenças apresentadas, 30,3% (n= 23) declararam ter diagnóstico de algum tipo de doença (distúrbio da tireoide, cardiopatia, hipertensão, diabetes, câncer, depressão, dislipidemia), sendo mais frequentes a hipertensão arterial (59,2%) e o diabetes mellitus (18,4%). Os grupos investigados apresentaram resultados semelhantes (29,2%, 28% e 33,4% respectivamente), 23,7% (n= 18) relataram ter duas doenças associadas e 22,4% (n= 17) três ou mais doenças associadas, o que apresentou um elevado número de idosos com presença de doenças associadas (76,4%; n= 58). Podemos destacar o grupo G3 com apenas 3,7% (n= 1) e o G2 com 40% (n= 10) dos idosos relatando não apresentar nenhum tipo de doença associada.

Quanto ao acompanhamento nutricional, 71,1% (n= 54) mencionaram não ter feito ou não estar fazendo nenhum acompanhamento, havendo um destaque para o grupo G1 que apresentou 95,8% (n= 23), um índice elevado em relação aos outros grupos, sendo este um dado relevante, pois sabe-se que este tipo de acompanhamento é um importante marcador de saúde nesses indivíduos. Em relação às horas de sono, a maioria dos idosos (65,8%; n= 50) relataram dormir entre seis e oito horas e meia por noite, corroborando os dados obtidos ao relatarem não haver problema com o sono (53,9%; n= 41). Quanto à prática de atividade física, 55,3% (n= 42) disseram praticar algum tipo de atividade física diariamente (19,7%) ou pelo menos de duas a três vezes por semana (28,9%), prevaleceu a duração de uma hora (50%) e em sequência a duração de trinta minutos (35,7%), sendo apresentados resultados semelhantes no grupo G2 e G3 (28% e 28%; 14,8% e 48,1% respectivamente), diferentemente do grupo G1, que 70,8% (n= 17) dos idosos declararam não realizar nenhum tipo de exercício físico.

O consumo de álcool foi negado em 82,9% (n= 63) dos idosos entrevistados. Neste quesito o G2 apresentou maior resultado, sendo 28% dos idosos que relataram consumir bebidas alcoólicas aos finais de semana. Com relação à prática do uso de tabaco, 96,1%

(n=73) dos idosos negaram fazer uso, com destaque para os entrevistados do G2, que apresentou 100% (n= 25) sem uso.

Tabela 3 Caracterização dos indicadores de saúde, atividade física e comportamentos de risco dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, PB. Brasil, 2019.

Variável	Categoria	Total n=76				G1 n =24		G2 n=25		G3 n=27	
		n	%	M	DP	n	%	n	%	n	%
Perda de peso não intencional	Sim	15	19,7			4	16,7	6	24	5	18,5
	Não	56	73,7			20	83,3	19	76	17	63
	Desconhece	5	6,6			0	0	0	0	5	18,5
Doenças apresentadas	Sem doença	18	23,7			7	29,2	10	40	1	3,7
	Uma doença	23	30,3			7	29,2	7	28	9	33,4
	Duas doenças	18	23,7			6	25	5	20	7	25,9
	Três ou + doenças	17	22,4			4	16,7	3	12	10	37
Acompanhamento Nutricional	Sim	22	28,9			1	4,2	8	32	13	48,1
	Não	54	71,1			23	95,8	17	68	14	51,9
Horas de sono	2,5 a 5,0	13	17,1			3	13	4	16	6	22,2
	6,0 a 8,5	50	65,8	7,25	1,94	16	66,7	15	60	19	70,4
	9,0 a 12	12	15,8			4	16,7	6	24	2	7,4
	NR	1	1,3			1	4,1	0	0	0	0
Problema com o sono	Sim	35	46,1			15	62,5	8	32	12	44,4
	Não	41	53,9			9	37,5	17	68	15	55,6
Atividade Física	Sim	42	55,3			7	29,2	15	60	20	74,1
	Não	34	44,7			17	70,8	10	40	7	25,9
Frequência da Atividade Física para os que realizam	1 vez na semana	2	2,6			1	4,2	0	0	1	3,7
	2 a 3 vezes na semana	22	28,9			2	8,3	7	28	13	48,1
	4 a 5 vezes na semana	3	3,9			0	0	1	4	2	7,4
	Diariamente	15	19,7			4	16,7	7	28	4	14,8
Uso de álcool	Sim	13	17,1			3	12,5	7	28	3	11,1
	Não	63	82,9			21	87,5	18	72	24	88,9
Tabagismo	Sim	3	3,9			2	8,3	0	0	1	3,7
	Não	73	96,1			22	91,7	25	100	26	96,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

NR= Não Respondeu.

G1= Condomínio Cidade Madura de Campina Grande; G2= Condomínio Cidade Madura de Guarabira; G3= Condomínio Cidade Madura de João Pessoa.

Caracterizando quanto a Autopercepção da Saúde Nutricional dos pesquisados na Tabela 4, verificamos que 44,7% dos idosos consideraram a saúde boa, sendo caracterizada por 7,9% muito boa e 36,8% boa, 42,1% considerou regular e 13,2% consideraram ruim, sendo caracterizada por 6,6% dos idosos que relataram estar com a saúde ruim e muito ruim. Caracterizando entre os grupos, o G2 se diferenciou, pois apresentou maior predomínio em

perceber a saúde como boa (60%), dos quais 52% relataram estar boa e 8% muito boa, os grupos G1 e G2 se destacaram por perceberem a saúde como boa (41,6% e 60% respectivamente) e o G3 se destacou com a avaliação regular da saúde (51,9%).

Quanto ao estado nutricional 56,6% (n= 43) mencionaram estar bom (50% bom e 6,6% muito bom), apresentando resultados semelhantes entre os grupos G1, G2 e G3 (50%, 64% e 55,6% respectivamente). Com relação à autopercepção do cuidado com a alimentação 67,2% disseram estar bom (51,4% bom e 15,8% muito bom), apresentando resultados semelhantes entre os grupos G1, G2 e G3 (62,5%, 72% e 66,6% respectivamente), e quanto a sua percepção de saúde em relação às pessoas da mesma idade 78,9% disseram estar melhor, assemelhando-se aos resultados dos grupos (78,3%, 84% e 77,8% respectivamente).

Tabela 4 Distribuição dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura de acordo com os componentes de Autopercepção da Saúde Nutricional. PB. Brasil, 2019.

Variável	Categoria	Total n =76		G1 n =24		G2 n=25		G3 n=27	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Avaliação Subjetiva de Saúde	Muito boa	6	7,9	2	8,3	2	8	2	7,4
	Boa	28	36,8	8	33,3	13	52	7	25,9
	Regular	32	42,1	9	37,5	9	36	14	51,9
	Ruim	5	6,6	4	16,7	0	0	1	3,7
	Muito ruim	5	6,6	1	4,2	1	4	3	11,1
Avaliação Subjetiva do Estado Nutricional	Muito bom	5	6,6	2	8,3	2	8	1	3,7
	Bom	38	50,0	10	41,7	14	56	14	51,9
	Regular	32	42,1	11	45,8	9	36	12	44,4
	Ruim	1	1,3	1	4,2	0	0	0	0
	Muito Ruim	0	0	0	0	0	0	0	0
Avaliação do cuidado com a alimentação	Muito bom	12	15,8	1	4,2	4	16	7	25,9
	Bom	39	51,4	14	58,3	14	56	11	40,7
	Regular	22	28,9	8	33,3	6	24	8	29,6
	Ruim	3	3,9	1	4,2	1	4	1	3,7
	Muito Ruim	0	0	0	0	0	0	0	0
Avaliação da saúde comparada com outras pessoas da mesma idade	Melhor	60	78,9	18	78,3	21	84	21	77,8
	Igual	13	17,1	4	17,4	3	12	6	22,2
	Pior	2	2,6	1	4,3	1	4	0	0
	NR	1	1,3	1	4,3	0	0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

NR= Não Respondeu.

G1= Condomínio Cidade Madura de Campina Grande; G2= Condomínio Cidade Madura de Guarabira; G3= Condomínio Cidade Madura de João Pessoa.

Partindo para a distribuição das medidas antropométricas dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, representada na Tabela 5, temos que, a média de peso encontrado entre os idosos investigados foi de 67,5kg (DP= 14,8), sendo o peso mínimo de 33kg e o máximo de 121kg. Para o Índice de Massa Corpórea, a média encontrada foi de 27,38kg/m² (DP= 4,42), sendo o mínimo de 17,33kg/m² e o máximo de 40,11kg/m². Quanto à circunferência da cintura, a média encontrada foi de 93,7cm (DP= 12,9). Na relação Cintura/Quadril, a média geral encontrada foi de 0,93 (DP= 1,10). Com relação à circunferência do braço, a média geral encontrada foi de 30,2cm (DP= 3,82) e para a circunferência da panturrilha, a média foi de 34,7cm (DP= 3,44) entre os idosos investigados.

Tabela 5 Distribuição dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, de acordo com as medidas antropométricas. PB, Brasil, 2019.

Variável	Medidas		Média	Desvio Padrão
	Mínima	Máxima		
Peso (kg)	33,0	121,0	67,5	14,8
Altura (m)	1,38	1,75	1,56	0,91
Índice de Massa Corporal – IMC (kg/m ²)	17,33	40,11	27,4	4,42
Circunferência da Cintura (cm)	55,00	119,00	93,7	12,9
Relação Cintura/Quadril - RCQ	0,57	1,19	0,93	1,10
Circunferência do Braço (cm)	20,00	44,00	30,2	3,82
Circunferência da Panturrilha (cm)	25,00	44,00	34,7	3,44

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A Tabela 6 apresenta a classificação do estado nutricional de acordo com as medidas antropométricas utilizadas. Para a avaliação do estado nutricional através do IMC, encontramos que 46,1% (n= 35) apresentaram sobrepeso, 44,7% (n= 34) peso adequado e 6,6% (n= 5) baixo peso. Analisando esta classificação entre os grupos, os resultados

encontrados foram aproximados entre o estado de sobrepeso e peso adequado (50%, 44%, 44,4% e 41,7%, 44%, 48,2% respectivamente).

Diante a classificação da circunferência da cintura, 77,4% apresentaram predomínio para riscos de complicações metabólicas (77,4%) para os idosos (sendo 46,7% para as mulheres e 30,7% para os homens) e 22,7% se apresentaram sem riscos quando relacionados à circunferência da cintura. Nos grupos G1, G2 e G3 os resultados foram semelhantes (75%, 72% e 84,6% respectivamente), com a prevalência do sexo feminino para o grupo G1 e G3 (54,2% e 65,4% respectivamente) para riscos de complicações metabólicas, divergindo do grupo G2, que apresentou prevalência para o sexo masculino (52%) e também apresentou o maior número de idosos (28%) sem riscos para complicações metabólicas, já que o G1 e G2 apresentam 25% e 15,4% respectivamente.

Para a classificação da RCQ, pode-se observar que a maioria (84,2%) apresentou risco alto para doenças cardiometabólicas, sendo 43,4% para os homens e 40,8% para as mulheres, enquanto que 14,5% não apresentaram nenhum risco cardiometabólico. Entre os grupos G1, G2 e G3, todos apresentaram alto risco (87,5%, 84% e 81,5% respectivamente), o G1 e o G3 apresentaram predomínio de alto risco entre os homens (54,2% e 51,9% respectivamente) e o G2 apresentou este predomínio entre as mulheres (60%). Em relação aos idosos que apresentaram as medidas da RCQ dentro dos padrões adequados ambos os grupos equilibraram os resultados (12,5%, 16% e 14,8% respectivamente).

Com relação à reserva proteica, a partir do indicador da circunferência do braço, o percentual de adequação apresentou que 47,4% apresentaram-se eutróficos, 15,8% com sobrepeso e 14,5% obesidade, como contraposição 18,4% apresentou desnutrição discreta e 2,6% desnutrição grave. Analisando entre os grupos, os resultados também são semelhantes quanto à eutrofia (50%, 48% e 44,4% respectivamente) de tal forma que o que apresentou

índice com maior obesidade foi o G1 com 20,8% (n= 5) e com sobrepeso o G3 com 25,9% (n= 7).

Diante dos resultados da circunferência da panturrilha, 88,2% dos idosos (n= 67) apresentaram medida adequada e entre os grupos, os resultados também se assemelharam (95,8%, 84% e 85,2% respectivamente). De acordo com o sexo, a média para os homens foi de 35,76cm (DP= 2,92) e para as mulheres 33,88cm (DP= 3,63).

Tabela 6 Classificação das medidas antropométricas dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, PB. Brasil, 2019.

Variável	Categoria	Total n=76		G1 n=24		G2 n= 25		G3 n= 27	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Classificação do IMC	Baixo Peso (≤ 22)	5	6,6	2	8,3	2	8	1	3,7
	Eutrófico (>22 e <27)	34	44,7	10	41,7	11	44	13	48,2
	Sobrepeso (≥ 27)	35	46,1	12	50	11	44	12	44,4
	NRA*	2	2,6	0	0	1	4	1	3,7
Circunferência da Cintura	Risco aumentado p/ doenças metabólicas	58	77,4	18	75	18	72	22	84,6
	Sem riscos	17	22,7	6	25	7	28	4	15,4
Classificação RCQ	Alto risco p/ doenças cardiometabólicas	64	84,2	21	87,5	21	84	22	81,5
	Sem riscos	11	14,5	3	12,5	4	16	4	14,8
	NRA*	1	1,3	0	0	0	0	1	3,7
Classificação da Circunferência do Braço	Obesidade	11	14,5	5	20,8	2	8	4	14,9
	Sobrepeso	12	15,8	1	4,2	4	16	7	25,9
	Eutrofia	36	47,4	12	50	12	48	12	44,4
	Desnutrição discreta	14	18,4	5	20,8	6	24	3	11,1
	Desnutrição moderada	1	1,3	1	4,2	0	0	0	0
	Desnutrição grave	2	2,6	0	0	1	4	1	3,7
Classificação da Circunferência da Panturrilha	Adequado (≥ 31 cm)	67	88,2	23	95,8	21	84	23	85,2
	Desnutrido	9	11,8	1	4,2	4	16	4	14,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

* NRA: Não Realizou Antropometria.

G1= Condomínio Cidade Madura de Campina Grande; G2= Condomínio Cidade Madura de Guarabira; G3= Condomínio Cidade Madura de João Pessoa.

Nota: Classificação da circunferência do braço: Obesidade= $>120\%$; Sobrepeso=120 a 110%; Adequado= 110 a 90%; Desnutrição discreta=90 a 80%; Desnutrição moderada=80 a 60%; Desnutrição grave= $<60\%$.

4.2 Perfil da Mini Avaliação Nutricional - MAN[®]

Com os resultados obtidos através da MAN[®] representados na Tabela 7, verificou-se que a maioria dos idosos pesquisados (75%) não apresentaram diminuição da ingestão

alimentar e 73,7% relataram não ter ocorrido perda de peso nos últimos meses. O que também é possível observar entre os grupos G1, G2 e G3 (75%, 72%, 74,1% respectivamente).

Quanto à mobilidade, 94,8% deambulavam normalmente, 80,3% relataram não terem passado por nenhum estresse psicológico nos últimos três meses, e 97,4% não manifestaram problemas neuropsicológicos. Observou-se que entre os grupos, esses resultados são semelhantes. Quanto à mobilidade normal (100%, 100% e 85,2% respectivamente), quanto a não ter passado por estresse (87,5%, 72% e 81,5% respectivamente) e relativo aos problemas neuropsicológicos (100%, 96% e 96,3% respectivamente).

A avaliação do IMC pela classificação da MAN[®] apresentou 85,5% dos entrevistados com $IMC \geq 23$, apontando resultados semelhantes entre os grupos (83,3%, 80% e 92,6% respectivamente). Esta aplicação inicial da Triagem da MAN[®] obteve um escore indicativo de que 75% dos idosos em estudo apresentaram um estado nutricional normal, 22,7% sob risco de desnutrição e 2,6% desnutrido. A sequência da MAN[®] foi continuada, partindo para a segunda parte, a Avaliação Global, na qual foi considerado que todos os idosos moravam em casa própria. Em relação ao uso de medicamentos, observou-se que 65,8% expuseram não utilizar mais de três medicamentos por dia, e os mais citados foram os remédios para tratamento da hipertensão arterial (84%), diabetes (26%) e doenças cardiovasculares (46%). Analisando os grupos, percebeu-se que os grupos G1 e G3 apresentaram resultados semelhantes, onde a quantidade de idosos (54,2% e 55,6%) que utilizavam mais de três medicamentos estava muito próxima dos idosos que não utilizavam, sendo também destaque nestes grupos o maior número de idosos com duas ou mais doenças associadas. Podemos ressaltar o G2 que apresentou 88% dos idosos sem uso de mais de três medicamentos, e isso está relacionado ao grupo apresentar um número maior de idosos sem, ou só com uma doença associada.

Quanto à presença de escaras ou úlceras na pele, 98,7% dos idosos relataram não possuir, apresentando resultados semelhantes entre os grupos. Em relação aos hábitos alimentares diários, 89,5 % disseram realizar mais de três refeições por dia, e entre os grupos foram observados resultados semelhantes (79,2%, 96% e 92,6% respectivamente), mas percebeu-se no G1, que 20,8% dos idosos só realizavam entre uma e duas refeições.

Relativamente à ingestão de proteínas como leite e derivados, legumes, ovos e carnes de origem animal, a maioria dos idosos (57,9%) respondeu ingerir pelo menos uma opção de cada, diariamente. E, observando entre os grupos, os resultados também foram bons (70,8%, 44% e 59,3%), quanto à ingestão de proteínas. Quanto ao hábito da ingestão de frutas ou vegetais, a maioria (77,6%) relatou consumir duas ou mais porções por dia. Observando os resultados dos grupos, destaca-se o G2 que apresentou uma quantidade representativa em relação aos que não fazem o consumo, estando em 40% dos idosos pesquisados. Quando questionados quanto à ingestão de líquidos (água, sucos, café, chá, leite, etc.), os idosos relataram ingerir mais de cinco copos (69,7%) durante o dia, onde entre os grupos os resultados também foram satisfatórios (58,3%, 84% e 66,7%).

Constatou-se também que a maioria dos idosos (96,1%) alimentavam-se sozinhos e não apresentavam dificuldades para realizar esta atividade, o que é percebido também quando analisamos os idosos através dos grupos (91,7%, 96% e 100%). Em relação à percepção do próprio estado nutricional, 85,5% disseram acreditar não possuir nenhum problema nutricional, não ocorrendo diferença nos resultados quanto aos grupos dos idosos (75%, 96% e 85,2%). Quanto à comparação da própria saúde com outras pessoas da mesma idade 73,7% (n= 56) consideraram o seu estado de saúde melhor não havendo diferença entre os grupos (66,7%, 76% e 77,8%).

A avaliação das circunferências sugeridas pela MAN[®], como a circunferência do braço, se apresentou adequada na maioria (97,4%) dos idosos pesquisados e quando analisado

entre os grupos também não houve diferença (100%, 96% e 96,3%), como também o perímetro da perna/panturrilha (90,8% e 91,7%, 88% e 92,6%) se apresentou satisfatório, mas também foram identificados idosos que apresentaram um déficit de massa magra (9,2%).

Através da pontuação total obtida pelo instrumento MAN[®], não foi classificado nenhum idoso com desnutrição; 14,5% apresentou risco de desnutrição e a maioria (85,5%) estado nutricional normal. De modo que, o risco de desnutrição apresentado entre os idosos foi prevalente nas mulheres (n=7) e apresentado em todas as faixas etárias pesquisadas. A média da pontuação total para os homens foi de 27,03 (DP= 2,36) e das mulheres foi de 26,29 (DP= 2,94). E esses resultados entre os grupos foram semelhantes, a maioria dos idosos foram classificados com o estado nutricional normal (83,33%, 80% e 92,59%).

Tabela 7 Distribuição dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, de acordo com a Mini Avaliação Nutricional – MAN[®]. PB, Brasil, 2019.

Variável	Categoria	Total n =76		G1 n =24		G2 n=25		G3 n=27	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ingesta Alimentar	Diminuição grave da ingesta	2	2,6	2	8,3	0	0,0	0	0,0
	Diminuição moderada da ingesta	17	22,4	7	29,2	5	20	5	18,5
	Sem diminuição da ingesta	57	75	15	62,5	20	80	22	81,5
Perda de Peso	Superior a três quilos	3	3,9	0	0	1	4	2	7,4
	Não sabe informar	7	9,2	2	8,3	2	8	3	11,1
	Entre um e três quilos	10	13,2	4	16,7	4	16	2	7,4
	Sem perda de peso	56	73,7	18	75	18	72	20	74,1
Mobilidade	Restrito ao leito ou à cadeira de rodas	1	1,3	0	0	0	0	1	3,7
	Deambula mas não é capaz de sair de casa	3	3,9	0	0	0	0	3	11,1
	Normal	72	94,8	24	100	25	100	23	85,2
Estresse/doença nos últimos 3 meses	Sim	15	19,7	3	12,5	7	28	5	18,5
	Não	61	80,3	21	87,5	18	72	22	81,5
Problemas neuropsicológicos	Demência ou depressão grave	2	2,6	0	0	1	4	1	3,7
	Sem problemas psicológicos	74	97,4	24	100	24	96	26	96,3
IMC	IMC < 19	1	1,3	0	0	0	0	1	3,7
	19 ≤ IMC <21	3	3,9	1	4,2	2	8	0	0
	21 ≤ IMC < 23	7	9,2	3	12,5	3	12	1	3,7
	IMC ≥ 23	65	85,5	20	83,3	20	80	25	92,6
Pontuação da Triagem	Estado nutricional normal	57	75	18	75	18	72	21	77,8
	Sob risco de desnutrição	17	22,4	6	25	6	24	5	18,5
	Desnutrido	2	2,6	0	0	1	4	1	3,7

Continuação

Variável	Categoria	Total n =76		G1 n =24		G2 n=25		G3 n=27	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Residência própria	Sim	76	100	24	100	25	100	27	100
	Não	0	0	0	0	0	0	0	0
Uso de mais de 3 medicamentos	Sim	26	34,2	11	45,8	3	12	12	44,4
	Não	50	65,8	13	54,2	22	88	15	55,6
Presença de úlceras ou escaras	Sim	1	1,3	0	0	0	0	1	3,7
	Não	75	98,7	24	100	25	100	26	96,3
Refeições completas por dia	1 refeição	2	2,6	2	8,3	0	0	0	0
	2 refeições	6	7,9	3	12,5	1	4	2	7,4
	3 refeições	68	89,5	19	79,2	24	96	25	92,6
Consumo de Proteína*	No máximo uma opção	5	6,6	1	4,2	3	12	1	3,7
	Duas opções	27	35,5	6	25	11	44	10	37
	As três opções	44	57,9	17	70,8	11	44	16	59,3
Consumo dia ≥ 2 porções de fruta/vegetais	Sim	59	77,6	20	83,3	15	60	24	88,9
	Não	17	22,4	4	16,7	10	40	3	11,1
Ingestão de líquidos	Menos de três copos	7	9,2	4	16,7	1	4	2	7,4
	Três a cinco copos	16	21,1	6	25	3	12	7	25,9
	Mais de cinco copos	53	69,7	14	58,3	21	84	18	66,7
Como se alimenta	Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade	3	3,9	2	8,3	1	4	0	0
	Alimenta-se sozinho sem dificuldade	73	96,1	22	91,7	24	96	27	100
Percepção do Estado Nutricional	Acredita estar desnutrido	4	5,3	2	8,3	1	4	1	3,7
	Não sabe dizer	7	9,2	4	16,7	0	0	3	11,1
	Acredita não ter problema	65	85,5	18	75	24	96	23	85,2
Estado de Saúde	Pior	3	3,9	1	4,2	2	8	0	0
	Não sabe	1	1,3	1	4,2	0	0	0	0
	Igual	16	21,1	6	25	4	16	6	22,2
	Melhor	56	73,7	16	66,7	19	76	21	77,8
Circunferência do Braço	PB <21	2	2,6	0	0	1	4	1	3,7
	PB > 22	74	97,4	24	100	24	96	26	96,3
Perímetro da Perna/Panturrilha	PP <31	7	9,2	2	8,3	3	12	2	7,4
	PP > 31	69	90,8	22	91,7	22	88	25	92,6
Avaliação do Estado Nutricional	Normal	65	85,5	20	83,3	20	80	25	92,6
	Sob risco de desnutrição	11	14,5	4	16,7	5	20	2	7,4
	Desnutrido	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

G1= Condomínio Cidade Madura de Campina Grande; G2= Condomínio Cidade Madura de Guarabira; G3= Condomínio Cidade Madura de João Pessoa.

* entre as opções: ≥1 porção diária de laticínios; 2 porções semanais de leguminosas ou ovos e diariamente carne, peixe ou ovos.

4.3 Análise da EEVI dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura

No estudo da Escala de Estilo de Vida para Idosos - EEVI foi analisado o estilo de vida dos 76 idosos que compõem a amostra. Encontrou-se que a média para a pontuação total

da escala foi de 94,16 (DP= 12,03) pontos e 71% dos idosos apresentaram pontuação igual ou superior a 90. Concluindo assim que os idosos demonstraram ter um estilo de vida relativamente saudável (Tabela 8), ou seja, apresentaram os fatores do estilo de vida de forma satisfatória. Quanto ao sexo, o escore total da EEVI dos homens foi de 96,21 (DP= 10,21) e das mulheres de 92,58 (DP= 13,16), percebendo então que os homens apresentaram um escore mais satisfatório, do que as mulheres quanto a um estilo de vida saudável. Quando se observou a média ponderada dos fatores do estilo de vida, concluiu-se que os fatores em que os idosos têm comportamentos mais saudáveis são, em ordem decrescente: Cuidado com a alimentação (M= 4,24), Socialização (M= 3,85), Cuidado com a saúde (M=3,30), *Coping* funcional (M=3,16) e Atividade (M=3,01).

Os fatores não apresentaram diferenças significativas estatisticamente entre os sexos em nível dos estilos de vida: Atividade (p=0,09), Socialização (p= 0,34), *Coping* funcional (p= 0,09), Cuidado com a alimentação (p= 0,81), Cuidado com a saúde (p= 0,91) e EEVI total (p= 0,19). Concluindo assim que não existem diferenças na prática de um estilo de vida saudável em função do sexo do sujeito.

Tabela 8 Apresentação dos fatores da Escala de Estilo de Vida para Idosos – EEVI em função da variável sexo. Condomínios Cidade Madura, PB, Brasil, 2019.

		Fatores	Média ou Mediana	D. Padrão	Min.	Máx.	p
Estilo de Vida		Atividade	28,50	5,88	13,00	41,00	
	Sexo	Masculino	29,00	5,61	16,00	38,00	0,09**
		Feminino	27,00	6,01	13,00	41,00	
		Socialização	30,81	5,35	13,00	40,00	
	Sexo	Masculino	31,48	4,42	22,00	40,00	0,34*
		Feminino	30,30	5,98	13,00	40,00	
		Coping funcional	12,50	2,44	4,00	18,00	
	Sexo	Masculino	13,00	2,24	7,00	17,00	0,09**
		Feminino	12,00	2,57	4,00	18,00	
		Cuidado com a alimentação	17,00	2,04	12,00	20,00	
Sexo	Masculino	17,00	2,12	13,00	20,00	0,81**	
	Feminino	17,00	2,01	12,00	20,00		
	Cuidado com a saúde	7,00	1,98	2,00	10,00		
Sexo	Masculino	7,00	1,84	2,00	10,00	0,91**	
	Feminino	7,00	2,12	3,00	10,00		
	Escore Total da EEVI	94,16	12,03	66,00	129,00		
Sexo	Masculino	96,21	10,21	68,00	111,00	0,19*	
	Feminino	92,58	13,16	66,00	129,00		

Fonte: Dados da pesquisa, 2019. * Teste t de Student; ** Teste Mann-Whitney.

Com a descrição da EEVI entre os Condomínios Cidade Madura pesquisados (Tabela 9) foi possível observar que o G2 apresentou melhor escore total ($E_t = 97,44$) quanto a um estilo de vida relativamente saudável e o G1 com o escore total mais baixo ($E_t = 89,25$) ficando dentro da classificação de estilo de vida regular. Comparando a média ponderada dos fatores do estilo de vida, observou-se que o grupo G1 apresentou melhor resultado para o fator *Coping* funcional ($M = 3,23$) e para os outros fatores apresentou as menores médias ($M = 2,73$; $M = 3,62$; $4,12$; $M = 3,12$), comparadas ao grupo G2 e G3. O grupo G2 apresentou as melhores médias para os fatores Atividade e Socialização ($M = 3,24$ e $M = 4,04$ respectivamente) e o grupo G3, apresentou para os fatores Cuidado com a alimentação e Cuidado com a saúde ($M = 4,34$; $M = 3,53$).

Tabela 9 Apresentação dos fatores da Escala de Estilo de Vida para Idosos – EEVI conforme cada Condomínio. Condomínios Cidade Madura, PB, Brasil, 2019.

	G1 n =24		G2 n=25		G3 n=27		
	Média	MP	Média	MP	Média	MP	
Estilo de Vida	Atividade	24,58	2,73	29,16	3,24	27,48	3,05
	Socialização	28,95	3,62	32,44	4,05	30,96	3,87
	<i>Coping</i> funcional	12,95	3,23	12,48	3,12	12,59	3,15
	Cuidado com a alimentação	16,50	4,12	16,96	4,24	17,37	4,34
	Cuidado com a saúde	6,25	3,12	6,40	3,20	7,07	3,53
	Escore Total da EEVI	89,25	3,30	97,44	3,61	95,48	3,54

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

MP: Média Ponderada.

G1= Condomínio Cidade Madura de Campina Grande; G2= Condomínio Cidade Madura de Guarabira; G3= Condomínio Cidade Madura de João Pessoa.

Para verificar a relação existente entre as medidas antropométricas e o estilo de vida dos idosos, foram analisadas às correlações entre o escore total da EEVI e as variáveis antropométricas: CB, CC, RCQ, CP, o índice IMC e o escore total da MAN[®], onde foram

observadas correlações positivas e fracas, porém significativas com CB ($p= 0,003$), CC ($p= 0,025$) e CP ($p= 0,048$). Não foram encontradas correlações significativas com o escore total da MAN[®]. Ao correlacionar os fatores da escala Estilo de Vida com as variáveis antropométricas, o IMC e escore total da MAN[®], foram observadas correlações significativas entre o fator Atividade com a CB ($p= 0,042$), fator Socialização com a CB ($p= 0,031$), CC ($p= 0,022$) e RCQ ($p=0,007$) e o fator Cuidado com a alimentação com CB ($p=0,027$) (Tabela 10).

Tabela 10 Correlações entre os fatores e o escore total da escala do Estilo de Vida, as variáveis antropométricas e a MAN[®] dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, PB, Brasil, 2019.

Correlações	IMC	p	CB	p	CC	p	RCQ	p	CP	p	MAN	p
EEVI^b	0,181	0,123	0,337	0,003	0,258	0,025	0,185	0,112	0,227	0,048	0,114	0,327
Atividade^a	0,121	0,305	0,234	0,042	0,175	0,134	0,062	0,595	0,133	0,251	0,092	0,432
Socialização^b	0,172	0,143	0,247	0,031	0,264	0,022	0,310	0,007	0,207	0,073	0,133	0,253
Coping funcional^a	0,068	0,563	0,098	0,401	0,105	0,369	0,038	0,747	0,133	0,251	-0,117	0,315
Cuidado com a alimentação^a	0,124	0,293	0,253	0,027	0,057	0,630	-0,010	0,930	0,093	0,423	0,072	0,535
Cuidado com a saúde^a	0,086	0,467	0,182	0,115	0,140	0,230	0,056	0,635	-0,002	0,987	0,105	0,367

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

IMC: Índice de Massa Corpórea; CB: Circunferência do Braço; CC: Circunferência da Cintura; RCQ: Relação da Cintura/Quadril; CP: Circunferência da Panturrilha; MAN[®]: Mini Avaliação Nutricional; EEVI: Escala de Estilo de Vida para idosos.

^aCorrelação de *Spearman*;

^bCorrelação de *Pearson*;

A Tabela 11 apresenta as regressões lineares para as variáveis que apresentaram correlações significativas entre as medidas antropométricas e o estilo de vida (Tabela 10). Após o teste, os resultados das regressões lineares apontaram que, as variáveis CC, CB, CP explicaram de forma significativa no escore total do Estilo de Vida, mas com baixo valor preditivo. A CC preditou 6,7% ($R^2= 0,067$), a CB 11,3% ($R^2= 0,113$) e a CP preditou 5,2% ($R^2= 0,052$) da variação do escore total da EEVI. Quanto aos fatores, a CB preditou 6,5%

($R^2 = 0,065$) para a variação dos valores do fator Atividade, como também para os valores do fator Socialização (6,1%; $R^2 = 0,061$), como a CC preditou 7% ($R^2 = 0,070$) e a RCQ 9,6% ($R^2 = 0,096$); e a CB preditou 6,3% ($R^2 = 0,063$) para os valores do fator Cuidado com a alimentação nos idosos estudados.

Tabela 11 Análises das regressões lineares para as medidas antropométricas e Estilo de Vida. Condomínios Cidade Madura, PB, Brasil, 2019.

	Variáveis	B	β	F	R^2	p
EEVI	CC	67,713	0,258	5,213	0,067	0,025
	CB	20,127	0,337	9,452	0,113	0,003
	CP	28,561	0,227	4,031	0,052	0,048
Atividade	CB	25,726	0,254	5,116	0,065	0,027
Socialização	CB	24,766	0,247	4,822	0,061	0,031
	CC	74,254	0,264	5,468	0,070	0,022
	RCQ	0,751	0,310	7,741	0,096	0,007
Cuidado com a alimentação	CB	22,232	0,252	5,012	0,063	0,028

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

EEVI: Escala de Estilo de Vida para Idosos; CB: Circunferência do Braço; CC: Circunferência da Cintura; RCQ: Relação da Cintura/Quadril; CP: Circunferência da Panturrilha.

5 DISCUSSÃO

A maioria dos estudos revelam a predominância do gênero feminino na população de idosos (feminização do envelhecimento) (Pereira, Lenardt, Michel, & Carneiro, 2014) corroborando aos dados observados na amostra estudada. No estudo de Cardozo, Duval, Cascaes, Silva e Orlandi (2017) ao avaliarem o risco nutricional de idosos vinculados às Unidades de Saúde da Família, apresentaram 74% da amostra composta por mulheres. Como também Dias, Souza, Souza e Silva, Jesus e Alves (2017) ao avaliarem o estilo de vida dos idosos de uma Unidade Básica de Saúde chegaram a resultados semelhantes de 60% de idosos do sexo feminino. A feminização da velhice pode estar relacionada à maior longevidade das mulheres em relação aos homens (Fontenelle, et al., 2018).

Os resultados da pesquisa de Rocha, Menezes, Melo e Pedraza (2013), que ao avaliarem a saúde dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Campina Grande-PB verificaram que a idade variou entre 60 e 104 anos e a média etária das mulheres foi de 71,04 e dos homens, 71,15 anos. Como também no estudo de Parente, Pereira e Mata (2018) constatou uma idade média de 76,39 anos.

Neste estudo, foi verificado que os idosos apresentaram baixa escolaridade, assim como o nível socioeconômico evidenciou baixo poder aquisitivo. Os avanços observados nos últimos anos quanto à oportunidade de estudo (Saúde de A a Z), em nosso país é conhecido, mas quando esses idosos pesquisados eram crianças e jovens a situação do país era outra, existia muita dificuldade em oportunidade de estudar, principalmente nas regiões do interior. Busato, Gallina, Teo, Ferretti e Pazzagnol (2014), identificaram que 95% dos idosos investigados possuíam ensino fundamental incompleto, como também foi verificado no estudo de Santos (2018) que apresentaram 78,4% com o ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade entre os idosos deve ser entendida como um reflexo das dificuldades de acesso às escolas na época em que nasceram e cresceram, especificamente em relação ao

tempo que demandavam as longas distâncias percorridas e pelas condições socioeconômicas precárias (Silva, Santos, Soares & Silva, 2018).

À medida que novos paradigmas relacionados ao envelhecimento surgiram, o grande número de idosos que moram sozinhos foi considerado uma das mudanças mais significativas na sociedade contemporânea (Klinenberg, 2016). A proporção de idosos morando sozinhos no Brasil foi de 15,3% em 2013 (Negrini, Nascimento, Silva & Antunes, 2018), o que pode indicar uma imposição contingenciada pela morte do companheiro ou separação, ou nunca ter casado (Teston & Marcon, 2014). Neste estudo, a maioria dos idosos moravam sozinhos, o que afirma a condição de ser morador do condomínio; que more preferencialmente só, mas, podendo ser acompanhado por cônjuge ou companheiro (Decreto Nº 35.072, 2014). Esse fato não significa necessariamente um problema, já que pode ser uma opção do idoso, podendo ser indicativo de um envelhecimento bem-sucedido, dado que esses idosos tendem a apresentar independência e autonomia (Freire & Junior, 2017). O que difere de outros estudos que apresentaram prevalência de idosos casados ou morando com companheiros, 53,3%, 59% e 60% observados nos estudos de Teston, Caldas e Marcon (2015); Cardozo et al. (2017) e Veras, Teixeira, Granja e Batista (2015) respectivamente.

A moradia e o ambiente físico, se adequados, têm influência positiva na qualidade de vida do idoso (Lopes, Araújo & Nascimento, 2016) e se torna digna quando os aspectos estruturais e físicos se encontram constituídos por instrumentos que tragam confiança, segurança e domínio do espaço (Kunzler, 2016). De modo que, a maioria dos idosos entrevistados neste estudo relatou sentir-se bem ou muito bem e em algumas situações relataram ser “um pedacinho do céu”, mostrando como positiva a moradia neste ambiente. Segundo Macedo, Oliveira, Günther, Alves e Nóbrega (2008) a satisfação com o local, geralmente está relacionada ao potencial do ambiente em satisfazer à necessidade de se

relacionar, sentir-se bem, sentir-se autônomo, vivenciar experiência religiosa, bem como proporcionar tranquilidade, paz, segurança, diversão e privacidade.

No que diz respeito aos hábitos alimentares dos idosos estudados, foi encontrado que a maioria não fazia nenhum tipo de dieta e realizavam entre cinco ou mais refeições ao dia, e realizavam sozinhos. Consideraram ideal a alimentação e as refeições realizadas por eles, onde os mesmos avaliaram de forma satisfatória o comportamento adotado. Mesmo realizando as refeições sozinhos, a maioria dos idosos declarou ter satisfação em alimentar-se e realizar as refeições, o que podemos considerar como positiva esta avaliação.

Quando o comportamento dietético e as condições são adequados se tornam um fator determinante na capacidade de proporcionar saúde e bem estar ao idoso, bem como um estado físico, mental e nutricional adequados (Lima, 2011). Conhecer os hábitos alimentares é o primeiro passo para entender o perfil e o estado nutricional (Lima, 2014).

O comportamento quanto ao consumo de bebida alcóolica e ao uso do tabaco neste estudo, observou que a maioria dos idosos negaram o consumo de álcool e a prática do uso do tabaco. O estudo de Nolte (2011) apresentou que 82,2% dos idosos não fumavam e 93,5% evitavam o consumo diário de bebida alcóolica, corroborando o resultado com Dias, Souza, Silva, Jesus e Alves (2017), onde 82,9% dos idosos entrevistados não eram tabagistas e 85,7% negaram etilismo. Esse tipo de comportamento preventivo relacionado ao não uso do tabaco, é um fator promotor de saúde e longevidade, pois ele configura em menor risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (Souza, Porto, Souza & Silva, 2016).

Outro fator importante de comportamento foi não adicionar sal na comida depois de pronta, relatado pela maioria dos idosos entrevistados, corroborando o resultado com o estudo de Nolte (2011), com 90,7% e o estudo de Dias, Souza, Silva, Jesus e Alves (2017) com 97,1%, resultados semelhantes (94,7%) ao encontrado neste estudo. Esse tipo de

comportamento é importante para a manutenção de níveis pressóricos adequados e, conseqüentemente, controle e/ou prevenção da hipertensão arterial.

Como a substância mais abundante do corpo humano, a água também é a mais abundante da dieta. A quantidade de água recomendada para uma pessoa varia com a idade, a atividade, a condição médica e a condição física (Mahan & Raymond, 2018). A água é o solvente para reações bioquímicas, é importante para a regulação da temperatura, mantém o volume vascular e serve como meio de transporte dentro do corpo fornecendo nutrientes e removendo resíduos (Medicine, 2005). Segundo o Ministério da Saúde (2009), a recomendação é beber pelo menos dois litros (6 a 8 copos) de água por dia, e de preferência nos intervalos das refeições. Dessa forma, podemos afirmar que os idosos entrevistados apresentaram resultados positivos quanto à ingestão de água e comportamento saudável, pois a maioria relatou beber mais de seis copos de água por dia.

Quanto às condições clínicas observou-se neste estudo, que a maioria dos idosos apresentava uma ou mais doenças crônicas combinadas. Esse achado é bastante preocupante, pois, foi mostrado que a presença de doenças é um dos principais agravantes para incapacidade em idosos, assim como uma condição nutricional inadequada pode favorecer o acometimento de um número maior de doenças crônicas, ou vice-versa (Silva, Guimarães, Trindade, Andreoni & Ramos, 2011).

Os cuidados relacionados ao estado nutricional entre os idosos investigados chamaram atenção, pois a maioria não tinha feito e nem fazia acompanhamento nutricional com um profissional especializado, o Nutricionista; e isto pode acarretar, ou agravar, problemas de saúde na vida do idoso, visto que a nutrição tem papel importante na modulação do processo do envelhecimento, na etiologia de doenças associadas com a idade, bem como no declínio funcional e surgimento de deficiências; sendo que a avaliação e o monitoramento nutricional de idosos são necessários para uma assistência adequada e para o planejamento de

ações de promoção da saúde que reforcem atitudes e práticas conducentes à saúde (Tavares, Santos, Ferreira & Menezes, 2015).

Diante da atividade física, observou-se que uma boa parte do grupo investigado pratica algum tipo de atividade física. Oliveira, Rabelo e Queroz (2012) consideram um aspecto positivo já que a prática regular de atividades físicas é apontada como uma variável importante para a promoção da saúde, tanto física quanto cognitiva. Os idosos que praticam atividade física demonstram maior qualidade de vida se comparados aos idosos sedentários (Freitas, Meereis & Gonçalves, 2014). Resultados semelhantes podem ser verificados na pesquisa de Andrade, Fonseca e Reis (2015) ao ressaltarem a prática de atividade física incluídas no dia a dia, de 80% dos idosos pesquisados. Resultados também apresentados no estudo de Ferrari, Cesar, Alves, Barros, Goldbaum e Fisberg (2017) ao observarem que 89,2% dos idosos investigados eram ativos através da prática de atividade física.

Para os idosos, o hábito da prática de atividade física proporciona um estilo de vida saudável, preservando autonomia e liberdade para tarefas cotidianas, resultando em independência prolongada. Apresenta relevância perante o decréscimo de pontos negativos ocasionados pelo envelhecimento nos processos fisiológicos e psicológicos, minimizando riscos ao estresse, depressão e perda da capacidade funcional (Camboim, Nóbrega, Davim, Camboim, Nunes & Oliveira, 2017). A prevalência para a inatividade física ou sedentarismo observada no G1 (Campina Grande), pode comprometer a qualidade de vida destas pessoas, pois como consequência desta inatividade, o idoso pode apresentar diminuição da resistência física, fraqueza generalizada, risco mais frequente de quedas (Ferreira & Pires, 2015), como também obesidade, aumento das taxas de colesterol e glicemia (Souza, Porto, Souza & Silva, 2016).

A baixa adesão à atividade física no G1 corrobora os resultados no estudo de Ribeiro et al. (2016) que apresentaram uma prevalência de inatividade física de 70,1% entre os idosos

investigados. Existem muitas razões pelas quais as pessoas se envolvem ou não em atividades físicas (Neri, 2014) como, baixo nível socioeconômico; comprometimento funcional; presença de doenças; medo de ocorrência de lesão; falta de companhia; local e clima inadequados, e ausência da infraestrutura, sendo estas algumas das barreiras à prática de atividades físicas apontadas pelos idosos (Maciel, 2010). Este índice insatisfatório encontrado em Campina Grande torna-se relevante, visto que o Condomínio oferece uma pista de caminhada e aparelhos de ginástica dispostos ao ar livre.

Os profissionais da área de saúde que atendem a este grupo precisam ficar atentos a esta situação e criar condições para a promoção de autonomia, integração, conscientização e participação efetiva das atividades recreativas e dos espaços físicos oferecidos nos Condomínios. Compreendendo que os efeitos benéficos do exercício e cuidados com a nutrição, são percebidos pelo idoso quando avaliado sua disposição, vigor e autoestima principalmente por ganho de massa muscular, força, desempenho e modificações positivas da sua forma física (Mara, 2018).

Em relação à Autopercepção da saúde nutricional, a maioria dos idosos consideraram o estado de saúde e o estado nutricional como bom, o cuidado com a alimentação bom e quando o estado de saúde foi comparado com o de outras pessoas, eles consideraram estar melhor.

A autopercepção ou autoavaliação de saúde é um indicador que positivamente, ou negativamente, relata o estado de saúde da população, levando em consideração a opinião pessoal do indivíduo (Gomes, Pereira & Abreu, 2018). Segundo Neri (2014), a saúde percebida é apoiada em processos de avaliação social ou temporal, o idoso toma como base diagnósticos médicos e descrições leigas de doenças, sinais e sintomas; ele também descreve e avalia sua funcionalidade e sua cognição, o uso que faz do tempo e a própria sociabilidade, levando em conta o quanto elas lhe são úteis no manejo da vida prática.

Os dados elencados em relação à autopercepção da saúde são semelhantes aos resultados encontrados no estudo de Andrade, Reis, Novais, Queiroz, Oliveira e Araújo (2018) onde verificaram que 63,3% dos idosos entrevistados consideraram a saúde como boa. Esses resultados também são similares ao estudo de Gomes, Pereira e Abreu (2018), nos quais a autopercepção de saúde dos idosos foi positiva, onde 57,5% consideraram a saúde boa. Acredita-se que os achados positivos com relação à autopercepção de saúde, mesmo na existência de riscos de vulnerabilidades, podem ser esclarecidos pela capacidade de autorregulação cognitivo-emocionais, que conseqüentemente facilitam a adesão a tratamentos de saúde e mudança no estilo de vida, entre eles a prática de exercícios físicos, e alimentação saudável (Andrade, Reis, Novais, Queiroz, Oliveira & Araújo, 2018).

É importante compreender que, no envelhecimento, a autopercepção de saúde apresenta uma estrutura multidimensional e que reflete, de forma global, a opinião do idoso sobre si mesmo e sobre questões que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e sócio-históricos de sua experiência (Mantovani, Lucca & Neri, 2015) como também os sentimentos de controle, autonomia e funcionalidade do cotidiano (Belmonte, Pivetta, Batistoni, Neri & Borim, 2017).

Diante da avaliação subjetiva do estado nutricional, observou-se que, mesmo não possuindo acompanhamento nutricional, os idosos apresentaram o seu estado nutricional como bom. Este dado pode ser preocupante, visto os resultados do estado nutricional encontrados, quando a maioria dos idosos encontrou-se com sobrepeso, segundo o IMC, como também pelo resultado de algumas medidas antropométricas, visto que diagnósticos nutricionais extremos (desnutrição e obesidade) relacionam-se a múltiplas morbidades em idosos, principalmente quando se trata da obesidade (Garcia, Moretto & Guariento, 2018). Além de que, a orientação nutricional deve ser um dos componentes da atenção à saúde da

pessoa idosa, sabendo-se que a alimentação saudável pode contribuir para a promoção de saúde e prevenção de doenças (Miranda, Carvalho, Amorim, Santos & Serrão, 2017).

O cuidado com a alimentação é de fundamental importância para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. No estudo de Siqueira et al. (2009) ao analisar os fatores que os adultos e idosos consideram como mais importantes para manutenção da saúde, verificaram que entre os mais citados estão em manter uma alimentação saudável (36,7%), onde estes dados são concordantes com os resultados encontrados, quando eles relataram ter cuidado com a alimentação. O resultado encontrado manifesta a preocupação já existente entre os idosos em relação à necessidade de manter uma boa alimentação como uma estratégia de manutenção de uma vida saudável, mesmo sem ter o acompanhamento nutricional por um profissional. É possível observar que o resultado positivo do cuidado com a alimentação teve associação com a forma que avaliaram o seu estado nutricional no momento.

O perfil dos idosos pesquisados neste estudo mostrou uma homogeneidade quanto à sua percepção sobre a própria saúde se comparada com as das outras pessoas da mesma idade, prevalecendo um padrão positivo, que pode ser explicado pelo fato de que mesmo com doenças ou disfunções orgânicas, eles continuam a desempenhar papéis sociais e são capazes de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, já que a maioria morava sozinho. Estes resultados comprovam os dados sobre autopercepção de saúde dos idosos, obtidos por Belmonte, Pivetta, Batistonia, Neri e Borim (2017), que observaram que 70,2% consideraram a sua saúde melhor à comparação social e 23,4% igual. Almeida (2017) em seu estudo ressaltou que 47,6% dos idosos investigados relataram ter uma autopercepção da saúde melhor quando comparadas à saúde de pessoas com a mesma idade. Para Busato, Gallina, Teo, Ferretti e Pozzagnol (2014) a autopercepção de saúde pode indicar aspectos de saúde física, cognitiva e emocional e com isso um importante indicador de mortalidade: pessoas com pior percepção de saúde têm maior risco de morte em comparação com as que relatam

saúde excelente; e de incapacidade funcional (Borges, Santos, Kummer, Fior, Molin & Wibelinger, 2014).

Estudos de percepção da saúde, em especial com idosos, apontaram que a saúde percebida avaliada positivamente relacionou-se com maior sobrevida, percepção de controle e uso de estratégias de manutenção da saúde e do bem-estar, além de maior envolvimento em atividades complexas da vida diária (Melo, Falsarella & Neri, 2014).

Dentre as várias formas de avaliar o estado nutricional de idosos, as medidas antropométricas apresentam-se como as de maior utilização, sendo um método não invasivo, de baixo custo, fácil e de rápida execução, permitindo boa correlação com indicadores de morbimortalidade (Pereira, Spyrides & Andrade, 2016).

Avaliando os resultados encontrados, a população estudada caracterizou-se por apresentar predominância de sobrepeso, de acordo com o Índice de Massa Corporal, com risco elevado para doenças cardiometabólicas através da relação cintura/quadril e circunferência da cintura, apresentaram-se com o estado nutricional adequado por meio da análise das medidas da circunferência do braço e da panturrilha.

A prevalência de sobrepeso observada em todas as faixas etárias na pesquisa, através do IMC, difere do resultado encontrado por Paz, Fazzio e Santos (2012) nos seus estudos com idosos institucionalizados, em que 37,5% foram diagnosticados com desnutrição através da classificação do IMC. Todavia os dados se assemelham ao estudo de Martins, Souza, Franco, Martinho e Tinôco (2016), que avaliaram o consumo alimentar de um grupo de idosos e sua associação com o estado nutricional, atendidos pela Estratégia Saúde da Família, 46,8% dos idosos apresentaram sobrepeso. Miranda, Carvalho, Amorim, Santos e Serrão (2017), ao avaliarem um grupo de idosos atendidos pelo Projeto de Extensão “Nutrição e Saúde na 3ª idade”, também observaram a prevalência (52,9%) de sobrepeso através do IMC nos idosos analisados.

Com relação à circunferência da cintura, a maioria dos idosos encontrou-se com a circunferência elevada, constituindo obesidade abdominal ou visceral associada ao risco aumentado para complicações metabólicas (Ross, Caballero, Cousins, Tucker & Ziegler, 2016). Resultado semelhante também foi encontrado por Cardozo et al. (2017) ao avaliarem o risco nutricional de idosos, encontraram 91,6% da amostra com a CC aumentada. Milagres, Martinho, Milagres, Franco Ribeiro e Novaes (2019) observaram alta prevalência (72,4%) de riscos relacionados à circunferência da cintura.

Acompanhado a estes resultados, percebeu-se também os riscos elevados para as doenças cardiometabólicas, através do indicador RCQ. Os resultados obtidos neste estudo corroboram ao estudo de Couto, Santos, Santos, Simões, Santos e Silva (2017) que avaliaram através das medidas antropométricas idosas participantes de grupos comunitários de prática de atividade física, 67,95% foram classificadas com risco cardiovascular através da RCQ. No estudo de Braga, Tavares, Vasconcelos, Araújo, Freitas e Vieira (2019) ao avaliarem o perfil nutricional dos idosos, atendidos na clínica escola, perceberam que a maioria dos idosos (64,4%) apresentaram um risco elevado para doenças cardiometabólicas, de acordo com a RCQ. Ressaltando que a obesidade na parte superior do corpo, em particular a obesidade visceral, pode conferir um risco cardiometabólico maior, em comparação à obesidade isolada (Ross, Caballero, Cousins, Tucker & Ziegler, 2016).

Segundo Rezende et al. (2006) há obesidade abdominal, uma vez que, durante o processo de envelhecimento ocorre redistribuição progressiva da gordura com diminuição da camada de gordura subcutânea dos membros e acúmulo intra-abdominal. Acerca deste aspecto, a gordura abdominal tem sido relatada como fator indutor de diversas alterações metabólicas, como intolerância à glicose ou diabetes mellitus, hipertensão arterial e alterações nas concentrações plasmáticas de lipoproteínas, sugerindo assim que pode ser um fator responsável para a contribuição do surgimento de doenças crônicas (Pereira & Silva, 2017).

A prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando nas últimas décadas em todas as faixas etárias, incluindo os idosos (Feitosa-Filho, Peixoto, Pinheiro, Afiune, Albuquerque, Cattani et al., 2019). Essa prevalência da obesidade na velhice é preocupante, pois provoca aumento de risco para doenças crônicas, para o surgimento da incapacidade funcional, deteriorando a qualidade de vida e, conseqüentemente, o risco de morte (Vieira, Lucena, Barbosa, Ferraz, Costa & Macena, 2015), com isso a manutenção de um estado nutricional adequado é fator primordial para um bom estado de saúde do idoso (Miranda, Carvalho, Amorim, Santos & Serrão, 2017).

O resultado do presente estudo mostrou através da classificação da CB e da CP que a maioria dos idosos estavam eutróficos. Apresentando resultados semelhantes, o estudo realizado por Miranda et al. (2017), acerca dos valores mensurados pela CB mostraram que a maior parte (54,59%) dos idosos investigados, se encontravam eutróficos em todas as faixas etárias e 83,24% pela CP. No estudo de Santana, Macedo, Kutz e Salgueiro (2016), ao avaliarem idosos institucionalizados na zona Sul de São Paulo, observaram que a maioria dos idosos estavam eutróficos pela classificação da CB (42,9%) e da CP (47,6%). Assim como os resultados obtidos no estudo de Silva, Silva, Brandão, Barroso e Rocha (2015), que avaliaram idosos no Ambulatório de Nutrição do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso da Universidade Federal Fluminense no que se refere à CB, em relação ao percentual de adequação em ambos os sexos, prevaleceu a eutrofia (54,3%).

Verifica-se que os dados do presente estudo corroboram os estudos analisados, mas diferem da literatura sobre avaliação nutricional de indivíduos idosos, uma vez que esta relata que, com o envelhecimento, observam-se redução de massa muscular e do tecido subcutâneo (Vitolo, 2015), e nos resultados do presente estudo não foi observada tal alteração, prevalecendo o estado de eutrofia pra tal parâmetro.

Com base nos resultados encontrados, percebeu-se que a avaliação da composição corporal dos idosos é importante, pois alterações na distribuição de gordura corporal podem estar associadas a desordens metabólicas e cardiovasculares (Silva, Silva, Brandão, Barroso & Rocha, 2015). Com o envelhecimento, ocorre mudança na composição corporal, como aumento da gordura visceral e diminuição da massa muscular, como pode ocorrer também perda de altura por compressão dos corpos vertebrais, ou cifose. Deste modo, o IMC torna-se menos preciso na medida da massa gorda, e ele, isoladamente, pode não ser um preditor preciso de risco por doenças cardiometabólicas em idosos (Feitosa-Filho, Peixoto, Pinheiro, Afiune, Albuquerque, Cattani et al., 2019).

Partindo para a avaliação nutricional pela MAN[®] quanto ao risco de desnutrição nos idosos, demonstrou maior prevalência de idosos com o estado nutricional normal quando em relação aos classificados com risco de desnutrição ou desnutridos. De tal forma, esses resultados corroboram o estudo de Fontenelle et al. (2018) que ao avaliarem o estado nutricional de idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família de um Hospital Regional de Teresina/PI, observaram que 77,5% dos idosos apresentaram estado nutricional normal e 21,67% com risco de desnutrição. Santos, Sampaio, Borba, Luz e Rocha (2017) ao avaliarem o estado nutricional de idosos com diabetes mellitus do município de Porteiras/CE atendidos em uma Unidade de Atenção Básica, verificaram que 90% encontravam-se com o estado nutricional normal. Resultados que também foram identificados nos estudos de Salgueiro et al. (2018) e Paz, Fazzio e Santos (2012), onde ambos avaliaram o estado nutricional de idosos e os resultados encontrados foram de idosos com o estado nutricional normal (100% e 66,7% respectivamente).

Tanto com a utilização do IMC quanto da MAN[®] não foram verificados percentuais elevados para risco de desnutrição e desnutrição, quando comparados a eutrofia ou excesso de

peso, mas não deixando de ser importante a proporção de idosos que se apresentaram sob risco de desnutrição pela MAN[®] e baixo peso pelo IMC.

A partir destes resultados, é importante salientar que deve haver atenção na avaliação do idoso, utilizando-se de índices antropométricos adequados, visto que o IMC e a MAN[®] de forma isolada, não são suficientes para a sua avaliação. Sendo necessário complementar com outras medidas antropométricas, entre elas a CC e a RCQ, para que se tenha uma melhor predição desses indicadores de agravos à saúde (Corrêa, Tomasi, Thumé, Oliveira & Facchini, 2017) e obter maior confiabilidade no diagnóstico (Santana, Macedo, Kutz & Salgueiro, 2016). Dessa forma, os resultados de cada parâmetro devem ser avaliados conjuntamente e com cautela, principalmente com o profissional de nutrição para se delinear a condição nutricional do idoso (Santana, Macedo, Kutz & Salgueiro, 2016) e com isso o cuidado nutricional planejado.

Nesse contexto, a promoção da saúde de idosos, por intermédio da intervenção pela redução da obesidade, necessita aprimoramento, a fim de que possamos proporcionar aos idosos abordagens que interfiram, efetivamente, em suas condições de saúde, pois os benefícios e motivações proporcionados são mais psicossociais do que médicos (Ross, Caballero, Cousins, Tucker & Ziegler, 2016).

Um dos aspectos mais importantes encontrado na pesquisa foi que os idosos pesquisados apresentaram um estilo de vida saudável. E entre os fatores da escala de estilo de vida, que os idosos apresentaram comportamentos mais saudáveis foram, em ordem decrescente: Cuidados com a alimentação, Socialização, Cuidados com a saúde, Coping funcional e Atividade. Os fatores da escala não apresentaram diferenças significativas entre os sexos, mas os homens apresentaram melhores resultados nos fatores Atividade, Socialização e Coping funcional e resultados semelhantes com o das mulheres no fator Cuidado com a

alimentação e a saúde. Quanto ao escore total da EEVI os homens apresentaram melhor resultado para um estilo de vida saudável.

No estudo de Esteves, Andreato, Moraes e Patri (2010), ao avaliarem o estilo de vida de praticantes de atividades físicas em Academias da Terceira Idade da cidade de Maringá/PR, através de um instrumento que avalia o estilo de vida e apresenta componentes como Nutrição, Atividade Física, Comportamento Preventivo, Relacionamento Social e Controle do Estresse, observaram também que não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. Raimundo (2015) em seu estudo ao aplicar um instrumento similar ao do nosso estudo em idosos viúvos, constatou que foram os homens que adotaram um estilo de vida mais saudável.

Perante os Condomínios estudados, o Condomínio Cidade Madura de Guarabira apresentou o melhor escore total da EEVI e os melhores resultados para os fatores, Atividade e Socialização; o Condomínio Cidade Madura de João Pessoa ficou com os melhores resultados para os fatores Cuidado com a alimentação e Cuidado com a saúde; e o Condomínio Cidade Madura de Campina Grande apresentou melhor resultado para o fator *Coping* funcional, mas apresentou o escore total da escala estilo de vida mais baixo, onde os idosos apresentaram um estilo de vida regular.

A adoção de um estilo de vida saudável é vital para qualquer indivíduo em qualquer idade (Raimundo, 2015), visto que um estilo de vida saudável é mais influente do que os fatores genéticos na manutenção da saúde ao longo do processo de envelhecimento e, embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, uma boa saúde é possível mesmo durante o envelhecimento (Canhestro & Basto, 2016; Berlezi, Farias, Dallazen, Oliveira, Pillatt & Fortes, 2016).

Souza, Porto, Souza e Silva (2016) ao analisarem o perfil do estilo de vida de longevos observaram que os idosos possuíam um bom estilo de vida, ou seja, eles

apresentaram estado nutricional, comportamento preventivo, controle do estresse e relacionamentos sociais satisfatórios. No estudo realizado por Lima (2014), ao avaliar o estilo de vida e sua associação com a longevidade de idosos muito velhos do município de Aracaju/SE, observou que os idosos também apresentaram um estilo de vida positivo para o bem-estar e um envelhecimento saudável. Segundo Almeida (2017), talvez este perfil seja o fator determinante para a longevidade. Quanto antes o estilo de vida positivo for adotado, maior será sua contribuição para reduzir o índice de doenças crônicas não transmissíveis e aumentar a chance de se alcançar uma longevidade ativa e saudável (Souza, Porto, Souza & Silva, 2016).

O fator Cuidado com a Alimentação ter apresentado melhor resultado entre os idosos mostrou que eles procuram manter hábitos alimentares saudáveis, como beber água, evitar alimentos gordurosos, alimentos salgados e frituras. Em relação a estes resultados obtidos, fica claro que este cuidado é satisfatório, pois demonstra que a maioria dos idosos procuraram realizar bons hábitos alimentares, mesmo não dispendo de acompanhamento nutricional por um profissional especializado. E estes resultados, reforçam o que os idosos entrevistados relataram durante a pesquisa sobre o comportamento dietético adotado por eles.

Nos estudos de Lima (2014), os idosos muito velhos alimentavam-se de forma equilibrada e correta, apesar de estudos afirmando que as alterações no envelhecimento, como paladar e olfato, provocam modificações na forma de se alimentar, reduzindo o prazer e o conforto (Wellman & Kamp, 2018; Vitolo, 2015).

Em outros estudos, ao avaliarem o estilo de vida de idosos, como o estudo de Campos, Boscatto e Mineiro (2015) que ao identificarem o estilo de vida dos idosos frequentadores da Universidade Aberta da Maior Idade (UAMI), também apresentaram resultados positivos para o fator alimentação, corroborando os resultados do estudo de Souza,

Porto, Souza e Silva (2016), onde o componente alimentação também apresentou resultados positivos.

Uma boa alimentação influencia positivamente na longevidade do ser humano e na manutenção da saúde (Lima, 2014). Neste sentido, a orientação nutricional deve ser um dos componentes da atenção à saúde da pessoa idosa, devido à alimentação saudável contribuir para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Miranda, Carvalho, Amorim, Santos & Serrão, 2017). Uma vez que, a escolha alimentar está relacionada a vários aspectos socioculturais e psicológicos, envolvendo o acesso ao alimento, às condições socioeconômicas, os hábitos adquiridos ao longo da vida, o tempo destinado à alimentação, assim como os aspectos sensoriais e patológicos (Santos, Sampaio, Borba, Luz & Rocha, 2017).

Quanto ao fator Socialização, este buscou conhecer se os idosos ainda cultivavam as amizades, ajudavam-se uns os outros ou se tinha ajuda disponível quando necessitava e se mantinham as relações sociais de forma satisfatória. De modo que, o resultado encontrado apresentou-se como satisfatório entre os idosos. E segundo Ribeiro (2009) estes hábitos são capazes de promover a satisfação com a vida, pois promove a saúde mental. Para este autor, conviver com outras pessoas, desenvolve relações gratificantes e percepção o suporte social atuando como protetor da saúde mental. Isso porque, o isolamento social pode desencadear consequências no comportamento psicossocial, como medo, ansiedade e depressão (Almeida, Madeira, Arantes & Alencar, 2010).

É importante salientar que há ligação entre contato social, apoio e longevidade para o idoso. Os idosos que mantêm maior contato com amigos e familiares, provavelmente, vivam por mais tempo do que aqueles que se abstêm desses relacionamentos (Areosa, Araújo, Cardoso & Moreira, 2012).

Um dado interessante apresentado por Souza, Porto, Souza e Silva (2016) demonstraram que as mulheres idosas que contavam com a presença de mais amigos em sua vida, tinham menor incidência de problemas cognitivos se comparadas aquelas com redes sociais menores e mais frágeis. Almeida, Madeira, Arantes e Alencar (2010) viram em sua pesquisa que os idosos que mantêm um círculo estável de amizades apresentavam não apenas melhor qualidade de vida em relação aos domínios do componente mental, mas também em relação ao seu componente físico, relatando melhor estado geral de saúde e capacidade funcional em comparação com idosos menos integrados socialmente.

De acordo com Souza, Porto, Souza e Silva (2016) os idosos que contam com redes de apoio e amizades satisfatórias podem aumentar 22% suas chances de alcançar a longevidade. Souza e Hutz (2008) relataram que estudos epidemiológicos constataram que os indivíduos bem relacionados socialmente vivem mais, assim como atenuam a solidão, proporcionando bem estar. Isso caracteriza um importante papel na felicidade pessoal e na promoção da saúde (Ferreira, Oliveira & Lima, 2017). Os relacionamentos sociais próximos e satisfatórios diminuem morbidades, mortalidades e são fontes vitais de força emocional e bem estar geral (OMS, 2005).

O fator Cuidado com a Saúde reportou-se à procura de cuidados médicos como, ir ao médico e fazer exames de rotina, sendo ações individuais que estão voltadas para o cuidado da própria saúde, podendo ser visto como comportamento preventivo ou de controle da saúde, principalmente das enfermidades comuns aos indivíduos à medida que envelhecem, ou seja, contribuindo para a prevenção de novas doenças e declínio funcional, além de promover saúde e longevidade aos indivíduos à medida que envelhecem (Almeida, 2017).

No estudo de Oliveira, Rabelo e Queroz (2012), ao identificarem os comportamentos de saúde de idosos residentes no município de Patos de Minas/MG observaram que a grande maioria dos idosos examinavam a pressão e o colesterol regularmente, mantinham as vacinas

atualizadas e visitavam o médico regularmente. E segundo estes autores, atitudes como estas contribuem não só para a saúde física, mas proporcionam melhoras nos aspectos psicológicos e sociais das pessoas que a exercem regularmente. Souza, Oliveira, Ramos e Gonçalves (2015) ao buscarem conhecer e descrever as condições de vida e saúde dos idosos cadastrados e atendidos no Programa Saúde da Família (PSF), constataram que a maioria dos idosos procuravam atendimento médico mesmo sem estarem doentes. Corroborando com, Hiraga, Batistoni e Neri (2017) ao buscarem descrever e identificar associações entre comportamentos relacionados à saúde entre si e com variáveis sociodemográficas em idosos residentes em setores censitários da zona urbana, observaram que a maioria dos idosos procuravam serviços médicos.

Os resultados relacionados ao Cuidado com a Saúde, através deste comportamento praticado pelos idosos, é um aspecto positivo da atenção em saúde, por ser uma oportunidade para diagnóstico precoce, prevenção, tratamento e encaminhamento para reabilitação, quando oportuno (Silva, Mambrini, Peixoto, Malta & Lima-Costa, 2017).

Quanto ao fator *Coping* funcional, este buscou conhecer o comportamento praticado frente aos problemas, como a preocupação excessiva e o pensamento demasiado. E diante os resultados encontrados, observou-se que o *Coping* funcional se encontrou num nível regular. Neste estudo, não avaliou-se as estratégias de *coping* adotadas pelos idosos, mas, pelo resultado percebeu-se que os idosos mesmo ainda sendo de maneira regular, dispõem de estratégias para enfrentar e superar as adversidades presentes no decorrer do envelhecimento. O que pode acontecer que, além de influenciar o estado emocional do indivíduo, estas estratégias podem causar mudanças fisiológicas e neuroendócrinas e estimular comportamentos saudáveis, melhorando dessa forma o bem estar e a sua qualidade de vida (Dias & Pais-Ribeiro, 2018).

Para Ribeiro (2009) o estudo do *coping* na velhice se torna relevante devido a redução dos níveis de estresse favorecer a longevidade, a saúde e a qualidade de vida já que o envelhecimento vem acompanhado pelo surgimento de perdas e deficits nas mais diversas áreas da vida, favorecendo a vivência de situações de estresse. A possibilidade de aprenderem a lidar com fatores de estresse, revela-se de extrema importância para os idosos, uma vez que melhora a função cognitiva e desta forma promove um melhor bem-estar psicológico (Dias & Pais Ribeiro, 2018).

Para Vivan e Argimon (2009) o *coping* é um processo dinâmico, que pode estar em constante mudança, de acordo com as reavaliações feitas sobre o evento, e pode ter como consequência resultados melhores ou piores do que a situação inicial, visto que as pessoas passam a ser flexíveis ao escolher tais estratégias e modificam-as de acordo com as exigências da situação (Neri, 2014). E diante das adversidades os idosos utilizam como recurso para enfrentar esses dilemas, que são inerentes ao longo do processo de envelhecer, estratégias cognitivas e comportamentais que podem impactar de forma positiva ou negativa o seu bem-estar físico, mental e social (Dias & Pais-Ribeiro, 2018).

No estudo de Ribeiro (2009), ao avaliar a influência do *coping* e dos estilos de vida no Bem Estar Subjetivo (BES) e na saúde dos idosos, observou que o fator *Coping* funcional foi benéfico para a satisfação com a vida e favoreceu significativamente os afetos positivos, contribuindo para proteger os indivíduos dos afetos negativos. Segundo Vivan e Argimon (2008) as crenças e pensamentos positivos podem ser considerados fatores protetivos da boa saúde mental e qualidade de vida. Túlio (2017) em seu estudo, avaliou se as estratégias de *coping* influenciavam as funções executivas em idosos, e observou que a utilização de estratégias de *coping* tornam-se um componente importante na qualidade de vida e bem estar dos idosos.

Santos (2018) ao avaliar o estilo de vida de idosos, referiu que os idosos investigados relataram que, para que fosse possível atenuar os fatores negativos e ser capazes de perceber os positivos, a importância das estratégias utilizadas diante do envelhecimento, teve como estilo de vida saudável a mais destacada. Os idosos colocaram a importância da boa alimentação e a prática de atividade física, do bom humor, dos cuidados com a saúde e também dos relacionamentos sociais e valorizaram, inclusive, a experiência em grupo na Unidade de Saúde que estavam sendo vivenciadas por eles.

A utilização das estratégias de *coping* pelo indivíduo, segundo Dias e Pais-Ribeiro (2018) é capaz de alterar os resultados da saúde através de uma variedade de mecanismos, pois além de influenciar o estado emocional do indivíduo, estas estratégias podem causar mudanças fisiológicas e neuroendócrinas e estimular comportamentos saudáveis. Salienta-se que a adoção de um estilo de vida saudável é vital para qualquer indivíduo em qualquer idade, mas no envelhecimento a importância dessa adoção se destaca (Raimundo, 2015).

O fator Atividade da escala de estilo de vida abordou se os idosos apresentavam um estilo de vida ativo, praticavam exercícios físicos e realizavam atividades de interesse (passatempos, atividades culturais), apresentando a pontuação mais baixa em relação à média dos outros fatores na avaliação do estilo de vida dos idosos. Sabe-se que o envolvimento em atividades físicas, culturais e sociais é uma das maneiras de intervir positivamente no processo de envelhecimento, pois as características desse processo, somadas ao sedentarismo, comprometem a qualidade de vida dos idosos (Dias, Souza, Silva, Jesus & Alves, 2017).

Como já discutido anteriormente, vimos que a maioria dos idosos pesquisados neste estudo relataram praticar algum tipo de atividade física regularmente, apresentando-se como um comportamento positivo de saúde, pois o hábito da prática da atividade física proporciona ao idoso um estilo de vida saudável, preservando autonomia e liberdade para tarefas cotidianas e resultando em independência prolongada (Camboim, Nóbrega, Davim, Camboim,

Nunes & Oliveira, 2017). De modo que, a atividade física regular é essencial para o envelhecimento saudável (Alves & Freitas, 2017), beneficiando o funcionamento fisiológico, cognitivo e psicológico (Oliveira, Rabelo & Queroz, 2012), visto que a maior parte do declínio da capacidade física dos idosos deve-se ao tédio, à inatividade e à expectativa de enfermidade (Vidmar, Potulski, Sachetti, Silveira & Wibelinger, 2011).

Em contrapartida, quando analisada as respostas obtidas nos itens do fator Atividade, para identificar o que poderia ter provocado a média mais baixa, percebeu-se que as questões como, ficar parado a maior parte do dia, realizar atividades em grupo, fazer exercício regularmente, frequentar atividades culturais e dedicar-se a passatempos, foram as que apresentaram médias mais baixas, apesar deles apresentarem espaços dentro do condomínio para tais atividades, o que pode sugerir uma tendência para o sedentarismo e o isolamento destes idosos.

O comportamento sedentário, é uma das principais problemáticas para a população em geral, já que é assiduamente praticado e, em longo prazo, pode trazer diversos problemas na saúde (Brito, Tavares, Polo & Kanitz, 2019). Dias, Souza, Silva, Jesus e Alves (2017) em seu estudo, identificaram a prevalência de sedentarismo entre os idosos investigados, o que para estes autores pode comprometer a qualidade de vida, como também observaram que os idosos pouco realizavam atividades de lazer. No estudo de Souza, Porto, Souza e Silva (2016) apresentou como resultado negativo a prevalência a inatividade física nos idosos investigados, apontando que o estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre pelos idosos em atividades sedentárias, como por exemplo, ficar sentado por longo período assistindo televisão. Apesar do conhecimento acerca da importância da atividade física, grande parte da população idosa mantém um estilo de vida sedentário (Binotto & Tassa, 2014).

Para Pereira e Rosa (2017), atividades de lazer e convívio social, estímulo cognitivo e atividade física devem ser incentivadas como formas de estilo de vida saudável para os idosos em geral, pois ter um estilo de vida ativo, praticar atividade física e desenvolver atividades de interesse é benéfico para a saúde (Ribeiro, 2009).

Em uma revisão de literatura conduzida previamente por Ferreira e Barham (2011), foi documentada a importância de se envolver em atividades que geram prazer e satisfação na velhice, além dos benefícios para a saúde mental associados à prática de atividades agradáveis. Para estes autores, quanto mais um indivíduo estiver engajado em atividades prazerosas, melhor será seu estado de humor, pois o engajamento em eventos ou atividades consideradas prazerosas pelo indivíduo resulta em consequências positivas para o mesmo. O prazer passa a ser identificado como um fator fundamental para o bem-estar, abrindo a perspectiva de que não apenas as atividades de lazer, mas qualquer atividade relacionada com o prazer, pode ter efeitos positivos na saúde mental (Ferreira & Barham, 2011).

No estudo de Santos, Cartaxo, Silva, Moura e Freitas (2013) ao analisarem o uso do tempo diário de idosos participantes do Programa de Atenção ao Idoso, apontaram que a maioria dos idosos (62,1%) não participavam de atividades culturais e de lazer. Para Moura e Souza (2013) o lazer traz contribuições importantes para a inserção do idoso no ambiente social, além de permitir um aumento da autoestima, desenvolvimento pessoal e bem estar físico e mental (Raimundo, 2015).

Conforme Argimó, Stein, Xavier e Trentini (2004), quanto maior for o envolvimento dos idosos com as vivências no lazer, melhor será o desempenho em habilidades cognitivas. Atividades de passatempo (palavras cruzadas, puzzles, sete erros) e jogos de estratégias (cartas, damas, dominó) são extremamente benéficas para estimular a cognição, para além de seu caráter lúdico e de socialização (Raimundo, 2015). No entanto, existe uma grande variedade de atividades que os idosos podem fazer (artesanato, teatro, dança, passeios, etc),

mas o mais importante é motivá-los a realizarem e estarem ativos para intervirem positivamente no processo de envelhecimento e de saúde.

Dessa forma, os resultados da escala de estilo de vida, indicam que ter um estilo de vida saudável beneficia a saúde, nomeadamente ter cuidados com a alimentação, socialização e cuidados com a saúde, assim como adotar o *coping* funcional, além da realização de atividades físicas e de interesse (passatempos). Deste modo, o estilo de vida pode ser uma variável fundamental para um envelhecimento bem sucedido, pois o reflexo do estilo de vida, passa a ser percebido, sobretudo na velhice (Tinôco, 2017). De fato, quanto antes o estilo de vida saudável for adotado, maior será a sua contribuição para reduzir os índices de doenças crônicas não transmissíveis e aumentar a chance de se alcançar uma longevidade ativa e saudável (Souza, Porto, Souza & Silva, 2016).

Isto porque, o estilo de vida passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades (Almeida, 2017), onde intervenções são tão eficazes quanto às terapias médicas baseadas em evidências sobre a redução da mortalidade (Portes, 2011). Assim, parece ser importante desenvolver estratégias que desempenhem um papel significativo no estilo de vida dos idosos, incentivando a um estilo de vida saudável.

Neste sentido, observou-se que houve correlação fraca e positiva, mas significativa, entre o escore total da EEVI e as variáveis antropométricas da circunferência do braço, da cintura e da panturrilha. Apresentando também entre os fatores Atividade e Cuidado com a Alimentação, ambas com a circunferência do braço e o fator Socialização com a circunferência do braço, da cintura e com a relação cintura/quadril. O escore total da EEVI não apresentou relação significativa com o IMC e nem com a MAN[®].

Com esses resultados, percebeu-se que quanto melhor é o estilo de vida, maiores são as medidas antropométricas como, a circunferência do braço e da panturrilha, classificando o idoso para um estado nutricional adequado. Assim, é importante destacar que o estilo de vida pode ser compreendido como um conjunto de comportamentos individuais que afetam a saúde de alguma forma e sobre o qual se pode manter certo grau de controle (Oliveira, Rabelo & Queroz, 2012).

Os idosos revelaram ter um estilo de vida saudável mesmo apresentando medidas antropométricas em que o estado de saúde e nutricional poderia estar em risco, como no caso da circunferência da cintura e na relação da cintura/quadril, na qual se apresentaram acima dos pontos de corte para a normalidade. A natureza transversal dos dados pode ter contribuído para a ocorrência de causalidade reversa na associação entre ter um estilo de vida saudável e as medidas antropométricas utilizadas.

No estudo de Oliveira, Lopes, Santos e Villela (2016), ao analisarem o estilo de vida e a antropometria de idosas, observaram que a maioria das idosas (65%) apresentaram IMC acima dos valores de referência e todas (100%) estavam com relação da cintura/quadril acima da normalidade, apesar da maioria demonstrar comportamentos preventivos e saudáveis. No estudo de Monteiro e Monteiro (2013) ao avaliarem o estilo de vida e o estado de saúde de idosos participantes da Universidade Aberta a Terceira Idade (UNATI) observaram que, apesar de grande parte dos idosos terem apresentado IMC acima do normal, indicando sobrepeso ou obesidade, os participantes puderam ser considerados saudáveis pelo estilo de vida, hábitos alimentares, cuidados de saúde e pelos parâmetros de CB, CP e dobra cutânea, demonstraram adequação na maioria dos casos, corroborando aos nossos achados. Este fato pode estar relacionado a diversos motivos, entre eles, pode estar em uma preocupação maior com a saúde em consequência do surgimento de doenças ou agravos, o que leva à adoção de hábitos mais saudáveis (Ferrari, Cesar, Alves, Barros, Goldbaum & Fisberg, 2017).

Bandeira, Moreira, Lima e Silva (2019), ao realizarem uma revisão sistemática de artigos publicados sobre a influência do estilo de vida no estado nutricional de idosos, identificaram dentre os artigos encontrados, quatro fatores do estilo de vida (alcoolismo, lazer, atividade física, tabagismo) significativamente associados ao estado nutricional do idoso, utilizando-se da ferramenta para avaliação do estado nutricional, o IMC. O que difere do resultado encontrado neste estudo, já que não foram encontradas correlações ou associações significativas com o IMC para o escore total da EEVI e nem com seus fatores.

Os achados sugerem fraca relação das variáveis CC, CB e CP com o estilo de vida, o fator Atividade com a CB, o fator Socialização com a CB, CC e RCQ e o fator Cuidado com a Alimentação com a CB, com baixo valor preditivo conforme apontado na análise de regressão linear, possivelmente devido à fragilidade da escala de estilo de vida em relação às medidas antropométricas ou em virtude dos valores das medidas da CB e da CP se encontrarem na classificação de adequação e a CC e a RCQ se encontrarem acima da normalidade na amostra estudada.

Embora o estilo de vida esteja sendo pesquisado em diversas faixas etárias da população, os dados ainda são simplificados à população idosa devido às particularidades do envelhecimento (Campos, Boscatto & Mineiro, 2015), sendo necessários mais estudos visto que, o aprofundamento em pesquisas voltadas para essa população ainda é escasso (Bandeira, Moreira, Lima & Silva, 2019). Além disso, não foram encontrados estudos que tenham relacionado estado nutricional com estilo de vida através de uma escala própria para idosos. Assim, relacionar estas questões entre idosos, segundo os parâmetros aqui escolhidos, ainda é inédito. A limitação existente sinaliza a necessidade de que provenham novos estudos, com a aplicação da Escala de estilo de Vida para Idosos, como forma de avaliar o estilo de vida dos idosos e trazer uma melhor compreensão dos seus processos psicológicos e a identificação de variáveis que levam esses indivíduos a adotarem um estilo de vida mais saudável.

A adoção de um estilo de vida tido como saudável é visto na sociedade contemporânea, como um fator determinante perante a situação de saúde e de vida dos sujeitos (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012). Atualmente, as teorias de estilo de vida saudável sugerem que as orientações para a saúde são moldadas por importantes fatores sociais, culturais, econômicos, históricos e políticos. Nesse sentido, algumas políticas públicas relacionadas à saúde e ao estilo de vida já existem e estão implantadas no Brasil, como o Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida, a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Programa Academia da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo e a Política de Atenção Integral em Álcool e Outras Drogas (Ferrari, Cesar, Alves, Barros, Goldbaum & Fisberg, 2017).

Assim, a nutrição tem papel importante na modulação do processo de envelhecimento, na etiologia das doenças associadas com a idade, bem como no declínio funcional e surgimento de deficiências (Tavares, Santos, Ferreira & Menezes, 2015), sendo importante o rastreamento do estado nutricional nos idosos para detectar a necessidade de uma intervenção dietética, a fim de prevenir a presença de comorbidades, que interferem na expectativa e qualidade de vida destes indivíduos com idade avançada (Cardozo, Duval, Cascaes, Silva & Orlandi, 2017).

Com isso, a identificação do estilo de vida juntamente com o estado nutricional dos idosos são fatores importantes para a melhoria da qualidade de vida e promoção do envelhecimento saudável. Um envelhecimento saudável constitui uma aposta à responsabilidade individual e um desafio para a sociedade em geral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esta pesquisa foi uma experiência plena e ao mesmo tempo gratificante. O seu desenvolvimento demandou várias incursões em campo e dedicação integral, para a coleta de dados, para compreensão e concatenação dos resultados. Esse tempo de investimento permitiu conhecer e vivenciar o cotidiano e partilhar algumas experiências dos idosos pesquisados e, sobretudo entregar-me a esse mundo da pesquisa científica.

Os objetivos delineados para este trabalho de investigação foram alcançados, uma vez que se conheceu o estilo de vida e o estado nutricional dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura de Campina Grande, Guarabira e João Pessoa, na Paraíba.

Com base nos resultados apresentados, os idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, possuem um estilo de vida saudável, por apresentarem os fatores com as melhores médias para um comportamento mais saudável em ordem decrescente, que foram: cuidado com a alimentação, socialização, cuidado com a saúde, *coping* funcional e atividade. Quanto ao estado nutricional, a maioria dos idosos se apresentaram com sobrepeso e com presença de gordura abdominal elevada, evidenciando uma prevalência para riscos cardiometabólicos.

Verificaram-se correlações fracas e significativas entre o escore total da EEVI e as medidas antropométricas CB, CC e CP, porém não foram encontradas correlações significativas com o escore total da MAN[®]. O fator Atividade se correlacionou com a CB e o fator Socialização com CB, CC e RCQ.

Sendo assim, estes resultados evidenciam a importância da atuação e manutenção das políticas públicas relacionadas à saúde por parte dos profissionais que atuam e prestam assistência nos condomínios Cidade Madura, ressaltando a necessidade do planejamento de novas estratégias e ações como: atividades/oficinas que incluam educação alimentar e nutricional, através da utilização de metodologias participativas como forma de facilitar o entendimento das temáticas trabalhadas por parte do idoso: rodas de conversa, oficinas

culinárias e uso de materiais de visualização de alimentos; oficinas de exercício físico e de lazer, através de atividades adaptadas as condições fisiológicas desse grupo. De modo que, se desenvolva atividades que proporcionem mais a convivência entre os idosos e dessa forma poder contribuir para o empoderamento e socialização dentro dos Condomínios, como também controlar os fatores benéficos ao estilo de vida e ao estado nutricional. Paralelamente a estas ações, o incentivo à prática de uma vida mais ativa é uma condição fundamental para a promoção da qualidade de vida destes indivíduos.

Quanto ao estilo de vida é preciso dar maior ênfase para o fator Atividade, visto que este apresentou a menor média. Sendo então urgente criar novas estratégias e programas específicos com ações de promoção à saúde, relacionada à atividade física, cultural e social para estes idosos dentro do ambiente em que estão inseridos, para a melhoria do estado de saúde dos mesmos. Assim, como incluir promoção a uma alimentação saudável, como uma estratégia central, para o controle de doenças cardiometabólicas, sendo fundamental buscar estratégias diferenciadas de acordo com as necessidades apresentadas pelos idosos.

Por fim, é indispensável ficar atento não só às alterações físicas e fisiológicas, advindas do processo de envelhecimento, mas também pautar-se na compreensão do modelo biopsicossocial aplicado a este momento, com o engajamento do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, para assim serem traçadas estratégias de promoção à saúde de acordo com a realidade dos idosos. Isto posto, é necessário oferecer suporte aos idosos no enfrentamento das adversidades da velhice, estimulando o autocuidado, comportamentos saudáveis e a capacidade de projetar a vida diante do envelhecimento, apesar das doenças que possam fazer parte de suas realidades.

O presente estudo apresenta pontos fortes que respaldam a interpretação de seus resultados. A mensuração das medidas antropométricas no momento da entrevista, possibilitando a obtenção de dados primários para a avaliação nutricional e evitando

potenciais erros de informação a cerca destes dados, por resposta do entrevistado. O treinamento da equipe, a revisão das entrevistas logo após sua realização e a pronta correção de eventuais falhas, sustenta a qualidade dos dados. Enfim, o estudo vem preencher a lacuna da ausência de pesquisas no âmbito do estilo de vida e dos aspectos nutricionais dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura.

Em relação às limitações encontradas, pode-se ratificar que se trata de um estudo, no qual a amostra foi recolhida visando o bem estar dos entrevistados, respeitando suas limitações individuais e sendo realizada num contexto específico, não sendo assim, representativa da população idosa geral dos residentes nos Condomínios Cidade Madura.

Apesar das limitações supracitadas, os resultados trouxeram contribuições importantes para o (re)pensar do estilo de vida como um instrumento adequado para essa fase da vida e poder contribuir como também visualizar deficiências e limitações dos idosos, visando a construção de cuidados e orientações que promovam uma vida saudável e adequada aos padrões em que vivem.

Sendo assim, esse conhecimento, acerca do estilo de vida e do estado nutricional dos idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura, através da EEVI, possibilite o incentivo a criação e a implementação de programas para promoção da saúde, através da prática de atividades físicas regulares, convívio social e alimentação saudável para esta fase da vida, assim estimulando a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Sugere-se pesquisas futuras para possibilitar a continuidade da investigação sobre o estilo de vida e o estado nutricional dos idosos; a utilização da Escala de Estilos de Vida para Idosos-EEVI como instrumento de avaliação do estilo de vida, de modo a auxiliar no entendimento de comportamentos que levam os idosos a um estilo de vida saudável, sobretudo estudos longitudinais.

O envelhecimento deve ser vivido ativamente, de forma produtiva e satisfatória.

REFERÊNCIAS

- Acuña, K., & Cruz, T. (2004). Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, 345-361.
- Almeida, E. A., Madeira, G. D., Arantes, P. M., & Alencar, M. A. (2010). Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. *Rev. Bras. Geriat. Gerontol.*, 435-443.
- Almeida, M. A., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP.
- Almeida, S. C. (2017). Avaliação do estilo de vida de idosos longevos e sua correlação com função pulmonar, composição corporal e capacidade funcional. *Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo*. São Paulo: Centro Universitário Adventista de São Paulo.
- Alves, J.C., & Freitas, E. V. (2017). Atividade física. In: E. V. Freitas, & L. Py, *Tratado de geriatria e gerontologia* (4. ed. ed., pp. 1540-1567). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Andrade, L. A., Reis, L. A., Novais, M. M., Queiroz, D. B., Oliveira, L. C., & Araújo, C. M. (2018). Relação de autopercepção de saúde, capacidade funcional e condições de saúde de idosos longevos residentes em domicílio em Jequié- BA. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 75-86.
- Andrade, R. K., Fonseca, G.S., Reis, V. M. (2015). Estado nutricional de Idosos do Grupo Feliz Idade da cidade de Capitão Enéas/MG. *Revista Multitexto*, v. 3, n. 01.
- Areosa, S. V., Araújo, C. K., Cardoso, C. M., & Moreira, E. P. (2012). Envelhecimento: Relações pessoais e familiares. *Barbarói*, 120-132.
- Argimo, I. I., Stein, L. M., Xavier, F. M., & Trentini, C. M. (2004). O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 38-47.
- Bandeira, G. F.S., Moreira, R. S., Lima, G. H., & Silva, V. L. (2019). A influência do estilo de vida no estado nutricional de idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 90-102.

- Barbosa, M. (2012). A importância da alimentação saudável ao longo da vida refletindo na saúde do idoso . *Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós Graduação Lato Sensu em Nutrição Clínica*. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.
- Bellini, A. C. (2006). Relações entre condições funcionais da alimentação e estado nutricional mediadas por variáveis físicas e emocionais: um estudo com idosos ambulatoriais. *Dissertação de Mestrado*. Campinas, São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação.
- Belmonte, J. M., Pivetta, N. R., Batistoni, S. S., Neri, A. L., & Borim, F. S. (2017). Associação entre autoavaliação de saúde e indicadores de capacidade funcional. *Geriatr Gerontol Aging.*, 61-7.
- Berlezi, E. M., Farias, A. M., Dallazen, F., Oliveira, K. R., Pillatt, A. P., & Fortes, C. K. (2016). Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 643-652.
- Binotto, M. A., & Tassa, K. O. (2014). Atividade Física em idosos: uma revisão sistemática baseada no International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 249-264.
- Borges, A. M., Santos, G., Kummer, J. A., Fior, L., Molin, V. D., & Wibelinger, L. M. (2014). Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 79-86.
- Braga, A.V.P., Tavares, H. C., Vasconcelos, P. A. P., Araújo, E.K. R., Freitas, L.F.F., Vieira, S.C.R. (2019). Perfil nutricional e incidências patológicas dos idosos atendidos na clínica escola de nutrição de Juazeiro do Norte-CE. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. v. 13. n. 79. pp. 440-445.
- Brasil. (2007). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19*, 192. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2010a). *Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso.
- Brasil. (2010b). Política Nacional do Idoso - Lei nº 8.842/94. *Ministério da Previdência e Assistência Social*. Brasília.
- Brito, B. T., Tavares, G. H., Polo, M. C., & Kanitz, A. C. (2019). Lazer, atividade física e comportamento sedentário de idosos participantes de um grupo de aconselhamento. *R. bras. Ci. e Mov.*, 97-109.
- Busato, M. A., Gallina, L. S., Teo, C. R., & Pozzagnol, F. F. (2014). Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 625-635.
- Camarano, A. A. (org). (2014). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2017). Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição demográfica. In: E. V. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 133-152). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Camarano, A. A., & Pasinato, M. T. (2004). Introdução. In: A. A. Camarano, *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* (pp. 1-22). Rio de Janeiro: IPEA.
- Camboim, F. E., Nóbrega, M. O., Davim, R. M., Camboim, J. C., Nunes, R. M., & Oliveira, S. X. (2017). Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. *Rev enferm UFPE on line*, 2415-22.
- Campôa, E., Ribeiro, A. L., & Cruz, J. P. (2009). Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI): Construção e validação. *Experiências e intervenções em psicologia da saúde: Resumos e textos do I Congresso luso-brasileiro de psicologia da saúde*, 600-610. Portugal.
- Campos, L. M., Boscatto, E. C., & Mineiro, L. (2015). Perfil do estilo de vida dos idosos da Universidade Aberta da Maior Idade - UAMI da cidade de Caçador - SC. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do exercício*, 9, 315-320.
- Canhestro, A. S., & Basto, M. L. (2016). Envelhecer com Saúde: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo. *Pensar Enfermagem 1º Semestre*, 27-51.

- Caporicci, S., & Neto, M. F. (2011). Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motricidade*, 15-24.
- Cardozo, N. R., Duval, P. A., Cascaes, A. M., Silva, A. E., & Orlandi, S. P. (2017). Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas - RS. *BRASPEN J*, 94-8.
- CEHAP, C. E. (s.d.). *Companhia Estadual de Habitação Popular - CEHAP*. Acesso em 22 de Agosto de 2018, disponível em Companhia Estadual de Habitação Popular - Programas: <http://www.cehap.pb.gov.br/sitecehap/cidade-madura.html>
- Celestino, F. K. (2009). Enfrentamento, qualidade de vida, estresse, ansiedade e depressão em idosos demenciados e seus cuidadores: avaliações e correlações. *Dissertação (Mestrado em Ciências do Comportamento) - Universidade de Brasília*. Brasília.
- Celich, K. L., & Spadari, G. (2008). Estilo de vida saudável: condicionantes de um envelhecimento saudável. *Cogitare Enfermagem*, 13, 252-260.
- CFN. Conselho Federal de Nutrição. (2005). Resolução nº 380/2005. *Conselho Federal de Nutricionistas*.
- Corrêa, M. M., Tomasi, E., Thumé, E., Oliveira, E. R., & Facchini, L. A. (2017). Razão cintura-estatura como marcador antropométrico de excesso de peso em idosos brasileiros. *Cad. Saúde Pública*.
- Couto, J. O., Santos, W. S., Santos, J. R., Simões, A. E., Santos, E. G., & Silva, R. S. (2017). Risco cardiovascular, índices antropométricos e percepção de qualidade de vida em idosos. *Scientia Plena*.
- Cupertino, A. P., Rosa, F. H., & Ribeiro, P. C. (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 81-86.
- Decreto Nº 35.072. (2014). Decreto Nº 35.072 de 10 de Junho de 2014. *Diário Oficial do Estado da Paraíba Nº 15.556*. João Pessoa, Paraíba.
- Dias, E. G., Souza, B. R., Silva, F. E., Jesus, M., & Alves, J. C. S. (2017). Estilo de vida de idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde. *Arq. Ciência Saúde UNIPAR*, 105-111.

- Dias, E. G., Souza, B. R., Silva, F. E., Jesus, M. d., & Alves, J. C. (2017). Estilo de Vida de usuários de uma Unidade Básica de Saúde. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, 105-111.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2018). Estratégias de Coping de idosos institucionalizados. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 1710-1718.
- Ervatti, L. R., Borges, G. M., & Jardim, A. P. (2015). *Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Esteves, J. V., Andreato, L. V., Moraes, S. M., & Prati, A. R. (2010). Estilo de vida de praticantes de atividade física em academias da terceira idade de Maringá- PR. *Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, 119-129.
- Fagundes, A. A., Barros, D. C., Duar, H. A., Sardinha, L. M., Pereira, M. M., & Leão, M. M. (2004). *Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviço de saúde*. Brasília: Ministerio da Saúde.
- Fares, D., Barbosa, A. R., Borgatto, A. F., Coqueiro, R. S., & Fernandes, M. H. (2012). Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*, 434-441.
- Fazzio, D. M. (2012). Envelhecimento e Qualidade de Vida - Uma abordagem nutricional e alimentar. *Revista*, 76-88.
- Feitosa-Filho, G. S., Peixoto, J. M., Pinheiro, J. E., Neto, A. A., Albuquerque, A. L., Cattani, Á. C., et al. (2019). *Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 649-705. Rio de Janeiro: Arq Bras Cardiol.
- Ferrari, T. K., Cesar, C. L., Alves, M. C., Barros, M. B., Goldbaum, M., & Fisberg, R. M. (2017). Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*.
- Ferreira, C. C., Monteiro, G. T., & Simões, T. C. (2018). Estado Nutricional e fatores associados em idosos: evidências com base em inquérito telefônico. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, 1-10.
- Ferreira, E., Oliveira, A. A. R., & Lima, D. L. F. (2017). Perfil do estilo de vida de mulheres de meia idade participantes do Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC). *R. bras. Qual. Vida*, 103-113.

- Ferreira, H. G., & Barham, E. J. (2011). O Envolvimento de idosos em atividades prazerosas: Revisão da Literatura sobre Instrumentos de Aferição. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 579-590.
- Ferreira, T. K., & Pires, V. A. (2015). Atividade física na velhice: avaliação de um grupo de idosos sobre seus benefícios. *Revista Enfermagem Integrada*, 1303-1313.
- Foletto, K. C. (2009). Perfil epidemiológico, estado nutricional e fatores associados à hipertensão e diabetes melittus em idosos cadastrados no Hiperdia no município de Caxias do Sul (RS). *Dissertação para o Programa de Pós Graduação Iatu sensu em Saúde Pública*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Fontenelle, L. C., Soares, N. R., Lima, S. K., Barradas, A. M., Silva, J. A., Cortez, A. C., et al. (2018). Estado nutricional e condições socioeconômicas e de saúde em idosos. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 353-363.
- Freire, R. M. H. F., Júnior, N. C. J. (2017). Produção científica sobre habitação para idosos autônomos: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 717-726.
- Freitas, A. F., Prado, M. A., Cação, J. C., Beretta, D., & Albertini, S. (2015). Sarcopenia e estado nutricional de idosos: uma revisão da literatura. *Arq. Ciênc. Saúde*, 09-13.
- Freitas, A. M., Philippi, S. T., & Ribeiro, S. M. (2011). Listas de alimentos relacionados ao consumo alimentar de um grupo de idosos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 161-177.
- Freitas, C. S., Meereis, E. C., & Gonçalves, M. P. (2014). Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). *Revista Kairós Gerontologia*, 57-68.
- Freitas, E. V., Costa, E. F., & Galera, S. C. (2017). Avaliação Geriátrica Ampla. In: E. V. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Garcia, C. A., Moretto, M. C., & Guariento, M. E. (2018). Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. *Rev. Ciênc. Méd.*, 11-22.
- Gomes, A. R., & Neves, R. (2010). Contextos e estilos de vida do idoso - narrativas no feminino. *Kairós Gerontologia*, 191-210.

- Gomes, M. F., Pereira, S. C., & Abreu, M. N. (2018). Fatores associados à autopercepção de saúde dos idosos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4007-4019.
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging*, 466-85.
- Hagemeyer, V., & Rezende, C. H. (2013). Nutrição e Envelhecimento. In: E. V. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1459-1477). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hiraga, T. M., Batistoni, S. S., & Neri, A. L. (2017). Comportamentos relacionados a saúde em idosos brasileiros residentes na comunidade: dados do FIBRA - Pólo UNICAMP. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 99-119.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). *Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Institute, Nestle®. (s.d.). *Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®*. Fonte: https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf
- Joia, L. C., & Ruiz, T. (2006). Inquerito populacional sobre o estilo e a qualidade de vida na terceira idade. *Rev Bras Med Fam e Com.*
- Klinenberg, E. (2016). Social Isolation, Loneliness, and Living Alone: Identifying the Risks for Public Health. *Am J Public Health*, 786-787.
- Kunzler, C. M. (2016). Uma moradia digna para os idosos – ampliando o sentido de dignidade a este direito fundamental. *Mais 60 - Estudos sobre Envelhecimento*, 48 a 65.
- Leão, I. S., & Eulálio, M. C. (2011). Velhice e atividade profissional: um estudo sobre qualidade de vida. In: R. F. Alves, *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 199-216). Campina Grande: EDUEPB.
- Lima, A. P., & Delgado, E. I. (2010). A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Ubra e Movimento (REFUM)*, 76-91.

- Lima, B. R. (2011). Estado Nutricional e Qualidade de Vida de Idosos Assistidos pelo Programa Saúde da Família do Município de Vitória de Santo Antão – PE - 2010. Vitória de Santo Antão, Pernambuco: Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Pernambuco, CAV.
- Lima, P. M., & Coelho, V. L. (2011). A Arte de Envelhecer: um estudo exploratório sobre a História de vida e o envelhecimento. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31, 4-19.
- Lima, T. J., Arcieri, R. M., Garbin, C. A., & Moimaz, S. A. (2010). Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saúde Soc. São Paulo*, 866-877.
- Lima, W. R. (2014). Estilo de vida e sua associação com a longevidade de idosos muito velhos de Aracaju, SE. *Tese (Doutorado)* – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Lockmann, A. S. (2016). Associação do estado nutricional e ingestão alimentar com os sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados. *Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Lopes, M. J., Araújo, J. L., & Nascimento, E. G. (2016). O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. *Revista Kairós Gerontologia*, 181-199.
- Macedo, D., Oliveira, C. V., Günther, I. A., Alves, S. M., & Nóbrega, T. S. (2008). O Lugar do Afeto, o Afeto pelo Lugar: O que Dizem os Idosos? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 441-449.
- Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, 1024-1032.
- Mahan, L. K., & Raymond, J. L. (2018). *Krause alimentos, nutrição e dietoterapia*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mantovani, E. P., Lucca, S. R., & Neri, A. L. (2015). Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3653-3668.
- Mara, L. S. (11 de Julho de 2018). *A importância do exercício físico no idoso*. Acesso em 01 de Julho de 2019, disponível em Sociedade Brasileira de Medicina do exercício e do esporte: <http://medicinadoesporte.org.br/a-importancia-do-exercicio-fisico-no-idoso>

- Martins, M. V., Souza, J. D., Franco, F. S., Martinho, K. O., & Tinôco, A. L. (2016). Consumo alimentar de idosos e sua associação com o estado nutricional. *HU Revista*, 125-131.
- Marucci, M. F. N., Alves, R. P., & Gomes, M. M. B.C. (2010). Nutrição em Gerontologia. In: S. M. Silva, & J. D. Mura, *Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia* (pp. 461-488). São Paulo: Roca.
- Medeiros, P., Lima, R. A., Sardinha, A. H. L., Diniz, D. C., & Aragão, M. A. M. (2014). Aspectos nutricionais de idosos atendidos em um centro de saúde. *Rev Pesq Saúde*, 351-355.
- Medicine, Institute. (2005). DRI- Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride and sulfate. *The national academies press*, 617.
- Melo, D. M., Falsarella, G. R., & Neri, A. L. (2014). Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 471-484.
- Melo, L. A., Ferreira, L. M., Santos, M. M., & Lima, K. C. (2017). Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia*, 494-502.
- Mendes, R. M. (2014). Modos de envelhecer: trajetórias de vida activa, qualidade de vida e práticas mediáticas. *Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas*. xxx.
- Milagres, L.C., Martinho, K. O., Milagres, D. C., Franco, F. S., Ribeiro, A. Q., Novaes, J. F. (2019). Relação cintura/estatura e índice de conicidade estão associados a fatores de risco cardiometabólico em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4):1451-1461.
- Miranda, R. N.A., Carvalho, E. P., Amorim, Y. R., Santos, K. S., & Serrão, F. O. (2017). Conhecendo a saúde nutricional de idosos atendidos em uma organização não governamental, Benevides/PA. *Revista Conexão UEPG*, 512-529.
- Monteiro, B. A., & Monteiro, M. (2013). Estilo de vida e de saúde de um grupo de idosos de Franca, SP. *Revista Geriatria e Gerontologia*, Vol.7 , 113-119.
- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde.

- Moreira, R. M., Santos, C. E., Couto, E. S., Teixeira, J. R., & Souza, R. M. (2013). Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. *Revista Kairós Gerontologia*, 27-38.
- Moura, G. A., & Souza, L. K. (2013). Práticas de lazer de idosos institucionalizados. *Movimento*, 69-93.
- Mussoi, T. D. (2014). *Avaliação nutricional na prática clínica: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nahas, M. V. (2017). *Atividade física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um Estilo de Vida Ativo*. 7 ed. Londrina: Midiograf.
- Nahas, M.V., Barros, M.V., Francalacci, V. (2000). O Pentágulo do Bem Estar: Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Rev. Bras. Atividade Física e Saúde*, 48-59.
- Najas, M., Maeda, A. P., & Nebuloni, C. C. (2017). Nutrição em Gerontologia. In: E. V. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Negrini, E. L., Nascimento, C. F., Silva, A., & Antunes, J. L. (2018). Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia*, 542-550.
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In: L. F. Diniz, D. Fuentes, & R. M. Cosenza, *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 17-42). Porto Alegre: Artmed.
- Neri, A. L. (2014). *Palavras - chave em gerontologia* (4º ed.). Campinas: Alínea.
- Neri, A. L., & Fortes-Burgos, A. C. (2013). A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice. In: E. V. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 2084-2102). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nolte, A. O. A., (2011). Associação entre hábitos saudáveis de alimentação, estado nutricional e percepção de saúde dos idosos. *PUCRS* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica).

- Oliveira, D. M., Lopes, M. C., Santos, D., & Villela, E. F. M. (2016). Estilo de vida e indicadores antropométricos de idosas praticantes de atividade física. *RBCEH*, 171-183.
- Oliveira, L. S., Rabelo, D. F., & Queroz, N. C. (2012). Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas - MG. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, 12, 416-430.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (S. Gontijo, Trad.) Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde -Opas.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde- Resumo*. Organização Mundial da Saúde.
- Parente, A., Pereira, A. M., & Mata, A. (2018). Estado nutricional e nível de independência em pessoas idosas. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 18-25.
- Paschoal, S. M. (2017). Qualidade de vida na velhice. In: E. V. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paz, R. C., Fazzio, D. M., & Santos, A. L. (2012). Avaliação Nutricional em Idosos Institucionalizados. *Revisa*, 9-18.
- Pedrosa, C.L.B., & Oliveira, J.W. (2017). Aspectos do envelhecimento e a relação com a Síndrome da Fragilidade. In: M.S.B. Jorge, I.C.R. Bezerra & J.M.T.A Leitão, *Pesquisas em Saúde no contexto do cuidado, redes de Atenção, fluxos e avaliação: multiplicidade de olhares*. Fortaleza: UECE, 325-358.
- Pereira, A. M., & Rosa, A. C. (2017). *Linha guia da saúde do idoso*. Curitiba: SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
- Pereira, D. M., & Silva, B. Y. (2017). Índices antropométricos tradicionais e novos e sua relação com a glicemia de diabéticos tipo 2. *BRASPEN J*, 49-53.
- Pereira, I. F. S., Spyrides, M. H. C., & Andrade, L. M.B. (2016). Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cad. Saúde Pública*, 32-35.

- Pereira, L. F., Lenardt, M. H., Michel, T., & Carneiro, N. H. (2014). Perfil sociodemográfico e demográfico de idosos longevos usuários de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm.*, 709-716.
- Portes, L. A. (2011). Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. *v.1, p. 8-10,, v.1, 8-10. Lifestyle Journal.*
- Raimundo, V. I. A. (2015). Qualidade de vida na viuvez. *Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Educação de Beja.* Beja, Portugal.
- Reis, C., Barbosa, L., & Pimentel, V. (2016). O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. *BNDES Setorial 44*, 87-124.
- Reis, R. P., Costa, H. R., Cavalcante, L. F., Nascimento, L. E., & Bezerra, D. G. (2014). A contribuição do exercício físico para melhoria da qualidade de vida e diminuição do número de queda na terceira idade. *Revista Hórus*, 24-34.
- Rezende, F. A. C., Rosado, L. E., Ribeiro, R. d., Vidigal, F. d., Vasques, A. C., Bonard, I. S., et al. (2006). Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.*, 728-734.
- Ribeiro, A. E. (2009). Influência do coping e dos estilos de vida no BES e na saúde dos idosos. *Dissertação de Mestrado.* Faro, Portugal: Universidade do Algarve/ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Ribeiro, A. Q., Salgado, S. M., Gomes, I. S., Fogal, A. S., Martinho, K. O., Almeida, L. F., et al. (2016). Prevalência e fatores associados à inatividade física em idosos: um estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 483-493.
- Rocha, F.L., Menezes, T.N., Melo, R.L., & Pedroza, D.F. (2013). Correlação entre indicadores de obesidade abdominal e lipídios séricos em idosos. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 48-55.
- Rodrigues, A. M. (2012). O medo de envelhecer - o papel do gerontólogo. *Monografia*, 62f. Lisboa, Portugal: Escola Superior de Educação João de Deus.
- Ross, A.C.; Caballero, B.; Cousins, R. J.; Tucker, K.L.; Ziegler, T. R. (2016). *Nutrição moderna de Shils na saúde e na doença.* 11. ed. Barueri, SP: Manole.

- Rossi, L., Caruso, L. & Galante, A. P. (2015). *Avaliação nutricional: novas perspectivas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 433-440.
- Salgueiro, M. M., Portes, L. A., Costa, W. F., Andrade, R. L., Oliveira, L. C., & Silva, N. C. (2018). Avaliação do estado nutricional e composição corporal de idosos de Embú-Guaçu - SP. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 446-455.
- Santana, D. C., Macedo, D. S., Kutz, N. A., & Salgueiro, M. M. (2016). Avaliação nutricional de idosos institucionalizados na Zona Sul de São Paulo. *Revista Kairós Gerontologia*, 403-416.
- Santos, A. R., Cartaxo, H. G., Silva, E. A., Moura, P. V., & Freitas, C. M. (2013). Usando o tempo a favor do Bem Estar: uma configuração do estilo de vida dos idosos. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 27- 43.
- Santos, C. A., Ribeiro, A. Q., Rosa, C. d., & Ribeiro, R. d. (2015). Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 751-760.
- Santos, L. M., Sampaio, J. R., Borba, V. F., Luz, D. C., & Rocha, E. M. (2017). Avaliação do hábito alimentar e estado nutricional de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos na Atenção Básica de Saúde do município de Porteiras - CE . *Rev. e-ciência*, 69-77.
- Santos, V. A. (2018). Estilo de vida e percepção do envelhecimento de idosos usuários do grupo Hiperdia. *Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia*. Universidade Federal do Triângulo Mineiro .
- Saúde de A a Z*. (s.d.). Acesso em 10 de jun de 2019, disponível em www.saude.gov.br: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>
- Silva, A. L., Silva, B. S., Brandão, J. M., Barroso, S. G., & Rocha, G. d. (2015). Avaliação antropométrica de idosos atendidos no Ambulatório de Nutrição do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso da Universidade Federal Fluminense, no município de Niterói - RJ. *Demetra*, 361-374.
- Silva, A. M., Mambrini, J. V., Peixoto, S. V., Malta, D. C., & Lima-Costa, M. F. (2017). Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev. Saude Publica*, Supl 1:5s.

- Silva, H. S., & Galhardoni, Â. M. (2010). Envelhecimento bem sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*.
- Silva, L. W., Santos, R. G., Squarcini, C. F., Souza, A. L., Azevedo, M. P., & Barbosa, F. N. (2011). Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa: perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 145-166.
- Silva, M. D. C., Guimarães, H. A., Trindade, E. M., Andreoni, S., & Ramos, L. R. (2011). Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Macéio, Alagoas. *Rev Saúde Pública*, 1137-44.
- Silva, P. A. B, Santos F C, Soares S M & Silva, L. B. (2018). Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *Rev. Fund. Care Online*. 97-105.
- Silva, V. S., Souza, I., Silva, D. A., Barbosa, A. R., & Fonseca, M. J.M. (2018). Evolução e associação do IMC entre variáveis sociodemográficas e de condições de vida em idosos do Brasil: 2002/03-2008/09. *Ciência & Saúde Coletiva*, 891-901.
- Siqueira, F. V., Nahas, M. V., Facchini, L. A., Silveira, D. S., Piccini, R. X., Tomasi, E., et al. (2009). Fatores considerados pela população como mais importantes para a manutenção da saúde. *Rev Saúde Pública*, 961-71.
- Sousa, F. J., Oliveira, M. F., Ramos, E. M., & Gonçalves, L. H. (2015). Condições de vida e saúde de usuários idosos do programa de saúde da família. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 219-234.
- Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2008). Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. *Psicologia em Estudo*, 257-265.
- Souza, M. A., Porto, E. F., Souza, E. L., & Silva, K. I. (2016). Perfil do Estilo de Vida de longevos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia*, 819-826.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: Uma abordagem biopsicossocial* (3º ed.). (R. C. Costa, Trad.) São Paulo: Artmed.
- Tavares, E. L., Santos, D. M., Ferreira, A. A., & Menezes, M. F. (2015). Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 643-650.

- Teixeira, I. N., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento Bem sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19, 81-94.
- Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2014). A constituição de domicílios unipessoais em condomínio específico para idosos. *Rev. enferm. UERJ*, 610-614.
- Teston, E. F., Caldas, C. P., & Marcon, S. S. (2015). Condomínio para idosos: condições de vida e saúde de residentes nesta nova modalidade habitacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia*, 487-497.
- Teston, E. F., Rossi, R. M., & Marcon, S. S. (2013). Utilização dos serviços de saúde por residentes em um condomínio exclusivo para idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 1125-1132.
- Tinôco, M. A. (2017). Estilo de Vida, Função Cognitiva e Variáveis Psicossociais em Adultos Idosos do Amazonas, Brasil. Dissertação de Mestrado. Universidade da Madeira/UMA.
- Túlio, J. P. (2017). Envelhecimento, funções executivas e estratégias de coping: Um estudo em idosos. *Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde)*. Porto, Portugal: Universidade Portucalense Infante Dom Henrique.
- Veras, M. L., Teixeira, R. S., Granja, F. B., & Batista, M. R. (2015). Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. *R. Interd.*, 8, 113-122.
- Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. saúde colet.*, 1929-1936.
- Vidmar, M. F., Potulski, A. P., Sachetti, A., Silveira, M. M., & Wibelinger, L. M. (2011). Atividade física e qualidade de vida em idosos. *Revista Saúde e Pesquisa*, 417-424.
- Vieira, K. F., Lucena, A. L., Barbosa, K. K., Ferraz, F., Costa, M. M., & Macena, J. S. (2015). Fatores de risco e as repercussões da obesidade na vida de idosos obesos. *Rev enferm UFPE on line*, 8-14.
- Vitolo, M. R. (2015). *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio.
- Vivan, A. S., & Argimon, I. I. (2008). Dificuldade funcional e coping em idosos. *Barbarói*, 136-146.

- Vivan, A. S., & Argimon, I. I. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, 436-444.
- Wellman, N. S., & Kamp, B. J. (2018). Nutrição e envelhecimento. In: L. K. Mahan, S. Escott-Stump, & J. L. Raymond, *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia* (C. Coana, D. Rodrigues, M. R. Ide, N. R. Pereira, & T. Robaina, Trads., 13^o ed., pp. 1360-1420). Rio de Janeiro: Elsevier.
- WHO. World Health Organization. (1998). Life in the 21st century. *World Health Organization. The World Health 1998*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. World Health Organization. (2014). *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, World Health Organization. (2011). *Waist: circumference and waist-hip ratio*. Geneva: WHO.

APENDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

1. Código do participante _____ Cidade: _____
 2. Data da Visita: _____ Contato: _____

Questionário Sociodemográfico

1. Qual é sua idade? _____ anos
 99. NR

2. Qual é sua data de nascimento?
 ____/____/____ 2. NR

3. Gênero
 1. Masculino
 2. Feminino

4. Qual é o seu estado civil?
 1. Casado/a ou vive com companheiro/a
 2. Solteiro/a
 3. Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a
 4. Viúvo/a
 99. NR

5. Até que ano de escola o/a senhor/a estudou?
 1. Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária.
 2. Curso de alfabetização de adultos
 3. Até o ____ ano do Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série)
 4. Até o ____ ano do Ginásio (atual nível Fundamental, 4ª a 8ª série)
 5. Até o ____ ano do Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério)
 6. Até o ____ ano do Curso Superior/ Superior Completo
 7. Pós-graduação incompleta
 8. Pós-graduação completa, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
 99. NR

6. Quantos anos o senhor (a) estudou?
 _____ anos

7. Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida?

 99. NR

9. O/a senhor/a é aposentado(a)?

1. Sim

2. Não

99. NR

10. O senhor(a) é pensionista?

1. Sim

2. Não

99. NR

11. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?

R\$ _____

99. NR

12. Composição familiar: _____

13. Renda familiar: _____

14. O/a senhor/a é o principal responsável pelo sustento da família?

1. Sim

2. Não

99. NR

15. Considera que o/a senhor/a (e seu/sua companheiro/a) têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

1. Sim

2. Não

99. NR

16. Quem compra os alimentos da casa?

1. Você

2. Cônjuge

3. Outro: _____

99. NR

17. Quem prepara os alimentos?

1. Você

2. Cônjuge

3. Outro: _____

99. NR

18. O que poderia ser colocado para melhorar o seu estilo de vida aqui no condomínio?

19. Como você se sente morando neste condomínio?

DIETA

20. Atualmente faz dieta

1. Para ganhar peso. Há quanto tempo? _____
2. Para perder peso. Há quanto tempo? _____
3. Não faz dieta.

21. Com quem realiza as refeições:

1. Sozinho
2. Conjuge
3. Outro: _____

22. Quais refeições normalmente realiza durante o dia:

1. Café
2. Lanche da manhã
3. Almoço
4. Lanche da tarde
5. Jantar
6. Ceia

23. A sua vida está perto daquilo que considera ideal no que se refere à alimentação e refeições?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. Os alimentos e refeições dão-lhe muita satisfação na vida diária?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

25. Faz uso de bebidas alcóolicas?

1. Sim Tipo: _____
2. Não

26. Qual frequência?

1. Diariamente
2. 2 a 3 vezes por semana
3. Aos finais de semana
4. Outro _____

27. Fuma?

1. Sim. Quantos cigarros por dia? _____
2. Não
99. NR

28. Qual alimento que não gosta e/ou não consome?

29. Adiciona mais sal na comida depois de pronta?

1. Sim
2. Não
99. NR

30. Qual a quantidade de água você bebe por dia?

1. 2 copos (180ml)
2. 3 copos (180ml)
3. 4 copos (180ml)
4. 5 copos (180ml)
5. Outro: _____

31. Faz uso de prótese dentária?

1. Sim
Qual? () Superior () inferior () os dois
2. Não
99. NR

32. Alimenta-se normal com prótese? (se respondeu SIM na questão anterior)

1. Sim
2. Não
O que incomoda? _____
99. NR

33. Tem problema na mastigação?

1. Sim
Qual? _____
2. Não
99. NR

34. Come rápido?

1. Sim
2. Não
99. NR

35. Perda de apetite

1. Sim
2. Não
3. NR

DADOS CLÍNICOS**36.** Alterações no Trato Gastro Intestinal:

1. Odinofagia (dor durante a deglutição)
2. Dispepsia (indigestão)
3. Vômitos (persistente por 2 semanas)
4. Azia
5. Disfagia (dificuldade de engolir)
6. Flatulências (gases)
7. Diarreia (persistente por 2 semanas)
8. Nauseas

37. Hábito Intestinal (quantas vezes você tem evacuações)

1. Diariamente
2. Até 3 dias
3. Mais de 3 dias
4. Outro: _____

38. Qual a consistência das fezes?

1. Ressecadas
2. Amolecidas
3. Em grumos
4. Diarreicas
5. Explosivas
6. Pequenas esferas
7. Formadas

39. O senhor(a) perdeu peso de forma não intencional nos últimos 6 meses?

1. Sim
Quantos quilos emagreceu? _____
2. Não.
3. Desconhece

40. Alterações e/ou doenças apresentadas

1. Distúrbio da tireoide
2. Cardiopatia
3. Hipertensão
4. Diabetes
5. Câncer
6. Osteoporose
7. Depressão
8. Dislipidemia
9. Pneumonia

41. Faz ou já fez acompanhamento nutricional?

1. Sim Há quanto tempo? _____
2. Não

42. Qual a hora ou parte do dia que se sente mais disposto (a)?

1. Manhã
2. Tarde
3. Noite
4. Outro _____

43. Normalmente, dorme quantas horas por noite?

44. Acorda de madrugada?

1. Sim
2. Não

45. O(a) senhor (a) tem algum problema com o sono?

1. Sim. Qual? _____
2. Não

46. Toma algum remédio pra dormir?

1. Sim Qual? _____
2. Não
3. Quem passou? _____

ATIVIDADE FÍSICA**47.** Faz algum tipo de Atividade Física?

1. Sim
2. Não

48. Qual frequência? _____**49.** Qual duração? _____**50.** A realização da atividade física é:

1. Jejum
 2. Alimentado
- Tipo de alimento? _____

AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE NUTRICIONAL**51.** De um modo geral, como o senhor(a) avalia a sua saúde no momento atual?

1. Muito Boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito Ruim

52. De um modo geral, como o senhor(a) avalia o seu estado nutricional no momento atual?

1. Muito Bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito Ruim

53. De um modo geral, como o senhor(a) avalia o seu cuidado com a alimentação?

1. Muito Bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito Ruim

54. Como o senhor (a), avalia a sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?

1. Melhor
2. Igual
3. Pior

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

55. Lado aferido

1. Esquerdo
2. Direita

Dados antropométricos	Data	Referências
Peso (Kg)		-
Altura (cm)		-
IMC		≤ 22 Baixo peso > 22 e < 27 Eutrofia ≥ 27 Sobrepeso
C. Cintura		> 94cm Masculino > 80cm Feminino Valor <input type="checkbox"/> para Risco elevado
C. Quadril		
C/Q *		> 1 Masculino > 0,85cm Feminino Valor <input type="checkbox"/> para Risco elevado
C. Braço		
C. Panturrilha		≥ <input type="checkbox"/> 31cm - Adequada

*Relação cintura-quadril

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**Estilo de Vida e Estado Nutricional: condições associadas ao envelhecimento saudável**”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

o trabalho Estilo de Vida e Estado Nutricional: condições associadas ao envelhecimento saudável terá como objetivo geral analisar a influência do estilo de vida no estado nutricional dos idosos residentes no Condomínio Cidade Madura.

Ao voluntário só caberá à autorização para preenchimento dos questionários auto aplicáveis e submeter-se a avaliação antropométrica (aferição de peso, altura e circunferências: cintura, quadril, braço e panturrilha) e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 99628.1910 com Vanessa Ticianne V. de A. M. Braga.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

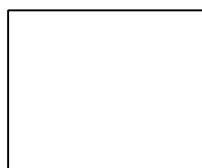
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

- Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

 Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio
 Orientadora

 Vanessa Ticianne V. de A. M. Braga
 Orientanda

 Impressão Datiloscopia
 Participante



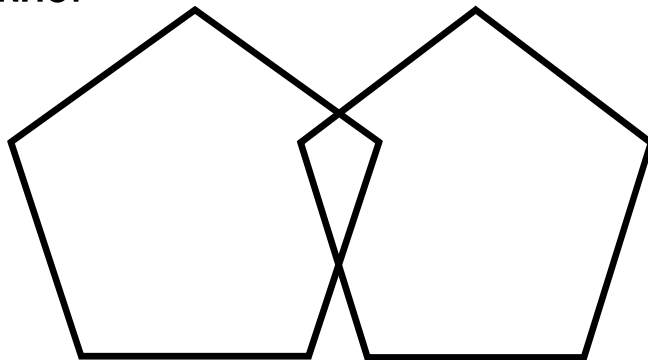
ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

STATUS MENTAL			
Instruções; Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.	CERTO	ERRADO	NR
1. Que dia é hoje?	1	0	99
2. Em que mês estamos?	1	0	99
3. Em que ano estamos?	1	0	99
4. Em que dia da semana estamos?	1	0	99
5. Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)	1	0	99
6. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão).	1	0	99
7. Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo)	1	0	99
8. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	1	0	99
9. Em que cidade nós estamos?	1	0	99
10. Em que estado nós estamos?	1	0	99
Vou dizer 3 palavras, e o/a senhora/a irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Falar as três palavras em seqüência. Caso o idoso não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue a primeira tentativa)			
11. Carro	1	0	99
12. Vaso	1	0	99
13. Tijolo	1	0	99
Gostaria que o/a senhora/a me dissesse quanto é (Se houver erro, corrija e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se corrigir).			
14. 100 - 7	1	0	99
15. 93 - 7	1	0	99
16. 86 - 7	1	0	99
17. 79 - 7	1	0	99
18. 72 - 7	1	0	99
O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? Atenção: o entrevistador não deve dizer as palavras.			
19. Carro	1	0	99
20. Vaso	1	0	99
21. Tijolo	1	0	99
22. Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
23. Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. (Considere somente se a repetição for perfeita)	1	0	99
Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Falar todos os comandos de uma vez só)			
25. Pega a folha com a mão correta	1	0	99
26. Dobra corretamente	1	0	99
27. Coloca no chão	1	0	99
28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: “FECHE OS OLHOS”	1	0	99
29. Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Escrever a frase na próxima folha) (Oferecer esta folha ao idoso, cobrindo os itens ate este ponto)	1	0	99
30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o/a senhor/a copiasse, tentando fazer o melhor possível. (O idoso deverá desenhar na folha em branco depois desta. Considere	1	0	99

apenas se houver 2 pentágonos interseccionados e 10 ângulos, formando uma figura com 4 lados e 2 ângulos)			
---	--	--	--

C 29. FRASE:

C 30. DESENHO:



ANEXO B – ESCALA DE ESTILOS DE VIDA PARA IDOSOS - EEVI

Este questionário destina-se à avaliação dos seus Estilos de Vida.

Os dados recolhidos são absolutamente confidenciais, respeitando o anonimato pelo que se solicita sinceridade e objetividade no preenchimento do referido questionário.

Em relação a cada uma das questões apresentadas, atenda à seguinte forma de responder: de acordo com a sua opinião ou sentimento, pontue a sua resposta, preenchendo o círculo respectivo, de acordo com a seguinte escala:

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Algumas vezes
- 4 – Frequentemente
- 5 – Sempre

Antes de começar, certifique-se de que compreendeu o que se pretende e a forma de responder. Por favor, responda a todas as questões.

1	Prático o exercício físico que a minha saúde permite (p.e.: andar a pé, nadar, etc.).	1	2	3	4	5
2	Converso com outras pessoas.	1	2	3	4	5
3	Fico parado(a) a maior parte do dia.	1	2	3	4	5
4	Costumo ir ao médico para controlar a minha saúde.	1	2	3	4	5
5	Costumo realizar atividades em grupo (p. e.: jogos de cartas).	1	2	3	4	5
6	Bebo 4 ou mais copos de água por dia.	1	2	3	4	5
7	Procuo manter-me fisicamente ativo(a).	1	2	3	4	5
8	Faço exames de rotina para controlar a minha saúde (p. ex.: diabetes, tensão arterial).	1	2	3	4	5
9	Tenho bons amigos com quais posso contar.	1	2	3	4	5
10	Faço exercício físico regularmente (três ou mais vezes por semana).	1	2	3	4	5
11	Sempre que posso procuro ajudar os outros.	1	2	3	4	5
12	Costumo passear (viagens ou simplesmente ir à praia ou ao jardim).	1	2	3	4	5
13	Procuo não me irritar com coisas sem importância.	1	2	3	4	5
14	Realizo atividades ao ar livre sempre que posso (p.ex. passear, jardinagem).	1	2	3	4	5
15	Tenho boas relações com as pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4	5
16	Frequento atividades culturais (p.ex. cinema, teatro, exposições, musica ao vivo).	1	2	3	4	5
17	Tento não pensar demasiado nos problemas.	1	2	3	4	5
18	Evito alimentos com muita gordura.	1	2	3	4	5
19	Sinto-me integrado(a) na comunidade em que vivo.	1	2	3	4	5

20	Dedico-me a um passatempo que me ocupa pelo menos 3 horas por semana (p.ex. render, dominó, jogos de cartas, pintura, etc.).	1	2	3	4	5
21	Levo os meus problemas muito a peito.	1	2	3	4	5
22	Evito comer alimentos salgados.	1	2	3	4	5
23	Quando preciso tenho quem me ajude.	1	2	3	4	5
24	Fico muito tempo a “magicar” nas coisas que correm mal.	1	2	3	4	5
25	Consumo de preferência alimentos grelhados ou cozidos.	1	2	3	4	5
26	Costumo encontrar-me com os meus familiares.	1	2	3	4	5
27	Os meus amigos visitam-me.	1	2	3	4	5

* **Referência:** Ribeiro, A. L. E. (2009). Influência do *copíng* e dos estilos de vida no BES e na saúde dos idosos. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Faro.

ANEXO C – MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL - MAN®

Nome: _____ Data: ____/____/____
 Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ (kg) Altura: _____ (cm)

<p>A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão</p>	<p>K O indivíduo consumo: - pelo menos 1 porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte e derivados)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não - Duas ou mais porções de legumes e ovos por semana? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não - Carne, peixe ou aves todos os dias? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»</p>
<p>B Perda de peso nos últimos meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso</p>	<p>L Consome duas ou mais porções de frutas ou vegetais por dia? 0 = não 1 = sim</p>
<p>C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal</p>	<p>M Qual a quantidade de líquidos (água, sucos, café, chá, leite etc.) consumida por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos</p>
<p>D Passou por algum <i>stress</i> psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não</p>	<p>N Como se alimenta? 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade</p>
<p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos</p>	<p>O Como ele percebe seu estado nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional</p>
<p>F Índice de massa corporal (IMC) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<p>P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como ele considera seu estado de saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor</p>
<p>Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G – R</p>	<p>Q Medida da circunferência do braço (cm) 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22</p>
<p>Avaliação Global</p>	<p>R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31</p>
<p>G Vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não H Utiliza mais de 3 medicamentos por dia? 0 = sim 1 = não</p>	
<p>I Possui escaras ou úlceras de pele? 0 = sim 1 = não</p>	

Referencias

1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging. 2006; 10:456-465.
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront. 2001; 56A: M366-377
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006; 10:466-487.
- ® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Avaliação Global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem _____

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional:

- de 24 a 30 pontos _____ normal
- de 17 a 23,5 pontos _____ sob risco de desnutrição
- menos de 17 pontos _____ desnutrido