



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

LAÍS ALMEIDA DE ARAÚJO

**FATORES ASSOCIADOS AO RISCO METABÓLICO EM IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ESTADO DA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE
2022**

LAÍS ALMEIDA DE ARAÚJO

**FATORES ASSOCIADOS AO RISCO METABÓLICO EM IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ESTADO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso em
Fisioterapia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito à obtenção do título de
Bacharel em Fisioterapia.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes.

**CAMPINA GRANDE
2022**

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

A658f Araujo, Lais Almeida de.
Fatores associados ao risco metabólico em idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba [manuscrito] / Lais Almeida de Araujo. - 2022.
50 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.
"Orientação : Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."
1. Obesidade abdominal. 2. Saúde do idoso. 3. Ancestralidade. 4. Quilombolas. I. Título
21. ed. CDD 613.043 8

LAÍS ALMEIDA DE ARAÚJO

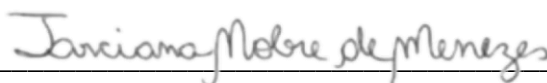
FATORES ASSOCIADOS AO RISCO METABÓLICO EM IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ESTADO DA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso em
Fisioterapia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito à obtenção do título de
Bacharel em Fisioterapia.

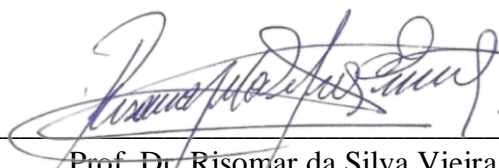
Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 17/03/2022.

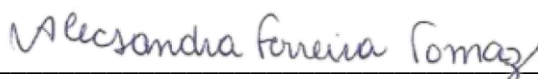
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Alecsandra Ferreira Tomaz
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e por ter me dado fé e força para superar todos os desafios da vida.

Aos meus pais Juarez Ventura de Araújo e Maria de Lourdes Almeida de Araújo pela educação, amor e por serem meu alicerce para as minhas realizações. Em especial à minha mãe (in memoriam), embora fisicamente ausente, sentia sua presença ao meu lado, dando-me coragem.

À minha avó Maria José, minhas tias Leninha, Linda, Neide, em especial à minha madrinha Jaíde (in memoriam), que não mediu esforços para investir na minha educação e na realização dos meus sonhos.

Aos meus irmãos Jhonnatha Levi Almeida de Araújo e Lívia Maria Almeida de Araújo por me incentivarem a ser a minha melhor versão todos os dias e pelos momentos compartilhados.

À minha querida orientadora Profa. Dr^a Tarciana Nobre de Menezes por ser sempre tão atenciosa e compreensiva, por me mostrar a importância da pesquisa científica, pelas orientações e confiança.

Às minhas amigas Joyce Laíse e Isabely Mendes por todo amor e incentivo desde o ensino fundamental até hoje. Às minhas amigas Amanda Muniz, Maria Clara e Mabel Myslane por estarem sempre ao meu lado ao longo desses anos de vida acadêmica e por tornarem essa jornada mais leve.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio. Aos professores do Curso de Fisioterapia da UEPB, que contribuíram na minha formação.

Aos moradores da comunidade quilombola Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande/PB e estudantes do mestrado em Saúde Pública da UEPB pela participação e contribuição na realização dessa pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPq), pelo apoio para a realização do presente trabalho, sendo desenvolvido no programa PIBIC/CNPq-UEPB.

“O cientista não é o homem que fornece as verdadeiras respostas; é quem faz as verdadeiras perguntas”

Claude Lévi-Strauss

RESUMO

A circunferência da cintura constitui um dos melhores preditores antropométricos de gordura visceral e risco de doenças metabólicas. Valores acima dos preconizados elevam o risco de desenvolvimento de distúrbios metabólicos. O objetivo deste estudo foi verificar os fatores associados ao risco metabólico em idosos de uma comunidade quilombola. Trata-se de um estudo transversal, analítico, com coleta de dados primários, constituído por idosos cadastrados na associação de moradores da comunidade quilombola Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande/PB, Brasil. As variáveis avaliadas foram: risco metabólico, renda domiciliar per capita, escolaridade, sexo, situação conjugal, grupo etário, número de residentes no domicílio, autoavaliação da saúde, sobrepeso/obesidade, sedentário/irregularmente ativo. As informações estatísticas foram obtidas por meio do software estatístico SPSS 22.0. Foi realizado o Teste Qui-quadrado ou o Exato de Fisher. A medida de associação usada foi a Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%, estimada por meio da regressão de Poisson. Esta pesquisa segue os preceitos éticos da Resolução 466/2012. Foram avaliados 47 idosos (68,1% mulheres), dos quais 53,2% apresentavam risco metabólico. Observou-se que as variáveis sexo (RP: 0,397, $p < 0,0001$), renda (RP: 1,856, $p = 0,022$), autoavaliação da saúde (RP: 1,904, $p = 0,008$) e sobrepeso/obesidade (RP: 3,010, $p = 0,030$) apresentaram associação com o risco metabólico. Os resultados salientam a importância da avaliação precoce destes fatores, a fim de contribuir para prevenção de agravos e planejamento e efetivação de ações de saúde, considerando a especificidade da população quilombola.

Palavras-Chave: Idoso. Circunferência da Cintura. Obesidade Abdominal. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

ABSTRACT

Waist circumference is one of the best anthropometric predictors of visceral fat and risk of metabolic diseases. Values above those recommended increases the risk of developing metabolic disorders. The aim of this study was to verify the factors associated with metabolic risk in elderly people from a quilombola community. This is a cross-sectional, analytical study, with primary data collection, consisting of elderly people registered in the association of residents of the Quilombola community Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande/Paraíba, Brazil. The variables evaluated were: metabolic risk, per capita household income, education, gender, marital status, age group, number of residents in the household, self-rated health, overweight/obesity, sedentary/irregularly active. Statistical information was obtained using the SPSS 22.0 statistical software. The Chi-square test or Fisher's exact test was performed. The measure of association used was the Prevalence Ratio (PR), with a 95% confidence interval, estimated using Poisson regression. This research follows the ethical precepts of Resolution 466/2012. 47 elderly people were evaluated (68.1% women), of which 53.2% were at metabolic risk. It was observed that the variables sex (PR: 0.397, $p < 0.0001$), income (PR: 1.856, $p = 0.022$), self-rated health (PR: 1.904, $p = 0.008$) and overweight/obesity (PR: 3.010, $p = 0.030$) were associated with metabolic risk. The results highlight the importance of early assessment of these factors, in order to contribute to the prevention of diseases and the planning and implementation of health actions, considering the specificity of the quilombola population.

Keywords: Aged. Waist Circumference. Obesity Abdominal. African Continental Ancestry Group.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Análise bivariada do risco metabólico com as variáveis socioeconômico-demográficas, autoavaliação da saúde, prática de atividade física e sobrepeso/obesidade. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil, 2019	26
Tabela 2 –	Análise multivariada para o risco metabólico e variáveis avaliadas. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil, 2019	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Autoavaliação da saúde
ABVD	Atividades básicas de vida diária
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
CA	Circunferência abdominal
CC	Circunferência da cintura
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
E	Estatura
E-SUS	Secretaria Municipal de Saúde
FCP	Fundação Cultural Palmares
IC	Intervalo de confiança
IMC	Índice de massa corporal
IDEME	Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual da Paraíba
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
kg	Kilograma
m	Metro
MET	Metabolic equivalent intensity level
MEEM	Mini Exame de Estado Mental
min	Minuto
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds ratio
P	Peso
p	Valor-p
PB	Paraíba
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RP	Razão de prevalência
RCQ	Razão cintura-quadril
RM	Risco metabólico

SEPPIR Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SM Síndrome metabólica
SPSS Statistical Package for Social Sciences
UEPB Universidade Estadual da Paraíba

LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	Porcentagem
$=$	Igual a
$>$	Maior que
$<$	Menor que
\geq	Maior ou igual que
\leq	Menor ou igual que

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Envelhecimento populacional	16
3.2	Alterações biopsicossociais do envelhecimento humano	17
3.3	Risco metabólico	18
3.4	População quilombola	20
3.5	A saúde do idoso quilombola	20
4	METODOLOGIA	22
4.1	Tipo de pesquisa	22
4.2	População	22
4.3	Local da pesquisa	22
4.4	Crterios de inclus3o e exclus3o	22
4.5	Vari3veis de estudo	23
4.6	Procedimentos de coleta dos dados	24
4.7	Processamento e an3lise dos dados	25
4.8	Aspectos 3ticos	25
5	RESULTADOS E DISCUSS3ES	26
6	CONCLUS3O	33
	REFER3NCIAS	34
	AP3NDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	42
	AP3NDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45
	ANEXO A – QUESTION3RIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE F3SICA (IPAQ)	48
	ANEXO B – PARECER DO COMIT3 DE 3TICA EM PESQUISA	50

1 INTRODUÇÃO

A circunferência da cintura (CC) é um indicador antropométrico considerado um dos melhores preditores de gordura visceral e de risco de doenças metabólicas (BARROSO et al., 2017). Estudos realizados tanto no Brasil (CARDOZO et al., 2017; SANTOS; FERREIRA; MORI, 2017; SILVA et al., 2019; ZORASKI et al., 2017) como internacionalmente (HU et al., 2017; KOLAHÍ; MOGHISI; EKHTIARI, 2018; LIU et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018; ORTIZ-RODRÍGUEZ et al., 2017) têm utilizado a CC para verificar risco metabólico (RM) em idosos e alguns destes estudos verificaram elevada prevalência desta condição (CARDOZO et al., 2017; KOLAHÍ; MOGHISI; EKHTIARI, 2018; LIU et al., 2018; SANTOS; FERREIRA; MORI, 2017; SILVA et al., 2019).

Essa elevada prevalência é preocupante, tendo em vista que idosos que apresentam CC acima dos valores preconizados apresentam maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos, tais como diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial e síndrome metabólica (SM) (BRANDÃO, 2018).

Diante disso, observa-se a importância de avaliar os possíveis fatores influenciadores para o aumento da CC, por conseguinte para o RM. Estudos mostram que idosos do sexo feminino (GU et al., 2018; ROCHA et al., 2020; SILVA et al., 2019), negros (OSTCHEGA et al., 2012) e quilombolas (ARAGÃO; BÓS; SOUZA, 2014; QUEIROZ et al., 2021), encontram-se vulneráveis para o RM. Os quilombolas são sujeitos de ancestralidade negra, que residem predominantemente na zona rural com relativo grau de isolamento geográfico, além de apresentarem desigualdades sociais e de saúde (BEZERRA et al., 2013).

A presença de situação de vulnerabilidade social apresenta associação significativa com indicadores antropométricos, como a CC, que avalia o RM (JÚNIOR et al., 2020). O controle desta situação em saúde pública depende da elaboração e implementação de políticas públicas que visem à redução das desigualdades sociais (ORAKA et al., 2020).

À vista disso, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003b) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006), dispõem os direitos assegurados às pessoas idosas, tais como à vida, à saúde, à alimentação, à educação e ao trabalho. Nesse âmbito de cuidado em saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2009), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014) e a Agenda Social Quilombola (BRASIL, 2007), também constituem instrumentos que objetivam garantir melhores condições de saúde tanto para os negros e quilombolas como para outros grupos vulneráveis.

A promoção da saúde do idoso quilombola deve considerar as suas especificidades socioculturais, de forma a produzir ações mais eficientes. Neste sentido, as pesquisas constituem instrumento importante de construção de conhecimento, de forma a subsidiarem políticas públicas e outras pesquisas. No entanto, apesar de tamanha relevância, a quantidade de estudos avaliando a situação da saúde realizados com a população idosa quilombola do Nordeste ainda é incipiente (ARAGÃO; BÓS; SOUZA, 2014; ROCHA; MELO; MENEZES, 2016; SOARES; BARRETO, 2015), o que justifica a realização de estudos voltados à análise dos fatores associados ao risco metabólico em idosos quilombolas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar os fatores associados ao risco metabólico em idosos de uma comunidade quilombola.

2.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil socioeconômico-demográfico dos idosos.
- Identificar risco metabólico entre os idosos.
- Classificar a autoavaliação da saúde dos idosos.
- Verificar a prática de atividade física entre os idosos.
- Identificar o estado nutricional dos idosos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em países desenvolvidos são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Entretanto, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais (BRASIL, 2007).

Segundo o relatório técnico, intitulado “Perspectivas Mundiais de População 2019: Destaques”, elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU), até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos. Este valor no ano de 2019 era de uma em cada onze pessoas (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2019).

No Brasil, indivíduos com 60 anos ou mais representavam 9,7% da população brasileira em 2004, 13,7% no ano de 2014, e é estimado que esse grupo represente 18,6% em 2030 e 33,7% em 2060 (IBGE, 2015). No Nordeste, em 2018, a proporção de idosos com 60 anos ou mais era de 14,1%, enquanto nas regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Norte essa proporção era de 17,6%, 16,9%, 13,1% e 10,7%, respectivamente (CENTRO DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2020).

Diante dessa realidade, o Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual da Paraíba (IDEME), comparando os dados dos censos demográficos de 2000 e de 2010 verificou que o número de idosos na Paraíba cresceu em mais de 100 mil indivíduos no período (IDEME, 2012). Em 2018, o percentual de idosos no estado da Paraíba era de 14,99% (CENTRO DE POLÍTICAS SOCIAIS, 2020).

No Brasil e no mundo, a parcela da população com 60 anos ou mais está crescendo em um ritmo mais acelerado do que qualquer outro grupo etário, sendo consequência, sobretudo, da redução da taxa de fecundidade, a qual se deve principalmente à acessibilidade aos métodos contraceptivos, como os anticoncepcionais, além da diminuição da mortalidade (OECD; WHO, 2020; REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016; UNITED NATIONS, 2019). Ademais, o envelhecimento da população reflete o sucesso do desenvolvimento de políticas públicas no mundo todo nas últimas décadas (OECD; WHO, 2020).

O Brasil tem apresentado mudanças demográficas de maneira análoga a muitos países desenvolvidos, de modo que o processo de envelhecimento e o aumento da longevidade da

população tem se elevado rapidamente. A expectativa de vida dos brasileiros com 60 anos aumentou cerca de nove anos em pouco mais de meio século. Entretanto, esse aumento da sobrevida apresenta-se de forma heterogênea entre as grandes regiões do país. A expectativa de vida aos 60 anos dos brasileiros em 2013 nas regiões Nordeste, Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Sul foi (em anos): 20,7, 20,2, 20,9, 22,3 e 22,3 (CAMARGOS et al., 2019).

A idade avançada apresenta como principal desafio a relação entre alterações significativas em muitas funções fisiológicas e o desenvolvimento de múltiplas deficiências, declínio da capacidade funcional geral, morbidade e mortalidade e consequente perda de independência (FRONTERA, 2017).

3.2 Alterações biopsicossociais do envelhecimento humano

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, como por modificações psicológicas. Tais modificações determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, que podem levar o indivíduo à morte (NETTO; FILHO, 2006).

Esse processo ocorre inevitavelmente a todo momento, surgindo em nível molecular, orgânico e celular, sendo modulado por fatores genéticos, epigenéticos e ambientais (KHAN; SINGER; VAUGHAN, 2017). Dessa forma, o envelhecimento biológico resulta de um desequilíbrio entre os fatores estressores e os mecanismos de proteção contra o estresse, aumentando a suscetibilidade a doenças (BEKTAS et al., 2018).

Diante disso, diferentes sistemas orgânicos como o cardiovascular, pulmonar, neurológico e musculoesquelético, apresentam declínio da sua função fisiológica, ocasionando o aumento da pressão arterial sistólica, diminuição da complacência do sistema respiratório, alterações na neuroplasticidade e perda da massa muscular. Essas alterações aumentam o risco de o idoso desenvolver hipertensão arterial, dispneia, doenças neurodegenerativas como a doença de Alzheimer, além de limitar a locomoção (KHAN; SINGER; VAUGHAN, 2017).

As experiências vivenciadas no envelhecimento, as quais incluem a aposentadoria, mudança de hábitos e tarefas para se adaptar às novas situações do cotidiano, perda de entes queridos, podem ocasionar o aumento do nível de estresse, ansiedade, depressão e sensação de solidão, os quais podem influenciar na qualidade de vida (GERINO et al., 2017). A solidão e o isolamento social são considerados como importantes fatores de risco para a ansiedade e a

depressão (DOMÈNECH-ABELLA et al., 2019), as quais aumentam a polifarmácia nos idosos (WONGPAKARAN et al., 2020) e podem acarretar distúrbios do sono, que por sua vez resulta em situações de falta de ânimo, dificuldade de interação, apatia e impaciência (GALVÃO et al., 2017). Diante disso, várias dimensões da qualidade de vida dos idosos são afetadas negativamente (MIRKENA et al., 2018; PADAYACHEY; RAMLALL; CHIPPS, 2017).

O envelhecimento culmina para estados de incapacidade funcional, caracterizado pela dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar tarefas básicas de cuidados pessoais, denominadas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD); assim como para tarefas mais complexas necessárias à vida independente na comunidade, denominadas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (GONÇALVEZ et al., 2011). O idoso que apresenta sua autonomia comprometida pode tornar-se uma pessoa dependente de seus familiares, cuidadores e amigos (NOGUEIRA et al., 2010).

À vista disso, alterações sociais são verificadas quando ocorrem mudanças nas relações sociais em virtude da diminuição do poder econômico, produtivo e físico. A perda da produtividade acarreta o afastamento do idoso do ambiente de trabalho, o qual começa a depender da renda garantida pela aposentadoria (DANTAS; SANTOS, 2017). Desse modo, muitos idosos residem em domicílios com muitas pessoas, seja pela dependência financeira que seus familiares possuem (ALMEIDA et al., 2015; DIAS-COSTA; TEIXEIRA, 2019) ou pelo fato de acreditam que seus entes darão atenção e cuidados quando necessários (PAIVA et al., 2011).

Sendo assim, as alterações decorrentes do envelhecimento tornam esse segmento da população mais suscetível ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (LIMA-COSTA et al., 2011), como é o caso das doenças metabólicas (BRANDÃO, 2018).

3.3 Risco metabólico

O risco metabólico (RM) é ocasionado pelo acúmulo inadequado de gordura na região abdominal. A literatura mostra que o RM é um fator de risco para o desenvolvimento de DCNT, tais como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018).

O RM pode ser verificado por meio de indicadores antropométricos, tais como a circunferência abdominal (CA), razão cintura-quadril (RCQ) e CC (MENEZES et al., 2014).

A CC é um indicador antropométrico considerado um dos melhores preditores de gordura visceral e de risco de doenças metabólicas (BARROSO et al., 2017). É uma medida simples, de fácil padronização, utilizada na prática clínica para possibilitar a avaliação da adiposidade abdominal, de modo que fornece informações adicionais para orientar o manejo do paciente (ROSS et al., 2020).

O excesso de adiposidade visceral é frequentemente associado à deposição de gordura ectópica, que consiste no acúmulo de gordura em tecidos normalmente magros como o coração, fígado e músculo esquelético, contribuindo para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e RM (NEELAND et al., 2019).

Estudos têm utilizado a CC para verificar o RM em idosos e verificado elevada prevalência dessa condição na população idosa (CARDOZO et al., 2017; KOLAH; MOGHISI; EKHTIARI, 2018; LIU et al., 2018; SANTOS; FERREIRA; MORI, 2017; SILVA et al., 2020; SILVA et al., 2019; SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018). Estudo realizado com chineses por Liu e colaboradores (2018) identificou elevada prevalência de RM entre os idosos (42,5%). Estudo realizado com idosos residentes em Goiânia/GO verificou elevada prevalência de RM (55,1%) na amostra (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018). Em uma pesquisa realizada com idosos residentes na região do Sudoeste do Estado da Bahia identificou-se elevada prevalência de RM entre os idosos (72,6%) (SILVA et al., 2020).

Essa elevada prevalência de RM em idosos é preocupante, visto que a presença de CC acima dos valores preconizados aumenta o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos (BRANDÃO, 2018). À vista disso, observa-se a importância de avaliar os possíveis fatores influenciadores para o aumento da CC, por conseguinte para o RM.

Estudos mostram associação entre RM e idade avançada (QUEIROZ et al., 2021), hipertensão arterial (QUEIROZ et al., 2021; SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018), sobrepeso/obesidade (JÚNIOR et al., 2020), sedentarismo (JUNIOR et al., 2020). Estudo transversal realizado em comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais verificou associação entre RM e idade avançada (≥ 60 anos) e hipertensão arterial (QUEIROZ et al., 2021). Estudo realizado com adultos de um município do sertão pernambucano observou associação entre RM e sobrepeso/obesidade, assim como com o sedentarismo (JÚNIOR et al., 2020). Em um estudo realizado por Silveira, Vieira e Souza (2018) com idosos residentes em Goiânia/GO mostrou que o RM se manteve associado com diabetes mellitus.

Além disso, pesquisas mostram que idosos do sexo feminino (GU et al., 2018; ROCHA et al., 2020; SILVA et al., 2019), negros (OSTCHEGA et al., 2012) e quilombolas

(ARAGÃO; BÓS; SOUZA, 2014, QUEIROZ et al., 2021), encontram-se vulneráveis para o RM.

A vulnerabilidade social apresenta associação significativa com indicadores antropométricos, como a CC, que avalia o RM (JÚNIOR et al., 2020). Diante disso, observa-se a importância de verificar o RM nos idosos quilombolas, população negra e grupos vulneráveis.

3.4 População quilombola

As comunidades remanescentes de quilombos são formadas por indivíduos de ancestralidade negra, apresentam-se mais vulneráveis devido à posição predominantemente na zona rural com relativo grau de isolamento geográfico, além de apresentarem desigualdades sociais e de saúde (BEZERRA et al., 2013). Os termos do Decreto nº 4.887, de 2003, definem tais comunidades no segundo e 16º artigos como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” e atribui à Fundação Cultural Palmares (FCP) a responsabilidade pelo registro e certificação das mesmas (BRASIL, 2003a).

Segundo a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), até o ano de 2012, a FCP emitiu a certificação como “quilombola” para 2.040 comunidades, das quais 63,0% destas encontravam-se na região Nordeste (SEPPIR, 2012). Ao longo do tempo, novas comunidades foram certificadas pela FCP, de modo que no ano de 2020 havia 3.427 comunidades quilombolas no território brasileiro (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020).

Assim como na população em geral, a literatura mostra o processo de transição demográfica nas comunidades quilombolas, visto que o grupo etário de 60 anos ou mais tem aumentado no transcorrer do tempo, refletindo o envelhecimento da população quilombola (BRANDÃO; SANTOS; JORGE, 2018).

3.5 A saúde do idoso quilombola

Estudos realizados com a população idosa quilombola evidenciam a situação de vulnerabilidade e influência dos fatores psicológicos na qualidade de vida (SARDINHA et al., 2019), precariedade da saúde bucal (SANDES; FREITAS; SOUZA, 2018), elevada

prevalência de DCNT, como hipertensão arterial (SANTOS; SCALA; SILVA, 2015). Além disso, alguns estudos mostram a elevada prevalência de RM entre os idosos quilombolas (ARAGÃO; BÓS; SOUZA, 2014; QUEIROZ et al., 2021) e os fatores associados a esta condição (QUEIROZ et al., 2021).

Políticas Públicas como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003b) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006), visam assegurar às pessoas idosas seus direitos, tais como à vida, à saúde, à alimentação, à educação e ao trabalho. Além disso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2009), a Agenda Social Quilombola (BRASIL, 2007), e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014), também compõem como instrumentos que objetivam garantir para os negros, quilombolas e para outros grupos vulneráveis melhores condições de saúde.

Diante da ausência de Políticas Públicas que preveem ações relativas ao RM na população idosa, quilombola e grupos vulneráveis, torna-se imprescindível a realização de estudos, cujos resultados poderão nortear a elaboração de estratégias específicas para estes grupos. Apesar de tamanha importância acerca da temática, são poucos os estudos presentes na literatura científica realizados com a população quilombola do Nordeste avaliando a situação da saúde (ARAGÃO; BÓS; SOUZA, 2014; ROCHA; MELO; MENEZES, 2016; SOARES; BARRETO, 2015), além da ausência de estudos específicos na literatura consultada que avaliem o RM e fatores associados em idosos quilombolas do Nordeste, o que justifica a realização de estudos voltados à análise dos fatores associados ao RM em idosos quilombolas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com coleta de dados primários que faz parte de um estudo maior intitulado “Avaliação multidimensional da saúde de idosos de uma comunidade quilombola do estado da Paraíba”.

4.2 População

A presente pesquisa é constituída por todos os idosos da comunidade Quilombola Caiana dos Crioulos cadastrados na associação de moradores. De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde (E-SUS), em 2019 havia 64 idosos; no entanto, após atualização deste número com a agente comunitária de saúde, observou-se que havia 55 idosos residentes na comunidade.

4.3 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada com idosos moradores da comunidade Quilombola Caiana dos Crioulos, no município de Alagoa Grande/PB, Brasil.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e residentes cadastrados na associação de moradores da comunidade quilombola Caiana dos Crioulos.

Foram excluídos idosos com deficiência auditiva grave não corrigida; com declínio cognitivo; acamados ou aqueles que apresentassem debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas; que estivessem ausentes do quilombo no período da pesquisa de campo.

O declínio cognitivo foi identificado por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM). O instrumento apresenta uma pontuação que pode variar de zero a 30 pontos (BERTOLUCCI et al., 1994). Os pontos de corte foram definidos de acordo com a escolaridade: analfabetos (pontuação < 13: declínio cognitivo, ≥ 13: sem declínio cognitivo);

1 a 8 anos de escolaridade (pontuação < 18: declínio cognitivo, ≥ 18 : sem declínio cognitivo); 9 ou mais anos de escolaridade (pontuação < 26: declínio cognitivo, ≥ 26 sem declínio cognitivo).

4.5 Variáveis de estudo

As variáveis avaliadas no estudo foram: risco metabólico (sim; não), renda domiciliar per capita (até 1 salário mínimo; mais de 1 salário mínimo), escolaridade (letrado; analfabeto), sexo, situação conjugal (sem companheiro; com companheiro), grupo etário (60 a 70 anos; 71 anos ou mais), número de residentes no domicílio (até 2; 3 ou mais), autoavaliação da saúde (boa; ruim), sobrepeso/obesidade (sim; não), sedentário/irregularmente ativo (sim; não). As informações foram anotadas em formulário específico (APÊNDICE A).

Para avaliar o risco metabólico, foi mensurada a circunferência da cintura (CC) utilizando as técnicas descritas por Callaway et al. (1998). Os pontos de corte adotados para a predição de risco metabólico foram: $CC \geq 102$ cm para homens e $CC \geq 88$ cm para mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Em relação à renda familiar, esta foi verificada por meio da resposta à seguinte pergunta: “Qual a soma da renda mensal de todos os moradores do domicílio?”. Para o cálculo da renda domiciliar per capita foi somada a renda bruta da família e dividida pelo número de moradores.

A autoavaliação da saúde foi obtida por meio da resposta à questão: "Como o(a) senhor(a) considera sua saúde?". As opções de resposta foram: excelente, muito boa, boa, regular e má. Para fins estatísticos, essa variável foi dicotomizada, como autoavaliação da saúde boa (excelente, muito boa, boa) e ruim (regular e má).

Para verificar a presença de sobrepeso/obesidade foi calculado o índice de massa corporal (IMC) que consiste na medida do peso corporal (kg), dividido pela estatura (m) elevada ao quadrado (P/E^2). O peso e a estatura foram aferidos de acordo com as técnicas propostas por Gordon, Chumlea e Roche (1988) utilizando uma balança eletrônica digital portátil (TANITA UM080®) e estadiômetro portátil (ALTUREXATA®), respectivamente. Foi utilizada a classificação segundo a Organização Pan- Americana de Saúde – OPAS (OPAS, 2001): baixo peso (≤ 23 kg/m²), eutrofia (> 23 kg/m² e < 28 kg/m²), sobrepeso (≥ 28 kg/m² e < 30 kg/m²) e obesidade (≥ 30 kg/m²). Assim os idosos foram classificados quanto à presença de sobrepeso/obesidade (sim; não).

Para verificar a prática de atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (MATSUDO et al., 2002) (ANEXO A). O nível de atividade física foi classificado em:

MUITO ATIVO- Cumpre as seguintes recomendações: a) Atividade Vigorosa: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão e/ou; b) Atividade Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão + Atividade Moderada e/ou Caminhada ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão.

ATIVO- Cumpre as seguintes recomendações: a) Atividade Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão e /ou; b) Atividade Moderada ou Caminhada: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão e/ou; c) A soma de qualquer atividade: ≥ 5 dias na semana e ≥ 150 minutos por semana (vigorosa + caminhada + moderada).

IRREGULARMENTE ATIVO: Aquele que cumpre prática de atividade física, mas insuficiente para ser classificado como ativo, por não cumprir as recomendações quanto à frequência e duração.

SEDENTÁRIO: Aquele que não pratica atividade física por, pelo menos, 10 minutos contínuos durante a semana.

O indivíduo pode ser classificado por um compêndio de atividades físicas, sugerido pela IPAQ Internacional, a partir do relato da duração e frequência da prática de atividade física em cada domínio (caminhada, atividade moderada, e atividade vigorosa). A prática de atividade física total foi obtida em MET-min/semana através da seguinte equação: média de MET x minutos de atividade x frequência por semana. O *metabolic equivalent intensity level* (MET) é uma medida que estima o gasto energético por meio da atividade física. As pontuações médias de MET para cada domínio foram: caminhada= 3,3 METs; moderada= 4,0 METs; vigorosa= 8,0 METs.

Assim, os idosos foram classificados quanto ao fato de serem irregularmente ativos/sedentários (sim; não).

4.6 Procedimentos de coleta dos dados

Os idosos do quilombo de Caiana dos Crioulos foram convocados a comparecerem em uma reunião para aviso e esclarecimentos sobre a metodologia e objetivos da pesquisa, assim como pudessem ser divulgadores das informações apresentadas para aqueles idosos que não compareceram. Por meio de uma lista dos idosos cadastrados na associação de moradores, foi

elaborado um cronograma com dia e horário determinados para que os idosos convidados fossem à sede da associação de moradores onde aconteceria a coleta de dados.

Para aquele idoso que não compareceu ao primeiro chamamento, foi estabelecida uma nova data e horário. O idoso que não compareceu ao segundo chamamento recebeu a visita dos entrevistadores em seu domicílio para a realização da coleta dos dados, com possibilidade de uma visita de retorno, caso o idoso não estivesse presente.

A coleta dos dados foi realizada por duplas de entrevistadores devidamente treinados, os quais eram estudantes do Mestrado em Saúde Pública da UEPB. Foi realizado estudo piloto com idosos moradores da comunidade quilombola Pedra D'água em Ingá- PB, para adequação logística e metodológica. A amostra do estudo piloto foi composta por 18 idosos.

4.7 Processamento e análise dos dados

As análises estatísticas foram obtidas por meio do aplicativo estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0. A digitação dos dados foi submetida à dupla entrada, cuja validação dos bancos foi verificada por meio da ferramenta “validate”, através do programa estatístico Epi Info 7.2. Foi realizado o teste Qui-quadrado ou o Teste Exato de Fisher. A medida de associação usada foi a Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC95%), estimada por meio da regressão de Poisson com variância robusta. Para a análise multivariada foram selecionadas aquelas variáveis que, na análise bivariada, apresentaram $p \leq 0,20$ e mantidas aquelas com $p < 0,05$.

4.8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa maior, do qual este estudo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer número 3.459.657) (ANEXO B), seguindo os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos preconizados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Os idosos que aceitaram participar do estudo após receberem explicações verbais e escritas, foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o qual foi elaborado em duas vias, uma para ficar com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram avaliados 47 idosos, dos quais 68,1% eram mulheres. Dos 55 idosos residentes na comunidade, 4 não aceitaram participar da pesquisa, 2 não foram encontrados em seus domicílios nas duas visitas realizadas e 2 foram excluídos por não conseguirem responder aos questionários.

O risco metabólico foi verificado em 53,2% dos idosos; em 56% daqueles com 60 a 70 anos; em 65,6% das mulheres; em 55% dos idosos que não tinham cônjuge; em 58,3% dos idosos com mais de 1 salário-mínimo; em 71,4% dos letrados; em 55% daqueles que moravam em domicílios com 3 ou mais residentes; em 63,6% daqueles que autoavaliaram a saúde como boa; em 55,3% dos idosos muito ativos; em 81,2% dos não obesos. Foi verificada associação significativa entre risco metabólico e sexo ($p=0,009$), escolaridade ($p=0,043$), autoavaliação da saúde ($p=0,018$) e presença de sobrepeso/obesidade ($p=0,028$) (Tabela 1).

Tabela 1: Análise bivariada do risco metabólico com as variáveis socioeconômico-demográficas, autoavaliação da saúde, prática de atividade física e sobrepeso/obesidade. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis	N	%	Risco metabólico				RP bruta (IC 95%)	p
			Sim	(%)	Não	(%)		
Total de idosos	47	100	25	53,2	22	46,8	-	-
Grupo etário								
60-70 anos	25	53,2	14	56,0	11	44,0	1	0,680*
>70 anos	22	46,8	11	50,0	11	50,0	1,136 (0,618 – 2,088)	
Sexo								
Feminino	32	68,1	21	65,6	11	34,4	0,469 (0,266 – 0,827)	0,009**
Masculino	15	31,9	4	26,7	11	73,3	1	
Situação Conjugal								
Sem cônjuge	20	42,6	11	55,0	9	45,0	0,935 (0,501 – 1,742)	0,836*
Com cônjuge	27	57,4	14	51,9	13	48,1	1	

Renda Familiar								
Até 1 salário mínimo	11	23,4	4	36,4	7	63,6	1,527 (0,846 – 2,757)	0,160**
Mais de 1 salário mínimo	36	76,6	21	58,3	15	41,7	1	
Escolaridade								
Analfabeto	26	55,3	10	38,5	16	61,5	2,154 (1,026 – 4,521)	0,043*
Letrado	21	44,7	15	71,4	6	28,6	1	
Número de residentes no domicílio								
Até 2 residentes	27	57,5	14	51,9	13	48,1	1	0,832*
3 ou mais residentes	20	42,5	11	55,0	9	45,0	0,935 (0,501 – 1,742)	
Autoavaliação da saúde								
Ruim	14	29,8	4	28,6	10	71,4	1,964 (1,122 – 3,438)	0,018*
Boa	33	70,2	21	63,6	12	36,4	1	
Prática de atividade física								
Pouco ativo	9	19,1	4	44,4	5	55,6	1,242 (0,627 – 2,458)	0,534**
Muito ativo	38	80,9	21	55,3	17	44,7	1	
Sobrepeso/obesidade								
Sim	31	66,0	12	38,7	19	61,3	3,269 (1,135 – 9,413)	0,028**
Não	16	34,0	13	81,2	3	18,8	1	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2022.

RP= razão de prevalência

* Qui-quadrado

** Exato de Fisher

Na tabela 2 é apresentado o resultado para o modelo final ajustado. Com isso, observou-se que as variáveis sexo (RP: 0,397, $p < 0,0001$), renda (RP: 1,856, $p = 0,022$), autoavaliação da saúde (RP: 1,904, $p = 0,008$) e sobrepeso/obesidade (RP: 3,010, $p = 0,030$)

mostraram-se significativas. Assim, as mulheres apresentaram prevalência de risco metabólico 60,3% menor, quando comparadas aos homens. Idosos com renda de até 1 salário mínimo apresentaram prevalência de risco metabólico 85,6% maior, quando comparados àqueles com renda maior que 1 salário mínimo. Idosos que autoavaliaram sua saúde como “ruim” apresentaram prevalência de risco metabólico 90,4% maior, quando comparados àqueles que autoavaliaram a saúde como “boa”. Idosos com sobrepeso/obesidade apresentaram prevalência de risco metabólico 201% maior, quando comparados àqueles não obesos.

Tabela 2: Análise multivariada para o risco metabólico e variáveis avaliadas. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis	RP ajustada (IC 95%)	p
Sexo		
Feminino	0,397 (0,245 – 0,642)	<0,0001
Masculino	1	
Renda		
Até 1 salário mínimo	1,856 (1,095 – 3,146)	0,022
Mais de 1 salário mínimo	1	
Autoavaliação da saúde		
Ruim	1,904 (1,187 – 3,055)	0,008
Boa	1	
Sobrepeso/obesidade		
Sim	3,010 (1,110 – 8,163)	0,030
Não	1	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2022.

RP= razão de prevalência; IC= intervalo de confiança.

O risco metabólico (RM), avaliado por meio da circunferência da cintura (CC), é um dos melhores preditores de síndrome metabólica (SM) em idosos (OLIVEIRA et al., 2017). Estudos têm verificado elevada prevalência de RM em idosos de diferentes grupos (CARDOZO et al., 2017; KOLAHÍ; MOGHISI; EKHTIARI, 2018; LIU et al., 2018; SANTOS; FERREIRA; MORI, 2017; SILVA et al., 2019), como é o caso dos quilombolas (ARAGÃO; BÓS; SOUZA, 2014). Neste contexto, observa-se a importância de conhecer os fatores associados ao RM em idosos quilombolas, uma vez que a população negra apresenta

maior risco para distúrbios metabólicos (LÓPEZ-JARAMILLO et al., 2014), além da dificuldade na utilização dos serviços de saúde que alguns moradores de quilombos podem enfrentar (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

Os resultados deste estudo, que possivelmente constitui o primeiro realizado com idosos quilombolas com o objetivo de verificar os fatores associados ao RM, mostram que as variáveis sexo, renda, autoavaliação da saúde e sobrepeso/obesidade estiveram associadas ao desfecho. Diante da relevância clínica e para a saúde pública, salienta-se que a avaliação precoce destes fatores pode contribuir para prevenção de agravos, assim como, para o planejamento e efetivação de ações de saúde, sobretudo na atenção básica, a fim de promover e proteger a saúde, considerando a especificidade da população quilombola.

Na análise bivariada essas variáveis apresentaram associação com o RM, com exceção da renda. Tal resultado pode ser devido ao fato de a renda juntamente com essas variáveis formarem um complexo causal, perdendo a sua significância quando se encontra isoladamente (PALAZZO et al., 2008).

No presente estudo o sexo feminino apresentou menor prevalência de RM, quando comparada com o sexo masculino, assim como em outros estudos (GU, et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018). No estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2018) com a população portuguesa, os autores verificaram maior chance de ocorrência de RM nos homens quando comparados com as mulheres, chegando a 90,1% (IC95%= 85,1–95,2). Porém, resultados diferentes foram verificados em outros estudos, os quais mostraram maior prevalência de RM entre as mulheres (CARDOZO et al., 2017; KOLAHÍ; SILVEIRA et al., 2020; KOLAHÍ; MOGHISI; EKHTIARI, 2018; ROCHA et al., 2020; SANTOS; FERREIRA; MORI, 2017; SILVA et al., 2019). Santos, Ferreira e Mori (2017), estudando 61 idosos cadastrados no Programa Saúde do Idoso de uma Unidade Municipal de Saúde de Belém- PA encontraram associação significativa entre o sexo feminino e RM.

Os achados deste estudo podem estar relacionados ao fato de as mulheres quilombolas realizarem mais atividades de esforço físico que outros grupos de mulheres. Mulheres quilombolas desempenham atividades, para as quais são designadas a fazer, como é o caso das atividades domésticas, além dos afazeres na agricultura que antes eram destinados predominantemente aos homens (PONTES; STEWARD, 2020). Mulheres residentes em zona rural encontram-se em baixos níveis de escolaridade e baixa renda familiar (FREITAS et al., 2018). Além disso, realizam mais atividades ocupacionais, predominando o trabalho agrícola, atividades domésticas, entre outras; de modo que demandam maior esforço físico (RIBEIRO; FERRETTI; SÁ, 2017). Desse modo, observa-se baixa ocorrência de sedentarismo em virtude

do envolvimento com as atividades diárias rurais, de forma que constitui como um fator de proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas, como é o caso de doenças metabólicas (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015).

Em relação à renda familiar, neste estudo identificou-se maior prevalência de RM entre os idosos com renda de até 1 salário mínimo, resultado similar ao de outros estudos (ARAÚJO et al., 2018; CARDOZO et al., 2017). Em pesquisa realizada por Cardoso e colaboradores (2017) observou-se maior prevalência de RM entre aqueles com baixa renda familiar (86,4%), porém a associação entre RM e renda de até um salário mínimo não foi significativa. Estudo realizado com idosos em Florianópolis- SC mostrou que mulheres com renda intermediária apresentaram menor chance de RM (OR=0,62; IC95%= 0,41-0,94), enquanto mulheres de baixa renda apresentaram maior chance para o desfecho (ARAÚJO et al., 2018). Contudo, estudos realizados com idosos de outros países mostraram associação proporcional entre a renda familiar e o RM (LIU et al., 2017; PUJILESTARI et al., 2017). Estudo realizado com idosos da Indonésia observou associação significativa entre idosos de ambos os sexos com alta renda e RM (PUJILESTARI et al., 2017). Populações com maior nível socioeconômico, como é o caso da Indonésia e China, alteram os padrões alimentares mais cedo e mais rápido que suas contrapartes mais pobres, pois têm melhor acessibilidade aos alimentos (LIU et al., 2017; PUJILESTARI et al., 2017); o que pode justificar os resultados discordantes entre os estudos.

Estudos mostram que o aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) afeta mais as pessoas de baixa renda (MALTA; SILVA, 2018; TAVARES et al., 2017). Desse modo, estes indivíduos são mais suscetíveis a apresentarem agravos à saúde, tais como o RM (ARAÚJO et al., 2018); que são influenciados pelos efeitos negativos decorrentes da globalização, das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, do sedentarismo e dos maus hábitos alimentares (MALTA; SILVA, 2018).

Essa relação é preocupante, tendo em vista que a população quilombola constitui um grupo predominantemente de baixa renda (FREITAS et al., 2018; PAULI et al., 2019; SANTOS et al., 2016). A situação econômica é um fator relevante que influencia diretamente a vida das famílias quilombolas (SANTOS et al., 2016). Diante disso, observa-se a importância dos programas de melhoria de renda, como a aposentadoria do trabalhador rural (BRASIL, 1991), programa bolsa família (BRASIL, 2004) e benefício de prestação continuada (BRASIL, 2011), tanto para os grupos mais jovens como para os mais velhos, visto que essa variável pode ser moduladora das condições de saúde, uma vez que a melhoria

na renda repercute em melhores hábitos alimentares, acesso aos serviços essenciais como educação e saúde, os quais proporcionam a prevenção de agravos à saúde.

Quanto à autoavaliação da saúde (AAS), foi encontrada maior prevalência de RM entre os idosos que avaliaram a saúde como ruim. Resultado semelhante ao encontrado em outros estudos (CALIXTO, 2019; SOARES; BARRETO, 2015). Pesquisa realizada por Calixto (2019) com idosos da cidade de São Paulo (SP), mostrou maior prevalência de autoavaliação ruim da saúde entre aqueles que apresentaram RM (OR= 1,92; IC95%= 1,23–2,99; $p < 0,001$). A autoavaliação negativa da saúde possui associação com a adoção de comportamentos que não promovem saúde, tais como piores hábitos alimentares e o sedentarismo, os quais são fatores que influenciam no desenvolvimento do RM (BICALHO et al., 2018). Além disso, a AAS de forma negativa possui relação com a presença de morbidade e outras condições que determinam aumento da procura por serviços médicos, porém encontram dificuldades para a utilização dos mesmos (MEDEIROS et al., 2016).

Múltiplos aspectos influenciam a autoavaliação ruim da saúde, sendo eles: baixa escolaridade (ANTUNES et al., 2019; ZANESCO et al., 2018), baixa renda (ANTUNES et al., 2019; SANTOS; COUTO; BASTONE, 2018), dificuldade de acesso aos serviços de saúde (MEDEIROS et al., 2016), sedentarismo (LINDEMANN et al., 2019; PEGORARI et al., 2015). A AAS como ruim resulta em uma maior demanda pela procura de serviços de saúde (ZANESCO et al., 2018). Mediante isso, torna-se imprescindível à identificação dos aspectos que impactam negativamente a AAS da pessoa idosa, com potencial impacto para que ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde sejam executadas.

Este estudo identificou que idosos com sobrepeso/obesidade apresentaram prevalência de RM maior, quando comparados àqueles não obesos. Estudo transversal realizado por Scherer e colaboradores (2013) com idosos de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, observaram associação significativa entre RM e idosos com sobrepeso. Pesquisa realizada com a população idosa mexicana mostrou alto risco de RM entre os idosos com sobrepeso (OR= 6,77; IC95%= 3,77–12,15) e obesidade (OR= 25,12; IC95%= 9,26–68,19) quando comparados com os idosos que apresentaram peso normal (ORTIZ-RODRÍGUEZ et al., 2017). O envelhecimento propicia mudanças na composição corporal do idoso, tais como a redistribuição da gordura corporal e redução da massa muscular (SILVEIRA et al., 2020), além da mudança dos hábitos alimentares (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

Essas alterações progressivas e metabolicamente desfavoráveis na composição corporal, associadas ao envelhecimento, incluindo a deposição de gordura no abdômen e

músculos esqueléticos (AL-SOFIANI; GANJI; KALYANI, 2019), além das alterações hormonais, aumento do consumo de alimentos calóricos e diminuição do gasto energético, contribuem para o desenvolvimento de sobrepeso/obesidade, que aumenta a chance de RM (KALISH, 2016; ORTIZ-RODRÍGUEZ et al., 2017).

Deste modo, atenta-se para a relevância das ações de estímulo aos hábitos alimentares saudáveis e à prática regular de atividade física presentes na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014), além do acompanhamento nutricional e de saúde, que se encontra na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2011). Além disso, devem ser investigados os fatores que são condicionantes do estado nutricional da população quilombola, a fim de diminuir a prevalência de sobrepeso/obesidade, por conseguinte as chances de RM.

Assim, os resultados deste estudo sinalizam para profissionais de saúde, gestores, cuidadores e familiares aqueles aspectos a serem priorizados em um plano de melhoria do estado de saúde destes idosos. Desta forma, observa-se a importância de estímulo e incremento das ações presentes na PNSPI (BRASIL, 2006), PNPS (BRASIL, 2014) e PNAN (BRASIL, 2011) relacionadas ao incentivo à alimentação saudável, prática de atividade física e combate ao sedentarismo, além da ação voltada para o apoio ao desenvolvimento produtivo local e autonomia econômica presente na Agenda Social Quilombola (BRASIL, 2007). Ademais, observa-se a importância de ações mais expressivas na PNAN (BRASIL, 2011) de acompanhamento nutricional e de saúde e investigação dos fatores que são condicionantes do estado nutricional, assim como dos programas ligados à melhoria da renda, tais como o benefício de prestação continuada. Não menos importante, ações para conhecer e controlar os fatores que impactam negativamente a AAS, tanto dos idosos como da população quilombola em geral.

Apesar de o presente estudo constituir a totalidade de idosos residentes na comunidade Quilombola Caiana dos Crioulos que atenderam aos critérios de seleção, assim como que aceitaram participar da pesquisa, o tamanho da amostra foi limitado. No entanto, há que se considerar a importância deste estudo em reconhecer as necessidades específicas dos idosos quilombolas, de forma a trazer contribuições quanto às políticas públicas.

6 CONCLUSÃO

Mediante os resultados obtidos, observou-se que as variáveis sexo, renda, autoavaliação da saúde e sobrepeso/obesidade estiveram associadas ao risco metabólico (RM). Diante disso, o conhecimento sobre os fatores associados ao RM em idosos quilombolas reveste-se de tamanha complexidade e relevância, e mostra a importância de ações que reduzam os fatores influenciadores do RM, repercutindo em menores chances desse desfecho entre indivíduos de comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, jun. 2015.
- AL-SOFIANI, M. E.; GANJI, S. S.; KALYANI, R. R. Body composition changes in diabetes and aging. **Journal of Diabetes and its Complications**, v. 33, n. 6, p. 451-459, jun. 2019.
- ANTUNES, J. L. F. et al. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, p. 1-14, fev. 2019.
- ARAGÃO, J. A.; BÓS, A. J. G.; SOUZA, G. C. Síndrome metabólica em adultos e idosos de comunidades quilombolas do centro-sul do Piauí, Brasil. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 501-512, nov. 2014.
- ARAÚJO, C. A. H. et al. Ambiente construído, renda contextual e obesidade em idosos: evidências de um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 1-15, mai. 2018.
- BARROSO, T. A. et al. Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 416-424, out. 2017.
- BEKTAS, A. et al. Aging, inflammation and the environment. **Experimental gerontology**, v. 105, p. 10-18, mai. 2018.
- BERTOLUCCI, P. H. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01-07, mar. 1994.
- BEZERRA, V. M. et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão y factores asociados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1889-1902, set. 2013.
- BICALHO, P. G. et al. Associação entre fatores sociodemográficos e relacionados à saúde com a prática de caminhada em área rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1323-1332, abr. 2018.
- BRANDÃO, A. A.; SANTOS, N. C.; JORGE, A. L. Comunidades Quilombolas sob a perspectiva da transição demográfica. **Política & Trabalho**, João Pessoa, v. 1, n. 48, p. 145-161, jun. 2018
- BRANDÃO, I. S. **A obesidade, suas causas e consequências para a saúde**. 2018. 17f. Dissertação (Especialista em Saúde da Família) - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Ceará. 2018.

BRASIL. 1991. **LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991**. Brasília: Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 14 jun. 2021.

_____. 2003a. **DECRETO Nº 4.887, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2003**. Brasília: Presidência da República. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm>. Acesso em: 5 out. 2021.

_____. 2003b. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003**. Brasília: Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 12 jun. 2021.

_____. 2004. **LEI Nº 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004**. Brasília: Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/L10.836compilado.htm>. Acesso em: 14 jun. 2021.

_____. 2006. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 12 jun. 2021.

_____. 2007. **DECRETO Nº 6.261, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2007**. Brasília: Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6261.htm>. Acesso em: 13 jun. 2021.

_____. 2009. **PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 13 jun. 2021.

_____. 2011. **PORTARIA Nº 2.715, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html>. Acesso em: 13 jun. 2021.

_____. 2014. **PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso: 13 jun. 2021.

CALIXTO, R. **Fatores associados à obesidade abdominal entre idosos-Estudo SABE**. 2019. 19f. Dissertação (Graduação em Nutrição) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais. 2019.

CALLAWAY, W. C. et al. Circumferences. *In*: LOHMAN, T. G. et al. **Anthropometrics tandardization reference manual**. 1 ed. Champaign: Human Kinetics Books, 1988.

CAMARGOS, M. C. S. et al. Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 737-747, mar. 2019.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1037-1045, abr. 2018.

CARDOZO, N. R. et al. Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 94-98, mar. 2017.

CENTRO DE POLÍTICAS SOCIAIS. **Panorama dos Idosos Brasileiros - Quem são? Onde estão? O que fazem? Como chegar até eles?**. 2020. Disponível em: <<https://www.cps.fgv.br/social/4/evolucaoBRATOTHIBcodpanorama/visualizacao/tudo>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

DANTAS, E. H. M.; SANTOS, C. A. S. **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Joaçaba: Editora Unoesc, p. 19-20, 2017.

DIAS-COSTA, I. G.; TEIXEIRA, K. M. D. Quem são os idosos no mercado de trabalho brasileiro? Uma análise do Censo de 2010. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 113-130, jun. 2019.

DOMÈNECH-ABELLA, J. et al. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). **Journal of affective disorders**, v. 246, p. 82-88, 2019.

FOCCHESATTO, A.; ROCKETT, F. C.; PERRY, I. D. S. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 779-795, dez. 2015.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Em meio à pandemia, FCP mantém os processos de certificação das comunidades quilombolas**. 2020. Disponível em: <<https://www.palmares.gov.br/?p=56832>>. Acesso em: 26 fev. 2022.

FREITAS, I. A. et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2187-2200, abr. 2018.

FRONTERA, W. R. Physiologic changes of the musculoskeletal system with aging: a brief review. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics**, v. 28, n. 4, p. 705-711, nov. 2017.

GALVÃO, A. et al. Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool em alunos do ensino superior. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 5, p. 8-12, ago. 2017.

GERINO, E. et al. Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. **Frontiers in psychology**, v. 8, p. 2003, nov. 2017.

GONÇALVES, S. X. et al. Capacidade funcional de idosos adscritos à estratégia saúde da família no município de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 15, n. 3, p. 287-294, dez. 2011.

GORDON, C. C.; CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F. Stature, recumbent length, and weight. *In*: LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign: Human Kinetics Books, 1988.

GU, Z. et al. Body mass index, waist circumference, and waist-to-height ratio for prediction of multiple metabolic risk factors in Chinese elderly population. **Scientific reports**, v. 8, n. 1, p. 1-6, jan. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2015. **Síntese de indicadores sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2021.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL E ESTADUAL (IDEME). **A Dinâmica Populacional como um Indicador para o Planejamento e Implementação de Políticas Públicas e Sociais 2000-2010**. 2012. Disponível em: <<http://ideme.pb.gov.br/servicos/publicacoes/dinamica-populacional-2000-2010-parte1.pdf/view>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Expectativa de vida ao nascer e expectativa de vida do idoso no Ceará em 2017**. 2019. Disponível em: <https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2019/10/EnfoqueEconomicoN211_01_09_2019.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

JÚNIOR, I. R. D. et al. Associação entre fatores sociodemográficos, antropométricos e de estilo de vida em adultos com obesidade abdominal de um município do sertão Pernambucano. **Brazilian Journal of Health Review**, Paraná, v. 3, n. 3, p. 6424-6441, mai. 2020.

KALISH, V. B. Obesity in Older Adults. **Primary Care**, v. 43, n. 1, p. 137-144, mar. 2016.

KHAN, S. S.; SINGER, B. D.; VAUGHAN, D. E. Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. **Aging cell**, v. 16, n. 4, p. 624-633, mai. 2017.

KOLAH, A.; MOGHISI, A.; EKHTIARI, Y. S. Socio-demographic determinants of obesity indexes in Iran: findings from a nationwide STEPS survey. **Health promotion perspectives**, v. 8, n. 3, p. 187-194, jul. 2018.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, mai. 2011.

LINDEMANN, I. L. et al. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 45-52, jan. 2019.

LIU, X. et al. Prevalence and change of central obesity among US Asian adults: NHANES 2011–2014. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 678-686, ago. 2017.

LIU, X. et al. Prevalence and influencing factors of overweight and obesity in a Chinese rural population: the Henan rural cohort study. **Scientific reports**, v. 8, n. 1, p. 13101-13111, ago. 2018.

LÓPEZ-JARAMILLO, P. et al. Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 205-225, abr. 2014.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1350, mai. 2018.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 41-50, out. 2002.

MEDEIROS, S. M. et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3377-3386, nov. 2016.

MENEZES, T. N. et al. Obesidade abdominal: revisão crítica das técnicas de aferição e dos pontos de corte de indicadores antropométricos adotados no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1741-1754, jun. 2014.

MIRKENA, Y. et al. Prevalence of depression and associated factors among older adults in Ambo City, Oromia Region, Ethiopia. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 1-7, out. 2018.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **População mundial deve chegar a 9,7 bilhões de pessoas em 2050, diz relatório da ONU**. jun. 2019. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-chegar-a-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-diz-relatorio-da-onu/>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

NEELAND, I. J. et al. Visceral and ectopic fat, atherosclerosis, and cardiometabolic disease: a position statement. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 7, n. 9, p. 715-725, jul. 2019.

NETTO, M. P.; FILHO, E. T. C. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, p. 311-330, 2006.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 322-329, ago. 2010.

OECD; WHO. **Health at a Glance: Asia/Pacific 2020**. Measuring Progress Towards Universal Health Coverage. OECD Publishing, 2020. Disponível em: <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2020_26b007cd-en>. Acesso em: 18 nov. 2021.

OLIVEIRA, A. et al. Prevalence of general and abdominal obesity in Portugal: Comprehensive results from the National Food, nutrition and physical activity survey 2015–2016. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 614-622, mai. 2018.

OLIVEIRA, C. C. de et al. Preditores de síndrome metabólica em idosos: uma revisão. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 343-353, ago. 2017.

ORAKA, C. S. et al. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n.3, p. 1-10, nov. 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Encuesta Multicéntrica. Salud Bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. **OPAS**, p. 22, 2001.

ORTIZ-RODRÍGUEZ, M. A. et al. Prevalence of metabolic syndrome among elderly Mexicans. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 73, p. 288-293, nov. 2017.

OSTCHEGA, Y. et al. Abdominal obesity, body mass index, and hypertension in US adults: NHANES 2007–2010. **American journal of hypertension**, v. 25, n. 12, p. 1271-1278, dez. 2012.

PADAYACHEY, U.; RAMLALL, S.; CHIPPS, J. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. **South African family practice**, v. 59, n. 2, p. 61-66, dez. 2017.

PAIVA, A. T. G. et al. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 1, p. 22-28, mar. 2011.

PALAZZO, L. S. et al. Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 622-629, mar. 2008.

PAULI, S. et al. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 3293-3303, set. 2019.

PEGORARI, M. S. et al. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 233-241, jun. 2015.

PONTES, M. C. C. L.; STEWARD, A. M. Invisibilidade da pluriatividade da mulher quilombola: o caso de Moju-Miri. **Agricultura Familiar: Pesquisa, Formação e Desenvolvimento**, Belém, v. 13, n. 2, p. 186-207, dez. 2020.

PUJILESTARI, C. U. et al. Socioeconomic inequality in abdominal obesity among older people in Purworejo District, Central Java, Indonesia—a decomposition analysis approach. **International journal for equity in health**, v. 16, n. 1, p. 214-224, dez. 2017.

QUEIROZ, P. S. F. et al. Obesidade abdominal e fatores associados em comunidades quilombolas do Norte de Minas Gerais, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n.3, p.1-15, ago. 2021.

- REIS, C.; BARBOSA, L. M. L. H.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 119, set. 2016.
- RIBEIRO, C. G.; FERRETTI, F.; SÁ, C. A. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 330-339, abr. 2017.
- ROCHA, F. L.; MELO, R. L. P.; MENEZES, T. N. Fatores associados à síndrome metabólica em idosos do interior do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 978-986, dez. 2016.
- ROCHA, M. S. et al. Síndrome metabólica e estado nutricional de idosos residentes em capital do nordeste brasileiro. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 9, n. 10, p. 1-14, out. 2020.
- ROSS, R. et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 16, n. 3, p. 177-189, fev. 2020.
- SANDES, L. F. F.; FREITAS, D. A.; SOUZA, M. F. N. S. Saúde oral de idosos vivendo na comunidade de descendentes de escravos no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 425-431, out. 2018.
- SANTOS, E. C.; COUTO, B. M.; BASTONE, A. C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ABCS Health Sciences**, São Paulo, v. 43, n. 1, jan. 2018.
- SANTOS, E. C.; SCALA, L. C. N.; SILVA, A. C. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 100-105, set. 2015.
- SANTOS, P. C. M.; FERREIRA, A. L. L.; MORI, R. M. S. C. Frequência da Síndrome Metabólica em idosos cadastrados no Programa Saúde do Idoso de uma Unidade Municipal de Saúde de Belém-PA. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 75-81, jul. 2017.
- SANTOS, V. C. et al. Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Santa Catarina, v. 25, n. 2, p. 1-9, fev. 2016.
- SARDINHA, A. H. L. et al. Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 190- 201, jul. 2019.
- SCHERER, R. et al. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 769-779, ago. 2013.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (SEPPIR). **Programa Brasil Quilombola**: relatório de gestão. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.palmares.gov.br/?p=28163>>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SILVA, D. S. et al. Alterações metabólicas e cardiovasculares e sua relação com a obesidade em idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, Paraná, v. 3, n. 3, p. 4357-4369, mai. 2020.

SILVA, P. A. B. et al. Fatores associados à síndrome metabólica em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 221-228, set. 2019.

SILVEIRA, E. A.; VIEIRA, L. L.; SOUZA, J. D. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 903-912, mar. 2018.

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

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 821-832, mar. 2015.

TAVARES, R. E. et al. Conhecimento produzido sobre a saúde das idosas de baixa renda: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 875-884, ago. 2017.

UNITED NATIONS. **World population prospects 2019**: highlights. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

WONGPAKARAN, N. et al. Predictors of polypharmacy among elderly Thais with depressive and anxiety disorders: findings from the DAS study. **BMC geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-8, dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. 1 ed. Geneva (IL): World Health Organization; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing**: a policy Framework. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=8B4D8CD92DF976AF0DD6B542203FD521?sequence=1>. Acesso em: 18 nov. 2021.

ZANESCO, C. et al. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 283-292, abr. 2018.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICAS

1.1. Qual a sua idade? _____ Qual a data de nascimento? _____

1.2. Sexo: () Feminino () Masculino

1.3. Qual a sua situação conjugal?

() solteiro(a) () viúvo(a) () divorciado(a) () separado(a)

() casado(a) () companheiro(a) () outro _____

1.4. O(A) senhor(a) frequentou a escola? Não () Sim (). Por quantos anos? _____

() Analfabetos () 9 a 11 anos

() 1 a 4 anos () 12 anos ou mais

() 5 a 8 anos

1.5. Quantas pessoas residem no domicílio que o(a) senhor(a) mora? (incluindo idoso(a) e empregado fixo) _____ Quem são elas?

Membro	Idade	Membro	Idade	Membro	Idade

1. 6. Qual a soma da renda mensal de todos os moradores do domicílio?

Valor: R\$ _____

() < 1 salário mínimo

() 1 a 2 salários mínimos

() 3 a 4 salários mínimos

() 5 ou mais salários mínimos

() NR

2. SITUAÇÃO DE SAÚDE

2. 1. Como o(a) senhor(a) considera a sua saúde?

() Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Má

2.2. Antropometria

Peso: _____

Estatura: 1ª. _____ 2ª. _____ 3ª. _____

Circunferência da cintura (CC): 1ª. _____ 2ª. _____ 3ª. _____

3. PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Nós estamos interessados em saber que tipo de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que o(a) senhor(a) gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que o(a) senhor(a) faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que o(a) senhor(a) realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana o(a) senhor(a) **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que o(a) senhor(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total o(a) senhor(a) gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, o(a) senhor(a) realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que o(a) senhor(a) fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total o(a) senhor(a) gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a. Em quantos dias da última semana, o(a) senhor(a) realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b. Nos dias em que o(a) senhor(a) fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total o(a) senhor(a) gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que o(a) senhor(a) permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total o(a) senhor(a) gasta sentado durante um **dia de semana**?
_____ horas _____ minutos

4b. Quanto tempo no total o(a) senhor(a) gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a), _____

O(a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de forma totalmente voluntária da pesquisa intitulada: **“Avaliação multidimensional da saúde de idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba”**, sob a responsabilidade da professora Tarciana Nobre de Menezes e dos alunos Saulo Cavalcanti de Menezes, Iasmim Batista Correia, Cledinaldo Lira Júnior e Brenda Natally Soares Furtado.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. A coleta dos dados acontecerá apenas com sua autorização. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A presente pesquisa tem como objetivo “Avaliar idosos de uma comunidade quilombola em seus aspectos biopsicossociais” e se justifica pelo fato de os inúmeros problemas que afetam a saúde e a vida dos idosos, em um país em desenvolvimento, demandarem respostas urgentes em diversas áreas.

Ao concordar em participar, o(a) senhor(a) deverá estar à disposição para fornecer informações sobre aspectos socioeconômico-demográficos, aferição das seguintes variáveis antropométricas: peso, estatura, dobra cutânea tricipital e dobra cutânea subescapular, perímetro do braço, perímetro da cintura, perímetro da panturrilha e perímetro do abdômen, realização de teste de avaliação da condição de saúde bucal, capacidade funcional, desempenho cognitivo, funcionalidade da memória, sintomas de depressão; bem como, responder perguntas a respeito de sua situação de saúde, autopercepção de saúde bucal, senso de coerência, e percepção da qualidade de vida.

Informamos que, dentre os procedimentos realizados durante a coleta dos dados, aqueles que poderão causar algum risco ou desconforto, os quais são mínimos, se referem à aplicação dos questionários: Mini Exame do Estado Mental, Escala de Atividades de Vida Diária, Questionário de Qualidade de Vida e Autopercepção da Saúde Bucal, uma vez que poderão surgir dúvidas e/ou possíveis constrangimentos. Porém, este risco será minimizado, tendo em vista que a coleta dos dados será realizada em local reservado, visando preservar a sua privacidade. Além disso, por conta dos testes físicos, há risco mínimo de desequilíbrio, os quais serão minimizados com a presença dos entrevistadores, os quais trabalharão em dupla, o que garantirá a sua segurança durante a execução dos testes.

Fui informado (a) a respeito dos benefícios da pesquisa, os quais terão caráter individual e coletivo, uma vez que a mesma busca elucidar e compreender o processo saúde-doença, na

tentativa de propor e implementar políticas públicas em saúde que favoreçam os idosos quilombolas de forma multidimensional.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares. O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Desta forma, garante-se que todos os encargos financeiros, se houverem, ficarão sob responsabilidade do pesquisador.

Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

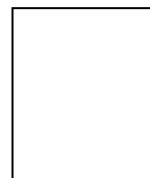
Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com a equipe científica, através do telefone (83) 9 9887-4274, (83) 9 9997-4221 ou através do e-mail: junior_lira16@hotmail.com, ou do endereço: Av. das Baraúnas, 351, Campus Universitário, Bodocongó. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa intitulada “**Avaliação multidimensional da saúde de idosos de uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba**” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____
concordo em participar deste estudo, assim como dou permissão para que os dados obtidos

sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a minha identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Alagoa Grande, ____/____/_____



Assinatura do participante do estudo

Impressão dactiloscópica

Assinatura do pesquisador

ANEXO A – QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Nós estamos interessados em saber que tipo de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que o(a) senhor(a) gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que o(a) senhor(a) faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que o(a) senhor(a) realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana o(a) senhor(a) **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que o(a) senhor(a) caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total o(a) senhor(a) gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, o(a) senhor(a) realizou atividades **MODERADAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que o(a) senhor(a) fez essas atividades moderadas por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total o(a) senhor(a) gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a. Em quantos dias da última semana, o(a) senhor(a) realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b. Nos dias em que o(a) senhor(a) fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total o(a) senhor(a) gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que o(a) senhor(a) permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total o(a) senhor(a) gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____horas ____minutos

4b. Quanto tempo no total o(a) senhor(a) gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____horas ____minutos

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

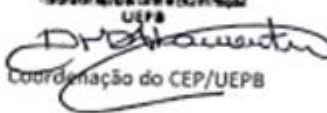


UEPB
Universidade
Estadual da Paraíba

Declaração

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto "AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DE IDOSOS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ESTADO DA PARAÍBA" de CAAE 16344019.7.0000.5187 submetido pela pesquisadora Tarciana Nobre de Menezes foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, conforme o parecer 3.459.657.

Campina Grande, PB, 3 de junho de 2020.

Universidade Estadual da Paraíba
Doutor Nelson de Andrade Laurentino
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
UEPB

Coordenação do CEP/UEPB



Coordenação: Profa. Dra. Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa
Coordenação Adjunta: Profa. Dra. Darcia Nobrega de Andrade Laurentino