



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE IDOSOS USUÁRIOS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF ELDERLY USERS OF FAMILY HEALTH STRATEGIES

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE ANCIANOS USUARIOS DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD DE LA FAMILIA

Jaqueline Sturmer¹, Luiz Antonio Bettinelli², Priscila Piani do Amaral³, Emanuely Casal Bortoluzzi⁴, Marlene Doring⁵

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico e clínico de idosos usuários das Estratégias de Saúde da Família. **Método:** estudo descritivo, realizado com 148 idosos de 65 ou mais anos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual e a análise dos dados foi descritiva, utilizando as frequências absolutas e relativas e intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** verificou-se que 72,3% são mulheres, brancas, casadas. A idade mediana foi de 73 anos (P₂₅: 69-P₇₅: 7). A maior prevalência de doenças crônicas foi de hipertensão (71,6%) e doenças cardiovasculares (36,5%). São obesos 37,8% dos idosos. **Conclusão:** os profissionais devem planejar ações que visem a melhorar a qualidade de vida e saúde dos idosos. Educação nutricional, atividade física regular e monitoramento do estilo de vida são necessários. **Descritores:** Perfil de Saúde; Idoso; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic and clinical profile of elderly users of the Family Health Strategies. **Method:** descriptive study, conducted with 148 elderly individuals, aged 65 years or older. Data collection was performed through an individual interview and data analysis was descriptive, using absolute and relative frequencies and 95% confidence intervals. **Results:** it was verified that 72.3% are white women, married. The median age was of 73 years (P₂₅: 69-P₇₅: 7). The highest prevalence of chronic diseases was hypertension (71.6%) and cardiovascular diseases (36.5%). 37.8% of the elderly are obese. **Conclusion:** professionals should plan actions aimed at improving the quality of life and health of the elderly. Nutrition education, regular physical activity, and lifestyle monitoring are needed. **Descriptors:** Health Profile; Aged; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil sociodemográfico y clínico de ancianos usuarios de las Estrategias de Salud de la Familia. **Método:** estudio descriptivo, realizado con 148 ancianos, de 65 años o más. La recolección de datos fue realizada por medio de una entrevista individual y el análisis de los datos fue descriptivo, utilizando las frecuencias absolutas y relativas y los intervalos de confianza de 95%. **Resultados:** se verificó que el 72.3% son mujeres, blancas, casadas. La edad mediana fue de 73 años (P₂₅: 69-P₇₅: 7). La mayor prevalencia de enfermedades crónicas fue hipertensión (71.6%) y enfermedades cardiovasculares (36.5%). Son obesos 37.8% de los ancianos. **Conclusión:** los profesionales deben planificar acciones para mejorar la calidad de vida y la salud de los ancianos. La educación nutricional, la actividad física regular y el seguimiento del estilo de vida son necesarios. **Descritores:** Perfil de Salud; Ancianos; Estrategia de Salud Familiar.

¹Nutricionista, Mestre em envelhecimento humano, Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo/PPGEH/UPF. Passo Fundo (RS), Brasil. E-mail: jaque_sturmer@hotmail.com; ²Enfermeiro, Professor Doutor, Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo/PPGEH/UPF. Passo Fundo (RS), Brasil. E-mail: bettinelli@upf.br; ³Discente, Curso de graduação em Enfermagem, Universidade de Passo Fundo/UPF. Passo Fundo (RS), Brasil. E-mail: 101997@upf.br; ⁴Educadora Física, Mestranda, Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo/PPGEH/UPF. Passo Fundo (RS), Brasil. E-mail: 152997@upf.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo/PPGEH/UPF. Passo Fundo (RS), Brasil. E-mail: doring@upf.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tornou-se realidade nas últimas décadas, na maioria dos países,¹ possibilitado pela mudança das condições de vida da população e os avanços na medicina, que reduziram as taxas de mortalidade precoce e levaram a um aumento da expectativa de vida.²

Nos últimos anos, os dados demográficos têm mostrado mudanças significativas com relação ao aumento da população idosa, em todo o mundo. No Brasil, houve um aumento do número de idosos de 8,6% para 10,7% da população, entre os anos de 2000 e 2010.³ Desses, 55,5% são mulheres.⁴ Quanto ao Rio Grande do Sul, ainda em 2010, a população de idosos era de 1.469.597. Entretanto, apesar do aumento da longevidade, a expectativa de vida saudável, ou seja, livre de incapacidades, passou a ser de 59,8 anos, aproximadamente 12 anos a menos do que a expectativa total de vida.⁵

É importante destacar que, além do fator idade, os determinantes sociais, como as condições de moradia e de trabalho, a disponibilidade e o acesso a alimentos e serviços de saúde e educação, predispõem ao desenvolvimento de inúmeras doenças, entre elas as DCNT.⁶ Portanto, simultaneamente ao crescimento da população idosa, também aumentou a prevalência de DCNT, sendo as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório as três mais frequentes causas de óbito entre os idosos brasileiros.⁷

Na população, um em cada três indivíduos é portador de doenças crônicas. Já entre os idosos, oito em cada dez possuem, pelo menos, uma enfermidade.⁵ Esse aumento da proporção de idosos e de seus anos a mais de vida, somado ao uso frequente dos serviços de saúde, resultará no aumento substancial dos gastos no setor de saúde no Brasil, tendendo a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas.⁸

Propõe-se um modelo de atenção à saúde da população idosa em que todos sairiam vencedores (o próprio idoso, com melhores condições de saúde; a família, que teria um ente ativo e participativo e o Estado, que evitaria custos com internações repetidas e de alto custo). Para que esse modelo seja eficiente, seria necessário ter um fluxo bem desenhado de ações educativas, promoção da saúde, prevenção e postergação de doenças, assistência precoce e reabilitação de agravos. Os serviços de saúde necessitam de reformulação, com abordagem preventiva e

integral, e suas ações devem ser mais bem planejadas.⁸

Ante esse cenário, percebe-se que a mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira mostra a necessidade de melhor preparo dos profissionais de saúde para prestarem cuidados ao idoso. Nessa perspectiva, a caracterização dos idosos, que buscam os serviços de saúde, pode ser utilizada como um facilitador para o planejamento de ações eficazes de atenção a essa população. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e clínico de idosos usuários das Estratégias de Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo descritivo, recorte de um estudo de corte transversal, com idosos residentes na área de abrangência das Estratégias da Saúde da Família do município de Marau/RS, localizado no planalto médio do Estado do Rio Grande do Sul.

O município possui área de 649,3 m² e 39.182 habitantes, resultando numa densidade demográfica de 56,00 hab/km². A população idosa do município corresponde a 3.964 idosos, representando 10,9% do total da população.⁹

A população do estudo se constituiu por idosos com 65 ou mais anos de idade, de ambos os sexos, atendidos na Estratégia da Saúde da família, residentes na zona urbana do município e cadastrados nos prontuários eletrônicos do município.

A coleta de dados aconteceu no domicílio dos idosos pertencentes a onze Estratégias de Saúde da Família (ESFs) da zona urbana, a partir de questionário, com o acompanhamento das agentes comunitárias de saúde. Foram incluídos, no estudo, idosos não institucionalizados que tiveram condições de responder ao instrumento da coleta de dados e de realizar o teste de velocidade de marcha.

Por sua vez, foram excluídos do estudo idosos com déficit cognitivo grave sugestivo de demência (com diagnóstico obtido no cadastro de cada um); em uso de cadeira de rodas, provisória ou definitivamente; com sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico (AVE); com perda localizada de força; com doença de Parkinson, em estágio grave ou instável; déficit de audição ou de visão grave, dificultando consideravelmente a comunicação.

As variáveis analisadas neste estudo para a caracterização sociodemográfica foram: sexo; idade (classificada posteriormente em faixas etárias de 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e 80 anos

Sturmer J, Bettinelli LA, Amaral PP do et al.

e mais); estado civil (casado, solteiro/separado/divorciado e viúvo); cor (branco e não branco - pardo ou preto); possuir filhos; casa própria; escolaridade (nunca foi à escola, primário, ginásio, científico-atualmente ensino médio) e aposentadoria.

Para a caracterização clínica, utilizaram-se as doenças crônicas e medidas antropométricas. As doenças analisadas foram diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças reumáticas, osteoporose, doença pulmonar, câncer, incontinência urinária e/ou fecal e depressão. Quanto às medidas antropométricas, foram coletados peso e estatura de cada indivíduo, para realizar a classificação de IMC, dividido em baixo peso (<23 kg/m²), eutrofia (>23kg/m² e <28kg/m²), sobrepeso (>28kg/m² e <30kg/m²) e obesidade (>30kg/m²)¹⁰. Ainda foi coletada a medida de Circunferência da Cintura (CC), para a qual a classificação adotada como ideal foi: mulheres com menos de 80 cm e homens abaixo de 94 cm.¹¹

Para a análise dos dados, foi realizada análise descritiva, utilizando as frequências absolutas e relativas e intervalos de confiança de 95%.

Perfil sociodemográfico e clínico de idosos usuários...

O estudo segue as Diretrizes da Resolução CNS nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo a participação de pessoas em pesquisas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Atende, também, aos aspectos éticos de autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município, o sigilo, anonimato e respeito aos valores dos sujeitos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (CAAE: 43817115.5.0000.5342) sob o Parecer nº 1.041.028.

RESULTADOS

Os dados apresentados na tabela 1 integram informações sobre as variáveis sociodemográficas. Participaram do estudo 148 idosos. A idade mediana foi de 73 anos (P_{25%} 69 anos - P_{75%} 77 anos), tendo como idade mínima 65 anos e máxima de 89 anos, dos quais 72,3% eram mulheres e 31,1% possuem de 70 a 74 anos. A maioria dos idosos era aposentada, de cor branca, casada e residia em domicílio próprio. Quase a totalidade (98,0%) possuía filhos, 23,6% moravam sozinhos e, quanto à escolaridade, 22,3% referiram nunca ter frequentado a escola.

Tabela 1. Características sociodemográficas da população idosa frequentadora das ESFs. Marau (RS), Brasil, 2015.

Variáveis	N	%	IC _{95%}
Faixa Etária			
65-69	39	26,4	20,9-34,0
70-74	46	31,1	23,0-38,0
75-79	39	26,4	19,4-33,3
80 anos e mais	24	16,2	10,8-20,4
Sexo			
Masculino	41	27,7	20,3-35,1
Feminino	107	72,3	64,9-79,7
Estado civil			
Casado	89	60,1	50,7-69,6
Solteiro/separado	13	8,8	4,6-13,7
Viúvo	46	31,1	23,0-39,9
Cor			
Branca	122	82,4	77,0-88,5
Não branco	26	17,6	11,5-23,0
Filhos			
Não	3	2,0	0,0-4,7
Sim	145	98,0	95,3-100,0
Casa Própria			
Sim	127	85,8	80,4-91,2
Não	21	14,2	8,8-19,6
Mora Só			
Sim	35	23,6	16,7-31,8
Não	113	76,4	68,2-83,3
Escolaridade			
Nenhum	33	22,3	14,2-29,2
Primário	86	58,1	49,8-66,9
Ginásio	25	16,9	9,8-23,8
Científico	4	2,7	0,5-5,4
Aposentado			
Sim	142	95,9	92,6-98,8
Não	6	4,1	1,2-7,4

Com relação às doenças crônicas, a maior prevalência encontrada foi de hipertensão (71,6%), seguida por doenças cardiovasculares (36,5%) e incontinência urinária e/ou fecal

(35,1%) (Tabela 2). Destaca-se o fator comportamental tabagismo presente em 34,5% dos entrevistados.

Tabela 2. Prevalência de doenças crônicas da população idosa frequentadora das ESFs. Marau (RS), Brasil, 2015.

Variáveis	n	%	IC _{95%}
Diabetes			
Sim	41	27,7	19,3-34,0
Não	107	72,3	66,0-80,7
Hipertensão			
Sim	106	71,6	64,2-78,5
Não	42	28,4	21,5-35,8
Doenças Cardiovasculares			
Sim	54	36,5	30,2-44,4
Não	94	63,5	55,6-69,8
Doenças Reumáticas			
Sim	31	20,9	15,5-27,2
Não	117	79,1	72,8-84,5
Osteoporose			
Sim	37	25,0	17,4-32,4
Não	111	75,0	67,6-82,6
Doença Pulmonar			
Sim	26	17,6	12,0-24,5
Não	122	82,4	75,5-88,0
Câncer			
Sim	17	11,5	6,1-16,9
Não	131	88,5	83,1-93,9
Incontinência Urinária e/ou Fecal			
Sim	52	35,1	28,2-43,6
Não	96	64,9	56,4-71,8
Depressão			
Sim	39	26,4	18,1-34,5
Não	109	73,6	65,5-81,9

Quanto ao IMC, ressalta-se que a maioria possui excesso de peso, com 37,8% classificados como obesos e 14,2% como sobrepeso. Entre as mulheres, o valor de obesidade mostra-se ainda maior (38,3%). Com relação à circunferência da cintura, o valor

mínimo encontrado foi 63 cm e o máximo de 135 cm, sendo que, em ambos os sexos, os valores de circunferência da cintura acima do ideal representam mais de 80% dos idosos (Tabela 3).

Tabela 3. Medidas antropométricas da população idosa frequentadora das ESFs. Marau (RS), Brasil, 2015.

Variáveis	Mulheres		Homens	
	n(%)	IC _{95%}	n(%)	IC _{95%}
IMC				
Baixo Peso	14(13,1)	6,1-19,4	2(4,9)	0,0-13,4
Eutrofia	35(32,7)	24,1-41,6	20(48,8)	34,2-61,5
Sobrepeso	17(15,9)	9,0-24,4	4(9,8)	0,0-19,7
Obesidade	41(38,3)	28,9-49,2	15(36,6)	22,5-52,0
Circunferência da Cintura				
Até o ideal*	11(10,3)	4,7-16,0	7(17,1)	6,9-30,5
Acima do ideal**	96(89,7)	84,0-95,3	34(82,9)	69,5-93,1

*Mulheres: < 80 e Homens: < 94

**Mulheres: ≥ 80 e Homens: ≥ 94

DISCUSSÃO

O estudo possibilitou traçar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos nas Estratégias de Saúde da Família de um município de pequeno porte do RS. Doenças como a hipertensão arterial sistêmica e as cardiovasculares foram as mais prevalentes.

O estudo envolveu um número maior de participantes do sexo feminino. Os achados de outro estudo¹², realizado em Alto Longá-PI, também encontrou a proporção maior de

mulheres (58,1%). A maioria da população idosa, de 60 anos ou mais de idade, foi composta por mulheres (55,7%) e isso se deu devido aos efeitos da mortalidade diferencial por sexo.¹³

A doença predominante entre os idosos foi a hipertensão arterial sistêmica, apresentando prevalência semelhante à encontrada em estudo¹⁴ que, ao entrevistar 385 idosos usuários de uma ESF do município de Teófilo Otoni/MG, verificou que 69,9% apresentavam hipertensão arterial, porém, com prevalência superior à pesquisa nacional, realizada entre

Sturmer J, Bettinelli LA, Amaral PP do et al.

os anos 2006 e 2010 nas cinco regiões do Brasil, onde a prevalência máxima encontrada foi de 65,1% na região Centro-Oeste.¹⁵

Quanto às doenças cardiovasculares, que representaram a segunda maior prevalência neste estudo, essa condição afeta a qualidade de vida e prejudica a capacidade física na longevidade e possui, como alguns dos fatores de risco, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o tabagismo.¹⁶⁻⁷ O Diabetes Mellitus foi relatado por cerca de 28% dos idosos e estimativas globais apontam que a prevalência vem em crescente aumento, superando as projeções anteriores.¹⁸

A depressão foi referida por mais de 25% dos idosos entrevistados. Consideradas as maiores causas de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida, a ansiedade e os transtornos depressivos são alterações que acontecem com bastante frequência entre os idosos.¹⁹ No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, 9,2% das pessoas, com 60 anos ou mais, declararam sofrer de depressão.²⁰

Com relação à escolaridade, a maioria dos idosos entrevistados possui o ensino primário, semelhante a um estudo realizado em Passo Fundo RS²¹, onde predominou a escolaridade de cinco a oito anos, em ambos os sexos.

Quanto ao fator comportamental tabagismo, reconhecidamente um fator de risco para inúmeras doenças crônicas, mais de um terço dos idosos faz uso de tabaco, o que representa um valor elevado, porém, menor do que o encontrado em outro estudo²², no qual 41,4% dos entrevistados relataram o uso de tabaco.

O excesso de peso, avaliado a partir do IMC, apresentou prevalência superior a 45% entre os idosos. Um estudo²³ que avaliou 402 idosos cadastrados em ESFs, no município de Viçosa/MG, encontrou, com excesso de peso, 46,8% destes, enquanto que outro estudo²¹ encontrou, com excesso de peso, 49,6% dos 123 idosos avaliados. Em Viçosa e Passo Fundo, os pontos de corte utilizados na classificação do IMC foram diferentes dos utilizados neste estudo. Ainda, mais de 80% dos idosos apresentaram circunferência da cintura acima da recomendação ideal. O alto valor encontrado neste estudo, para IMC e CC, vem de acordo às altas proporções alcançadas mundialmente, relatadas por uma revisão sistemática.²⁴ O mesmo estudo mostrou que o aumento da gordura corporal, principalmente localizada no abdômen, é associado a vários desfechos negativos tais como diabetes mellitus, derrame, hipertensão, dislipidemia,

Perfil sociodemográfico e clínico de idosos usuários...

apneia do sono e doença coronária.²⁴ Corroborando com este estudo²², outro trabalho mostrou que o acúmulo de gordura abdominal é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares.

O IMC, como indicador de adiposidade no idoso, tem sido considerado pobre em razão de não refletir a redistribuição regional de gordura, porém, é comumente usado em estudos epidemiológicos para a avaliação do estado nutricional, uma vez que é um método simples, de fácil aplicação, barato e não invasivo.²⁵

Um estudo²³ verificou que o aumento no consumo de carboidratos simples teve associação direta com o aumento do IMC em idosos. Já em estudo realizado com 73 idosos integrados à ESF no município de Avaré/SP, o consumo de carboidrato foi abaixo das recomendações, no entanto, o consumo de leite e derivados, frutas e hortaliças também estava inadequado. Ambos os estudos mostram inadequações na dieta dos idosos brasileiros, alertando para a necessidade da educação nutricional com essa população.²³ Ainda quanto às doenças crônicas, tem-se como limitação deste estudo a exclusão de idosos com nível cognitivo comprometido, o que inviabiliza a obtenção de informações quanto a demências.

CONCLUSÃO

A população estudada era composta, na sua grande maioria, por mulheres. Observou-se alta prevalência de idosos com doenças crônicas não transmissíveis, tendo maior ocorrência de hipertensão e doenças cardiovasculares. Outro apontamento relevante do estudo foi a elevada prevalência de idosos obesos e com circunferência abdominal aumentada, em ambos os sexos, porém, com maior proporção entre as mulheres. Diante disso, percebe-se a necessidade de elaboração de estratégias de saúde para a atenção dos idosos, com prevenção especial ao excesso de peso, fator de risco para as doenças crônicas, que já representam alta prevalência na comunidade.

Portanto, os profissionais da Atenção Básica de Saúde devem planejar ações que visem a melhorar a qualidade de vida e saúde dos idosos atendidos, a partir de programas de educação nutricional, atividade física e frequente monitoramento do estilo de vida. Ainda, deve haver conscientização quanto às consequências que os hábitos inadequados podem causar.

Nesse sentido, a caracterização realizada nesse estudo é um facilitador para a adequada

Sturmer J, Bettinelli LA, Amaral PP do et al.

realização da atenção básica de saúde, pois, por meio disso, poderão ser realizadas intervenções e abordagens multidisciplinares que evitem o agravamento e/ou aparecimento de outras morbidades ou comorbidades. A união de toda a equipe, em prol da qualidade de vida dos idosos, resultará em uma atenção básica eficiente e de boa resolutividade.

REFERÊNCIAS

1. Silva A, Dal Prá KR. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. *Argum.* 2014 Jan/June;6(1):99-115. Doi: 10.18315/argumentum.v6i1.7382
2. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Proyecciones de población [Internet]. Santiago do Chile: CELADE; 2012 [cited 2016 Sept 27]. Available from: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/50561/ObservatorioDemografico2012.pdf>
3. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto contexto-enferm.* 2013 Apr/June;22(2):70-8. Doi: 10.1590/S0104-07072013000200013
4. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [cited 2016 June 06]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
5. Schimdt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011 June;377(9781):1949-61. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9
6. Silva MS, Silva NB, Alves AGP, Araújo SP, Oliveira AC. Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em Programa de Educação Nutricional em Goiânia (GO), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014 May;19(5):1409-18. Doi: 10.1590/1413-81232014195.16312013
7. Silva VA, D'Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto contexto-enferm.* 2012 Apr/June;21(2):338-47. Doi: 10.1590/S0104-07072012000200011
8. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saúde Pública.* 2012 Oct; 28(10):1834-1840. Doi: 10.1590/S0102-311X2012001000003
9. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Rio Grande do Sul. Marau [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [cited 2016 June 06]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431180>
10. Organização Pan-Americana De Saúde. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: OPAS; 2012.
11. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation.* 2009 Oct;120(16):640-5. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644.
12. Aguiar CMT, Sousa CMM, Santos AMR, Almeida CAPL, Moura MEB. Socio-demographic profile of elderly people attended at the family health strategy. *J Nurs UFPE on line [Internet]* 2016 Jan [cited 2016 June 6]; 10(Supl. 1):218-24. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/8765/pdf_9408
13. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [cited 2016 Sept 26]. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62715.pdf>
14. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015 Aug;20(8):2489-98. Doi: 10.1590/1413-81232015208.11742014
15. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]*. 2014 July/Sept [cited 2016 Sept 27];9(32):273-8. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/795>
16. Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Lima AS, Santos JS, Souto HC. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. *J res: fundam care.* 2016

Sturmer J, Bettinelli LA, Amaral PP do et al.

Apr/June; 8(2):4501-9. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4501-4509

17. Diniz MA, Tavares DMS. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. *Texto contexto-enferm.* 2013 Oct/Dec; 22(4):885-92. Doi: 10.1590/S0104-07072013000400003

18. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice.* 2014 Jan; 103(2):137-49. Doi: 10.1016/j.diabres.2009.10.007

19. Minghelli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiquiatr Clín.* 2013;40(2):71-6. Doi: 10.1590/S0101-60832013000200004

20. Prata HL, Alves Junior AD, Paula FL, Ferreira SM. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. *Fisioter Mov.* 2011 July/Sept;24(3):437-43 Doi: 10.1590/S0103-51502011000300008

21. Kümpel DA, Sodré AC, Pomatti DM, Scortegagna HM, Filippi J, Portella MR, et al. Obesidade em idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. *Texto contexto-enferm.* 2011 July/Sept;20(3): 471-7. Doi: 10.1590/S0104-07072011000300007

22. Nascimento RG, Santos ZL, Cardoso RO. Desempenho de indicadores de obesidade abdominal e risco cardiovascular de idosos atendidos na rede básica de saúde do município de Belém-PA. *RBCEH.* 2014 May/Aug; 11(2):119-30. Doi: 10.5335/rbceh.2012.3404

23. Martins MV, Souza JD, Franco FS, Martinho KO, Tinôco ALA. Consumo alimentar de idosos e sua associa o com o estado nutricional. *HU Revista [internet]* 2016 July/Aug [cited 2016 Sept 27]; 42(2):125-31. Available from: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2517/871>

24. Er LK, Wu S, Chou HH, Hsu LA, Teng MS, Sun YC, et al. Triglyceride glucose-body mass index is a simple and clinically useful surrogate marker for insulin resistance in nondiabetic individuals. *PloS One.* 2016 Mar; 11(3): e0149731. Doi: 10.1371/journal.pone.0149731

25. Boscatto EC, Duarte MF, Coqueiro RS, Barbosa AR. Nutritional status in the oldest elderly and associated factors. *Rev Assoc Med Bras.* 2013 Jan/Feb;59(1):40-7. PMID: 23440141

26. Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avalia o da alimenta o de idosos de

Perfil sociodemográfico e clínico de idosos usuários...

município paulista - aplica o do  ndice de Alimenta o Saudável. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013 Feb; 18(2):377-384. Doi: 10.1590/S1413-81232013000200009

Submissão: 29/09/2016

Aceito: 20/07/2015

Publicado: 15/08/2017

Correspondência

Jaqueline Sturmer

Rua Gilda Fialho, 252, Ap. 405

Bairro Centro

CEP: 99150-000 – Marau (RS), Brasil