

Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Isabela Leão Gonçalves de Souza

Carla Santos Bastos

João Marcos Luiz da Silva

João Pedro Rodrigues Garcia

Nayara Ribeiro Dantas

**ANÁLISE DA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NA UNIVERSIDADE ABERTA À
PESSOA IDOSA (UniAPI) PARA OCORRÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS E SÍNDROMES GERIÁTRICAS**

Anápolis, Goiás

2025

Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**ANÁLISE DA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NA UNIVERSIDADE ABERTA À
PESSOA IDOSA (UniAPI) PARA OCORRÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS E SÍNDROMES GERIÁTRICAS**

Trabalho de Curso apresentado à Iniciação Científica do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Profa. Dra. Jalsi Tacon Arruda.

Anápolis, Goiás

2025

ENTREGA DA VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

À

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade de Medicina – UniEvangélica

Eu, orientadora Prof.^a Dra. Jalsi Tacon Arruda venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os acadêmicos: Isabela Leão Gonçalves de Souza, Carla Santos Bastos, João Marcos Luiz da Silva, João Pedro Rodrigues Garcia, Nayara Ribeiro Dantas, estão com a versão final do trabalho pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declaro ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações: -

Anápolis, 28 de abril de 2025.



Dra. Jalsi Tacon Arruda
Medicina - Morfofuncional
UniEvangélica

Dra. Jalsi Tacon Arruda

RESUMO

O envelhecimento populacional ocasiona mudanças no perfil demográfico, nutricional e epidemiológico. Há um aumento de idosos com carências nutricionais, da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, por síndromes geriátricas e doenças mentais. Fatores ambientais, sociais, econômicos e alimentares contribuem para a fragilidade das pessoas idosas, mais propensas a quedas, iatrogenia, outras complicações e doenças secundárias. Este estudo avaliou os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e síndromes geriátricas em pessoas idosas atendidas na UniAPI. Realizou-se um estudo transversal, quantitativo, baseado na coleta de dados sociodemográficos, de saúde, hábitos de vida e testes que avaliam síndromes geriátricas. Os questionários foram aplicados resultando em um número amostral diferente para cada um dos testes. Foram 85 amostras dos dados sociodemográficos e observou-se prevalência do sexo feminino, de viúvos, com idade entre 70 e 79 anos, etnia parda, escolaridade entre 8 anos e ensino médio completo, renda de 1 a 2 salários-mínimos. Quanto ao estilo de vida e perfil nutricional 76 pessoas foram avaliadas. A autopercepção da saúde melhorou no último mês; 63,2% não fumam; 84,21% não consomem álcool. A maioria realiza as grandes refeições e consome 6-10 copos/dia de água; 26,32% realizam atividade física vigorosa e 23,68% praticam atividades moderadas. Sobre a dor muscular uma minoria relatou que as regiões mais afetadas foram a lombar, joelhos e costas. A maioria utiliza medicamentos para doenças cardiovasculares, hiperlipidemia e psicopatologias. Foram avaliadas 109 pessoas para antropometria e pressão arterial, 50% apresentaram sobrepeso e relação cintura/quadril aumentada; 38,8% com pré-hipertensão. Sobre os testes para as síndromes geriátricas, foram avaliadas 86 pessoas com o Mini Exame do Estado Mental que indicou perda cognitiva leve em 42,7%, déficit na memória recente em 45,1% e 8,5% preservaram as habilidades de cálculo e memória operacional. Dos 97 testes da Mini Avaliação Nutricional 67% estavam com o estado nutricional normal e 1,1% apresentaram desnutrição. No Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz, foram avaliadas 109 pessoas, das quais 60,55% foram independentes para todas as atividades e 39,45% independentes para todas as atividades menos uma, sobretudo para continência. Na Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos, a maioria dos 76 entrevistados possui baixo risco para ocorrência de adversidades. Na Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de 15 questões, participaram 110 pessoas das quais 83,8% não tinham depressão, 14,6% com depressão leve e 1,8% transtorno depressivo severo. A Escala para Rastreamento do Risco de Desenvolver Sarcopenia, indicou sarcopenia em 1,99% dos 101 entrevistados. Conclui-se que, apesar da influência duradoura de hábitos de vida antigos na composição corporal dos idosos, evidenciado pela preponderância de sobrepeso; e na saúde, percebido pela presença de doenças crônicas não transmissíveis, a participação em instituições como a UniAPI atua como um fator modificador e protetor contra síndromes geriátricas, observando-se ausência de sedentarismo e um número irrisório de depressão e sarcopenia na amostra.

Palavras-chave: Antropometria. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Índice de Massa Corporal. Saúde da Pessoa Idosa. Saúde Mental.

ABSTRACT

Population aging causes changes in the demographic, nutritional and epidemiological profile. There is an increase in the number of elderly individuals with nutritional deficiencies, morbidity and mortality due to chronic non-communicable diseases, geriatric syndromes and mental illnesses. Environmental, social, economic and nutritional factors contribute to the frailty of elderly individuals, who are more prone to falls, iatrogenesis, other complications and secondary diseases. This study evaluated the risk factors for chronic non-communicable diseases and geriatric syndromes in elderly individuals treated at UniAPI. A cross-sectional, quantitative study was carried out, based on the collection of sociodemographic, health, lifestyle and test data that assess geriatric syndromes. The questionnaires were applied, resulting in a different sample size for each test. There were 85 samples of sociodemographic data and a prevalence of females, widowers, aged between 70 and 79 years, brown ethnicity, between 8 years of schooling and high school completion, and income of 1 to 2 minimum wages was observed. Regarding lifestyle and nutritional profile, 76 people were evaluated. Self-perception of health improved in the last month; 63.2% do not smoke; 84.21% do not consume alcohol. Most eat large meals and drink 6-10 glasses/day of water; 26.32% perform vigorous physical activity and 23.68% practice moderate activities. Regarding muscle pain, a minority reported that the most affected regions were the lower back, knees and back. Most use medications for cardiovascular diseases, hyperlipidemia and psychopathologies. 109 people were evaluated for anthropometry and blood pressure, 50% were overweight and had an increased waist/hip ratio; 38.8% had pre-hypertension. Regarding the tests for geriatric syndromes, 86 people were evaluated with the Mini Mental State Examination, which indicated mild cognitive loss in 42.7%, deficit in recent memory in 45.1%, and 8.5% preserved calculation and working memory skills. Of the 97 tests of the Mini Nutritional Assessment, 67% had normal nutritional status and 1.1% presented malnutrition. In the Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, 109 people were evaluated, of which 60.55% were independent for all activities and 39.45% independent for all activities except one, especially for continence. In the 10-minute Compact Geriatric Assessment, most of the 76 interviewees had a low risk of adversity. The 15-question Short Form Geriatric Depression Scale was answered by 110 individuals, of whom 83.8% had no depression, 14.6% had mild depression, and 1.8% had severe depressive disorder. The Sarcopenia Risk Screening Scale indicated sarcopenia in 1.99% of the 101 interviewees. It is concluded that, despite the lasting influence of old lifestyle habits on the body composition of the elderly, evidenced by the preponderance of overweight; and on health, perceived by the presence of chronic non-communicable diseases, participation in institutions such as UniAPI acts as a modifying and protective factor against geriatric syndromes, observing an absence of sedentary lifestyle and a negligible number of depression and sarcopenia in the sample.

Keywords: Anthropometry. Noncommunicable Diseases. Body Mass Index. Health of the Elderly. Mental Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1. Perfil sociodemográfico e terceira idade	10
2.2. Perfil nutricional e estilo de vida	11
2.3. Composição corporal e pressão arterial.....	12
2.4. Doenças Crônicas Não Transmissíveis	13
2.5. Síndromes Geriátricas	14
3. OBJETIVOS	17
3.1. Objetivo geral.....	17
3.2. Objetivos específicos	17
4. METODOLOGIA	18
4.1. Tipo de estudo e local da pesquisa	18
4.2. População e amostra	18
4.2.1. Critérios de inclusão.....	18
4.2.2. Critérios de exclusão	18
4.3. Coleta de dados	19
4.4. Etapas e procedimentos para coleta de dados	19
4.5. Mensurações	21
4.6. Testes para Síndromes Geriátricas (Anexo 1)	23
4.7. Análises dos dados coletados.....	26
4.8. Aspectos éticos.....	26
5. RESULTADOS	27
5.1 Dados sociodemográficos.....	27
5.2 Estilo de vida e perfil nutricional das pessoas idosas.....	29
5.3 Perfil da composição corporal das pessoas idosas utilizando indicadores antropométricos	34
5.4 Pressão arterial.....	35
5.5 Doenças crônicas não transmissíveis nas pessoas idosas	36
5.6 Síndromes geriátricas	36
6. DISCUSSÃO	46
6.1 Dados sociodemográficos.....	46
6.2 Estilo de vida e perfil nutricional das pessoas idosas.....	48
6.3 Perfil da composição corporal das pessoas idosas utilizando indicadores antropométricos	51
6.4 Pressão arterial.....	52
6.5 Doenças crônicas não transmissíveis nas pessoas idosas.....	53

6.6 Síndromes geriátricas	SUMÁRIO	53
6.6.1 <i>Mini Exame do Estado Mental (MEEM)</i>		53
6.6.2 <i>Mini Avaliação Nutricional (MNA)</i>		55
6.6.3 <i>Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD) De Katz</i>		55
6.6.4 <i>Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (TAGA-10 – do inglês, 10-minute Targeted Geriatric Assessment [10-TaGA])</i>		56
6.6.5 <i>Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS) Versão 15 questões</i>		56
6.6.6 <i>Escala para rastreio do risco de desenvolver sarcopenia (SARC-F + CC – do inglês, sarcopenia factor + calf circumference)</i>		57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS		59
REFERÊNCIAS		61
APÊNDICES		71
ANEXOS		85

1. INTRODUÇÃO

A velhice é a etapa final da vida humana e compreende alterações graduais e inevitáveis da idade, sucedida por um estilo de vida saudável e ativo. Esse regime natural causa, conseqüentemente, deterioração do organismo, além de mudanças radicais em todas as esferas da vida do indivíduo, e alteração na dinâmica econômica, política e sanitária do país (MREJEN; NUNES; GIACOMIN, 2023). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, envelhecer é um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de desgaste orgânico do corpo, pertencente a todos da mesma espécie (OPAS, 2003).

O envelhecimento humano é vivenciado de forma heterogênea pelas pessoas, que sofrem influência de diferentes fatores e experiências no curso de vida e manifesta alterações na dimensão física, mental e psicossocial, que são provadas de forma peculiar (SETLIK, 2019). O modo como ocorre essas mudanças determina o envelhecer de forma sadia, embora como um grande desafio.

A diminuição ou perda da capacidade funcional é uma das principais preocupações do envelhecimento, isso porque ocorre a diminuição das habilidades físicas e mentais que são necessárias para executar as atividades de vida diária, como o cuidado pessoal, tomar banho, cozinhar e caminhar de forma independente. Os profissionais de saúde devem conhecer esses processos inerentes à velhice e enxergá-los de forma holística a fim de minimizar os danos sobre a saúde da pessoa idosa (FONSECA *et al.*, 2019).

Envelhecer é um processo contínuo que representa um desafio para diversos profissionais e gestores em saúde. Isso porque há diferentes impasses para responder às demandas físicas, sociais e emocionais desse grupo de indivíduos. A avaliação funcional, quando bem-sucedida, pode fornecer informações importantes sobre o estado de saúde da pessoa idosa e seu estado funcional, sendo, pois, um fator prognóstico de muita importância no meio hospitalar e na avaliação do estado de saúde nessa faixa etária (GUTIERREZ *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o maior erro da população, como um todo, e dos profissionais é considerar que toda alteração sofrida no corpo da pessoa senescente advém do seu envelhecimento natural, tal postura impede a observação precoce e eficaz de doenças não transmissíveis, retardando o tratamento e fortalecendo o quadro das enfermidades. Porém, ressalta-se o perigo de elencar toda e qualquer alteração nessa faixa etária como doença, o que pode levar a realização de exames e tratamentos desnecessários e, conseqüentemente, gerar

debilitações orgânicas (FRANCISCO *et al.*, 2022). A categorização excessiva de mudanças normais da idade como patológicas pode resultar em diagnósticos equivocados, levando à realização de exames e tratamentos desnecessários. Isso não apenas pode aumentar os custos e a carga emocional sobre os pacientes, mas também pode gerar debilitações orgânicas e um comprometimento da qualidade de vida.

Além das intervenções inapropriadas, alterações morfológicas, mentais, fisiológicas, bioquímicas e psicossociais podem levar a pessoa idosa a ter um envelhecimento senil quando mal-conduzido, o que pode induzir o aparecimento das síndromes geriátricas e as doenças crônicas não transmissíveis. A necessidade de promover o envelhecimento saudável gerenciando os fatores de risco é um passo essencial para os aspectos relacionados às síndromes geriátricas e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (CHINA *et al.*, 2021).

As síndromes geriátricas abrangem todas as condições que afetam a capacidade do ser humano senescente de comandar e sustentar a sua própria existência, afetando na funcionalidade das atividades diárias. Assim, fatores externos que contribuam com o aparecimento de síndromes como, incapacidade cognitiva, incontinência urinária, iatrogenia, instabilidade postural, entre outras, acabam por intensificar a brevidade dessa faixa etária (SILVA *et al.*, 2024).

Além disso, as grandes síndromes geriátricas são caracterizadas por serem condições clínicas comuns de alta prevalência e morbidade substancial, que não representam doenças específicas, porém estão associadas à maior incidência de incapacidades e pior prognóstico. A ocorrência dessas síndromes também está associada à fragilidade e vulnerabilidade da pessoa idosa, sendo ainda, marcadores que influenciam na ocorrência e agravamento de patologias secundárias como as doenças crônicas (SÉTLIK *et al.*, 2022).

Sabe-se que estas síndromes podem ser confundidas com alterações inerentes ao envelhecimento, pois suas manifestações podem ser sutis e lentamente progressivas, fato que pode contribuir com a cronicidade de doenças pré-existentes. Por isso, é necessário reconhecer esses sintomas precocemente, através de uma adequada triagem na atenção primária, para evitar o aparecimento das síndromes geriátricas (LEE *et al.*, 2021).

Observa-se que, a faixa etária idosa é, também, a mais acometida por comorbidades, uma vez que as doenças crônicas não transmissíveis têm maior incidência na velhice. Essas doenças estão associadas a incapacidades, com o aumento da vulnerabilidade clínico-funcional, o qual a multimorbidade se faz muito presente e é intensificada por fatores sociais, comportamentais e individuais como: cor branca, tabagismo, menor consumo de verduras, obesidade, pouco acesso à informação e riscos ambientais que contribuem com a

instalação de quadros patológicos (LEITE *et al.*, 2020).

Entretanto, apesar da clara prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e de síndromes geriátricas na população idosa e da relação já estabelecida a alguns fatores, como citado acima, pouco se discute acerca da temática, sobretudo no que tange aos demais aspectos da vida diária que influenciam e geram esse cenário. A identificação e o manejo adequado são fundamentais para promover a saúde e o bem-estar dos idosos, permitindo que mantenham o máximo de funcionalidade e autonomia possível. Um cuidado multidisciplinar é essencial para abordar essas questões de forma eficaz.

Diante do exposto e comentado, o presente estudo avaliou os fatores de risco para ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis e síndromes geriátricas na população atendida na Universidade Aberta à Pessoa Idosa (UniAPI).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Perfil sociodemográfico e terceira idade

A transição demográfica no Brasil tem sido marcada pela queda das taxas de fecundidade, melhorias nos cuidados de saúde e aumento da expectativa de vida (MREJEN, NUNES, GIACOMIN, 2023). Nesse sentido, os termos "envelhecimento da população" e "aumento da longevidade" se referem a quantidade de anos vividos por uma pessoa, ou a média de anos que os indivíduos da mesma geração viverão. Entretanto, o termo "envelhecimento populacional" não pode ser utilizado para indivíduos e suas gerações, mas sim para evidenciar as variações de estrutura etária de uma população (SILVA *et al.*, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais (OMS, 2018). Nos países desenvolvidos, a OMS considera idosa a pessoa com 65 anos ou mais. O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais. Nessa linha, dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que a população brasileira apresenta uma tendência de envelhecimento nos últimos anos. De acordo com esse instituto, houve um aumento desse índice de 44,8, no ano de 2010, para 80 no ano de 2022, resultando em um crescimento de 56% do grupo de pessoas idosas, que passa a corresponder a 15,6% da população brasileira (IBGE, 2023).

Além do envelhecimento populacional generalizado, cita-se que a fração "mais idosa", ou seja, indivíduos com 80 anos ou mais, está aumentando e alterando a composição etária dentro do próprio grupo. A participação desta parcela na população brasileira passou de 1,5 milhões para 4,6 milhões no ano de 2022, enquanto a de indivíduos centenários alcançou 38 mil (IBGE, 2023). Essa importante evidência remete aos estudiosos do tema à preocupação com o aumento das demandas desses segmentos de idade, sobretudo, na área da saúde.

Nesse sentido, considerando o impacto no sistema de saúde, a distinção entre os conceitos senescência e senilidade também deve estar clara. A primeira, é o processo de transformações metabólicas naturais ao nível celular ou o conjunto de fenômenos associados a este processo. Já a segunda, é um processo patológico e gradual do envelhecimento, que ocasiona um declínio no funcionamento dos sistemas corporais, fruto de uma ou mais doenças e agravado por barreiras relacionadas aos fatores ambientais e contextuais, comprometendo, de forma mais intensa, a vitalidade do indivíduo e estando associada ao declínio funcional dos sistemas corporais (SOUZA; QUIRINO, 2022).

Dentro desse cenário, a saúde da pessoa idosa está fortemente ancorada à capacidade

individual de satisfação de suas necessidades biopsicossociais e habilidade física e mental para manter a independência. Essa é resultado da combinação entre fatores intrínsecos e extrínsecos, que leva a uma heterogeneidade entre esses indivíduos ao longo do processo de envelhecimento (DIAS *et al.*, 2021). Sendo importante incorporar esses fatores na análise do contexto de saúde das pessoas idosas.

Questões socioeconômicas, como o nível de renda, são relacionadas positivamente à saúde desse grupo, pois os aumentos na renda propiciam maior acesso a bens e serviços, o que reflete em melhorias no estado geral (TRAVASSOS; COELHO; ARENDS-KUENNING, 2020). Entretanto, infelizmente, as pessoas idosas são mais vulneráveis ao estado de pobreza devido à dificuldade de se recuperarem de um choque negativo sobre a renda e de (re)entrada no mercado de trabalho, devido a queda em sua produtividade e empregabilidade a partir dos 60 anos, resultando em um estado de instabilidade econômica, a qual se configura como um dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que influencia na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (VIANNA *et al.*, 2023).

2.2. Perfil nutricional e estilo de vida

O envelhecimento rápido da população traz inúmeras consequências, tanto para o indivíduo, família e comunidade, como também para as redes de atenção à saúde e planejamento das estratégias de intervenção e prevenção. O que se busca é um envelhecimento saudável, com manutenção da qualidade de vida e independência da pessoa idosa, o que reflete na sua autonomia para fazer tarefas do dia a dia e escolhas como a do preparo e consumo alimentar (PEREIRA; SAMPAIO, 2019).

Nas últimas décadas, o país passou por transformações importantes conhecidas como transição nutricional, transição demográfica e transição epidemiológica. Nesse sentido, o aumento da expectativa é efeito de uma associação de fatores que hoje estão sob controle, essencialmente, pelos avanços da área farmacológica, e também pelas mudanças no estilo de vida da população idosa, pela inserção de novas políticas públicas (ÁVILA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o estado nutricional assume uma importante função na qualidade de vida e de saúde da população. Sendo, ferramentas como o Índice de Massa Corporal (IMC) empregadas para a avaliação do estado nutritivo das pessoas idosas. A coleta dos dados antropométricos permite a produção de informações básicas acerca das variações físicas dos indivíduos e os graus de nutrição, além de possuir baixo custo, fácil e prático (BARCIN GUZELDERE; AKSOY, 2021).

Ainda, de acordo com Pereira; Spyrides; Andrade (2016), nota-se, nesse grupo

etário, a prevalência de sobrepeso no sexo feminino (41,9%) quando comparado ao sexo masculino (31,6%). Essa verdade é reflexo da disparidade dos hábitos de vida e costumes dos gêneros citados, como também dos hormônios que atuam em cada indivíduo biologicamente distinto. Além disso, o sobrepeso se mostra prevalente em pessoas idosas de todas as cores/raças, com exceção da cor amarela. Ainda, fatores como: regionalidade, idade e renda per capita influenciam diretamente ou inversamente no quadro de obesidade e déficit nutricional.

2.3. Composição corporal e pressão arterial

A composição corporal é constituída de tecido muscular, ossos, água e tecido adiposo. No decorrer do envelhecimento a massa magra diminui e se torna nociva para a qualidade de vida da pessoa idosa. Entre os 15 e 98 anos, a adiposidade corporal se intensifica a cada decênio, principalmente em mulheres, se depositando predominantemente no tronco e vísceras. O envelhecimento acarreta diversas alterações na composição corporal, habitualmente sem repercussões no peso corporal e no IMC (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A utilização de indicadores antropométricos, conforme mencionado na pesquisa sobre o estado nutricional da população idosa, é uma ferramenta valiosa nesse processo, pois pode auxiliar na identificação de deficiências nutricionais ou riscos de saúde que podem agravar outras condições existentes. Entre elas, a diminuição da musculatura esquelética é, provavelmente, a mais significativa, e repercute diretamente na qualidade de vida dos indivíduos (BENSBERG *et al.*, 2023).

Nesse contexto, há a predisposição do desenvolvimento da Sarcopenia. Esta é caracterizada pela perda gradual da massa magra e função da musculatura esquelética, o que resulta na perda da força muscular nessa população. Ressalta-se que a força muscular máxima é alcançada por volta dos 30 anos de idade, depois se mantém estável até cerca de 50 anos, idade da qual se inicia o declínio. A sarcopenia pode ser considerada multifatorial, sendo a diminuição da atividade física; perda de placas terminais do neurônio motor; perda de peso; perda de hormônios anabólicos e aumento de citocinas pró-inflamatórias os principais gatilhos (NUNES *et al.*, 2021).

No que tange à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), essa é reconhecida como um elemento de risco significativo para a diminuição da capacidade cognitiva, figurando como um dos principais desafios de saúde pública. Sua manifestação é complexa e se caracteriza pela presença constante de níveis elevados de pressão arterial sistólica superiores a 140 mmHg ou pressão arterial diastólica acima de 90 mmHg. Ainda representa um relevante fator

de risco para eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo os principais elementos de risco identificados: circunferência abdominal ampliada, o sobrepeso e o consumo frequente de gorduras saturadas; tabagismo, o consumo regular de bebidas alcoólicas e a ausência de uma rotina regular de atividades físicas (NASCIMENTO *et al.*, 2023).

2.4. Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Em 2008, a maioria das mortes em todo o mundo, representando 63% do total, foi atribuída a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais incluem principalmente doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, que foram responsáveis pela maior parte dessas mortes (FRANCISCO *et al.*, 2022).

Em 2007, aproximadamente 72% das mortes no Brasil foram causadas por DCNT, enquanto 10% foram atribuídas a doenças infecciosas e parasitárias, e 5% a problemas de saúde materno-infantil. Isso representa uma mudança significativa em comparação com 1930, quando as doenças infecciosas eram responsáveis por 46% das mortes nas capitais brasileiras. Essa transformação ocorreu em um contexto de desenvolvimento econômico e social, acompanhado por avanços sociais e pela resolução dos principais problemas de saúde pública da época (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

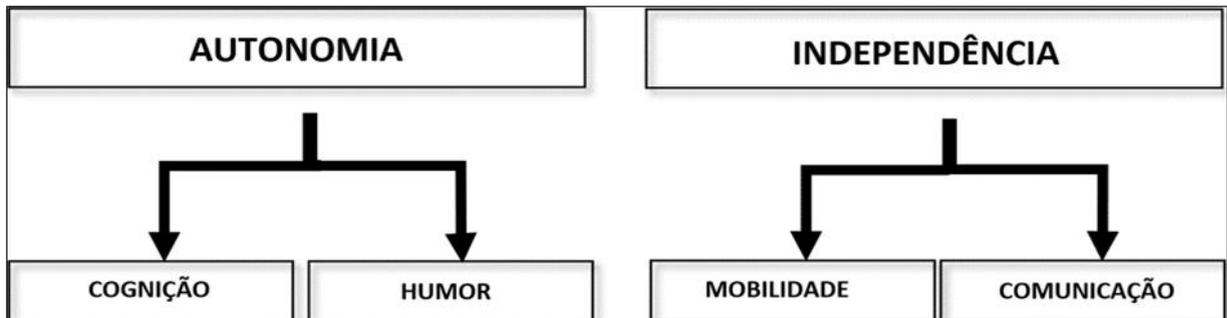
Atualmente, observa-se uma tendência crescente de pessoas idosas que convivem com enfermidades crônicas, as quais estão intimamente ligadas a uma diminuição da capacidade para executar suas tarefas domiciliares. À medida que essa redução na capacidade funcional aumenta, também cresce a preocupação com o bem-estar e a qualidade de vida desses indivíduos. Isso gera impactos não apenas nas vidas deles e de suas famílias, mas também na demanda por serviços de saúde. A consequente vulnerabilidade e dependência na velhice ampliam ainda mais essa preocupação (DANTAS *et al.*, 2021).

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, uma vez que organizações internacionais preveem que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que as pessoas idosas mais velhas (aquelas com 80 anos ou mais) constituirão um grupo etário de expressiva importância numérica (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). No Brasil, a conjuntura não será discrepante (BOCCOLINI *et al.*, 2017; ZANESCO *et al.*, 2020). A transição demográfica e epidemiológica pela qual passou o país modificou a pirâmide etária da população, elevou a expectativa de vida, e aumentou em 45,9% a população idosa acima de 65 anos, no período de 1980 a 2000 (KANSO *et al.*, 2011).

2.5. Síndromes Geriátricas

Síndromes Geriátricas contemplam condições clínicas frequentes nas pessoas idosas, capazes de reduzir consideravelmente a qualidade de vida destes pacientes. Conceitua-se que o surgimento de uma das síndromes acontece após a perda da autonomia e/ou da independência das pessoas idosas (MALTA *et al.*, 2020). A autonomia refere-se à capacidade da pessoa idosa em tomar decisões por conta própria, sendo essa dependente do humor e da cognição. Por outro lado, a independência se refere à capacidade de realizar suas próprias atividades sem ajuda de outrem, esta depende do pleno funcionamento da mobilidade e da capacidade comunicativa dessa população (RIVAS *et al.*, 2023) (Figura 1).

Figura 1. Caracterização das habilidades da pessoa idosa.



Fonte: produzido pelos autores.

A perda de um ou ambos esses parâmetros, somada à redução da reserva funcional que ocorre geralmente com o envelhecimento podem resultar em um estado de fragilidade na pessoa idosa. Tal condição pode ser avaliada, segundo Cristofi, Aguado-Ortego e Gómez-Pávon (2023), por meio do Fenótipo da Fragilidade de Fried, que analisa questões físicas, e por meio da Escala de Fragilidade de Rockwood, que se configura como um modelo mais multidimensional, baseado no acúmulo de déficits em diferentes dimensões.

O primeiro é definido com base em cinco componentes: perda de peso não intencional, autorrelato de fadiga, diminuição da força de preensão, redução da atividade física, diminuição da velocidade da marcha. A partir desses critérios, é possível classificar esse grupo etário em três classes: I) “idoso robusto”, se a pessoa idosa não apresentar nenhum dos parâmetros acima, II) “idoso pré-frágil”, presença de 2 parâmetros, e III) “idoso frágil”, presença de 3 ou mais dos parâmetros relatados (AMJAD *et al.*, 2024).

A segunda, por sua vez, avalia os níveis: funcional, cognitivo, social, comorbidades e síndromes geriátricas, dimensões essas em que a fragilidade resulta em incapacidade e em

dependência. A partir disso, permite classificar a pessoa idosa em saudável-robusta (1 a 3), pré-frágil ou vulnerável (4), fragilidade leve (5), fragilidade moderada (6), fragilidade severa (7) e muito severa ou fim de vida (8) (PINHEIRO *et al.*, 2021). Independentemente da escala escolhida, ambas indicam a presença de fragilidade como um fator de risco e indicador das síndromes geriátricas.

Essas síndromes são também conhecidas como os “7Is”: Incapacidade cognitiva, Incapacidade comunicativa, Iatrogenia, Insuficiência familiar, Imobilidade, Instabilidade postural e Incontinência esfíncteriana (YUKIO *et al.*, 2016). Todas elas, em especial as três últimas, sofrem influência e são variavelmente definidas pelo perfil nutricional e atividade física - que podem, caso inapropriados, levar ao sobrepeso e à obesidade, os quais atuam como fatores de risco para o desenvolvimento das síndromes. Esses âmbitos são muitas vezes negligenciados pelas pessoas idosas, seja por falta de renda ou de acesso a serviços de saúde, seja por declínio funcional ou, até mesmo, por desconhecimento sobre um estilo de vida equilibrado (SÉTLIK *et al.*, 2022).

Nesse cenário, à medida que a expectativa de vida aumenta e a proporção de idosos na população cresce, como observado na elevação de 11,4 milhões para 14,5 milhões de idosos no Brasil entre 1992 e 1999, é crucial implementar abordagens que reconheçam a complexidade das condições de saúde nesta faixa etária (FRANCISCO *et al.*, 2022). Dentre elas tem-se a avaliação geriátrica como um componente essencial e necessário no cuidado, para que haja um diagnóstico abrangente e precoce das comorbidades, facilitando o tratamento e diminuindo riscos de complicações futuras (RAINA *et al.*, 2020). Para isso, diversos testes e questionários consolidados são utilizados na investigação ativa das Síndromes Geriátricas e constituem papel fundamental durante a avaliação médica, sendo imprescindível a capacitação dos profissionais da saúde nesses instrumentos.

Esses aparatos são tabelas e/ou escalas e normalmente separados de acordo com o objetivo da avaliação, sendo observados: a fragilidade, o estado nutricional, o estado funcional, o equilíbrio e marcha, a visão e o estado mental. A investigação pode utilizar: Mini Avaliação Nutricional (MNA); Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Avaliação Geriátrica Compacta de 10 Minutos (TAGA-10); Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS - 15); Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz (KATZ) e Escala para rastreamento do risco de desenvolver sarcopenia (SARC-F + CC) (DUARTE; AMARAL, 2023).

Com base na revisão de literatura, conclui-se que o envelhecimento populacional representa desafios crescentes para a saúde pública devido ao aumento das doenças crônicas

não transmissíveis (DCNT) e das síndromes geriátricas. Fatores sociodemográficos, como renda, escolaridade e estado civil, têm forte influência sobre a saúde dos idosos, sendo que baixos níveis educacionais e econômicos estão associados a piores condições nutricionais e maior prevalência de sobrepeso, obesidade ou desnutrição. Além disso, hábitos de vida inadequados contribuem para alterações negativas na composição corporal, caracterizadas pela diminuição da massa muscular e aumento de gordura abdominal, fatores relacionados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas, como diabetes e hipertensão.

Paralelamente, as síndromes geriátricas afetam significativamente a qualidade de vida, sendo frequentemente confundidas com alterações normais do envelhecimento, o que dificulta seu diagnóstico precoce e manejo adequado. A utilização de instrumentos validados como MEEM, MNA, Escala de Katz, TAGA-10, GDS-15 e SARC-F + CC permite uma avaliação abrangente da saúde física e mental dos idosos, possibilitando intervenções precoces e eficazes. Assim, ressalta-se a necessidade de uma abordagem multiprofissional e integrada para a promoção da saúde dos idosos, prevenindo incapacidades e garantindo autonomia e independência nessa fase da vida.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Descrever a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis e síndromes geriátricas observados nas pessoas idosas atendidas na Universidade Aberta à Pessoa Idosa (UniAPI).

3.2. Objetivos específicos

- Descrever os dados sociodemográficos dessas pessoas idosas;
- Descrever o estilo de vida e perfil nutricional dessas pessoas idosas;
- Traçar o perfil da composição corporal dessas pessoas idosas utilizando indicadores antropométricos;
- Verificar a pressão arterial dessas pessoas idosas;
- Verificar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis nessas pessoas idosas;
- Identificar a ocorrência de síndromes geriátricas nessas pessoas idosas utilizando testes padronizados e validados descritos na literatura médica.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo e local da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, descritivo, de base populacional constituído por pessoas idosas da Universidade Aberta à Pessoa Idosa – UniAPI, localizada na Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, em Anápolis-GO.

4.2. População e amostra

A UniAPI foi pensada em 2014 e teve início prático em 2015, com o intuito de contribuir para um envelhecimento saudável e digno. Promove oficinas, atividades esportivas, lazer, socialização, educação e conscientização ambiental com o objetivo de fortalecer o papel desses indivíduos na sociedade contemporânea. No ano de 2023 havia 145 pessoas matriculadas, de 60 até 90 anos, e são pessoas da classe econômica C (3 a 5 salários-mínimos) e classe D (1 a 3 salários-mínimos – sendo o valor do salário-mínimo em 2023 R\$ 1.320,00) (UniEVANGÉLICA, 2022).

A amostra estudada foi do tipo não probabilística, e sim por convite, durante todo o período da coleta. Dada a complexidade e a densidade dos instrumentos utilizados, a coleta foi realizada de forma individual para cada um dos instrumentos, ou seja, cada instrumento utilizado na pesquisa apresenta um quantitativo de entrevistados específico, sendo aplicados e verificados entre os pesquisadores disponíveis em atividade no momento da coleta.

4.2.1. Critérios de inclusão

Ser pessoa idosa com 60 anos ou mais de idade, ambos os sexos, estar inserido/matriculado nas atividades da UniAPI, compreender e concordar em participar da pesquisa, assinar o TCLE, permitir todas as coletas e avaliações propostas no estudo.

4.2.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos do grupo amostral aquelas pessoas que não tinham capacidade para responder aos instrumentos de avaliação (fatores cognitivos prejudicados pela idade avançada); os que deixaram de responder a algum item do formulário (viés de memória – não fornecer a informação completa e precisa); participantes que mesmo assinando o TCLE desistiram posteriormente da pesquisa.

4.3. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nas dependências físicas da UniEVANGÉLICA, onde funcionam as oficinas do Projeto Universidade Aberta à Pessoa Idosa, no bloco E, nas salas do terceiro andar. As datas foram marcadas com antecedência visando a disponibilidade e conveniência dos indivíduos incluídos no estudo, ocorrendo nos mesmos dias que acontecem os encontros semanais regulares ou aos sábados, em horários previamente determinados para isso, pela coordenação da UniAPI.

Os pesquisadores fizeram uma palestra esclarecedora de forma tênue e didática sobre o estudo, como aconteceriam as etapas e quais os testes envolvidos na pesquisa, e a pessoa idosa foi convidada para participar da pesquisa. Foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) impresso para que o participante lesse e assinasse caso concordasse em participar. Durante essa etapa todos os pesquisadores estiveram disponíveis para conversar com as pessoas e auxiliá-las caso necessitasse.

Após a aplicação de todos os instrumentos, foi obtido uma divergência entre a totalidade de idosos por escala, devido a extensão da realização das entrevistas até a finalização do trabalho, variedade de idosos matriculados na UniAPI por semestre e alteração da adesão à aplicabilidade dos questionários. Assim, alcançou-se um total de 85 indivíduos em Dados sociodemográficos, 76 em Estilo de Vida e perfil nutricional, 109 em Perfil de composição corporal, 109 em Pressão arterial, 86 no MEEM, 97 no MNA, 109 no KATZ, 76 no TAGA-10, 110 no GDS-15 e 101 no SARC-F.

4.4. Etapas e procedimentos para coleta de dados

A população amostral foi submetida a entrevistas e durante esse momento houve o preenchimento de formulários virtuais, que foram aplicados pelos pesquisadores para melhor aproveitamento e participação dos envolvidos, a fim de minimizar possíveis vieses. Os formulários utilizados foram elaborados embasados em outros estudos realizados com a população idosa. A coleta de dados se deu da seguinte forma: iniciou-se com a apresentação da pesquisa, assinatura do TCLE e, posteriormente, a aplicação dos seguintes formulários, que estão disponíveis, em suas versões originais, no Apêndice 2 e no Anexo 1 (que comporta seis questionários acerca de síndromes geriátricas):

- Questionário 1: Dados sociodemográficos;
- Questionário 2: Aferição da pressão arterial e coleta de dados antropométricos;
- Questionário 3: Mini Exame de Estado Mental (MEEM);
- Questionário 4: Mini Avaliação Nutricional (MNA);

- Questionário 5: Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz;
- Questionário 6: Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (TAGA 10);
- Questionário 7: Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS - 15);
- Questionário 8: Escala para rastreio do risco de desenvolver sarcopenia (SARC-F + CC).

Todas as coletas foram realizadas individualmente, para evitar constrangimentos, pela equipe do projeto, com pesquisadores devidamente treinados. Os entrevistados não tiveram sua identidade revelada. No entanto, para posterior identificação durante os encontros, cada pessoa foi identificada com os primeiros três dígitos do seu Cadastro de Pessoa Física (CPF) juntamente com o dia, mês e ano de nascimento. Esse código numérico era único de cada participante para garantir que apenas essa pessoa idosa fosse capaz de ser reconhecida pela equipe de pesquisadores. Esse procedimento visou promover maior organização dos dados coletados e permitir que os critérios de exclusão fossem seguidos à risca.

Cada pesquisador acompanhou uma pessoa idosa por vez durante o 1º encontro. Este pesquisador foi o responsável pelo convite e fez as perguntas do questionário padronizado, para auxiliar na marcação das respostas. Um rodízio entre os pesquisadores foi feito no decorrer dos encontros para coleta, a fim de diminuir a possibilidade de vieses que pudessem surgir devido ao contato recorrente com o mesmo indivíduo pesquisado (para evitar o viés de afinidade com o entrevistador).

As coletas foram efetuadas entre os meses de maio de 2024 e março de 2025. A aplicação das escalas foi realizada a cada 2 semanas, com o propósito de não sobrecarregar o grupo, não atrapalhar o andamento das atividades da UniAPI e de incentivar a adesão à pesquisa.

No primeiro encontro foi realizada a apresentação da pesquisa, o convite aos participantes e a entrega do TCLE. Durante esse momento, todas as pessoas idosas foram orientadas e informadas sobre como aconteceriam as coletas, o motivo, quem faria as entrevistas, os materiais usados e os resultados esperados, além de conscientizar as pessoas idosas sobre as principais síndromes que podem ser encontradas nessa faixa etária.

Ademais, o questionário de coleta de dados sociodemográficos, o qual inclui dados sobre a saúde, tabagismo, etilismo, hábitos alimentares, atividade física, dor musculoesquelética foi preenchido. Após essa etapa inicial do preenchimento do questionário, aproveitando que o participante da pesquisa esteve sentado e relaxado, foi verificada a pressão

arterial numa primeira mensuração. A mensuração da variável pressão arterial seguiu as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2024), a mais recente. Para isso, foi utilizado um aparelho digital automático da marca G-Tech[®], modelo RW450 verificado e aprovado pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). Foi realizada em duas aferições com intervalo de 10 minutos entre cada uma. O participante esteve sentado a pelo menos 5 minutos em repouso, relaxado e com o braço direito à altura do coração, apoiado sobre uma mesa, sendo considerada a aferição de valor mais baixo. A pressão arterial foi considerada alta se sistólica entre 120 e 139 mm de mercúrio (Hg), e diastólica entre 70 e 79 mmHg.

Todas as etapas de coleta de dados e mensurações foram realizadas em uma sala no mesmo andar das atividades da UniAPI, reservada para essa finalidade a fim de reduzir a exposição dos participantes a situações constrangedoras e até mesmo de influenciar nas mensurações.

A coleta dos demais questionários foi feita por períodos, de modo que, durante cerca de um mês e meio os pesquisadores se empenhavam em aplicar um mesmo questionário. Ao final desse período, trocava-se o questionário, por mais um mês e meio, aproximadamente, de modo que, ao final da coleta de dados, todos os formulários fossem aplicados. Essa logística possibilitou obter as respostas dos questionários, mediante a abordagem dos entrevistados que estavam elegíveis e disponíveis em cada período.

Durante a fase de coleta de dados, embora a aplicação dos questionários tenha ocorrido de forma dinâmica, não foi possível assegurar a uniformidade do número de participantes em cada escala. Tal divergência deveu-se a intercorrências observadas durante a execução prática dos testes, influenciadas pelas especificidades do grupo de idosos entrevistados. Como consequência, constatou-se uma variação considerável no número de respondentes: alcançou-se um total de 85 indivíduos em Dados sociodemográficos, 76 em Estilo de Vida e perfil nutricional, 109 em Perfil de composição corporal, 109 em Pressão arterial, 86 no MEEM, 97 no MNA, 109 no KATZ, 76 no TAGA-10, 110 no GDS-15 e 101 no SARC-F. Assim, a quantidade de participantes avaliados nos instrumentos não se manteve semelhante. Ainda, verificou-se a formação de amostras distintas tanto no número total de participantes (N) quanto nas características do público avaliado em cada instrumento.

4.5. Mensurações

Após essa etapa inicial foram feitas as aferições antropométricas. As variáveis antropométricas utilizadas neste estudo foram: Índice de Massa Corporal (IMC),

circunferência abdominal (CAb), relação abdômen-quadril (RAb-Q) e relação abdome-altura (RAb-AI). A variável peso, ou massa corporal, foi aferida com uma balança digital (capacidade para 150 Kg e precisão de 100 g), posicionada em local plano. O participante teve que ser avaliado sem sapatos, agasalhos ou objetos nos bolsos, com o peso igualmente distribuído nas duas pernas em posição ereta sobre a balança.

A variável altura foi aferida com fita métrica de material não elástico, com capacidade de até 150 centímetros (cm), e precisão de 0,1 cm fixada na parede. A estatura foi medida em posição ereta, com o peso corporal igualmente distribuído nas duas pernas, braços relaxados e estendidos ao longo do corpo com as palmas das mãos voltadas para as coxas, os pés unidos e encostados à parede vertical de medida.

Após se obter as variáveis peso e altura, foi calculado o IMC através da divisão do valor do peso (em quilogramas) pela estrutura corporal (em metros ao quadrado). A fórmula utilizada para o IMC é: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$. Os indivíduos foram classificados de acordo com os parâmetros ajustados para a pessoa idosa, que são: “baixo peso” ($IMC < 22 \text{Kg/m}^2$); “eutrófico” ($22-27 \text{Kg/m}^2$), “sobrepeso” ($> 27 \text{Kg/m}^2$) (FREITAS, 2017; WHO, 2021). Este índice antropométrico é reconhecido por sua habilidade em predizer risco a doenças crônicas não-transmissíveis, como obesidade, sobrepeso ou desnutrição.

A variável circunferência abdominal e do quadril foram aferidas com outra fita métrica de material não elástico, com capacidade de até 150 cm, e precisão de 0,1 cm. O pesquisador mediu a circunferência do abdome do participante passando a fita pela linha abaixo do umbigo, caracterizando a região do hipogástrio, imediatamente superior à crista ilíaca, e leitura feita no momento da expiração. A CAb foi classificada em normal ($< 94 \text{cm}$ homens; $< 80 \text{cm}$ mulheres), aumentada ($94-102 \text{cm}$; $80-88 \text{cm}$) e muito aumentada ($> 102 \text{cm}$ para homens e $> 88 \text{cm}$ para mulheres) utilizando os pontos de corte propostos pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO, 2016), que aponta maior risco cardiovascular para valores muito aumentados.

O quadril foi mensurado pela linha dos trocânteres maiores, que formam a maior elevação óssea na parte lateral superior de cada fêmur, na região de maior perímetro entre a cintura e a coxa. A relação abdômen-quadril é um índice utilizado para verificar a presença de gordura na região abdominal, e constitui um elemento para prognóstico de eventos cardiovasculares em adultos. É calculada dividindo-se a medida da circunferência da cintura pela medida da circunferência do quadril. O índice de corte para risco cardiovascular é $< 0,90$ para homens e $< 0,85$ para mulheres (ABESO, 2016). A relação cintura-altura também será estabelecida a partir dos dados obtidos.

É importante ressaltar que todos os equipamentos utilizados durante a pesquisa passaram por calibragem periodicamente. E salientar, ainda, que os participantes da pesquisa foram mantidos sob o mais absoluto sigilo e, quando detectada alguma alteração nos exames realizados durante a anamnese, foi oferecida indicação de tratamento adequado para determinada condição.

A cada novo encontro foi aplicada uma escala impressa para avaliação. As pessoas foram orientadas sobre os procedimentos necessários para a execução daquele teste, sempre acompanhados dos pesquisadores para auxílio nas entrevistas. As peculiaridades de cada teste estão descritas abaixo.

4.6. Testes para Síndromes Geriátricas (Anexo 1)

As escalas, as quais foram impressas, selecionadas para uso na presente pesquisa, se qualificam como entrevistas e foram respondidas pelos participantes juntamente com os pesquisadores, conforme as informações ofertadas pelo grupo de estudo. O participante foi identificado apenas pelo código próprio da pesquisa (como descrito acima). Tais escalas englobam:

Mini Exame do Estado Mental (MEEM): foi utilizada como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho) o faz de maneira superficial. Não serve para diagnóstico, mas serve para indicar quais funções devem ser melhor investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira. A pontuação máxima que pode ser atingida é 30. Interpretação: pontuação mínima de acordo com a escolaridade: analfabetos — 20 pontos; 1 a 4 anos de estudo — 25 pontos; 5 a 8 anos de estudo — 26 pontos; 9 a 11 anos de estudo — 28 pontos; superior a 11 anos de estudo: 29 pontos (BRASIL, 2007). Esse questionário será aplicado de forma individualizada e privada, a fim de não influenciar no resultado de outros participantes. Cada pesquisador ficará responsável por uma pessoa idosa, em uma sala específica (4 pesquisadores e os respectivos indivíduos em teste, ficarão nos cantos de uma mesma sala, porém distantes uns dos outros), longe dos outros não avaliados que serão supervisionados por outro pesquisador. Esse processo perdurará até o fim da meta amostral do dia.

Mini Avaliação Nutricional (MNA): avaliação antropométrica, avaliação global e avaliação dietética para identificar risco nutricional. Os pesquisadores realizaram as perguntas de maneira clara e simples e preencheram o papel conforme as respostas dadas, caso fosse necessário a aferição ou coleta de alguma medida, foi levado em consideração a privacidade do pesquisado, sendo realizada a separação dos participantes em grupos baseados no seu sexo biológico (feminino e masculino), cada grupo teve uma sala reservada para a obtenção dos dados com pesquisadores do mesmo sexo, a fim de garantir maior conforto para os envolvidos.

Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD) De Katz: É um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes. Objetiva avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD. Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções a partir da utilização de um questionário padrão. São classificadas em: (A) Independente para todas as atividades; (B) Independente para todas as atividades menos uma; (C) Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional; (D) Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional; (E) Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional; (F) Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional; (G) Dependente para todas as atividades; (Outro) Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F (BRASIL, 2007). A respectiva escala foi aplicada as pessoas idosas de forma segregada, com pesquisador e pesquisado de mesmo sexo, com o objetivo de tornar o ambiente mais agradável e confortável. Os escores esperados são: independência total, independência parcial e dependência. Também foi realizada em sala de aula previamente reservada.

Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (TAGA-10 – do inglês, *10-minute Targeted Geriatric Assessment [10-TaGA]*): é um instrumento de rastreio multidimensional, desenvolvido e validado com base na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), permite identificar alterações em dez domínios de saúde do indivíduo. Os parâmetros avaliados são suporte social, uso recente do sistema de saúde, ocorrência recente de quedas, número de medicações em uso, funcionalidade, cognição, autoavaliação de saúde, sintomas depressivos, avaliação

nutricional e prova de mobilidade. Cada domínio é pontuado como normal (0,0 pontos), alteração leve (0,5 pontos) ou alteração grave (1 ponto) (BRASIL, 2007). Essa avaliação foi feita de forma simultânea, porém individualizada, no qual cada pessoa idosa ficou sob a vistoria de um pesquisador entrevistador. Os formulários impressos foram preenchidos conforme as exigências e os testes aplicados de forma rigorosa, sem que ocorra interferência de um formulário no outro (uma pessoa idosa receber possível “cola” de outra, devido à proximidade de ambas no espaço físico), a fim de evitar possíveis contradições nos resultados. O ambiente teve o devido espaço para a avaliação do teste de velocidade de marcha.

Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS) Versão 15 questões: Trata-se de um questionário com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A Escala de Depressão Geriátrica não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em pessoas idosas. A cada resposta afirmativa some 1 ponto. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento. Essa avaliação objetiva verificar a presença de quadro depressivo. Avaliações dos resultados: Uma pontuação entre 0 e 5 considera-se normal, 6 a 10 indicam depressão leve e 11 a 15 depressão severa (BRASIL, 2007). O preenchimento foi feito de modo sucinto, claro e delicado, com o objetivo de diminuir possíveis renúncias e desconfortos. A aplicação foi dentro de sala de aula, individualizada e síncrona. Nesse momento de coleta, as pessoas idosas pesquisadas responderam de forma objetiva aos autores da pesquisa. Em casos especiais, foi realizada orientação sobre procura de especialistas nos quadros preocupantes observados.

Escala para rastreio do risco de desenvolver sarcopenia (SARC-F + CC – do inglês, *sarcopenia factor + calf circumference*): Nessa avaliação, seis componentes são considerados: força, ajuda para caminhar, levantar-se de uma cadeira, subir escadas, quedas e circunferência da panturrilha, que é aferida em sua parte mais protuberante. A resposta para cada pergunta recebe uma pontuação de zero a dois pontos de acordo com o grau de dificuldade relatado pelo paciente; nenhum = 0; alguma = 1; muita ou não consegue = 2. A circunferência da panturrilha menor ou igual a 33 cm para mulheres e menor ou igual a 34 cm para homens representa 10 pontos. Um escore final maior ou igual a 11 pontos é um indicativo de sarcopenia (HAACK, 2018). O teste em destaque, foi realizado por meio de

perguntas e execução de teste e manobras que avaliaram o movimento e tonicidade da pessoa idosa. A aplicação se realizou dentro de sala de aula, por todos os pesquisadores, a fim de classificar a população alvo em sarcopênicos ou com tônus muscular preservado, também podendo ser classificados em hígidos ou frágeis. A aferição e coleta de todos os dados foi feita em apenas um ambiente, sem necessidade de apartar o grupo.

4.7. Análises dos dados coletados

Todas as informações coletadas foram tabuladas em planilhas do programa *Microsoft Office Excel*. O processo de tratamento dos dados iniciou-se com a caracterização da amostra populacional, divisão em grupos, recorte dos dados e sua compilação em unidades temáticas, para os achados serem interpretados e discutidos.

Os dados foram analisados por estatística realizada com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Os cálculos incluem a estatística descritiva (frequências absoluta e relativa, média, mediana, desvio padrão (\pm), valores mínimo e máximo e intervalos de confiança).

A qualidade dos dados colhidos foi conferida sempre pelos pesquisadores. Todos os dados gerados com essa pesquisa são de uso exclusivo científico e de responsabilidade da coordenadora do projeto. Os resultados encontrados ao final da pesquisa estão sendo publicados na forma de artigos originais em periódicos indexados.

4.8. Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA, seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisas com seres humanos, sendo respeitados todos os aspectos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O estudo foi aprovado (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE N° 78090124.7.0000.5076, parecer N° 6.764.815, Anexo 2).

5. RESULTADOS

Foram entrevistados, inicialmente, 110 idosos participantes matriculados na UniAPI. Os resultados descritivos foram organizados a partir dos dados obtidos por meio de diferentes instrumentos aplicados durante os encontros. Cada instrumento apresentou uma quantidade distinta de respostas refletindo a variabilidade na participação e no preenchimento das informações pelos entrevistados.

5.1 Dados sociodemográficos

Da amostra analisada, 85 indivíduos responderam ao questionário sobre os dados sociodemográficos. Observa-se uma predominância do sexo feminino em relação ao sexo masculino. No que se refere à idade, 38% dos participantes estão na faixa etária de 60 a 69 anos, 53% entre 70 e 79 anos, 9% entre 80 e 89 anos, e não há registros de indivíduos com 90 anos ou mais. Sobre o local em que nasceram, 19% dos entrevistados nasceram em Anápolis, 41% no interior de Goiás e 40% em outras regiões do Brasil, sendo que nenhum dos idosos nasceram em Goiânia. Além disso, todos os participantes afirmaram residir atualmente em Anápolis, cidade onde o estudo foi realizado.

Em relação a qual à cor da pele os idosos se identificavam, a amostra se divide entre 46% pardos, 36% brancos, 13% negros e 5% amarelos. Sobre o estado civil, 4% dos entrevistados são solteiros, 1% namora, 38% casados, 19% estão divorciados ou separados, 36% são viúvos e 2% estão em união estável, evidenciando uma variedade de situações familiares. A grande maioria, representada por 93% dos participantes, tem filhos.

Em relação à alfabetização, a grande maioria dos participantes sabem ler e escrever. A escolaridade concentra-se entre 4 e 8 anos de estudo (32% e 27%, respectivamente), com 29% tendo completado o ensino médio e 6% o ensino superior e ainda 6% afirmaram não terem ido à escola. Quando perguntados sobre as profissões exercidas, as mais comuns incluem serviços gerais que representam 29%, donas de casa foi 14% e profissionais da área da educação foi 13%, apontando uma diversidade ocupacional. A renda familiar mensal das pessoas idosas estudadas, situa-se em até 1 salário-mínimo para 36% dos entrevistados, entre 1 e 2 salários para 39%, e entre 2 e 5 salários para 19%. A maioria, 92% dos indivíduos, é aposentada.

No que diz respeito ao acesso à saúde, 33% dos entrevistados possuem plano de saúde e 67% afirmaram não ter nenhum tipo de plano de saúde. A religião predominante entre os participantes é a católica 60%. Já em termos de transporte, o ônibus é o meio mais

utilizado por 65%. Esses dados estão disponíveis na tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos das pessoas idosas da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

CATEGORIA	N	%
Sexo		
Masculino	11	13%
Feminino	74	87%
Idade		
60 - 69	32	38%
70 - 79	45	53%
80 - 89	8	9%
90 ou mais	0	0%
Local de nascimento		
Goiânia	0	0%
Anápolis	16	19%
Interior de GO	35	41%
Outros locais	34	40%
Local de residência		
Anápolis	85	100%
Goiânia	0	0
Interior de GO	0	0
Outros locais	0	0
Cor da pele		
Branco	31	36%
Pardo	39	46%
Negro	11	13%
Amarelo	4	5%
Estado civil		
Solteiro(a)	3	4%
Namorando	1	1%
Casado(a)	32	38%
Divorciado(a) ou separado(a)	16	19%
Viúvo(a)	31	36%
Em um relacionamento estável ou união consensual	2	2%
Tem filhos?		
Não	6	7%
Sim	79	93%
Sabe ler?		
Sim	74	87%
Não	11	13%
Sabe escrever?		
Sim	72	85%

Não	13	15%
Quantos anos de escolaridade?		
Até 4 anos	27	32%
Até 8 anos	23	27%
Ensino médio (2º Grau)	25	29%
Ensino superior	5	6%
Não foi a escola	5	6%
Qual era sua profissão antiga?		
Agricultura e Pecuária	3	4%
Construção e Indústria	3	4%
Serviços Gerais	25	29%
Educação	11	13%
Donas de Casa	12	14%
Comércio e Vendas	5	6%
Outros	26	30%
Renda Familiar? (Salários-mínimos)		
Até 1	31	36%
1 a 2	33	39%
2 a 5	16	19%
Mais que 5	5	6%
Aposentado (a)?		
Sim	78	92%
Não	7	8%
Possui plano de saúde?		
Sim	28	33%
Não	57	67%
Religião		
Católico	51	60%
Evangélico	24	28%
Sem Religião	4	5%
Outros	6	7%
Meio de transporte		
Ônibus	55	65%
Carro	24	28%
Uber	1	1%
Outro	5	6%

Fonte: autores (2025).

5.2 Estilo de vida e perfil nutricional das pessoas idosas

Ao todo, 76 pessoas responderam aos questionários desse segmento. A investigação iniciou-se questionando sobre a autopercepção do estado geral de saúde no último mês e,

após, no dia da entrevista. A Tabela 2 mostra uma melhora na percepção das pessoas idosas sobre sua saúde. O percentual de pessoas que classificam sua saúde como "boa" ou "muito boa" aumentou de 47,4% no último mês para 71% hoje. Por outro lado, aqueles que consideravam sua saúde "ruim" ou "muito ruim" caíram de 18,5% para 6,6%. Em relação à hospitalização no último mês, 78,9% dos entrevistados relataram não terem sido hospitalizados ou ficado doentes, enquanto 21,1% afirmaram que sim.

Tabela 2. Autopercepção do estado de saúde, hospitalizações ou doenças das pessoas idosas da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E HOSPITALIZAÇÃO OU DOENÇAS	N	%
No último mês		
Muito bom	5	6,6
Bom	31	40,8
Regular	26	34,2
Ruim	10	13,2
Muito Ruim	4	5,3
Hoje		
Muito bom	9	11,8
Bom	45	59,2
Regular	17	22,4
Ruim	4	5,3
Muito Ruim	1	1,3
Ficou doente ou hospitalizado no último mês		
Sim	16	21,1
Não	60	78,9

Fonte: autores (2025).

Quando investigados sobre o tabagismo, os dados da tabela mostram que 63,2% dos participantes não fumam, enquanto 31,6% são ex-fumantes. A maioria dos fumantes começou a fumar antes dos 20 anos. Em relação à convivência com fumantes, 71,1% não moram com alguém que fuma, enquanto 28,9% moram. O cigarro comum é o tipo mais utilizado entre os fumantes. Além disso, a análise dos dados sobre etilismo revela que a maioria dos participantes, 84,21%, não consome bebidas alcoólicas. Entre os que consomem, parte começou a beber entre 30 e 40 anos, 2,63%, com um pequeno grupo que não se lembra do início, 5,26%. Em relação à quantidade ingerida, os valores são dispersos, com pequenas porcentagens consumindo uma taça ou garrafa de vinho, ou uma a três latas de cerveja, 2,63% cada. Referente ao tipo de fumo, o descritivo numérico pode parecer extrapolar os outros

dados, mas isso ocorre devido ao fato de uma mesma pessoa ter experimentado mais de um tipo de produto tabágico.

Tabela 3. Hábitos pessoais das pessoas idosas matriculadas da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

HÁBITOS PESSOAIS	N	%
Tabagismo		
Tabagista	4	5,3
Ex-tabagista	24	31,6
Não tabagista	48	63,2
Início		
<20 anos	15	39,5
20 - 29 anos	3	7,9
30 - 40 anos	2	5,3
>40 anos	1	2,6
Mora com quem fuma		
Sim	22	28,9
Não	54	71,1
Tipos de fumo		
Cigarro comum	21	27,6
Cigarro eletrônico	0	0,0
Charuto	0	0,0
Cachimbo	1	1,3
Narguilé	0	0,0
Cigarro de baile ou cigarrilha	0	0,0
Cigarro de palha de fumo/tabaco	9	11,8
Nenhum	51	67,1
Quantidade de carteiras de cigarro fumadas por dia		
< 1	8	2,0
> 1	1	5,9
Etilismo		
Consome bebida alcóolica		
Sim	12	15,79
Não	64	84,21
Início		
<20 anos	4	5,26
20 - 29 anos	5	6,58
30 - 40 anos	2	2,63
>40 anos	3	3,95
Não se lembra	4	5,26
Frequência		
1 vez por semana	8	10,53
2 vezes por semana	2	2,63

3 - 4 vezes por semana	0	0,0
Todos os dias ou quase todos os dias	0	0,0
Quantidade ingerida		
1 taça de vinho	2	2,63
1 Garrafa de vinho	1	1,32
1 lata de cerveja	2	2,63
3 latas de cerveja	2	2,63
Não soube dizer	2	2,63

Fonte: autores (2025).

Sobre a alimentação, os dados colhidos mostram, na tabela 4, que a grande maioria dos participantes tem o hábito de tomar café da manhã e almoçar, com 96,05% fazendo essas refeições. O lanche da tarde também é comum, sendo consumido por 68,42% dos entrevistados. O jantar é menos frequente, com apenas 76,32% jantando regularmente. Em relação à ingestão de água, a maioria consome entre 6 e 10 copos por dia, enquanto 26,32% bebem até 5 copos e 14,47% ingerem entre 11 e 15 copos diariamente.

Tabela 4. Hábitos alimentares das pessoas idosas da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

HÁBITOS ALIMENTARES	N	%
Café da manhã		
Sim	73	96,05
Não	3	3,95
Lanche da manhã		
Sim	25	32,89
Não	51	67,11
Almoço		
Sim	73	96,05
Não	3	3,95
Lanche da tarde		
Sim	52	68,42
Não	24	31,58
Jantar		
Sim	58	76,32
Não	18	23,68
Lanche antes de dormir		
Sim	20	26,32
Não	56	73,68
Ingestão diária de água		
Até 5 copos	20	26,32
6 - 10 copos	44	57,89
11 - 15 copos	11	14,47

16 - 20 copos 0 0,0

Fonte: autores (2025).

Em relação a atividade física, os dados da tabela 5 revelam que 56,58% dos participantes não realizam nenhuma atividade vigorosa por pelo menos 10 minutos ao longo da semana, enquanto 26,32% praticam até 3 dias por semana. Em relação a atividade moderada, 30,26% não praticam, enquanto 23,68% praticam até 3 dias na semana.

Tabela 5. Padrões de atividade física das pessoas idosas da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

FREQUÊNCIA DIÁRIA DE ATIVIDADE FÍSICA	N	%
Atividade vigorosa por pelo menos 10 minutos		
Até 3 dias por semana	20	26,32
4 a 5 dias por semana	5	6,58
> 5 dias por semana	8	10,53
Nenhum dia da semana	43	56,58
Atividade moderada por pelo menos 10 minutos		
Até 3 dias por semana	18	23,68
4 a 5 dias por semana	10	13,16
> 5 dias por semana	25	32,89
Nenhum dia da semana	23	30,26

Fonte: autores (2025).

Conforme evidenciado na tabela 6, os dados sobre dor musculoesquelética mostram que a maioria dos participantes relata estar sem dor nas diferentes regiões do corpo, mas algumas áreas apresentam níveis de dor significativos. As áreas com maior presença de dor intensa são a parte inferior das costas e os joelhos. A dor moderada é mais comum nos ombros e na parte superior das costas.

Tabela 6. Distribuição da dor musculoesquelética nas pessoas idosas da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

DOR MÚSCULO ESQUELÉTICA	N	%
Pescoço		
Sem dor	40	52,63
Leve	10	13,16
Moderada	20	26,32
Intensa	6	7,89
Ombros		
Sem dor	35	46,05
Leve	10	13,16
Moderada	25	32,89
Intensa	6	7,89

Parte superior das costas		
Sem dor	38	50
Leve	10	13,16
Moderada	20	26,32
Intensa	8	10,53
Parte inferior das costas		
Sem dor	30	39,47
Leve	10	13,16
Moderada	25	32,89
Intensa	11	14,47
Cotovelos		
Sem dor	70	92,11
Leve	0	0
Moderada	6	7,89
Intensa	0	0
Punhos/mãos		
Sem dor	40	52,63
Leve	10	13,16
Moderada	20	26,32
Intensa	6	7,89
Quadril/coxas		
Sem dor	45	59,21
Leve	10	13,16
Moderada	15	19,74
Intensa	6	7,89
Joelhos		
Sem dor	40	52,63
Leve	10	13,16
Moderada	20	26,32
Intensa	6	7,89
Tornozelos/pés		
Sem dor	35	46,05
Leve	10	13,16
Moderada	25	32,89
Intensa	6	7,89

Fonte: autores (2025).

5.3 Perfil da composição corporal das pessoas idosas utilizando indicadores antropométricos

As aferições se totalizaram em 109 medidas coletadas, tendo em destaque as alterações do IMC e relação cintura/quadril. Observou-se uma prevalência de idosos em sobrepeso, correspondendo a cerca de 45% dos entrevistados, os quais são identificados por

possuir o IMC maior que 27. A prevalência dos números da relação cintura/quadril muito aumentada chama a atenção por se relacionar com os altos números de sobrepeso nessa população. Os dados citados podem ser visualizados na Tabela 7.

Tabela 7. Resultados para a escala de Antropometria, dos idosos da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

CATEGORIA	N	%
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Baixo peso: <22	8	7,3%
Eutrófico: 22-27	52	47,7%
Sobrepeso: >27	49	45%
Relação cintura/quadril		
Normal	23	21,1%
Aumentada	32	29,3%
Muito aumentada	54	49,6%
Relação cintura/altura		
<0,50	20	18,3%
>0,50	89	81,7%

Fonte: autores (2025).

5.4 Pressão arterial

Ao todo, aferiu-se a pressão de 109 participantes. Conforme representado na tabela 8, 34,9% foram classificados com pressão arterial (PA) ótima, possuindo maior prevalência. Em seguida foi identificada uma PA normal, com cerca de 22,9% da população idosa, acompanhada de 22% classificados com pré-hipertensão. Apenas 15,6% foram categorizados com hipertensão arterial sistêmica grau 1 e 4,6% com grau 2. Ainda, vale ressaltar a ausência de hipertensão arterial grau 3 na população alvo.

Tabela 8. Estratificação da pressão arterial dos entrevistados inscritos na UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	N	%
Ótima	38	34,9%
Normal	25	22,9%
Pré-hipertensão	24	22%
HAS 1	17	15,6%
HAS 2	5	4,6%

HAS 3

0

0%

Fonte: autores (2025).

5.5 Doenças crônicas não transmissíveis nas pessoas idosas

Dos idosos analisados, 76 responderam a esse questionário. Sobre os medicamentos de uso contínuo para as doenças crônicas não transmissíveis, os dados mostram que a categoria mais expressiva entre os entrevistados é para doenças cardiovasculares, com 68,42% dos participantes, seguida por hiperlipidemia, 59,21%, e afecções psíquicas, 32,89%. As outras categorias, como afecções tireoidianas, 23,68%, e hiperglicemia, 10,53%, tiveram menor frequência, com neoplasias sendo a menos representativa, presente em apenas 1,32% dos casos. Tais detalhes podem ser verificados na tabela 9. Vale ressaltar que existem intersecções entre os usos de alguns medicamentos, nas quais uma mesma pessoa faz uso de mais de uma categoria, por isso o percentual total ultrapassa os 100%.

Tabela 9. Medicamentos de uso contínuo para doenças instaladas nas pessoas idosas da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

CATEGORIA DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO	N	%
Doença cardiovascular	52	68,42
Hiperglicemia	8	10,53
Hiperlipidemia	45	59,21
Afecções tireoidianas	18	23,68
Afecções psíquicas	25	32,89
Afecções gástricas	10	13,16
Neoplasia	1	1,32
Total	40	209,21

Fonte: autores (2025).

5.6 Síndromes geriátricas

5.6.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

A avaliação da cognição da pessoa idosa, utilizando-se o questionário do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), alcançou 86 respostas. Essa é formada por 18 perguntas e 6 comandos. Os tópicos de pontuação máxima formam: dia do mês, dia da semana, cidade, Estado e identificar os objetos apontados. Já nas categorias de raciocínio matemático ou gramatical, evocação, grafia e copiar o desenho, percebeu-se uma maior divergência entre a população estudada, sendo apenas 8,1% aqueles que possuem a habilidade de cálculo, atenção

e de memória imediata e operacional; e 43% detêm comprometimento da memória recente, recordando de apenas duas das três palavras. Os dados expostos podem ser encontrados na tabela 10.

Tabela 10. Resultados da escala MEEM, dos idosos da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

CATEGORIA	N	%
Orientação tempo espacial		
Dia do mês	86	100%
Dia da semana	86	100%
Mês	82	96,3%
Ano	80	95,1%
Hora aproximada	86	100%
Local	86	100%
Onde	76	90,2%
Bairro	70	82,9%
Cidade	86	100%
Estado	86	100%
Oralidade		
Uma palavra	1	1,2%
Duas palavras	1	1,2%
Três palavras	84	97,6%
Raciocínio matemático e gramatical		
Um acerto	32	37,2%
Dois acertos	17	19,8%
Três acertos	9	10,5%
Quatro acertos	10	11,6%
Cinco acertos	7	8,1%
Soletrou corretamente	2	2,3%
Não soletrou	9	10,5%
Evocação		
Lembrou uma palavra	14	16,3%
Lembrou duas palavras	37	43%

Lembrou todas	35	40,7%
Linguagem		
Acertou um objeto	0	0%
Acertou todos	86	100%
Consciência sintática		
Repetiu “nem aqui, nem ali, nem lá”	84	97,6%
Não repetiu	2	2,4%
Executar comando - “pegue papel com a mão direita, dobre e coloque sobre a mesa”		
Só pegou o papel	0	0%
Pegou o papel e dobrou	11	12,8%
Fez todo o comando	75	87,2%
“Feche os olhos”		
Apenas leu	12	14%
Leu e obedeceu ao comando	74	86%
Grafia		
Escreveu uma frase	58	67,4%
Não escreveu uma frase	28	32,6%
Copiar desenho		
Pontuou	47	54,7%
Não pontuou	39	45,3%

Fonte: autores (2025).

A tabela 11 mostra a relação numérica do comprometimento cognitivo sem viés do grau de escolaridade, considerando todos os indivíduos com o mesmo grau de educação e alfabetizados, sendo a perda cognitiva leve majoritariamente observada na população em estudo, tendo cerca de 41,8% de prevalência. Apenas 23,3% da amostragem apresenta a cognição preservada, ficando em desvantagem em relação àqueles que possuem algum grau de deficiência nas habilidades pertencentes à cognição, situados na janela de análise.

Tabela 11. Classificação da cognição em relação a pontuação final na escala MEEM dos idosos da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

Classificação	N	%
Cognição normal: maior ou igual a 27	20	23,3%
Pontuação 25 e 26: janela de análise	22	25,6%
Perda cognitiva leve: entre 21 e 24	36	41,8%
Perda cognitiva moderada: entre 10 e 20	8	9,3%
Perda cognitiva grave: menor ou igual a 9	0	0%

Fonte: autores (2025).

A tabela 12 fornece a relação básica entre a cognição e os anos estudados pela população idosa da UniAPI, sendo encontrada um predomínio de perda cognitiva no grupo amostral. Foi classificado como perda cognitiva todos aqueles que apresentaram pontuações inferiores a <20 pontos, se analfabetos, <25 pontos, se possuir escolaridade de 1 a 4 anos, <26 pontos, se escolaridade entre 5 a 8 anos, <29 pontos, se 9 a 11 anos de estudos e <29 pontos, se mais de 11 anos de formação.

Tabela 12. Classificação do perfil cognitivo com base na escolaridade, dos idosos da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

Quadro cognitivo	N	%
Normal	34	39,5%
Perda cognitiva	52	60,5%

Fonte: autores (2025).

5.6.2 Mini Avaliação Nutricional (MNA)

O método avaliativo de nutrição da pessoa idosa, foi feito através do questionário Mini Avaliação Nutricional (MNA), onde foram alcançadas 97 respostas, compostas por perguntas diretas. Como resultado, foi evidenciado que a maioria da população entrevistada não apresentava redução da ingesta alimentar após a contabilização das respostas. Entretanto, 28,8% apresentavam uma diminuição (tanto moderada quanto grave) da ingesta alimentar; 1,0% da mobilidade; 4,1% do IMC < 19. Como conclusão da abordagem da escala, 67% mostraram-se com estado nutricional normal, evidenciando que o recorte selecionado demonstra fazer uso de alimentos que compõem uma alimentação balanceada. Isso pode ser visto na Tabela 13.

Tabela 13. Resultados da escala de MNA, dos idosos da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

ESTRATIFICAÇÃO	N	%
Diminuição da ingesta alimentar		
0 = Diminuição grave da ingesta	5	5,1
1 = Diminuição moderada da ingesta	23	23,7
2 = Sem diminuição da ingesta	69	71,2
Perda de peso nos últimos 3 meses		
0 = Superior a três quilos	16	16,5
1 = Não sabe informar	5	5,1
2 = Entre um e três quilos	17	17,5
3 = Sem perda de peso	59	60,9
Mobilidade		
0 = Restrito ao leito ou à cadeira de rodas	1	1,0
1 = Deambula, mas não é capaz de sair de casa	0	0,0
2 = Normal	96	99,0
Stress psicológico ou doença nos últimos 3 meses		
0 = Sim	35	36,0
2 = Não	62	64,0
Problemas neuropsicológicos		
0 = Demência ou depressão graves	19	19,6
1 = Demência ligeira	6	6,2
2 = Sem problemas psicológicos	72	74,2
Índice de Massa Corporal		
0 = (IMC < 19)	4	4,1
1 = (19 ≤ IMC < 21)	3	3,1
2 = (21 ≤ IMC < 23)	14	14,4
3 = (IMC ≥ 23)	76	78,4
Pontuação da Triagem		
Estado nutricional normal - 12 a 14	51	52,6
Sob risco de desnutrição - 8 a 11	40	41,2
Desnutrido - 0 a 7	6	6,2
Possui casa própria		
1 = Sim	96	98,9
0 = Não	1	1,1
Utiliza mais de 3 medicamentos diferentes por dia		
0 = Sim	52	53,6
1 = Não	45	46,4
Lesões na pele ou escaras?		
0 = Sim	14	14,4
1 = Não	83	85,6
Quantas refeições faz por dia?		

0 = Uma refeição	3	3,1
1 = Duas refeições	12	12,4
2 = Três refeições	82	84,5
Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?		
Duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?		
Carne, peixes ou aves todos os dias?		
Nenhuma ou uma resposta "sim" - 0.0	14	14,5
Duas respostas "sim" - 0.5	48	49,5
Três respostas "sim" - 1.0	35	36,0
Consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?		
0 = Não	30	30,9
1 = Sim	67	69,1
Quantos copos de líquidos consome por dia?		
0.0 = menos de 3 copos	5	5,1
0.5 = 3 a 5 copos	20	20,6
1.0 = mais de 5 copos	72	74,3
Modo de se alimentar		
0 = Não é capaz de se alimentar sozinho	2	2,0
1 = Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade	0	0,0
2 = Alimenta-se sozinho sem dificuldade	95	98,0
Tem algum problema nutricional?		
0 = Acredita estar desnutrido	9	9,3
1 = Não sabe dizer	9	9,3
2 = Acredita não ter um problema nutricional	79	81,4
Como classifica a sua própria saúde em relação às outras pessoas?		
0.0 = Pior	4	4,1
0.5 = Não sabe	8	8,2
1.0 = Igual	32	33,0
2.0 = Melhor	53	54,7
Perímetro braquial em cm		
0.0 = (PB < 21)	0	0,0
0.5 = (21 ≤ PB ≤ 22)	2	2,0
1.0 = (PB > 22)	95	98,0
Perímetro da perna (PP) em cm		
0 = (PP < 31)	0	0,0
1 = (PP ≥ 31)	97	100,0
Avaliação Estado Nutricional		
24 a 30 - estado nutricional normal	65	67,0
17 a 23,5 - sob risco de desnutrição	31	32,9

menos de 17 - desnutrido

1

1,1

Fonte: autores (2025).

5.6.3 Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD) De Katz

Ao analisar a independência da pessoa idosa para a realização de atividades básicas de vida diária, com a aplicação do questionário Katz, composto por 6 perguntas, obteve-se 109 respostas. Com o resultado de que todos os entrevistados eram independentes nas categorias: banho, ir ao banheiro, transferência e alimentação. Já na classificação de vestir, 98,17% eram independentes, sendo 1,83% deles completamente dependentes de assistência para essas funções. Percebeu-se maior taxa de variação de respostas acerca da capacidade de continência, ou seja, de controle de esfíncteres, categoria na qual 61,47% eram continentas, 31,20% apresentavam perdas urinárias ou fecais ocasionais e 7,33 % eram incontinentes. Tais dados estão expostos abaixo na tabela 14.

Tabela 14. Resultados para a escala de Katz, dos idosos da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

CATEGORIA	N	%
Banho		
Não recebe assistência	109	100
Recebe assistência somente com uma parte do corpo	0	0
Recebe assistência com mais de uma parte do corpo	0	0
Vestir		
Não recebe assistência	107	98,17
Sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	0	0
Com assistência para pegar ou vestir as roupas	2	1,83
Ir ao banheiro		
Sem assistência	109	100
Assistência para ir ao banheiro ou se higienizar ou vestir após as eliminações	0	0
Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar	0	0
Transferência		
Sem assistência	109	100
Deita-se ou levanta-se da cama ou cadeira com auxílio	0	0
Não sai da cama	0	0
Continência		
Continente	67	61,47
Perdas urinárias e fecais ocasionais	34	31,20
Supervisão para controlar, cateterismo ou incontinente	8	7,33
Alimentação		
Sem assistência	109	100

Assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	0	0
Recebe assistência para se alimentar ou recebe alimentação por sonda	0	0

Fonte: autores (2025).

Ao classificar os idosos de acordo com essa escala, percebeu-se uma polarização em duas das categorias: A (independente para todas as atividades) e B (independente para todas as atividades menos uma) correspondendo, respectivamente, a 60,55% e 39,45% da amostra. Isso indica relativa manutenção da autonomia e independência da população entrevistada.

5.6.4 Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (TAGA-10 – 10-minute Targeted Geriatric Assessment [10-TaGA])

Ao todo 76 responderam à Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (TAGA-10), que prediz o risco de idosos ambulatoriais desenvolverem eventos adversos (perda funcional, hospitalização e morte) em até um ano após uma doença aguda ou crônica descompensada. Os resultados das respostas indicam que a maioria, 65,79%, foi classificada como baixo risco (Tabela 15).

Tabela 15. Classificação da avaliação geriátrica, dos idosos da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

TAGA-10 Estratificação de risco	N	%
Baixo risco	50	65,79
Médio risco	15	19,74
Alto risco	11	14,47
Total	76	100,00

Fonte: autores (2025).

5.6.5 Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS) Versão 15 questões

Ao analisar a população amostral acerca de seu perfil psicológico e transtornos depressivos, notou-se uma distribuição variada entre perguntas com caráter emocional positivo e negativo. Dessa forma, foram alcançadas 110 respostas onde àquelas sobre satisfação com a vida, 92,7%, sentimento de inutilidade, 90,0%, e sorte, 89,1%, correspondem ao resultado de caráter positivo. Entretanto, as perguntas que foram descritas como caráter negativo foram: sentimento de vazio, 30,0%, a frequência com que se aborrece, 37,3%. e a preferência de ficar ou não em casa, 38,2%. Notou-se que a maioria da população se apresenta normal, 14,6% possuem depressão leve e 1,8% exibem sintomas depressivos severos. Os produtos citados estão descritos na tabela 16 e 17.

Tabela 16: Perguntas realizadas no questionário GDS 15, dos idosos da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

Classificação	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Está satisfeito (a) com a sua vida?	102	92,7	8	7,3
Interrompeu muitas das suas atividades?	25	22,7	85	77,3
Acha sua vida vazia?	33	30,0	77	70,0
Aborrece-se com frequência?	41	37,3	69	62,7
Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	96	87,3	14	12,7
Teme que algo de ruim lhe aconteça?	35	31,8	75	68,2
Sente-se alegre a maior parte do tempo?	90	81,8	20	18,2
Sente-se desamparado com frequência?	21	19,1	89	80,9
Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	42	38,2	68	61,8
Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	28	25,5	82	74,5
Acha que é maravilhoso estar vivo (a)?	107	97,3	3	2,7
Sente-se inútil?	11	10,0	99	90,0
Sente-se cheio (a) de energia?	95	86,4	15	13,6
Sente-se sem esperança?	17	15,5	93	84,5
Acha que os outros têm mais sorte que você?	12	10,9	98	89,1

Fonte: autores (2025).

Tabela 17: Classificação, conforme GDS-15, dos idosos da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

CLASSIFICAÇÃO	N	%
Normal (0-5)	92	83,6
Depressão leve (6-10)	16	14,6
Depressão severa (11-15)	2	1,8

Fonte: autores (2025).

5.6.6 Escala para rastreio do risco de desenvolver sarcopenia (SARC-F + CC – do inglês, *sarcopenia factor + calf circumference*)

No que tange a avaliação de risco de sarcopenia e índice de força, e massa muscular, foi utilizada a escala SARC-F + CC, sendo obtidas 101 respostas, 91 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Como resultados teve-se que a maioria da população entrevistada apresentava pouca ou nenhuma dificuldade na realização das atividades questionadas. Entretanto, 22,7% tinham muita dificuldade ou eram incapazes de carregar 5 quilos; 14,84% de subir 10 degraus de escada; 5,90% tiveram 4 ou mais quedas no último ano; e 1,03% tinham dificuldades de atravessar um cômodo. Como conclusão da escala, 98,01% da amostra se mostrou não sarcopênica e 1,99% com sarcopenia. Isso pode ser visto na tabela 18.

Tabela 18. Resultados da escala SARC-F +CC, na população idosa da UniAPI, Anápolis, Goiás, Brasil.

PERGUNTAS	N	%
O quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5 kg?		
Nenhuma = 0	60	59,4
Alguma = 1	18	17,9
Muita ou não consegue = 2	23	22,7
O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?		
Nenhuma = 0	94	93,07
Alguma = 1	6	5,90
Muita ou não consegue = 2	1	1,03
O quanto de dificuldade você tem para levantar-se da cama ou da cadeira?		
Nenhuma = 0	82	81,2
Alguma = 1	19	18,8
Muita ou não consegue = 2	0	0
O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas com 10 degraus?		
Nenhuma = 0	63	62,38
Alguma = 1	23	22,78
Muita ou não consegue = 2	15	14,84
Quantas vezes você caiu no ano passado?		
Nenhuma = 0	53	52,50
1-3 quedas = 1	42	41,60
4 ou mais quedas = 2	6	5,90
Média das 2 medidas da panturrilha direita em cm na mulher		
≥ 33 cm = 0	85	84,16
< 33 cm = 10 pontos	6	5,90
Média das 2 medidas da panturrilha direita em cm no homem		
≥ 34 cm = 0	8	7,95
< 34 cm = 10 pontos	2	1,99
Sarcopenia ≥ 11		
0	2	1,99
Sem sarcopenia < 11	99	98,01

Fonte: autores (2025).

6. DISCUSSÃO

Os dados obtidos na pesquisa indicam uma relação sutil entre diferentes fatores de risco e a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis e síndromes geriátricas na população idosa da UniAPI. No entanto, devido ao caráter descritivo do estudo, essas associações devem ser interpretadas com cautela, sem pressupor causalidade direta. Esses achados destacam a importância de considerar as particularidades da amostra e dos instrumentos utilizados, além de sugerirem a necessidade de futuras investigações para aprofundar a compreensão desses fenômenos e subsidiar estratégias preventivas voltadas à promoção da saúde dos idosos.

Os principais achados da pesquisa indicaram uma predominância de mulheres idosas, viúvas, com renda de até dois salários-mínimos e baixa escolaridade; fatores que, apesar das limitações socioeconômicas, não comprometeram a qualidade de vida dessas pessoas, graças à participação ativa em atividades da UniAPI. Observou-se melhora na autopercepção de saúde, baixa prevalência de tabagismo e consumo de álcool, padrão alimentar relativamente saudável, porém com baixa adesão à prática de atividade física vigorosa.

Destacaram-se ainda, alta frequência de dor musculoesquelética e prevalência de sobrepeso e circunferência abdominal aumentada. A pressão arterial dos participantes, em sua maioria, apresentou-se ótima ou normal. Em relação às doenças crônicas, houve destaque para doenças cardiovasculares e hiperlipidemias, além da presença de síndromes geriátricas como perdas cognitivas leves, discreta prevalência de sintomas depressivos leves e baixo risco de sarcopenia. Esses resultados evidenciam um perfil de idosos que, embora expostos a fatores de risco, demonstram manutenção funcional e de saúde.

6.1 Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos evidenciaram um perfil majoritariamente feminino entre os idosos participantes, o que se alinha ao fenômeno da feminização do envelhecimento amplamente descrito na literatura (SILVA *et al.*, 2021; GUEDES; SANTOS; OLIVEIRA, 2021). Essa característica, associada à maior expectativa de vida das mulheres e à sua maior atenção aos cuidados com a saúde, reflete-se na ativa participação em programas de promoção ao envelhecimento saudável, como a UniAPI. Tais iniciativas desempenham papel importante na manutenção da autonomia, na qualidade de vida e na redução de riscos associados a condições de fragilidade na velhice.

A boa qualidade de vida, a baixa prevalência de sintomas depressivos e de sarcopenia, bem como a ausência de idosos sedentários no presente estudo, refletem o impacto positivo da participação regular em atividades físicas, sociais e educativas, semelhantes às observadas em outras instituições como os Centros de Convivência da Terceira Idade (CCTIs) e Universidades Abertas à Terceira Idade (UATIs) (SILVA *et al.*, 2021; LOPES *et al.*, 2021). Dessa forma, a UniAPI se mostra como um importante espaço de promoção do envelhecimento saudável e ativo, favorecendo os achados positivos encontrados.

Nos dados coletados, observou-se uma predominância de mulheres idosas. Além disso, há uma alta taxa de viúvos, o que corrobora com um perfil majoritariamente feminino e sem companheiro, na população estudada. No estudo de Fhon (2021), realizado com 515 idosos, a maioria dos indivíduos eram do sexo feminino, 70,4%, dos quais 63% eram viúvos.

Ainda, em relação à faixa etária, a maior parte dos participantes têm entre 70 e 79 anos. Isso diverge da média encontrada no trabalho do autor supracitado, no qual a população idosa possui idade mais avançada, apresentando 80 anos ou mais, com média de 82,31 anos. Essa discrepância pode ser explicada pela natureza do seguimento de longo prazo do estudo desse autor, em que idosos que começaram o acompanhamento na faixa dos 70 anos permaneceram até atingir idades mais avançadas, em um estudo que durou 10 anos.

A diversidade étnica da amostra deste estudo é grande, com predominância de pardos e brancos. Ribeiro (2024) destaca que a saúde da pessoa idosa tende a ser favorecida pelo contexto sociodemográfico em que o idoso se encontra, explicitando ainda que a longevidade beneficia grupos brancos. Esse fato sugere que as desigualdades raciais podem influenciar o processo de envelhecimento.

Quanto ao estado civil e à estrutura familiar da amostra em questão, há uma maior prevalência de idosos viúvos e casados, além da grande maioria dos participantes possuírem filhos. Isso é corroborado pelo estudo de Santos (2021), no qual foi realizada uma pesquisa do tipo analítico transversal com 25 idosos, em que maioria dos idosos, 48%, também eram viúvos e possuíam baixa escolaridade, além de uma renda familiar modesta, ressaltando que esses fatores sociodemográficos podem afetar negativamente para a condição de dependência da população idosa. Em concordância, Calache (2022), em seu estudo, aponta que idosos viúvos são afetados negativamente na qualidade de vida, em relação às dificuldades no autocuidado, isso porque casais idosos tendem a ser mutuamente dependentes.

Sobre a renda, os resultados da presente pesquisa apontam que a renda familiar mensal da maioria das pessoas idosas estudadas situa-se em até 1 salário-mínimo para 36%, ou entre 1 a 2 salários para 39%, sendo que a maioria, 92% dos indivíduos, é aposentada. Em

relação a isso, o autor Neumann et al. (2021) indica que não há uma associação significativa entre as fontes de renda e a autopercepção de satisfação com a vida, necessidades básicas e saúde. No entanto, observa-se uma tendência de menor satisfação com a vida entre aqueles que se aposentaram devido a invalidez, o que parece estar mais relacionado ao seu estado de saúde.

Considerando que, segundo dados do IBGE (2022), a maior parte da população idosa brasileira vive com até dois salários-mínimos, é possível inferir que o perfil econômico observado neste estudo acompanha a realidade nacional. Mesmo diante de rendas modestas, a manutenção da qualidade de vida parece estar mais relacionada ao suporte social, à participação em atividades de promoção à saúde, como as oferecidas pela UniAPI, do que exclusivamente à condição financeira.

Ainda nesse contexto, Dias *et al.* (2023), concluíram que o grau de escolaridade dos idosos apresenta uma variação direta em relação à renda e a condição de saúde, evidenciando que um menor número de anos de estudo está associado a um maior risco de polifarmácia e hospitalizações pregressas. Ainda, segundo os autores Gomes e Pinto (2022), idosos com melhores condições educacionais e financeiras possuem maior acesso à saúde e ao bem-estar, incluindo práticas sociais, físicas, intelectuais e de lazer. Esse acesso ampliado pode contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, favorecendo a manutenção da autonomia e qualidade de vida na terceira idade.

Com base nos resultados da presente pesquisa, pode-se inferir que, mesmo entre os idosos com menor escolaridade e renda, a participação em programas de convivência e promoção à saúde, como a UniAPI, pode garantir que esses idosos, independentemente de sua formação educacional ou recursos financeiros, tenham acesso a oportunidades que favoreçam sua saúde física e mental. Isso sugere que, além da educação formal e da renda, fatores como o suporte social e a prática de atividades regulares são determinantes importantes para um envelhecimento saudável.

6.2 Estilo de vida e perfil nutricional das pessoas idosas

Em geral, a autopercepção do estado de saúde no último mês difere da autopercepção atual. Houve um aumento na avaliação "muito bom" e "bom" de saúde, sugerindo que, provavelmente, os participantes estejam se sentindo melhores agora em comparação ao mês anterior. Acesso a cuidados de saúde, melhorias em estilo de vida ou resoluções de condições temporárias, podem ter contribuído para essa mudança. Quanto àqueles que ficaram doentes ou foram hospitalizados (n=12) esse fator pode ter afetado negativamente a autopercepção de

saúde. Neste estudo, não foi feita comparação entre idosos e não idosos, mas vale destacar a existência de uma associação entre a autopercepção de saúde regular/ruim de acordo e o avançar da idade (REICHERT *et al.*, 2022).

Os dados evidenciam um panorama interessante sobre o histórico tabágico e etílico dos participantes. A maioria não fuma, enquanto apenas 5,9% são fumantes atuais. A análise do início do tabagismo indica que a maioria dos fumantes começou antes dos 20 anos, sugerindo a influência de fatores sociais e familiares na adoção desse hábito, uma vez que 19,6% dos participantes relataram que irmãos influenciaram seu início no fumo. Destaca-se que o tabaco é o principal fator de risco para as DCNT, além de ser a principal causa isolada evitável de morbidades e óbitos em todo o mundo. Entre as doenças associadas ao tabagismo, incluem-se câncer (pulmão, cavidade bucal, mama, entre outros), doenças respiratórias crônicas, restrição do crescimento intrauterino, predisposição a partos prematuros, entre outras, com ênfase nas doenças cardiovasculares. O tabagismo tem sido relacionado à progressão acelerada da síndrome da fragilidade, uma vez que diversos produtos tóxicos provenientes do cigarro podem induzir um estado inflamatório crônico, com alterações nos biomarcadores inflamatórios (MAHMUD *et al.*, 2021).

No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria dos participantes não consomem álcool. A frequência de consumo também é baixa, com a maioria dos participantes consumindo álcool menos de uma vez por semana. É válido ressaltar que os idosos apresentam a menor taxa de consumo de álcool em comparação com jovens e adultos; no entanto, a vulnerabilidade às consequências prejudiciais do uso de álcool é maior nessa faixa etária. Isso ocorre devido às alterações fisiológicas, como o aumento da gordura corporal, a diminuição da massa muscular e da água nos tecidos, e a redução do metabolismo hepático, que são características do processo de envelhecimento natural e intensificam o efeito do álcool no organismo. Em decorrência dessas mudanças fisiológicas, os níveis de álcool no sangue tendem a permanecer elevados entre os idosos, que começam a vivenciar situações adversas relacionadas ao consumo de álcool, como problemas alimentares e quedas (LANA *et al.*, 2018).

Quanto aos hábitos alimentares, a maioria realiza o café da manhã e o almoço, o que sugere uma alimentação relativamente regular nas refeições principais. No entanto, há uma diferença no consumo de lanches ao longo do dia: enquanto 72,5% fazem um lanche à tarde, apenas 49% lancham pela manhã, e menos da metade realiza um lanche antes de dormir. Esse padrão alimentar deve ser observado, haja vista o risco de instalarem-se quadros de desnutrição no público idoso. Medeiros *et al.* (2021), relatam que uma alimentação adequada

desempenha um papel fundamental na prevenção, manutenção e recuperação da saúde do idoso, ajudando a amenizar as alterações decorrentes do envelhecimento. A dieta deve ser balanceada, com baixo teor de gorduras saturadas e trans, evitando frituras e incluindo alimentos naturais, vegetais, frutas, legumes, fibras, vitaminas e minerais em abundância.

Os dados sobre a frequência de atividade física entre os participantes mostram uma baixa adesão à prática regular, especialmente de atividades vigorosas. Quase metade dos indivíduos não realiza nenhuma atividade vigorosa por pelo menos 10 minutos durante a semana. Em relação às atividades moderadas, a tendência é semelhante. Segundo Soares *et al.* (2021), a prática de atividades físicas é uma forma importante de promover a saúde e diminuir os fatores de risco, trazendo benefícios biopsicossociais. Isso porque, além de ajudar a prevenir doenças relacionadas ao sedentarismo — que costumam ser desencadeadas ou pioradas com o avanço da idade —, os exercícios também contribuem para uma visão mais positiva da autoestima e da autoimagem. Para que essa prática seja adotada pelo grupo estudado, é válido esclarecer sobre os benefícios associados ao exercício físico e as repercussões no dia a dia, como aumento da força, melhora postural e mobilidade, por exemplo (NASCIMENTO; SANTOS, 2023).

Os dados também indicam que uma parcela significativa dos participantes experimenta algum grau de dor musculoesquelética em diferentes regiões do corpo, com destaque para a dor na parte inferior das costas e nos joelhos. Aproximadamente metade dos entrevistados relatou dor na parte inferior das costas, sendo que alguns descreveram a dor como intensa. Essa alta prevalência é preocupante, visto que a lombalgia é uma das principais causas de limitações físicas.

A dor é uma sensação desconfortável e emocionalmente desagradável, relacionada, ou parecida com aquela que ocorre devido a uma lesão tecidual real ou possível (DESANTANA *et al.*, 2020). De acordo com o estudo de Celich e Galon (2009), a dor, quando presente na vida do idoso, perturba, desgasta e enfraquece o que ele possui de mais valioso – a própria vida. Gomes *et al.* (2024), indicaram que a dor crônica, sendo considerada uma doença e não apenas um sintoma, pode afetar significativamente a qualidade de vida e que aspectos como depressão, incapacidade física e funcional, dependência, isolamento social, alterações na dinâmica familiar, dificuldades financeiras, desesperança e sensação de finitude estão frequentemente associados a condições de dor crônica. A dor assume o papel central, guiando e restringindo as decisões e comportamentos da pessoa. A dificuldade em controlá-la resulta em sofrimento físico e emocional, fatores que parecem aumentar a morbidade entre idosos e sobrecarregar o sistema de saúde.

6.3 Perfil da composição corporal das pessoas idosas utilizando indicadores antropométricos

No presente estudo observou-se alterações antropométricas evidenciando uma população idosa com sobrepeso e circunferência abdominal (CC) muito aumentada. Atrelado a literatura, ao atingir a terceira idade o organismo passa por mudanças na composição corporal e redistribuição dessa gordura, além do fato dessa população sofrer uma diminuição da massa muscular (FRIEDRICH *et al.*, 2022). Ainda, o domínio de CC muito aumentada, pode ser justificado pelas alterações fisiológicas e comportamentais que ocorrem naturalmente no organismo senescente, como diminuição da produção de hormônios sexuais em ambos os sexos e tendência ao sedentarismo, o qual culmina em menor gasto energético (ALVES *et al.*, 2021).

A adoção de hábitos saudáveis como uma alimentação regrada e controlada é recomendada, além da realização de exercícios físicos, priorizando a ginástica aeróbica, hidroginástica, caminhada e por último a musculação, com o objetivo de aumentar o consumo de energia acima do estado de repouso e melhorar a flexibilidade, coordenação, força e velocidade, além disso a prática regular de exercícios proporciona benefícios como controle glicêmico, aumento da massa magra, melhoria do perfil lipídico e maior sensibilidade à insulina. (NASCIMENTO; SANTOS., 2023).

Segundo Silveira *et al.* (2020), ainda não há um consenso de qual seria o melhor método diagnóstico de obesidade na população idosa, sendo o Índice de Massa Corporal (IMC) e a Circunferência da Cintura (CC) os mais utilizados para identificar obesidade global e central, respectivamente. Somado a isso, indícios demonstram que, em adultos, o IMC tem alta especificidade, mas baixa sensibilidade para identificar adiposidade. Apesar da controvérsia sobre a acurácia do IMC e CC, estudos mostram que o sobrepeso e a obesidade estão vinculados a um maior número de morte, contribuindo ainda com os aparecimentos de doenças cardiovasculares, apneia obstrutiva do sono, distúrbios metabólicos e alguns tipos de neoplasias (ARAÚJO *et al.*, 2022).

Somado a isso, Medeiros *et al.* (2022) evidencia que grupos da terceira idade praticantes de exercício físico e aqueles considerados sedentários apresentam IMC semelhantes, assim, embora as alterações antropométricas sejam indicativas de risco à saúde do grupo amostral, o estudo corrobora com a insensibilidade do método antropométrico, porém foi observado uma melhor aptidão física na população idosa ativa, reforçando que as habilidades necessárias para as atividades do cotidiano são mantidas e fortalecidas através da prática de exercícios físicos.

6.4 Pressão arterial

Nos resultados obtidos, nota-se a prevalência de PA ótima no grupo amostral, seguida de uma PA normal, pré-hipertensão, HAS 1 e 2, com ausência de HAS 3, situação que pode sugerir o efeito positivo das atividades físicas e das oficinas oferecidas pela UniAPI. A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão sistólica e/ou diastólica ≥ 140 mmHg e/ou ≥ 90 mmHg (QUEIROZ *et al.*, 2020). Essa doença cardiovascular é a alteração orgânica mais comum no âmbito da saúde pública, sendo a maioria relacionada a herança genética, ainda podendo ser influenciada por fumo, álcool, divergência de sexo, etnia, antecedentes familiares, idade, obesidade, estresse e sedentarismo (RIBEIRO *et al.*, 2020).

O predomínio de HAS aumenta é diretamente proporcional à mudança da faixa etária. No Brasil, estudos apontam que a hipertensão arterial atinge cerca de 60% dos idosos (PRADO, 2022). Porém, um estudo mais recente relata que indivíduos entre 65 a 74 anos possuem uma predominância de 52,7% e aqueles com 75 anos ou mais possuem 55%, além disso a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares, podendo afetar órgãos como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, e causar condições graves como AVC, insuficiência cardíaca e renal. (SILVA *et al.*, 2024).

Apesar da maior prevalência de HAS na população idosa, o atual estudo mostra um predomínio de PA ótimo e normal. Esse fato se deve ao ingresso dessa população à UniAPI, o qual permite o indivíduo a ter uma rotina de exercícios e preparo físico, além de orientações e acesso a informação acerca da alimentação e controle adequado da dieta de forma a contribuir com um melhor estilo de vida (BAIL *et al.*, 2023).

Atrelado a isso, segundo Rodrigues (2023) a atividade física regular constitui uma estratégia eficaz na prevenção e controle de fatores de risco cardiovascular, como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus e obesidade, pois essa prática está associada a melhorias significativas nos perfis lipídico e glicêmico, incluindo a redução dos níveis de colesterol total, LDL-C, triglicerídeos, glicemia de jejum, bem como na diminuição da pressão arterial sistólica e diastólica, do peso corporal e do índice de massa corporal (IMC), contribuindo diretamente para a promoção da saúde e a redução de complicações cardiovasculares.

6.5 Doenças crônicas não transmissíveis nas pessoas idosas

A análise dos dados revelou uma alta frequência de doenças crônicas entre as pessoas idosas estudadas, sendo as doenças cardiovasculares as mais prevalentes, presentes em 55% dos participantes, seguidas pela hiperlipidemia, com 47,5%. Esses achados ressaltam a necessidade de cuidados integrados para o controle e prevenção de complicações associadas. As doenças cardiovasculares (DCV), além de frequentes, são consideradas, segundo estudos recentes de carga de doença, a principal causa de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade em idosos (BIANCHESSI *et al.*, 2022), reforçando a importância de estratégias de promoção à saúde e manejo precoce desses agravos.

Além disso, a prevalência de afecções psíquicas e tireoidianas indica a importância de um acompanhamento que aborda aspectos físicos e mentais, visto que essas condições impactam diretamente a percepção de bem-estar dos pacientes. Os transtornos do humor são as condições psiquiátricas mais frequentes entre os indivíduos idosos. Entre elas, destacam-se o Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Distímico, por exemplo. Nessa faixa etária, esses transtornos tendem a se tornar crônicos, são frequentemente subdiagnosticados e subtratados, provocando grande sofrimento psicológico, aumento da dependência funcional, isolamento social, risco de suicídio, deterioração da qualidade de vida e elevando a mortalidade dos indivíduos afetados (MOREIRA *et al.*, 2022).

Embora menos comuns, as afecções gástricas e neoplasias também têm um efeito significativo na qualidade de vida, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e centrada no paciente. Ocupando a segunda posição no Brasil, as neoplasias foram responsáveis por 209.780 (16,6%) mortes em 2015. Dentre esses óbitos, 68,4% aconteceram em indivíduos com 60 anos ou mais, que representam o grupo mais afetado pela mortalidade por neoplasias (CARVALHO; PAES, 2019).

6.6 Síndromes geriátricas

6.6.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Na análise atual, encontrou-se um maior número de indivíduos com perda cognitiva leve e com pontuação de 25 e 26, denominada janela de análise. O Mini Exame do Estado Mental é um instrumento utilizado para avaliação cognitiva, analisando funções como retenção, atenção, orientação, linguagem e evocação, com escore máximo de 30 pontos, distribuídos em duas seções. O desempenho no exame pode ser influenciado pelo nível de

escolaridade dos indivíduos, sendo que escores entre 23 e 24 pontos indicam possível déficit cognitivo. Embora reconhecido por sua eficácia entre profissionais da saúde, no contexto brasileiro ainda não há consenso quanto ao ponto de corte ideal para a identificação de comprometimento cognitivo, o que reforça a necessidade de adaptações do instrumento às especificidades da população idosa nacional (BASTOS *et al.*, 2023).

Estudos observaram o efeito do nível de escolaridade sobre o desempenho no MEEM, atuando como um fator isolado significativo, mostrando diferença relevante entre analfabetos e sujeitos de nível médio e superior (MADRUGA *et al.*, 2024). Segundo Neri *et al.* (2022) o nível de ensino da pessoa idosa tem conexão com o seu desempenho no MEEM, fazendo com que aqueles com baixa escolaridade ou analfabetos apresentam déficit cognitivo e fragilidade, tal relação foi encontrada na amostragem do estudo atual nas pessoas idosas da UniAPI, em que grande parte da população alvo possuidora de escolaridade inferior a 4 anos, está incluída na amostragem daqueles que obtiveram uma perda cognitiva leve.

A pontuação de corte do Mini Exame do Estado Mental varia de acordo com o nível educacional do indivíduo avaliado. Indivíduos analfabetos são considerados cognitivamente preservados com pontuação mínima de 20 pontos. Aqueles com 1 a 4 anos de escolaridade possuem ponto de corte estabelecido em 25 pontos, enquanto indivíduos com 5 a 8 anos de estudo devem atingir, no mínimo, 26 pontos. Para aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade, o ponto de corte é de 28 pontos, e para pessoas com mais de 11 anos de estudo, a pontuação mínima aceitável é de 29 pontos. Valores abaixo dos respectivos pontos de corte sugerem a presença de possível comprometimento cognitivo (SILVA *et al.*, 2024).

Além disso, a prática de exercícios físicos configura-se como um fator relevante a ser considerado na análise da amostra estudada, uma vez que existe uma forte associação entre a prática regular de atividade física e benefícios à função cognitiva. Segundo Machado; Argimon e Bós (2022), o estilo de vida sedentário e a escassa estimulação cognitiva estão relacionados ao aumento do declínio das capacidades cerebrais, sendo a atividade física responsável por apresentar efeito protetor contra o desenvolvimento de demências, observando-se uma diminuição do declínio cognitivo em idosos que mantêm níveis elevados de condicionamento físico, apresentando melhor desempenho em avaliações, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Por fim, é importante ressaltar a vantagem educacional fornecida pela UniAPI, através das oficinas, palestras educacionais, práticas acadêmicas e atividades físicas variadas. Arelado a isso, estudos correlacionam a falta de independência física e mental com a autonomia individual, garantida pelo envelhecimento saudável, no qual foi perceptível o

comprometimento cognitivo daqueles indivíduos que são institucionalizados (COSTA *et al.*, 2021). Logo, torna-se preocupante o declínio observado na população do estudo, visto que ela está inserida em um contexto de maior vantagem, porém ainda se traduz em resultados negativos.

6.6.2 Mini Avaliação Nutricional (MNA)

A Mini Avaliação Nutricional (MNA) é uma ferramenta de controle e avaliação que pode ser utilizada para avaliar idosos sob o risco de desnutrição (MELO *et al.*, 2021). Acerca desse método, Costa *et al.* (2019) concluíram que a maioria dos idosos obesos (80,6%) não realizava o controle ou restrição alimentar, o que pode estar associado ao consumo excessivo de alimentos calóricos e de baixa qualidade nutricional. Silva Júnior *et al.* (2023) alicerça essa ideia, ressaltando que o consumo excessivo desses alimentos pode levar a uma dieta de baixa qualidade nutricional, com alta densidade energética e baixo teor de fibras, aumentando o risco de DCNT.

Esses estudos vêm em oposição aos produtos obtidos na presente amostra, a qual a maioria apresenta estado nutricional normal, com um padrão alimentar saudável. Esses hábitos alimentares vêm em consonância com o estudo de Barbosa *et al.* (2023), onde grande parte dos seus pacientes (72,6%) apresentavam uma dieta classificada como saudável de acordo com o Índice de Qualidade de Vida (IQDR). Outrossim, necessita-se da realização de mais estudos acerca do perfil nutricional da população idosa para que tais incongruências sejam sanadas.

6.6.3 Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD) De Katz

A escala de Katz permite identificar as atividades para as quais o público idoso apresenta dependência, ou seja, necessita de qualquer auxílio para a execução da função ou não a executa (BRITO, MORAIS, FERRAZ, 2024). Com base nela, estudos mostram uma predominância da dependência desse grupo no que tange a higiene pessoal e vestuário (MUNIZ *et al.*, 2016; NUNES *et al.*, 2017; BRITO, SILVA, MOURA, 2021). Leite *et al.* (2020) corrobora e adiciona a esse posicionamento, evidenciando em sua obra dependência parcial para banho, vestir-se e ir ao banheiro, e independência para continência, transferência e alimentação.

Tais dados contradizem, total ou parcialmente, os resultados obtidos com a presente amostra, a qual apresentou uma maior restrição acerca da continência, seja com perdas fecais e/ou urinárias ocasionais, seja com incontinência total, e independência completa ou quase

unânime para, respectivamente, banho e vestimenta. Esse padrão também foi notado por outros estudos como os de Andriolo *et al.* (2016), Pinto *et al.* (2016) e Teles *et al.* (2017), os quais evidenciaram uma maior disfunção esfinteriana quando comparada às outras categorias avaliadas pela escala. Isso sugere a necessidade de maiores estudos acerca do tema e dos fatores envolvidos em resultados discrepantes conforme a população analisada.

Acerca da categorização final, a amostra em questão ficou dividida em dois grandes grupos: A (independente para todas as atividades) e B (independente para todas as atividades menos uma). Esse fenômeno pode estar relacionado ao hábito de atividade física duas vezes na semana implementado pela própria UniAPI a qual os idosos frequentam e a um bom perfil nutricional. Essa hipótese é corroborada por Ikegami *et al.* (2020), que afirmam que a atividade física regular e uma alimentação equilibrada são essenciais para a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa ao longo do tempo e por Azevedo Filho (2018) que discursa que o hábito de exercer atividade física garante aos idosos não só mais atividade, como também melhora a saúde, motiva a autonomia e aumenta o apreço deles pelas próprias habilidades.

6.6.4 Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (TAGA-10 – do inglês, 10-minute Targeted Geriatric Assessment [10-TaGA])

A Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (TAGA-10) identifica o risco de idosos ambulatoriais desenvolverem perda funcional, hospitalização e morte em até um ano após uma doença aguda ou crônica descompensada. Ainda que a maioria tenha sido classificada como baixo risco, aproximadamente a quinta parte foi classificada como de alto risco. Essa classificação auxilia no manejo do paciente ao servir como um parâmetro para estabelecer condutas mais conservadoras ou mesmo abordagem multidisciplinar naqueles que demandam maior cuidado, haja vista o maior risco. Além disso, a TAGA-10 pode ajudar os clínicos a desenvolverem planos de cuidado que considerem as síndromes geriátricas principais e não apenas o problema agudo. Vale ressaltar que uma limitação da TAGA-10 é o fato de que ela não pode ser aplicada a pacientes com gravidade clínica que requerem tratamento hospitalar em tempo integral (HICKMAN *et al.*, 2015; ALIBERTI *et al.*, 2019).

6.6.5 Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS) Versão 15 questões

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15) é composta por 15 perguntas válidas (sim; não) para a avaliação e rastreio de sintomas depressivos em idosos, sendo classificados de acordo com a gravidade e incidência dos sintomas. (VOLZ, *et al.*, 2023). Nesse mesmo

estudo, foi evidenciado que hábitos como sair ou não de casa, de forma isolada, estão diretamente associados com o rastreio positivo para depressão. Essa comparação foi abordada no trabalho atual, onde mais de 40% da amostra prefere tal hábito, corroborando para a prevalência de sintomas depressivos na população idosa da UniAPI.

Além disso, Rocha *et al.* (2021) constataram que a associação de sintomas depressivos com fatores sociodemográficos está bem definida na literatura, com predominância de sintomas em população de situação socioeconômica e de condição de saúde desfavoráveis quando comparado aos que possuem melhores contextos de vida. Nessa mesma pesquisa, os autores analisaram a população adscrita, e concluíram que ser do sexo feminino é apontado como fator associado aos sintomas depressivos. Ao analisar os resultados do presente estudo, foi evidenciado que a população é predominantemente feminina, porém 83,6% desta não apresenta depressão, 14,6% possuem depressão leve e, apenas 1,8% apresentam sintomas depressivos severos, contrapondo a avaliação feita por Rocha *et al.* (2021).

6.6.6 Escala para rastreio do risco de desenvolver sarcopenia (SARC-F + CC – do inglês, *sarcopenia factor + calf circumference*)

De acordo com os dados apresentados neste estudo, no que tange ao questionário SARC-F + CC, a parcela dos entrevistados com maiores alterações foi composta pelo sexo feminino, resultado esse limitado e enviesado pelo número de participantes do sexo masculino nessa escala. Tal informação corrobora o perfil demográfico observado em outros estudos da área, sobretudo nos de Carvalho *et al.* (2025) e Rodrigues *et al.* (2022), que relataram, respectivamente, uma predominância de 71,74% e de 68,4% de mulheres, em comparação com os 28,26% e 31,6% de homens.

Percebeu-se dificuldade significativa de carregar 5 quilos e de subir 10 degraus de escada, a qual, segundo Lenardt *et al.* (2016), pode ser advinda de uma fragilidade física constitucional, marcada por redução da força, resistência e diminuição da capacidade de homeostasia, com aumento da vulnerabilidade do idoso e da dependência, mesmo na ausência da sarcopenia propriamente dita. Acerca de quedas anuais, a maioria da população entrevistada respondeu negativamente a esse critério ou com números menores de quantitativo pelo período, sendo que apenas uma minoria relatou 4 ou mais quedas. Esse fato, pode estar relacionado aos hábitos de atividade física, bom perfil nutricional, ausência de fumo e de etilismo, presentes da majoritária parcela da amostra, os quais, possivelmente, atuam como fatores protetores para essas atividades e para a preservação de massa muscular.

Isso é corroborado por Kemp *et al.* (2021), que mostra que a realização de exercícios físicos ao menos duas vezes por semana está associada à redução, exponencial, do risco de quedas e de sarcopenia, pois ajuda a manter a força muscular e uma vida independente. Tal visão é complementada por Carvalho *et al.* (2025), que descreve que IMC reduzido e desnutrição estão associados a risco aumentado de fraturas, sobretudo no quadril, sendo alimentação adequada e bons hábitos fatores protetores.

Pessoa *et al.* (2024) expande esse conceito ao afirmar que a prática de treinos de resistência, associada com treinos aeróbicos atuam como fatores protetores contra a sarcopenia na população. Essa conjectura condiz com o visto na população avaliada, que apresentou um número irrisório (2) de indivíduos sarcopênicos, fato associado à realização de musculação, dança e hidroginásticas ofertadas a eles pela UniAPI e ao consequente comprimento da panturrilha dentro da faixa da normalidade, sendo esse associado à manutenção da força muscular. Isso também é visto no estudo de Morais e Viebig (2020), no qual, em meio a uma população frequentadora de *Day Care*, onde realizam atividades físicas regulares, apenas 9% da amostra apresentava risco de sarcopenia e ninguém era sarcopênico.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de doenças crônicas não transmissíveis e síndromes geriátricas nas pessoas idosas atendidas na Universidade Aberta à Pessoa Idosa (UniAPI) pode estar associada à existência de fatores de risco negativos e deletérios à saúde. Pessoas senis apresentam uma maior predisposição a fragilidades e alterações orgânicas adquiridas com o avançar da idade, porém o grupo específico em análise possui poucas alterações que possam comprometer a qualidade de vida atual.

As variáveis sociodemográficas, perfil nutricional, composição corporal e pressão arterial encontradas inferem que, as pessoas idosas, predominantemente do sexo feminino dos 70 a 79 anos, pardos, com escolaridade entre 4 e 8 anos, fumantes e não beneficiadas por um plano de saúde, detém o predomínio de doenças crônicas cardiovasculares devido a hábitos de vida e costumes antigos, abandonados ao ingressar à nova rotina de estudos e oficinas físicas, proporcionados pela instituição acadêmica, que ressalta a importância do acompanhamento médico semestral.

Entender os fatores de risco como variáveis de longa data e inerentes aos determinantes sociais justifica a discordância entre as particularidades encontradas e estudos antigos, somente assim torna-se coerente o grupo estudado apresentar grande número de pessoas em sobrepeso, mesmo tendo uma supremacia de idosos realizadores de atividades físicas de grau moderado, com bons hábitos alimentares e dietas balanceadas. Apesar de se observar o predomínio de dados positivos na saúde da população, o elevado risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e demência se mostraram preocupantes.

A organização das atividades da UniAPI permite uma melhor compreensão sobre a população estudada, esclarecendo as influências divergentes que esse grupo tem em comparação aos indivíduos não beneficiados por essa instituição. Com isso, é visível a positividade das oficinas educacionais e físicas na vida da população idosa. Porém, apesar da otimização da qualidade de vida dos ingressantes, ainda é possível que o histórico pessoal tenha um valor sobressalente sobre os dados antropométricos, tornando a distinção dos diferentes grupos, alunos da UniAPI e população geral, enigmática.

Como limitações do estudo, vale destacar: a incapacidade efetiva de rastreamento do grupo amostral, dificultando a linearidade da aplicação dos questionários de forma homogênea; a carga horária dos participantes da UniAPI que se sobrepõe aos horários de aula dos pesquisadores; a recusa de terminar o questionário ao final das aulas; a demora do início das oficinas de maneira integral após o período de férias.

É válido, ainda, salientar que o presente estudo se mostra como pioneiro na pesquisa desse público em específico, possibilitando traçar o perfil integral dos pesquisados e, mais que isso, promover debates e fomentar outros estudos que visem, ao pesquisar esse nicho, forjar estratégias voltadas à promoção e preservação da saúde na pessoa idosa. Destaca-se que mais investigações devem ser feitas a fim de complementar e dar continuidade ao que essa pesquisa inaugurou. No entanto, novos estudos seguidos com rigor científico e metodológico são incentivados para averiguar mais detalhes nessa população, e com isso, contribuir com dados para estudos da senilidade e qualidade de vida nessa faixa etária da vida humana.

REFERÊNCIAS

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**, 2016. 4ª. ed. São Paulo: 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sindrome-metabolica/> Acesso em 11 jan. 2024.

ALIBERTI, M.J., *et al.* 10-minute targeted geriatric assessment predicts disability and hospitalization in fast-paced acute care settings. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 74, n. 10, p. 1637-1642, 2019.

ALMEIDA, O.P. Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 56, n. 3-B, p. 605-612, 1998.

ALVES, C.S.S., *et al.* INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE OBESIDADE EM IDOSOS: DADOS DO ESTUDO BASE. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 15, n. 93. P 270-280, 2021.

AMJAD, A., *et al.* **Inertial measurement unit signal-based machine learning methods for frailty assessment in geriatric health**. *Signal, Image and Video Processing*, v. 19, n. 2, 9 Dez 2024. Acesso em: 7 mar 2025.

ANDRIOLO, B.N.Z., *et al.* Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 14, n. 3, p. 139–144, 2016.

ARAÚJO, G.B., *et al.* Relação entre sobrepeso e obesidade e o desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas não transmissíveis em adultos. **Research, Society and Development**, v.11, n.2, 2022.

ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533–538, 1 dez. 2012.

ÁVILA, D.R., *et al.* Estado Nutricional, índices antropométricos e variação de peso de idosos em tratamento nutricional ambulatorial. **Semina: Ciências biológicas e da Saúde**, v. 40, n. 2, p. 141-156, 2019.

AZEVEDO FILHO, E.R. Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: um estudo nos Prontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v. 9, n. 1, p. 14–23, 2018.

BAIL, A., *et al.* O HISTÓRICO E A IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA PARA A COMUNIDADE: O CASO DA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE DA UNIOESTE DE FOZ DO IGUAÇU. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 5, n. 2, p. 101-108, 2023.

BÁRBARA, C.B.; TANIA, C.A. Estudo comparativo entre os níveis de glicemia venosa e glicemia capilar. **Universitas: Ciência da Saúde**, v. 7, n. 2, p. 29-37, 2009.

BARBOSA, N.N.E., *et al.* Qualidade da dieta e fatores associados em pacientes adultos e idosos atendidos em um ambulatório de nutrição na cidade de Recife, Pernambuco. **Mundo Saúde**, Recife, v. 47, e13672022, 2023.

GÜZELDERE HKB, AKSOY M. Anthropometric measurements and food consumption analysis of older people according to place of residence and gender: A cross-sectional study. **Clin Nutr ESPEN**. 2021 Oct;45:236-244. DOI: 10.1016/j.clnesp.2021.08.018.

BARRETO, M.S; CARREIRA, L; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.

BASTOS, N. V. *et al.* A relevância da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) em idosos do Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, 2023.

BENSBERG, G. C., *et al.* Avaliação Nutricional em idosos: Uma revisão integrativa. **Peer Review**, v. 5, n. 21, 2023.

BEZERRA, A.L.A., *et al.* Perfil epidemiológico de idosos hipertensos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 1, p. 103-107, 2018.

BIANCHESSI, S., *et al.* ESTADO NUTRICIONAL E FATORES DE RISCO DOS COLABORADORES DA UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, RS. Editora Científica Digital eBooks, p. 2110–2120, 1 jan. 2022.

BOCCOLINI, P.M.M., *et al.* Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde - 2013. **Cien Saude Colet** 2017; 22(11):3537-3546.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, 19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em 11 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Caderno de Atenção Básica nº 19, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão (pressão alta): o que é, causas, sintomas, diagnósticos, tratamento e prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>> Acesso em: 04 de nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_situacao_alimentar_nutricional_populacao_adulta.pdf. Acesso em 18 abr. 2023.

BRITO, I.F.S.; SILVA, N.O.; MOURA, M.E.S. Avaliação gerontológica na atenção primária à saúde: atividades cotidianas segundo o índice de Katz. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 24, n. 2, p. 197–211, 8 dez. 2021.

BRITO, K.Q.D.; MORAIS, G.F.C.; FERRAZ, S.B. Índice de katz: um estudo bibliométrico da produção em enfermagem. *Em*: [S. l.]: **Editora Realize**, 2024. Disponível em:

<https://doi.org/10.46943/x.cieh.2023.01.062>

CARVALHO, J.B; PAES, N.A. Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3857-3866, 2019.

CARVALHO, B.D., *et al.* **Vista do Risco de sarcopenia, perfil nutricional e a prevalência de fraturas por quedas em idosos.** Disponível em: <<https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/794/698>>. Acesso em: 22 mar 2025.

CARPENTER, C.R. Preventing Falls in Community-Dwelling Older Adults. **Annals of Emergency Medicine**, v. 55, n. 3, p. 296–298, mar. 2010.

CELICH, K.L.S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 345-359, 2009.

CHINA, D.L., *et al.* Envelhecimento Ativo e Fatores Associados. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 24, p. 141-156, 2021.

COSTA, M.V.G., *et al.* Fatores associados aos hábitos alimentares e ao sedentarismo em idosos com obesidade. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 81-100, 2019.

COSTA, T.N.M., *et al.* Análise do Mini Exame do estado mental de Folstein em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 8319-8336, 2021.

CRISTOFORI, G.; AGUADO-ORTEGO, R.; GÓMEZ-PAVÓN, J. **Concepto y manejo práctico de la fragilidad en neurología.** *Revista de Neurología*, v. 76, n. 10, p. 327–336, 16 Maio 2023. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10478106/>>.

DANTAS, M.N.P., *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Rev Bras Epidemiol** 2021; 24:e210004.

DÉBORA, C.M., *et al.* Prevalência de colesterol total e frações alterados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

DESANTANA, J.M., *et al.* Definição de dor revisada após quatro décadas. **BrJP**, v. 3, p. 197-198, 2020.

DIAS, F.S.S., *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6361-e6361, 2021.

DIAS, M.P.B., *et al.* Baixa escolaridade, polifarmácia e declínio funcional são fatores associados à hospitalização de idosos: estudo transversal. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 13, n. 87, p. 13031-13044, 2023.

DOS SANTOS CALACHE, João Pedro *et al.* Viuvez: modificações no autocuidado e na saúde entre pessoas idosas. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 1, p. 29-42, 2022.

DUARTE, P.; AMARAL, J. **Geriatría: prática clínica**. 2. ed. Barueri: Manole, 2023. *E-book*. p.Capa. ISBN 9786555767155. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555767155/>. Acesso em: 07 mar. 2025.

DUNCAN, B.B., *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de saúde pública**, v. 46, p. 126-134, 2012.

ESENFEC. João Apóstolo. **Instrumentos para avaliação em geriatria**. Documento de apoio. Maio, 2012.

FHON, J.R.S., *et al.* Frailty and sociodemographic and health factors, and social support network in the brazilian elderly: A longitudinal study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2021, 56: e20210192.

FRANCISCO, P.M.S.B., *et al.* Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 27, n. 7pp. 2655-2665, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22482021>.

FRIEDRICH, C.M.F.C., *et al.* IDOSAS COM PESO NORMAL APRESENTAM MAIOR FORÇA MUSCULAR DE MEMBROS INFERIORES DO QUE AS COM SOBREPESO E OBESIDADE. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**. v. 10, n. 100, p. 404-412, 2022.

FONSECA, D.C., *et al.* Prevalência de síndromes geriátricas em uma população de uma unidade de saúde do Pará. **Revista Artigos**. Com, v. 19, p. e4235-e4235, 2020.

FREITAS, E.V., *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FRIED, L.P., *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The journals of gerontology**. Series A, Biological sciences and medical sciences, v. 56, n. 3, p. M146-56, 2001.

GOMES, I.C.R., *et al.* A DOR CRÔNICA NO IDOSO SEUS IMPACTOS NA VIDA SOCIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 1, p. 502-510, 2024.

GOMES, J.I.S.D.; PINTO, F.J.M. A influência da renda na qualidade de vida dos idosos brasileiros: uma revisão integrativa. **SAÚDE DA POPULAÇÃO EM TEMPOS COMPLEXOS: OLHARES DIVERSOS**, p. 1, 2022.

GROSS, J. L., *et al.* Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, p. 16-26, 2002.

GUTIERREZ, B.A.O., *et al.* Complexity of care of hospitalized older adults and its relationship with sociodemographic characteristics and functional independence. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, 2020.

HAACK, A., *et al.* **Sarcopenia: aspectos teóricos e práticos para profissionais de saúde**. 1ª Edição. Brasília: JRG, 2018.

HICKMAN, L.D., *et al.* Multidisciplinary team interventions to optimise health outcomes for

older people in acute care settings: a systematic review. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 61, n. 3, p. 322-329, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos**. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Características gerais dos domicílios e dos moradores 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

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

ISSA, J. S.; DIAMENT, J.; FORTI, N. Lipemia pós-prandial: influência do envelhecimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 1, p. 15–19, jul. 2005.

KANSO, S., *et al.* Diferenciais geográficos, socioeconômicos e demográficos da qualidade da informação da causa básica de morte dos idosos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1323-1339, 2011.

KEMP, V. L., *et al.* Can physical activity levels and relationships with energy expenditure change the clinical aspects of sarcopenia and perceptions of falls among elderly women? Observational cross-sectional study. **Med J**. v. 139, n. 3, p. 285-92, 2021.

LANA, L., *et al.* Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 26, n. 2, 2021.

LEE, L., *et al.* The C5-75 Program: Meeting the Need for Efficient, Pragmatic Frailty Screening and Management in Primary Care. **Canadian Journal on Aging**, v. 40, n. 2, 2021.

LEITE, A.K., *et al.* Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ: Functional capacity of the institutionalized elderly evaluated by the KATZ. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 91, n. 29, 6 abr. 2020.

LEITE, B.C., *et al.*, Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, 2019.

LENARDT, M.H., *et al.* Força de Preensão Manual e atividade física em idosos fragilizados. **Rev Escs Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 88-94, 2016.

LOPES, B.F.F., *et al.* Depressão, ansiedade e qualidade de vida em idosos de uma universidade aberta à terceira idade. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 35, 2021.

MACHADO, J. F.; ARGIMON, I. I. L., BÓS, A. J. G. Fatores associados ao desempenho no Miniexame do estado mental de idosos jovens e longevos social e fisicamente ativos – um estudo comparativo. **Pan American Journal of Aging Research**, v. 10, p. 1-11, 2022.

MADRUGA, K.A.S., *et al.* Avaliação do MEEM e do CDR em idosos com e sem demência de Rio Branco, Acre. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 15, n. 1, 2024.

MAHMUD, I.C., *et al.* Tabagismo em idosos. **SCIENTIA MEDICA (PORTO ALEGRE. ONLINE)**, 2021.

MARIA, C., *et al.* **ARTIGO ORIGINAL COGNIÇÃO E HUMOR/COMPORTAMENTO DE IDOSOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR COGNITION AND MOOD/BEHAVIOR IN HOME CARE ELDERLY.** [S.l: s.n.], 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cenf/a/QRLjBH4nrHS4r9t3jSFXf7B/?format=pdf&lang=pt>>.

MEDEIROS, I.B.S., *et al.* Efeito do exercício físico no envelhecimento: diferenças nas aptidões físicas entre idosos ativos e sedentários. **Jornal de Investigação**, v. 03, n. 01, 2022.

MEDEIROS, R.J.A., *et al.* Exercício físico e hábitos alimentares em idosos: uma reflexão teórica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e99101724455-e99101724455, 2021.

MELO, R.C., *et al.* Aconselhamento sobre alimentação saudável para idosos. Brasília, DF: Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS), 2021.

MENEZES, T.N., *et al.* Perfil antropométrico dos idosos residentes em Campina Grande-PB. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 19-27, 2013.

MORAES, E.N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MORAIS, N. A. R.; VIEBIG, R. F. Avaliação nutricional, qualidade de vida e risco de sarcopenia em idosos frequentadores de instituições day care de São Paulo e Ribeirão Preto. **Braspen J**, v. 35, n. 3, p. 237-243, 2020.

MOREIRA, L.G., *et al.* FATORES ASSOCIADOS A DEPRESSÃO EM IDOSOS:: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. In: **Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar (ISSN-2527-2500) & Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar**. 2022.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. Envelhecimento populacional à saúde dos idosos: O Brasil está preparado? **Estudo Institucional** n. 10, 2023, São Paulo.

MUNIZ, E.A., *et al.* Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 133-146, 2016.

NASCENTE, F.M.N., *et al.* Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 6, p. 716–722, 2009.

NASCIMENTO, F.W.A.; SANTOS, A.A. OS BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA A SAÚDE DO IDOSO. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 5, n. 4, p. 517-524, 2023.

NASCIMENTO, L.L., *et al.* ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EM IDOSOS DO ESTUDO

BRAZUCA. **Revista Ciência Plural**, v. 9, n. 1, 2023.

NERI, A.L., *et al.* Avaliação de seguimento do Estudo Fibra: caracterização sociodemográfica, cognitiva e de fragilidade dos idosos em Campinas e Ermelino Matarazzo, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 5, 2022.

NEUMANN, A.P.F.M., *et al.* Autopercepção de satisfação com a vida, necessidades básicas e saúde de idosos e sua relação com fontes de renda. **Revista Valore**, 2021, 6: 77-91.

NUNES, J.D., *et al.*, Fatores associados à Sarcopenia em idosos da comunidade. **Fisioterapia Pesquisa**, v. 28, n. 2, p. 159-165, 2021.

NUNES, J.D., *et al.* Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 295-304, 2017.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado. **São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, 2023.

OLIVEIRA, G.M.M., *et al.* Estatística Cardiovascular - Brasil 2023. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 121, n. 2, p. e200240079, 2024.

GUEDES, D.W.O; SANTOS, A.R.; OLIVEIRA, N.B.M. ATUALIZAÇÃO CULTURAL E LONGEVIDADE: A PREDOMINÂNCIA DO GÊNERO FEMININO EM ESPAÇOS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA: FACULDADE DA TERCEIRA IDADE UNIVAP-EM TEMPOS DE PANDEMIA. **Revista Univap**, v. 27, n. 55, 2021.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Guia Clínico para Atenção Primária das Pessoas Maiores**. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

PAIXÃO JUNIOR, C.M., *et al.* Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 7-19, fev. 2005.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223 **Avaliação multidimensional do idoso / SAS**. - Curitiba: SESA, 2017. https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliaca_omultiddoidoso_2018_atualiz.pdf Acesso em 11 nov. 2023.

PEREIRA, I.F.S.; SPYRIDES, M.H.C.; ANDRADE, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Caderno de Saúde Pública**, v. 5, p. 32, 2016.

PEREIRA, R.L.R.; SAMPAIO, J.P.M. Estado Nutricional e práticas alimentares de idosos do Piauí: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN Web. **Revista Eletrônica Comunitária de Inovação e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 854-862, 2019.

PESSOA, L.M., *et al.* ATIVIDADE FÍSICA COMO FORMA DE PREVENÇÃO DA SARCOPENIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **RENEF**. Disponível em: <<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renef/article/view/7941/7733>>. Acesso em: 3 nov. 2024.

PINHEIRO, T.C.E., *et al.* **Clinical Frailty Scale em idosos atendidos no Serviço Hospitalar de Emergência: a fragilidade basal é um bom preditor de mortalidade em 90 dias?** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 24, n. 4, 2021.

PINTO, A.H., *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3545–3555, nov. 2016.

PINTO JUNIOR, E.P., *et al.* Prevalência e fatores associados ao fenótipo da fragilidade em idosos brasileiros: uma revisão de literatura. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 353–366, 30 set. 2015.

PRADO, J.P.M. Hipertensão arterial sistêmica: revisão sobre as últimas atualizações. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 20, 2022.

QUEIROZ, M. G., *et al.* Hipertensão arterial no idosos - doença prevalente nesta população: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 22590-22598, 2020.

RAINA, P., *et al.* Individual and population level impact of chronic conditions on functional disability in older adults. **PLoS One** 2020; 15(2):e0229160.

REICHERT, F.F.; LOCH, M.R.; CAPILHEIRA, M.F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3353-3362, 2022.

RIBEIRO, D.R., *et al.* PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO EM IDOSOS. **Revista Artigos.Com**, v. 14, 2020

RIBEIRO, E.C.S.A., *et al.* FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS A NÃO LONGEVIDADE E LONGEVIDADE EM IDOSOS NO BRASIL. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, 2024, 29.

ROCHA, B.L., *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 3, n. 24, p. 223 - 267, set. 2021.

RODRIGUES, A.R.S. Efeito da prática de exercícios físicos sobre o risco cardiovascular em idosos: revisão narrativa. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 14, n. 1, 2023.

RODRIGUES, F. P., *et al.* Epidemiologia das fraturas de fêmur decorrentes dos acidentes na população idosa. **HRJ**, v. 3, n. 16, p. 177-187, 2022.

RODRIGUES, R.A.P.; DIOGO, M.J.D. **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papyrus. 1996.

SANTOS, L.S., *et al.* Caracterização dos idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde. **Saúde (Santa Maria)**, 2021.

SETLIK, C.M. Fragilidade Física em Idosos e a Correlação entre as Síndromes Geriátricas. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 10, n. 20, p. 35-70, 2019.

SÉTLIK, C.M., *et al.* Relação entre fragilidade física e síndromes geriátricas em idosos da assistência ambulatorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 12 dez. 2022.

SILVA, A.S., et al. Funcionalidade de idosos ativos no centro de convivência da terceira idade em Teresina. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 26, n. 1, 2021.

SILVA JÚNIOR, J.N.B., et al. Fatores associados ao consumo de açúcares de adição de idosos da região de Campinas-SP, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1219-1228, 2023.

SILVA, D.B.L., et al. Saúde do idoso no contexto do crescimento populacional e das legislações: uma pesquisa ex-post-facto. **Enfermagem Em Foco**, v. 13, n. 1, 2022.

SILVA, I.O.; LEITE, L.S.; RIBEIRO, W.A.; FELICIO, F.C.; BARROS, L.M.C. SÍNDROMES GERIÁTRICAS E BEM-ESTAR DO IDOSO: PAPEL DO ENFERMEIRO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 1, n. 01, p. 185–199, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v1i01.17309>.

SILVA, L.E.A., et al. Perfil de idosos brasileiros acometidos por hipertensão arterial sistêmica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 11, 2024.

SILVA, M. J. S., et al. Avaliação da função cognitiva de um grupo de idosos por meio do Mini Exame do Estado Mental. **Enfermagem Brasil**, v. 23, n. 4, p. 1953-1962, 2024.

SILVA, R.A.R.; OLIVEIRA, L.P.A.B; SANTOS JÚNIOR, E.B. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 516-524, 2014.

SILVEIRA, E.A., et al. Acurácia de pontos de corte de IMC e circunferência da cintura para a predição de obesidade em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1073-1082, 2020.

SOARES, D.B., et al. Impacto de suplementação dietética e exercício físico em idosos com câncer e sarcopenia: uma revisão sistemática. 2021.

SOUZA, A.L.L., *et al.* Prevalência, Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial em Idosos de uma Capital Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 112, n. 3, p. 271-278, 2019.

SOUZA, O.J., *et al.* Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. **Journal of Health & Biological Sciences**, 2019, 7.4 (Out-Dez): 395-398.

SOUZA, R.M., *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 732-741, 2010.

SOUZA, D.B.G.; QUIRINO, L.M. **A influência comportamental do idoso frente ao processo de senescência e senilidade: revisão da literatura.** 2022.

TELES, M.A.B., *et al.* Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados em uma estratégia saúde da família evaluation of the functional capacity of the elderly registered at a family health strategy evaluación de la capacidad funcional de ancianos registrados en una estrategia de salud familiar artigo original. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 6, p. 2620, 2017.

TEIXEIRA, A., *et al.*, Associação da composição corporal e qualidade de vida de idosos praticantes e não praticantes de atividade física. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 34-47, 2020.

TRAVASSOS, G.F.; COELHO, A.B.; ARENDS-KUENNING, M. P. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, p. 1–27, 28 out. 2020.

UNIEVANGÉLICA retoma atividades da Universidade Aberta à Pessoa Idosa. **Portal Contexto**, Anápolis, 04 de mar. de 2022. Disponível em:

<<https://portalcontexto.com/unievangelica-retoma-atividades-da-universidade-aberta-a-pessoa-idosa/>>. Acesso em: 17 abr. 2023.

VALENTIN, L.S.S., *et al.* Definição e aplicação de bateria de teste neuropsicológicos para avaliação de disfunção cognitiva pós-operatória. **Einstein**, v. 13, n. 1, p. 20-26, 2015.

VERAS, R.P. **Guia dos Instrumentos de Avaliação Geriátrica** [Recurso Eletrônico]. Rio de Janeiro: Unati/UERJ, 2019. Disponível em: www.unatiuerj.com.br. Acesso em 22 de jun. 2023.

VIANNA, L.A.C. Unidade 5: **Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença.**

Disponível

em:

<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em 18 abr. 2023.

VOLZ, P.M., *et al.* Incidência de depressão e fatores associados em idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 39, p. 103-111, 2023.

WHO - World Health Organization. **Obesity and Overweight factsheet from the WHO.** 2021.

Disponível

em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Acesso em 11 jan. 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ageing. 2018. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1. Acesso em: 9 mar. 2025.

YUKIO, M. **Entendendo as síndromes geriátricas.** EDIPUCRS, 2016.

ZANESCO, C., *et al.* Dificuldade funcional em idosos brasileiros: um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS - 2013). **Cien Saude Colet** 2020; 25(3):1103-1118.

APÊNDICE 1
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ANÁLISE DA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NA UniAPI PARA OCORRÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SÍNDROMES GERIÁTRICAS

Prezado participante, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **ANÁLISE DA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NA UniAPI PARA OCORRÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SÍNDROMES GERIÁTRICAS**.

Essa pesquisa será desenvolvida pelos estudantes que fazem parte do grupo de pesquisas em Medicina Preventiva e Qualidade de Vida, que são estes: Carla Santos Bastos, Isabela Leão Gonçalves de Souza, João Marcos Luiz da Silva, João Pedro Rodrigues Garcia e Nayara Ribeiro Dantas, como parte do Trabalho de Conclusão do Curso, orientados e coordenado pela Dra. Jalsi Tacon Arruda, docente do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

O objetivo central do estudo é: avaliar os fatores de risco para ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis e síndromes geriátricas em indivíduos atendidos na Universidade Aberta à Pessoa Idosa (UniAPI).

O convite para sua participação se deve ao fato de você ser uma pessoa idosa devidamente matriculada na UniAPI, compreender e concordar em participar dessa pesquisa, permitindo as avaliações propostas no estudo.

Sua participação é voluntária, não é obrigatória. Você decide se quer ou não participar. Você não será penalizado(a) caso não queira participar, ou queira desistir depois da pesquisa. Contudo, sua participação é muito importante para o desenvolvimento da pesquisa!

Serão garantidas sua confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Todos os dados obtidos são confidenciais. Você não será identificado(a) de maneira nenhuma. Será respeitada a sua vontade de interromper a qualquer momento ou retornar, caso seja de sua vontade, em outra ocasião.

A qualquer momento, durante ou posteriormente a pesquisa, você pode solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo, logo no final.

A sua participação consistirá em responder uma série de perguntas sobre seus hábitos pessoais. Serão aplicadas 6 escalas para a avaliação de fatores de risco e presença de síndromes geriátricas. Utilizaremos uma dinâmica de entrevista, ou seja, o pesquisador te entrevistará e as respostas serão registradas pelo pesquisador no questionário impresso. Além disso, vamos medir/aferir sua pressão arterial e fazer uma avaliação do seu corpo através de medições da sua altura e peso. Vamos medir a circunferência da sua cintura, do seu quadril, da sua perna, da panturrilha e do braço.

Para evitar constrangimento você será avaliado individualmente em uma das salas do bloco E, nas dependências usadas pela UniAPI, sem que outras pessoas saibam suas respostas ou te vejam durante as medições. Ainda faremos a coleta de uma amostra do seu sangue para análise da glicose e do colesterol. Essa etapa será realizada uma única vez e você receberá os resultados desse exame gratuitamente.

As entrevistas, a coleta das suas medidas, a aferição da pressão arterial e coleta do sangue vão acontecer em dias diferentes para que não fique cansativo. Por isso, é importante que você saiba que nos encontraremos mais de uma vez durante o período desta pesquisa, em horários que você estiver disponível, os quais serão marcados no

decorrer do desenvolvimento da pesquisa. Os procedimentos serão realizados nos dias marcados com previsão de duração de aproximadamente 30 minutos, em cada um de nossos encontros.

Caso você sinta qualquer desconforto ao responder o questionário você pode falar com o pesquisador que estará sempre disponível para conversar sobre seus sentimentos e para te amparar e orientar no que precisar naquele momento.

Todas as informações coletadas nos formulários impressos serão transcritas e armazenadas digitalmente em planilhas no computador pessoal da orientadora da pesquisa (Dra. Jalsi Tacon Arruda), protegido por senha e confirmação de acesso, de modo que apenas ela tem o acesso e controla os acessos pelos alunos que compõem o grupo de pesquisa, e trabalharão esse conteúdo sigiloso.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

Você não receberá nenhum valor financeiro ao participar desta pesquisa e, da mesma forma, não terá nenhum gasto.

Essa pesquisa envolve alguns riscos. Em relação aos possíveis riscos e/ou desconfortos durante essa pesquisa, eventualmente pode ocorrer a quebra de sigilo, constrangimento durante as mensurações e dor no momento da coleta de sangue. O sigilo será garantido pela utilização do código personalizado para cada pessoa. Para evitar o constrangimento será realizada a anamnese individualizada de cada participante (em local discreto com a presença do pesquisador e o participante apenas). Para minimizar a possibilidade de dor, apenas pessoal devidamente treinado fará a coleta do sangue utilizando a técnica correta, e você pode decidir qual braço prefere para a punção/coleta. Mas você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, caso não esteja se sentindo confortável para prosseguir.

Os benefícios da sua participação nessa pesquisa será, como por exemplo, o exame de sangue da glicose e do colesterol. Os resultados desses exames serão entregues por um dos pesquisadores e você poderá conversar com ele se tiver alguma dúvida. Como benefício indireto, você receberá informações durante as coletas dos dados para melhorar sua qualidade de vida, em ilustrações informativas serão sempre disponibilizadas ao final do questionário, e o pesquisador irá te apresentar cada uma delas.

Todos os resultados serão divulgados em palestras científicas, trabalhos acadêmicos e artigos. Ao final do estudo será possível saber como estão os parâmetros analisados na população idosa da UniAPI. Estas informações serão encaminhadas à coordenação da instituição para que faça parte do planejamento de ações e medidas relacionadas para melhorar a qualidade de vida dos participantes.

Pesquisadora Responsável – Dra. Jalsi Tacon Arruda – UniEVANGÉLICA

Contato com a pesquisadora responsável: contato com a pesquisadora Dra. JALSI TACON ARRUDA, professora da UniEvangélica, pelo celular/WhatsApp, sob forma de ligação a cobrar, acrescentando o dígito 90 + Código da Operadora + (62) 98180-9607, ou por e-mail jalsitacon@gmail.com

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu,

CPF nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Local e Data

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

Ficou doente ou hospitalizado no último mês? Ignorado Se sim, qual(is) motivo?	(0) Não (1) Sim (9)
Utiliza algum medicamento neste momento? Ignorado Se sim, qual(is)?	(0) Não (1) Sim (9)
MULHER – com quantos anos menstruou pela 1ª vez?	
De maneira geral, você diria que seu estado de saúde HOJE É :	(0) Muito bom (1) Bom (2) Regular (3) Ruim (4) Muito Ruim (9) Ignorado
Sobre o seu peso corporal HOJE , você acha que está, neste momento:	(0) Muito bom (1) Bom (2) Regular (3) Ruim (4) Muito Ruim (9) Ignorado
Já procurou alguma forma de perder ou ganhar peso? Se sim, o que você utilizou?	(0) Não (1) Sim (9) Ignorado

TABAGISMO	
Você fuma ou já fumou:	(0) Não (1) Sim, fumante (2) Sim, ex-fumante (9) Ignorado
Com que idade começou a fumar?	_____ anos
Alguém na sua família fuma: Ignorado Quem?	(0) Não (1) Sim (9)
Você mora ou convive com outras pessoas que fumam?	(0) Não (1) Sim (9) Ignorado
Outra pessoa te influenciou a fumar?	(0) Não (1) Sim (9) Ignorado
Marque todos os itens que você já fumou algum dia: Marque quantas opções quiser	(0) Cigarro comum (1) Cigarro Eletrônico (2) Charuto (3) Cachimbo (4) Narguilé (5) Cigarro de baile ou Cigarrilha (6) Cigarro de palha de Fumo/Tabaco Outra substância ilícita <input type="checkbox"/> QUAL? (7) Maconha (8) Crack (9) Ignorado
Qual quantidade você fuma por dia? unidades Quantas vezes por dia fuma:	_____ uma carteira de cigarros = 20 _____
Se você já utilizou CIGARRO ELETRÔNICO Que tipo você utiliza: Marca: Detalhes:	
Se você já utilizou NARGUILÉ Que tipo de você utiliza: Marca: Detalhes:	
Se parou de fumar, foi a quanto tempo?	_____

Quando você fuma, você sente: Marque quantas opções quiser

- (0) Bem Solitário (1) (2) Felicidade (3) Tristeza (4) Abandonado(a)
 (5) Poderoso(a) (6) Fraquezas emocionais (7) Liberdade (9) Ignorado

Quando você fuma, você sente: Marque quantas opções quiser

- (0) Necessidade de consumir bebida alcoólica (1) Fome (2) Sede (3) Normal (4) Nem percebo quando fumo (5) Não presto atenção ao que sinto fumar com outra pessoa (6) Vontade de chorar (7) Vontade de fumar com outra pessoa (9) Ignorado

ETILISMO			
Você consome bebida alcoólica?		(0) Não	(1) Sim (9) Ignorado
Com quantos anos você começou a experimentar bebidas alcoólicas? _____ anos		(0) Nunca bebi bebidas alcoólicas	(9) Ignorado
Com qual frequência consome (cerveja, vinho, pinga, licor, whisky, vodca, outras)		(0) Nunca bebo (1) Uma vez por semana (2) Duas vezes por semana (3) Três a quatro vezes por semana (4) Todo dia ou quase todos os dias	(9) Ignorado
Quando você bebe, quantas doses ou latas consome (em média):		doses/latas	(8) Não se aplica
Qual bebida mais consome? _____			
*1 dose= 1 garrafa long neck (355mL) ou 1 lata de cerveja (350mL); 1 taça de vinho (100 a 120mL); 1 dose de bebida destilada (whisky, vodca, pinga - 30mL)			
*2 doses= 1 garrafa de cerveja (600 mL - 2 latas ou 2 long neck)			
<input type="checkbox"/> 1 dose ≈ 13g de etanol			
Conversão em gramas de etanol: _____ g			(8) Não se aplica
HOMEM – Alguma vez no último mês você bebeu mais do que CINCO doses em um único dia? Exemplo: 2 e ½ garrafas de cerveja, ou 5 latas de cerveja, ou 5 taças de vinho, ou 5 doses de whisky, ou 5 doses de pinga (0) Não (1) Sim (9) Ignorado			
MULHER – Alguma vez no último mês você bebeu mais do que QUATRO doses em um único dia? Exemplo: 2 garrafas de cerveja, ou 4 latas de cerveja, ou 4 taças de vinho, ou 4 doses de whisky, ou 4 doses de pinga (0) Não (1) Sim (9) Ignorado			
Usa/usou drogas ilícitas?		(0) Não (1) Sim	(9) Ignorado

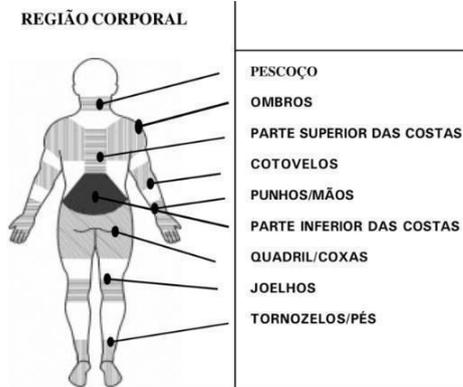
HÁBITOS ALIMENTARES			
Das seguintes refeições quais você faz todos os dias:			
Café da manhã	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado
Lanche da manhã	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado
Almoço	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado
Lanche da tarde	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado
Jantar	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado
Lanche antes de dormir	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado
Quantos copos de água você bebe por dia? _____ copos (aproximadamente _____ litros)			

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos **10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia?**
 Horas _____ Minutos _____

4a. Em relação ao tempo que você gasta SENTADO/A ao todo no trabalho, em casa, na faculdade e durante o tempo livre, incluindo o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, visitando amigos, sentado ou deitado assistindo televisão.
 Quanto tempo por dia você fica sentado/a em um dia da semana (segunda a sexta)? Horas _____ Minutos _____
 Quanto tempo por dia você fica sentado/a no final de semana (sábado, domingo ou feriado)?
 Horas _____ Minutos _____

DOR MUSCULOESQUELÉTICA

Considere as regiões destacadas no corpo conforme a figura abaixo para responder.



No último mês você sentiu dor, desconforto, formigamento ou dormência em algum dos locais indicados na figura:
 (0) Não (1) Sim (9) Ignorado

Se sim, em qual ou quais locais e a intensidade da sua dor considerando de 0 a 10:

Pescoço	(0) Não	(1) Sim	Intensidade _____
Ombros	(0) Não	(1) Sim	Intensidade _____
_____	Parte superior	das costas	Intensidade _____
_____	(0) Não	(1) Sim	Intensidade _____
_____	Cotovelos	(0) Não	Intensidade _____
_____	(1) Sim		Intensidade _____
Punhos/mãos	(0) Não	(1) Sim	Intensidade _____
_____	Parte inferior	das costas	Intensidade _____
_____	(0) Não	(1) Sim	Intensidade _____
_____	Quadril/coxas	(0) Não	Intensidade _____
_____	(1) Sim		Intensidade _____
Joelhos	(0) Não	(1) Sim	Intensidade _____
Tornozelos/Pés	(0) Não	(1) Sim	Intensidade _____

No último mês você foi impedido de realizar atividades normais (trabalho, atividades domésticas, lazer ou atividade física) por causa da dor, desconforto, formigamento ou dormência nas regiões:

(0) Não (1) Sim (9) Ignorado

ANTROPOMETR IA	
Peso atual:	k g
Altura:	m
IMC:	$\frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$
Circunferência abdominal (CAb)	
Circunferência do quadril (CQ)	
Relação abdome-quadril (RAB-Q)	
Relação abdome-altura (RAB-AI)	
PRESSÃO ARTERIAL	
Medida 1	Medida 2
PAS1 ____ mmHg	PAS2 ____ mmHg
PAD1 ____ mmHg	PAD2 ____ mmHg
Pulso1 ____	Pulso2 ____
Cálculo da média	
PAS média	mmHg
PAD média	mmHg
Pulso médio	mmHg
Observações:	

ANEXO 1 –
Escalas de Avaliação
Mini Avaliação Nutricional (MNA)

Mini Nutritional Assessment
MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:				
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:	

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?	<input type="checkbox"/>
0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	
B Perda de peso nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>
0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	
C Mobilidade	<input type="checkbox"/>
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	<input type="checkbox"/>
0 = sim 2 = não	
E Problemas neuropsicológicos	<input type="checkbox"/>
0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²	<input type="checkbox"/>
0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	

Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)	<input type="checkbox"/>
1 = sim 0 = não	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	<input type="checkbox"/>
0 = sim 1 = não	
I Lesões de pele ou escaras?	<input type="checkbox"/>
0 = sim 1 = não	

J Quantas refeições faz por dia?	<input type="checkbox"/>
0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	
K O doente consome:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
• carne, peixe ou aves todos os dias?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?	<input type="checkbox"/>
0 = não 1 = sim	
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	
N Modo de se alimentar	<input type="checkbox"/>
0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	
O O doente acredita ter algum problema nutricional?	<input type="checkbox"/>
0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	
Q Perímetro braquial (PB) em cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	
R Perímetro da perna (PP) em cm	<input type="checkbox"/>
0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Referências

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
- 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
- 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 do Estado Nutricional		
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos
(TAGA-10 – do inglês, 10-minute Targeted Geriatric Assessment [10-TaGA])

Iniciais:

DATA:

SEXO: () F () M

IDADE (anos):

ESCOLARIDADE (anos):

SUPORTE SOCIAL

Mora com quem?	Sozinho (pergunta abaixo) #	Familiar ou cuidador (0,0)	Institucionalizado (0,5)
# Se ficasse de cama, com que frequência contaria com alguém para ajudá-lo		Sempre ou quase sempre (0,5)	Às vezes, raramente ou nunca (1,0)

USO DO SISTEMA DE SAÚDE

Nos últimos 6 meses	Nenhum (0,0)	Visita ao pronto atendimento (0,5)	Hospitalização (1,0)
---------------------	-----------------	---------------------------------------	-------------------------

QUEDAS

No último ano	Sem quedas (0,0)	1 queda (0,5)	≥ 2 quedas (1,0)
---------------	---------------------	------------------	---------------------

MEDICAÇÕES

Número em uso contínuo	< 5 (0,0)	5 – 9 (0,5)	≥ 10 (1,0)
------------------------	--------------	----------------	---------------

FUNCIONALIDADE

Baseado ÍNDICE DE KATZ (ABVDs)

N

S

Tomar banho	Realiza sem assistência ou recebe ajuda apenas para uma parte do corpo.	1	0
Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem ajuda, exceto para amarrar sapatos.	1	0
Vaso sanitário	Vai ao banheiro, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar dispositivo de apoio e, urinol à noite).	1	0
Transferência	Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode usar dispositivos de apoio).	1	0
Continência	Controla inteiramente a micção e evacuação	1	0
Alimentação	Alimenta-se sem ajuda ou recebe assistência apenas para cortar a carne ou passar manteiga no pão	1	0
0 PONTOS (0,0)	1 – 2 PONTOS (0,5)	≥ 3 PONTOS (1,0)	

COGNIÇÃO

Baseado 10 – POINT COGNITIVE SCREENER (10 – CS)

Orientação () dia do mês () mês () ano

Aprendizado Até 3 tentativas, não pontua	Carro		vaso		tijolo	
Fluência Animal em 60 segundos	≤ 5 (0)	6 -8 (1)	9 - 11 (2)	11 -14 (3)	≥ 15 (4)	

Evocação	() carro	() vaso	() tijolo	
Pontuação bruta	/10			
Pontuação ajustada	/10	+2 Escolar 0	+1 Escolar 1-3	Máximo 10 pontos
≥ 8 PONTOS (0,0)	6 - 7 PONTOS (0,5)	0 - 5 PONTOS (1,0)		

AUTOPERCEPÇÃO

Como você considera sua saúde no geral?	Incapaz	Mt	Rui	Razoável	B	Mt
	z	ruim	m	el (0,5)	oa	boa
		(1,0)	(1,0)		(0,0)	(0,0)

SINTOMAS (GDS) DEPRESSIVOS	<i>Baseado</i> ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA 4 ITENS		N	S
	4)			
Você está satisfeito com a sua vida?			1	0
Você abandonou muitas das suas atividades e dos seus interesses?			0	1
Você se sente feliz a maior parte do tempo?			1	0
Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?			0	1
Incapaz	0 - 1 PONTO (0,0)	2 PONTOS (0,5)	3 - 4 PONTOS (1,0)	

NUTRIÇÃO

Perda de peso	≥ 4,5Kg último ano	() Não	() Sim
Peso atual (Kg):	Altura (m):	IMC (kg/m ²):	CP (cm):
Se não for possível utilizar a balança devido à imobilidade, substitua o IMC por Circunferência da Panturrilha (CP), sendo CP < 31 cm alterada.			
Sem perda de peso e IMC ≥ 22 (0,0)	Com perda de peso ou IMC < 22 (0,5)		Com perda de peso e IMC < 22 (1,0)

VELOCIDADE DE MARCHA

Caminhar 4,5 metros (2x) e considerar melhor tempo.	() Incapaz	Tempo 1 (s):	Tempo 2 (s):
---	-------------	--------------	--------------

$\leq 4,5s (> 1m/s)$ (0,0)	4,5 – 7,5s (0,6 – 1m/s) (0,5)	$\geq 7,6s (< 0,6m/s)$ ou Incapaz (1,0)	
() BAIXO RISCO	() MÉDIO RISCO	() ALTO RISCO	SOMA TOTAL
			ÍNDICE 10 – TAGA (soma total / nº itens avaliados)

Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS) – 15

Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro - dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol a noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre a noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
<input type="checkbox"/> Delta-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Delta-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama
Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais * acidentes= perdas urinárias ou fecais	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD) De Katz

D.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) SIM	(1) NÃO
D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1) SIM	(0) NÃO
D.3) Você sente que sua vida está vazia?	(1) SIM	(0) NÃO
D.4) Você se aborrece com freqüência?	(1) SIM	(0) NÃO
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) SIM	(1) NÃO
D.6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1) SIM	(0) NÃO
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) SIM	(1) NÃO
D.8) Você sente que sua situação não tem saída?	(1) SIM	(0) NÃO
D.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) SIM	(0) NÃO
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) SIM	(0) NÃO
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) SIM	(1) NÃO
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) SIM	(0) NÃO
D.13) Você se sente cheio de energia?	(0) SIM	(1) NÃO
D.14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	(1) SIM	(0) NÃO
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) SIM	(0) NÃO

Pontuação: _____

Escala para rastreio do risco de desenvolver sarcopenia (SARC-F + CC – do inglês, *sarcopenia factor + calf circumference*)

Índice de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E, e F

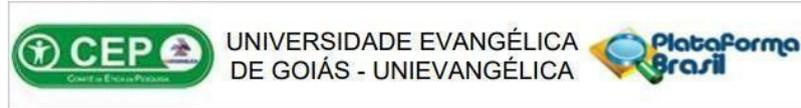
O quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5 kg ? [0] Nenhuma [1] Alguma [2] Muita ou não consigo
O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo ? [0] Nenhuma [1] Alguma [2] Muita ou não consigo
O quanto de dificuldade você tem para levantar da cama ou da cadeira ? [0] Nenhuma [1] Alguma [2] Muita ou não consigo
O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas com 10 degraus ? [0] Nenhuma [1] Alguma [2] Muita ou não consigo
Quantas vezes você caiu no ano passado ? [0] Nenhuma [1] 1 a 3 quedas [2] 4 ou mais quedas

+

Média das 2 medidas da panturrilha direita: _____ cm	
[0] Mulheres ≥ 33 cm [10] Mulheres < 33 cm	[0] Homens ≥ 34 cm [10] Homens < 34 cm
Somatório dos pontos (0- 20) _____	Sarcopenia: ≥ 11 pontos

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - primeira e última página



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NA UNIVERSIDADE ABERTA À PESSOA IDOSA (UniAPI) PARA OCORRÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SÍNDROMES GERIÁTRICAS

Pesquisador: JALSI TACON ARRUDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78090124.7.0000.5076

Instituição Proponente: Universidade Evangélica de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.764.815

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2284154.pdf e do 01_2024_projeto_completo_UniAPI_CORRIGIDO.docx



Continuação do Parecer: 6.764.815

Assentimento / Justificativa de Ausência	O_IDOSA_UniAPI.docx	21:03:02	ARRUDA	Postado
--	---------------------	----------	--------	---------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 15 de Abril de 2024

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br