

PERFIL DO IDOSO DE UMA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE DO ESTADO DE GOIÁS

PROFILE OF A SENIOR OPEN UNIVERSITY OF THE THIRD AGE OF THE STATE OF GOIÁS

CARVALHO, Morgana Neves¹
VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira²
SANDOVAL, Renato Alves³

1. Fisioterapeuta graduada pela PUC Goiás. Contato: <morgana_n_c@hotmail.com>
2. Doutora em Ciências da Saúde (UFG), Docente do curso de Fisioterapia (PUC Goiás), Docente do Mestrado em Atenção à Saúde (PUC Goiás).
3. Doutor em Ciências da Saúde (UFG), Professor Assistente do curso de Fisioterapia (PUC Goiás).

Resumo:

Objetivo: identificar o perfil referente a condições socioeconômicas e de saúde dos idosos da Universidade Aberta a Terceira Idade da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, matriculados no segundo semestre de 2012. **Métodos:** dentre os 372 idosos matriculados, participaram da pesquisa 135 idosos. A Caderneta de Saúde do Idoso, proposta pelo Ministério da Saúde foi preenchida no dia da aula inaugural da UNATI realizada em agosto de 2012. Posteriormente essa caderneta foi solicitada ao idoso para a coleta dos dados. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de média e desvio padrão e as qualitativas com utilização de frequência absoluta e relativa. Para a comparação das variáveis socioeconômicas e de saúde foram utilizados os testes de Qui-quadrado e binomial. **Resultados:** dentre os 135 idosos que tiveram os dados da caderneta preenchidos e coletados, 89,6% eram do sexo feminino; 92,6% moravam em Goiânia; 36,3% eram casados; 55,6% tinham 8 ou mais anos de estudo e 67,4% aposentados. Quanto aos hábitos de vida: 77,8% relataram prática de atividade física regular; 51,1% consideravam a sua saúde boa; 97,8% disseram não precisar de ajuda com cuidados pessoais; 81,5% não tiveram quedas; 99,3% declararam ser não fumantes; 92,6% não faziam uso de bebidas alcoólicas e, além disso, 52,6% estavam com excesso de peso. Em relação à saúde 36,6% relataram ter como doença a cardiovascular e 30,0% tomavam anti-hipertensivo. **Conclusão:** os idosos matriculados no segundo semestre de 2012 são em sua maioria do sexo feminino, apresentam um alto nível de escolaridade, moram com alguém e consideram sua saúde como boa. A maioria deles pratica atividades físicas regularmente, relata não precisar de ajuda com seus cuidados pessoais, baixo índice de quedas e não fazem uso de bebida alcoólica e de tabaco. A doença mais citada foi a cardiovascular e o medicamento mais usado por eles foi o anti-hipertensivo. Houve alta prevalência de idosos com excesso de peso.

Palavras-chave: idoso; universidade aberta à terceira idade; envelhecimento.

Abstract:

Objective: To identify the profile for the socioeconomic and health conditions of the elderly at the Open University the Third Age of the Catholic University of Goiás, registered in the second half of 2012. **Methods:** Among 372 enrolled seniors, participated in the survey 135 elderly. The Elderly Health Handbook, proposed by the Ministry of Health was completed on the day of the inaugural class of UNATI in

August 2012. Later that book was requested from the old to the data collection. Quantitative variables were presented as mean and standard deviation and qualitative with use of absolute and relative frequency. To compare the socioeconomic and health variables were used to test Chi-square and binomial. **Results:** among the 135 seniors who had the carnet data completed and collected, 89.6% were female; 92.6% lived in Goiania; 36.3% were married; 55.6% had 8 or more years of schooling and 67.4% were retired. As to life habits: 77.8% reported regular physical activity; 51.1% considered their good health; 97.8% said they did not need help with personal care; 81.5% had declines; 99.3% reported being nonsmokers; 92.6% did not use alcohol and, in addition, 52.6% were overweight. In relation to health 36.6% reported as cardiovascular disease and 30.0% were taking antihypertensive. **Conclusion:** the elderly enrolled in the second half of 2012 are mostly female, have a high level of education, live with someone and consider their health as good. Most of them practice physical activities regularly reports not need help with their personal care, low rate of falls and do not use alcohol and tabaco. A most cited disease was cardiovascular and drug most used by them was the anti-hipertensivo. There was a high prevalence of elderly overweight.

Key-words: elderly; university open to seniors; aging.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, que leva a alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, com redução na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, alterando progressivamente o organismo¹.

A velhice, considerada como uma etapa do ciclo da vida, hoje é alcançada e desfrutada por uma parcela crescente da população brasileira. O acréscimo significativo do número de idosos, nos últimos anos, é fruto do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país nas últimas décadas². No Brasil, é considerado idoso o indivíduo que apresenta idade igual ou superior a 60 anos³.

A Região Centro-Oeste apresenta uma estrutura etária e uma evolução semelhantes às do conjunto da população do Brasil. A população de idosos teve um crescimento, passando de 3,3% em 1991, para 4,3% em 2000 e 5,8% em 2010⁴.

Com o aumento da expectativa de vida da população, tornam-se predominantes as doenças crônico-degenerativas e suas complicações, como a perda da autonomia e independência funcional, sendo um desafio para a sociedade e o sistema de saúde. A maioria das doenças crônicas que acometem o idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Uma vez presente, a doença crônica

está associada à piora da qualidade de vida⁵.

Além das doenças crônicas, a inatividade, o aumento da dependência em executar as AVD's e a falta de perspectivas na aposentadoria pode desencadear um alto nível de ansiedade e depressão, comprometendo a qualidade de vida dos idosos.⁵ Assim é de extrema importância que sejam desenvolvidas estratégias que garantam aos idosos não apenas maior longevidade, mais felicidade, satisfação pessoal e qualidade de vida⁶.

Uma das formas de inserção da pessoa idosa na sociedade é através da formação de grupos de convivência, nos quais a pessoa desta faixa etária encontra espaço para desenvolver diversas atividades⁷.

No Brasil, ainda são tímidas as iniciativas relacionadas ao bem-estar da população idosa. Lentamente surgem centros de convivência, alojados em clubes, paróquias, entidades de classe, entre outros. Surgem também, Universidades Abertas da Terceira Idade que, além de prestarem um importante serviço à comunidade idosa, desenvolvem pesquisas na área gerontológica⁸.

A criação de Universidades Abertas para a Terceira Idade (UnATIs) no Brasil teve seu maior apogeu na década de 1990. Entre 1990 e 1999 os programas passaram de seis para aproximadamente 140 no Brasil⁹.

A UnATI da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) iniciou sua proposta dentro dos Departamentos de Serviço Social e de Educação e foi implantada em setembro de 1992, com o apoio da Vice Reitoria para assuntos Comunitários e Estudantis (VAE), atual Pró-Reitoria de Extensão e Apoio Estudantil (PROEX)¹⁰.

As disciplinas básicas abrangem os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais do envelhecimento, além de atividades físicas e recreativas, tais como oficina de arte, dança, coral, inglês e informática, experiências que valorizam a vivência coletiva e deixam os idosos mais ativos e menos sedentários⁹.

Até o presente momento não foram realizados estudos sobre o perfil do idoso que frequenta a UnATI da PUC Goiás. Essa caracterização permitirá o planejamento e condução de ações mais específicas e com melhor resolutividade que poderão servir de exemplo para outras UnATIs no Brasil. O objetivo desse estudo foi identificar o perfil referente a condições socioeconômicas e de saúde dos idosos da Universidade Aberta a Terceira Idade da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, matriculados no segundo semestre de 2012.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo de análise quantitativa que teve a coleta de dados realizada no Campus I, área IV da PUC Goiás durante o segundo semestre de 2012, período no qual a UnATI da PUC Goiás tinha 372 idosos matriculados.

Para o cálculo da amostra foram considerados todos os idosos matriculados, um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. A amostra mínima obtida foi de 102 participantes.

Os idosos que participaram do estudo apresentavam os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 50 anos (idade de admissão na UnATI da PUC Goiás); que apresentaram a caderneta do idoso preenchida e legível e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E foram excluídas as cadernetas com dados incompletos ou ilegíveis ou cadernetas de idosos que não concordaram ou não puderam participar da pesquisa.

No dia 20 de agosto de 2012 foi realizada a Aula Inaugural da UnATI da PUC Goiás no auditório da área II. Durante a aula inaugural foi realizada palestra com uma enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde e logo após, foi feito o preenchimento da Caderneta do Idoso.

A coleta de dados foi realizada nas oficinas da UnATI em dia e hora compatíveis com a rotina da oficina e dos participantes e previamente combinado com o professor. No dia agendado o professor da oficina pediu que os alunos levassem a caderneta. Neste dia as pesquisadoras solicitavam a caderneta do idoso, digitavam os dados em uma planilha e devolviam-na para o idoso.

A idade foi coletada em anos completos. O sexo foi categorizado em masculino e feminino; a escolaridade em anos de estudo (analfabetos; de um a 4 anos; de 4 a 8 anos e mais que 8 anos de estudo). Foi questionado ao idoso se morava sozinho ou com alguém.

A condição de saúde avaliada pelo próprio idoso foi classificada em muito boa; boa; regular; ruim e muito ruim. Os hábitos de vida avaliados foram à prática de atividade física (regular, irregular ou ausente); tabagismo e etilismo atuais (sim ou não). Os idosos foram questionados ainda sobre a necessidade de ajuda para cuidados pessoais (sim ou não) e sobre a quantidade (número) de medicamentos que utilizavam de forma regular.

A pressão arterial foi aferida no braço direito com o participante em repouso e sentado, utilizando esfigmomanômetro da marca OMRON[®]HEM-742INT. Foi considerada como pressão arterial alta, valores pressóricos acima de 140x90mmHg (SBC; SBH; SBN, 2010). Foi aferido o peso com o paciente descalço e sem acessórios utilizando balança Plenna[®]. A altura foi aferida com fita métrica inextensível colocada a 50 cm do solo. Foi solicitado ao idoso ficar descalço e encostar o glúteo, escápula e cabeça na parede. Com o olhar para o horizonte foi solicitada a realização de uma inspiração máxima com apneia inspiratória no momento da aferição da altura. O peso e altura foram utilizados para cálculo do índice de massa corporal (IMC). A partir do IMC os idosos foram classificados em baixo peso, eutróficos, sobrepeso, obesidade I, obesidade II e obesidade III de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002).

Os dados foram digitados em *Microsoft Excel* 2010 e analisados por meio do software SPSS versão 20. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de média e desvio padrão e as qualitativas com utilização de frequência absoluta e relativa. Para a comparação das variáveis socioeconômicas e de saúde foram utilizados os testes de Qui-quadrado e binomial.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 135 idosos da UnATI, com idade variando entre 52 a 85 (média=67,2±7,9) anos. A maioria dos idosos eram mulheres, de Goiânia, casadas, com oito ou mais anos de estudo e aposentadas ($p<0,001$) (tabela 1).

Tabela 1 – Características socioeconômicas da amostra, n=135, Goiânia, Goiás, 2012.

Variável	Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Sexo*	Feminino	121	89,6
	Masculino	014	10,4
Procedência**	Goiânia	125	92,6
	Outras procedências [#]	010	7,4
Estado civil**	Casado ou união estável	049	36,3
	Viúvo	037	27,4
	Solteiro	014	10,4
	Separado	035	25,9
	Analfabeto	002	1,5
Escolaridade**	Até 4 anos	025	18,5
	De 4 a 8 anos	033	24,4
	8 anos ou mais	075	55,6
Aposentado*	Sim	091	67,4
	Não	044	32,6

*Teste binomial; **qui-quadrado; # Aparecida de Goiânia, Hidrolândia e Senador Canedo. p<0,001 para todas as variáveis analisadas.

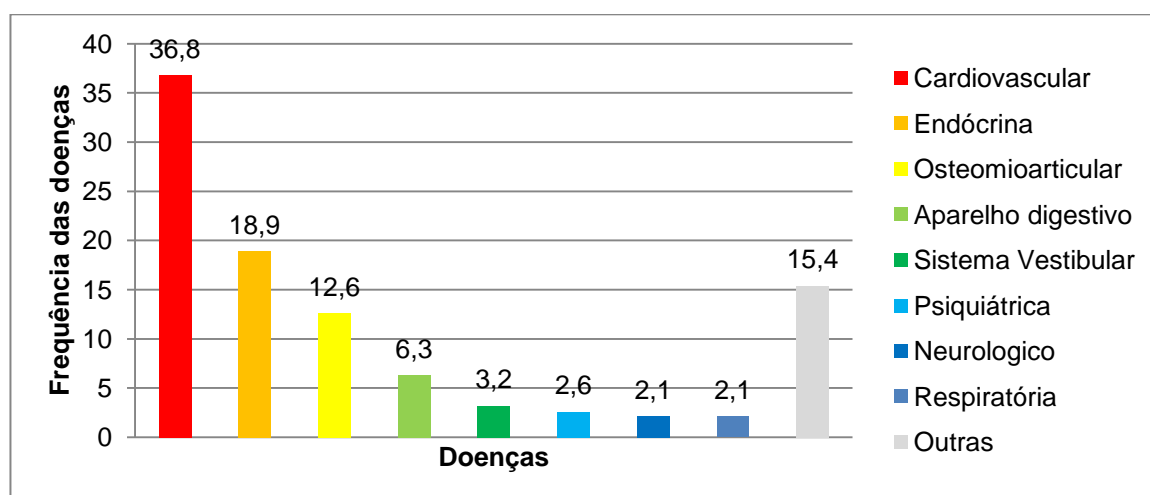
Quanto às condições de saúde relatadas a média de tempo por semana de atividade física foi de 153,5±138,4 horas (mínimo:0; máximo: 750). Foram relatadas uma média de 0,34±0,9 episódios de quedas (mínimo:0; máximo:6). Os valores de pressão arterial aferidos na coleta estavam em média 129,3±21,3mmHg (mínimo:90; máximo: 192) para pressão arterial sistólica e 78,2±12,8mmHg (mínimo:40; máximo:128) para pressão arterial diastólica. O índice de massa corporal apresentou uma média de 26,0±4,5Kg/m² (mínimo:16,6; máximo:39,3) (tabela 2).

Tabela 2 – Características referentes às condições de saúde da amostra, n=135, Goiânia, Goiás, 2012.

Variáveis	Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Prática de atividade física relatada*	Sim	105	77,8
	Não	30	22,2
Saúde relatada**	Muito boa	18	13,3
	Boa	69	51,1
	Regular	42	31,1
	Ruim	03	2,2
	Não relatada	03	2,2
Precisa de ajuda para cuidados pessoais*	Sim	03	2,2
	Não	132	97,8
Quedas**	Sim	24	17,8
	Não	110	81,5
	Não relatada	01	0,7
Fumante**	Sim	01	0,7
	Não	133	99,3
Ingere bebida alcoólica**	Sim	10	7,4
	Não	125	92,6
Pressão maior que 140x90mmHg**	Sim	43	12,6
	Não	75	55,6
	Não aferida	17	31,9
Classificação de IMC**	Sem excesso de peso	52	38,5
	Com excesso de peso	71	52,6
	Não aferido	12	8,9

*Teste binomial; **qui-quadrado - $p < 0,001$ para todas as variáveis analisadas.

Os idosos da amostra relataram de nenhuma a 04 doenças, sendo que em média os idosos relataram 1,5 doenças. Foram identificados 12 grupos de doenças e 190 relatos de doenças, sendo que a mais frequentemente relatada foi de origem cardiovascular 36,8% (n=70) (gráfico 1).

**Gráfico 1.** Distribuição da amostra segundo a frequência relativa das doenças, n=135, Goiânia Goiás, 2012.

Na amostra foram identificados 28 classes de medicamentos. Em média os idosos utilizavam 1,2 medicamentos (mínimo: 0, máximo:5). No total foram relatados 203 medicamentos. AS classes de medicamentos mais utilizadas foram os anti-hipertensivos 30,0% (n=61) seguidos pelos anti-lipêmicos 10,8% (n=22).

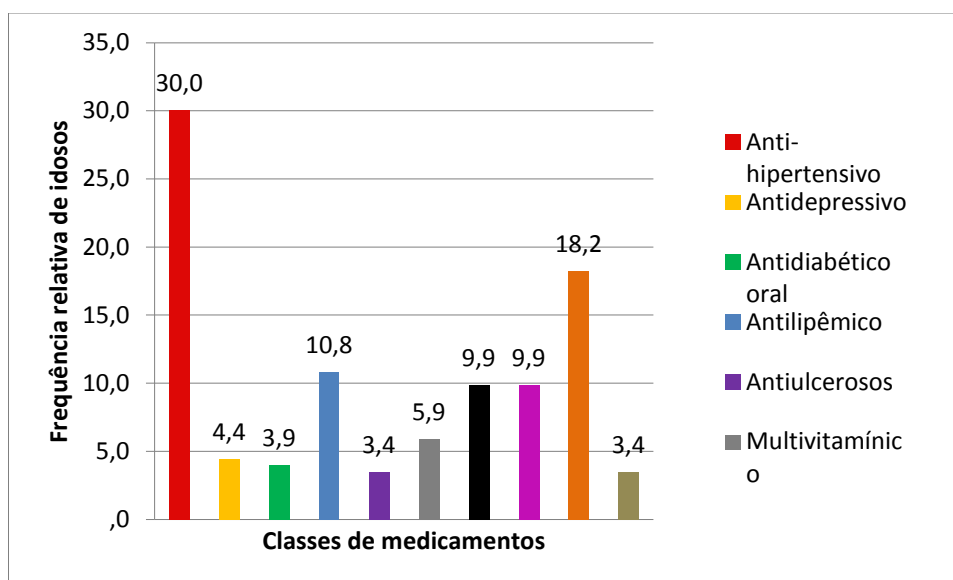


Gráfico 2. Distribuição da amostra segundo a frequência relativa das classes de medicamentos, n=135, Goiânia, Goiás, 2012.

DISCUSSÃO

Neste estudo houve predomínio do sexo feminino fato que corrobora com Ordonez; Cachioni¹¹ que encontrou 77,86% de mulheres dentre os 140 entrevistados matriculados nas atividades oferecidas pela UnATI da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

A presença maior de mulheres nas oficinas da UnATI pode ser explicada por alguns fatores descritos por Debert¹², as mulheres ficam viúvas e mais solitárias na terceira idade e os homens tendem a outro casamento e tradicionalmente, os homens resistem a engajar-se em atividades de cunho cultural, educacional e/ou lúdico. Portanto, ações destinadas à população idosa devem considerar o universo feminino na terceira idade e suas peculiaridades bem como avaliar estratégias que possam incluir os homens.

No que concerne à faixa etária, estudo de Telles Filho; Almeida; Pinheiro¹³ que entrevistou 50 idosos, encontrou 34,0% (n=17) dos idosos na faixa etária de 66 a 70 anos, assemelhando-se com este estudo.

Moliterno² estudou 325 idosos matriculados na UnATI de Maringá, e verificou que 30% apresentavam ensino superior, concordando com os dados de alta escolaridade encontrados no presente estudo. Este fato contrasta com a vagarosa redução das proporções de analfabetismo, observada nos últimos anos, e também com a escassez de idosos no Brasil que possuem escolaridade mais alta. Em aspectos gerais, escolaridade e qualidade de vida têm relação positiva¹⁴. Acredita-se que isso se deva ao melhor acesso a serviços de saúde, a estímulos cognitivos e mentais, à melhor participação e adaptação social e ao desenvolvimento intelectual¹⁵.

De acordo com dados do IBGE¹⁶, o nível de instrução dos idosos melhora a cada ano e espera-se que este processo seja estável, pois as pessoas mais novas permanecem um maior tempo na escola. Em 2006, havia 33,5% de idosos sem instrução ou com menos de um ano de estudo enquanto que há dez anos esta frequência era de 43,5%.

Foi verificado que a maioria dos idosos que participaram da pesquisa são aposentados. Para Erbolato¹⁷, a aposentadoria, considerada como evento normativo da velhice, pode vir a tornar-se um marco para seu início, dependendo de como é vista e sentida por cada pessoa. Para Mazo; Lopes; Benedetti¹, ela é um direito e não um benefício e deve garantir a manutenção do nível de vida do cidadão, bem como o atendimento de suas necessidades.

No estudo de Carvalho; Madruga¹⁸ sobre aptidão física relacionada à saúde em participantes de atividades físicas de 50 a 86 anos, com uma amostra de estudo de 1004 indivíduos, aproximadamente 65% auto relataram praticar atividade física em níveis moderados, no mínimo três vezes por semana. Quanto à avaliação do IMC foi identificado que a maior parte da amostra apresentava sobrepeso. Barroso *et al.*¹⁹ relataram IMC elevado mesmo para idosos ativos, sugerindo que a perda de gordura não parece estar relacionada à prática de atividade física em indivíduos com mais de 60 anos. Também no presente estudo, houve uma prevalência elevada de participantes que relataram a execução de atividade física regular e foi observado um alto índice de sobrepeso ou obesidade.

Uma das maneiras do indivíduo avaliar o seu estado de saúde é basear-se no seu desempenho próprio, ou seja, na sua capacidade de desenvolver atividades cotidianas. No estudo feito por Rizzolli; Surdi⁷ sobre a percepção dos idosos acerca de grupos de terceira idade percebe-se que dentre os motivos apontados pelos

idosos para frequentá-los, estão à melhoria da qualidade de vida, nos aspectos referentes à saúde física e mental. Buscam também aumentar o período de vida ativa, prevenindo perdas funcionais e recuperando capacidades. Também nesse estudo a maioria dos idosos que participavam da UnATI e de outras atividades, disseram não precisar de ajuda com cuidados pessoais. Diante disso, observou-se que a participação dos idosos nestes grupos, nos quais desenvolvem várias atividades, leva à construção de uma utopia de envelhecer saudável, pois após entrarem em algum grupo, observam-se as mudanças na vida dessas pessoas, em relação à vida cotidiana, alimentação, suas atividades motoras e intelectuais.

As quedas em pessoas idosas são eventos muito importantes em decorrência da maior vulnerabilidade dessa parcela da população, resultando em comprometimentos de gravidade variável²⁰.

Estudo feito por Brito²¹ que verificou fatores associados a quedas em idosos residentes em comunidade no município de Lafaiete Coutinho, observou uma prevalência de quedas nos idosos de 25,8% da população estudada. Prevalências semelhantes foram verificadas em investigações internacionais, como a realizada na Turquia (31,9%) com amostra representativa de 3.231 idosos comunitários com idade acima de 60 anos²². O que contrasta com os resultados encontrados aqui neste estudo. Destacando-se, portanto, a necessidade de discussão mais aprofundada em relação aos fatores determinantes deste evento.

De maneira geral, a prevalência de tabagismo entre idosos é mais baixa do que a observada entre os indivíduos mais jovens. Entretanto, fumantes idosos, em comparação aos fumantes jovens, estão sob maior risco de desenvolver doenças relacionadas ao cigarro porque tendem a exposições mais longas e mais intensas ao tabaco²³. Estudo realizado em Goiânia sobre prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde foi encontrado 17,6% de tabagistas²⁴. Outro estudo com idosos de Fortaleza identificou 27,6% de idosos que apresentavam o hábito de fumar²⁵. No nosso estudo a prevalência de fumantes foi de apenas 0,7% (n=01).

No que tange ao consumo de bebida alcoólica em idosos em comparação a outras faixas etárias, também se observa um baixo índice, pois estes estão mais propensos a desenvolver doenças relacionadas ao mau hábito de vida. Estudo que avaliou dois grupos de idosos (SESC e Melhor Idade) que no total totalizam 90 participantes do município de Iguatu (CE) identificou um baixo índice de consumo

alcoólico (9,2%). Este estudo apresentou uma frequência menor quanto ao estudo de Silva *et al.*²⁶.

Foi observado ainda em nosso estudo alta prevalência de doenças cardiovasculares, com destaque para a hipertensão arterial (HAS). Dentre as medicações mais utilizadas estão os anti-hipertensivos. Nascente²⁷ que estudou sobre HAS e sua correlação com alguns fatores de risco na cidade de Firminópolis (GO) encontrou uma prevalência em 32,7% da população acima de 18 anos e de 63,1% para indivíduos com 60 anos ou mais. Bica²⁸, que estudaram sobre hábitos sociais e vivências sexuais de uma população idosa do interior do estado do Rio Grande do Sul, observaram que o uso de medicamentos foi relatado por 82,1%, sendo a medicação indicada para HAS a mais citada.

A HAS ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas²⁹. É um problema comum na população idosa, alcançando a prevalência de 60 a 80%³⁰.

Este estudo apresenta como principais limitações questões inerentes à metodologia. Por tratar-se de coleta de dados retrospectiva alguns dados foram preenchidos de forma ilegível, incorreta ou ficaram sem preenchimento. Além disso, não foi possível aplicar a pesquisa com todos os matriculados da UnATI da PUC Goiás.

CONCLUSÃO

Os idosos matriculados no segundo semestre de 2012 são em sua maioria do sexo feminino, apresentam um alto nível de escolaridade, moram com alguém e consideram sua saúde boa.

Em relação aos hábitos de vida, foi observado que a maioria pratica atividades físicas regularmente e não fazem uso de bebida alcoólica e de tabaco. Relatam ainda não precisar de ajuda com seus cuidados pessoais, a doença mais citada pelos participantes foi a cardiovascular e consequentemente o medicamento mais usado por eles foi o anti-hipertensivo. Houve alta prevalência de idosos com excesso de peso.

REFERÊNCIAS

1. Mazo GZ, Lopes MA, Benedetti TB. Atividade física e o idoso: concepção gerontológica. 2 ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.
2. Moliterno ACM, Faller JW, Borghi AC, Marcon SS, Carreira L. Viver em família e qualidade de vida de idosos da universidade aberta da terceira idade. Rev Enferm UERJ. 2012;20(2):179-84.
3. BRASIL, Estatuto do Idoso. Lei n. 10.741, de 1 de Outubro, 2003.
4. BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.
5. Almeida EA, Madeira GD, Arantes PMM, Alencar MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010;13(3): 435-43.
6. Jóia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):131-38.
7. Rizzolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010;13(2):225-33.
8. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Bras Psiquiatr. 2002;24:3-6 Supl I.
9. Loures MC. *et al.* O significado da UnATI/UCG: a percepção de quem a vivencia. Fragmentos de Cultura. 2007;17(3/4):191-216.
10. Castro MB. Dimensão existencial do ser idoso na universidade aberta terceira idade. Fragmentos de Cultura. 2010;20(5/6):267-74.
11. Ordonez TN, Cachioni M. Motivos para frequentar um programa de educação permanente: relato dos alunos da universidade aberta à terceira idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011;14(3):461-74.
12. Debert GG. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. Rev Bras Ciências Sociais. 1997;12(34):39-56.
13. Telles Filho PCP, Almeida AGP, Pinheiro MLP. Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. Rev Enferm UERJ. 2013;21(2):197-201.
14. Vellas P. As oportunidades da terceira idade. Maringá: Eduem, 2009.
15. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. Rev Rene. 2010;11:19-27.
16. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de Vida da população brasileira. Rio de Janeiro: 2007.
17. Erbolato RMPL. Relações Sociais na Velhice. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
18. Carvalho RBCC, Madruga VA. Aptidão física relacionada à saúde em praticantes de atividades físicas de 50 a 86 anos. Rev Bras Ci Mov. 2010;18(3):79-87.
19. Barroso WKS, Jardim PCBV, Vitorino PV, Bittencourt A, Miquetichuc F. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(4):328-33.
20. Luz WAM, Marques MB, Moura NS, Souza EC, Machado ALG. Análise dos fatores de risco associados a quedas de idosos no domicílio. Rev Portal Divulgação. 2013;3(31).

21. Brito TA. Fatores associados a quedas em idosos residentes em comunidade. Programa de pós-graduação em enfermagem e saúde, 2011.
22. Campbell AJ, *et al.* Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. *Br. Med. J.*, 1997; 7115:1065-69.
23. Cabrera MAS, Wajngarten M, Gebara OCE, Diamant J. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(3):767-75.
24. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(5):621-28.
25. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):327-35.
26. Silva HO, Carvalho MJAD, Lima FEL, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(1):123-33.
27. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, *et al.* Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(4):502-9.
28. Bica EB, Bonamigo ECB, Berlezi EM, Winkelmann ER. Estudo dos hábitos sociais e vivências sexuais de uma população idosa do interior do estado do Rio Grande do Sul. *Rev. Contexto & Saúde UNIJUÍ.* 2011;11(21):2-10.
29. Araújo GBS, GARCIA TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletr Enf.* 2006;8(2):259-72.
30. Gazoni FM, Braga ILS, Guimarães HP, Lopes RD. Hipertensão sistólica no idoso. *Rev Bras Hipertens.* 2009;16(1):34-37.