



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE HUMANA E MEIO
AMBIENTE - PPGSHMA**

Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima

**Estado Nutricional e Qualidade de Vida de Idosos
Assistidos pelo Programa Saúde da Família do
Município de Vitória de Santo Antão – PE - 2010**

Vitória de Santo Antão

2011

Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima

**Estado Nutricional e Qualidade de Vida de Idosos
Assistidos pelo Programa Saúde da Família do
Município de Vitória de Santo Antão – PE - 2010**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em **Saúde Humana e Meio Ambiente**.

Área de Concentração: Saúde e Ambiente.

Orientadora: Profa. Dra. Zelyta Pinheiro de Faro

Co-Orientadora: Profa. Dra. Poliana Coelho Cabral

Vitória de Santo Antão

2011

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV

- L732e Lima, Bruna Rafaela Dornelas de Andrade.
Estado nutricional e qualidade de vida de idosos assistidos pelo programa Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão - PE / Bruna Rafaela Dornelas de Andrade. Vitória de Santo Antão: O autor, 2011.
x, 88 folhas: il; tab.
- Orientador: Zelyta Pinheiro de Faro.
Co-orientador: Poliana Coelho Cabral.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV. Saúde Humana e Meio Ambiente, 2011.
Inclui bibliografia e anexos.
1. Avaliação nutricional. 2. Idoso. 3. Qualidade de vida. 4. Senescência. I. Faro, Zelyta Pinheiro de. II. Cabral, Poliana Coelho. III. Título.
- 612.3 CDD (21.ed.) **BIBCAV/UFPE-015/2011**

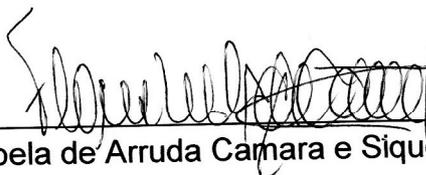
Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente – Mestrado Acadêmico

BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA

“ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE”

DISSERTAÇÃO APROVADA em 25 de fevereiro de 2011

Banca Examinadora



Profa. Dra. Florisbela de Arruda Camara e Siqueira Campos



Profa. Dra. Ilma Kruze Grande de Arruda



Profa. Dra. Silvana Gonçalves Brito de Arruda

À minha Avó, Selma, por todo esforço, dedicação e amor ofertados.

“Uma longa caminhada começa sempre pelo primeiro passo.”

Lao-Tsé (filósofo chinês)

AGRADECIMENTOS

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

À minha avó, Selma, exemplo de dedicação e superação. Deus não poderia ter colocado outra pessoa em minha vida para ser meu porto seguro. Sempre fostes meu farol quando estava no meio do oceano, servistes de guia para que eu não me perdesse na imensidão do mar que é o mundo. És a ponte que me ajuda a atravessar os rios impedindo que me deixe ser levada pelas águas as quais correm ao desconhecido, que nem sempre é bom. Obrigada, vovó, pelo amor, paciência, tolerância, incentivo, esforço e apoio incondicional.

Ao meu esposo, Bruno Monteiro, pela paciência, cuidado, amor e felicidade compartilhados diariamente.

A minha orientadora, Zelyta Pinheiro de Faro, que me acolheu e aceitou as minhas escolhas, mesmo trabalhando com temas que não eram do seu cotidiano. Por toda a atenção, paciência e dedicação. Obrigada pela oportunidade.

À minha Co-orientadora, Poliana Coelho Cabral, pela paciência, dedicação, carinho e atenção, sempre com o coração acolhedor e a voz doce e suave. Obrigada por tudo.

As alunas de iniciação científica e agora amigas, Lenise Nogueira, Ariacy Brito, Annelise Silva, Palloma Dornelas e Carla Menezes.

Aos colegas da Pós-Graduação pelo convívio e amizade, em especial a Daniele Siqueira e Lisandra Delfino.

Aos meus professores e preceptores que compartilharam conhecimento e experiências.

À querida Adalva, por cuidar tão bem da nossa vida acadêmica.

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

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

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO 1	1
1.1 Introdução	1
1.2 Objetivos	3
1.2.1 Objetivo Geral	3
1.2.2. Objetivos Específicos	3
1.3 Revisão da Literatura	4
1.3.1 Envelhecimento Populacional	4
1.3.2 Alterações Fisiológicas e Aspectos Nutricionais do Envelhecimento	5
1.3.3 Estado Nutricional do Idoso	6
1.3.4 Qualidade de Vida	9
1.3.5 Perfil Socioeconômico dos Idosos brasileiros	11
CAPÍTULO 2	13
Estado Nutricional de Idosos: uma revisão sistemática	
2.1. Resumo	14
2.2 Abstract	15
2.3 Introdução	16
2.4 Métodos	18
2.5 Resultados	19
2.6 Discussão	20
2.7 Referências	24
CAPÍTULO 3	31
Fatores associados ao excesso de peso em idosos integrantes do Programa de Saúde da Família de uma cidade do interior do Nordeste brasileiro	
3.1 Resumo	32
3.2 Abstract	33

3.3 Introdução	34
3.4 Métodos	35
3.5 Resultados	36
3.6 Discussão	37
3.7 Referências	39
CAPÍTULO 4	45
Qualidade de vida de idosos integrantes do programa de Saúde da Família de uma cidade do interior do Nordeste brasileiro	
4.1 Resumo	46
4.2 Abstract	47
4.3 Introdução	48
4.4 Métodos	49
4.5 Resultados	51
4.6 Discussão	51
4.7 Conclusões	54
4.8 Referências	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	xii
ANEXOS	xiii

LISTA DE GRÁFICOS

vi

- Gráfico 3.1 Distribuição percentual do Índice de Massa Corporal (IMC), segundo sexo em idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Vitória de Santo Antão- PE 2010.
- Gráfico 4. 1 Média e Desvio Padrão das facetas “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT) de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Vitória de Santo Antão- PE 2010.

LISTA DE TABELAS

vii

- Tabela 2.1 Estudos sobre Estado Nutricional de Idosos publicados entre 1994 e 2010, identificados por autor, ano, desenho do estudo, amostra, país, métodos e resultados.
- Tabela 3.1 Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% do excesso de peso de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Vitória de Santo Antão- PE 2010.
- Tabela 3.2 Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% do excesso de peso de acordo com o estilo de vida de idosos assistidos pelo Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Vitória de Santo Antão- PE 2010.
- Tabela 4.1 – Características socioeconômicas de Idosos Assistidos pelo Programa Saúde da Família do Município de Vitória de Santo Antão – PE- 2010.

LISTA DE ABREVIATURAS

viii

PSF	Programa de Saúde da Família
PE	Pernambuco
IMC	Índice de Massa Corporal
CB	Circunferência do Braço
CC	Circunferência da Cintura
CQ	Circunferência do Quadril
RCQ	Razão Cintura- Quadril
CP	Circunferência da Panturrilha
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life for Older Persons
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
DPC	Desnutrição Protéico Calórica
QFCA	Questionário de Frequência de Consumo Alimentar
MNA	Mini Avaliação Nutricional
RP	Razão de Prevalência
IC	Intervalo de Confiança

O crescente aumento da população de pessoas idosas no mundo tem despertado preocupações para as instituições relacionadas com o bem estar da sociedade, especialmente em relação ao planejamento de políticas públicas voltadas para a atenção nutricional do idoso, haja vista o acréscimo das incidências de doenças crônicas e seus agravos. Para o homem, uma nutrição adequada em todas as faixas etárias é um fator determinante na qualidade de vida, com repercussões positivas na velhice, em termos de saúde e bem estar, bem como um adequado estado físico, mental e nutricional. Este estudo teve por objetivo descrever o estado nutricional e a qualidade de vida de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Tratou-se de um estudo do tipo transversal, com uma amostra composta por 230 idosos de 60 a 94 anos, de ambos os sexos, do Município de Vitória de Santo Antão – PE, Brasil. O estudo contemplou 54% das 26 unidades do PSF do Município, selecionadas ao acaso, por meio de sorteio simples. O diagnóstico do estado nutricional dos indivíduos foi obtido a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência do braço (CB), circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ), razão cintura-quadril (RCQ) e circunferência da panturrilha (CP). A qualidade de vida da população estudada foi avaliada usando-se o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL-OLD), de âmbito internacional, organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, por meio da solicitação nº 313/2009. Os dados obtidos foram avaliados estatisticamente pelo programa Epi info 6.04, utilizando-se o nível de significância da ordem de 5%. Pode-se observar uma alta prevalência de excesso de peso (57,4%) na população idosa assistida pelo Programa de Saúde da Família do Município de Vitória de Santo Antão, o que serve de alerta para os profissionais da área de saúde a fim de que tomem medidas educativas e de promoção de condutas preventivas. Com relação a qualidade de vida, mesmo apresentando alta prevalência de excesso de peso, escassos recursos socioeconômicos e baixos níveis de escolaridade os idosos avaliados apresentaram níveis de qualidade de vida superior ao valor descrito na literatura como sendo suficiente para essa faixa etária.

Palavras-chave: Envelhecimento. Senescência. Avaliação Nutricional. Qualidade de Vida. Perfil Socioeconômico.

ABSTRACT

The population increases of the elderly people has brought concerns for to the public affair institutions in relation to the nutritional planning policies aimed to this class of people considering also the related increases of the associated incidences of chronic diseases and their aggravations. At this beginning, It may be stated that an adequate nutrition for humans in all age groups is a determining factor in quality of life with positive consequences in late stages, providing health and well-being, as well as physical, mental and nutritional protections. The present study had as the main objective to describe the nutritional status and quality of life for senior citizens assisted by the Family Health Program (PSF). The research was carried out in Vitoria de Santo Antão municipality, State of Pernambuco, through out a cross-sectional study of a sample, formed by 230 people, men and women, with ages ranging from 60 to 94 years. The study considered 54% of the 26 PSF unities, selected at random. The diagnostics of the nutritional status were established on the bases of Body Mass Index (BMI), arm circumference (MUAC), waist circumference (WC), hip circumference, waist-hip ratio (WHR) and calf circumference (CP). The Quality of Life of the assessed population was measured using the assessment tool for Quality of Life for Older Persons (WHOQOL-OLD) for worldwide uses, developed by The World Health Organization (WHO). Also, a socioeconomic questionnaire was applied to characterize the sample. This project was previously submitted for approval to the Ethic for Human Research Committee, in the Center for Health Sciences, at the Federal University of Pernambuco (UFPE). The statistic analyses of the obtained data were carried out by the use of the Epi Inf 6.04 at the 5.0 % level of significance. One can observe a high prevalence of overweight (57.4%) in the elderly assisted by the Family Health Program in the city of Vitoria de Santo Antao, which serves as a warning to health professionals to to take measures to promote educational and preventive measures. Regarding the quality of life, even showing a high prevalence of excess weight, few socioeconomic resources and low levels of schooling the studied elderly had higher levels of quality of life higher than the value described in the literature as being sufficient for this age group.

Keywords: Aging. Senescence. Nutritional Assessment. Quality of Life. Socioeconomic profile.

CAPÍTULO 1

1.1 Introdução

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. A população mundial de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo de forma mais rápida que a de qualquer outra faixa etária. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os idosos constituem o segmento da população que mais cresce. De acordo com WHO (2005), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em números de idosos. Esse aumento na população dessa faixa etária ocasiona uma demanda na atenção a saúde e qualidade de vida. Nesse contexto, o fenômeno do envelhecimento vem causando grande interesse, por parte da comunidade científica.

Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde do idoso (CAMPOS et al, 2000). Dessa forma, faz-se necessário realizar pesquisas e ações que contribuam com a promoção de um estilo de vida saudável como o estado nutricional adequado.

O grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas para manter a composição e função adequada do organismo, resultando do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes, é expresso pelo estado nutricional (DEHOOG, 1998).

A literatura tem apontado um elevado grau de suspeita clínica de pacientes idosos desnutridos, e que, conseqüentemente, necessitam de terapêutica nutricional. A obesidade e o ganho de peso também são sinais de má nutrição entre os idosos, essas condições vêm se tornando uma preocupação pelo impacto causado na qualidade de vida. A avaliação nutricional deve ser criteriosa e levar em conta que o idoso enfrenta alterações da composição corporal, inerente ao envelhecimento, como o aumento do tecido adiposo e diminuição da massa magra, o que pode resultar em

modificações da força e da mobilidade, refletindo diretamente na diminuição do metabolismo basal, favorecendo a possibilidade de quedas e surgimento de doenças.

As doenças que surgem com o avanço da idade podem levar ao envelhecimento precoce e a diminuição drástica da qualidade de vida (LUECKENOTT, 2002). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), qualidade de vida é multidimensional e abrange fenômenos físicos, psicológicos e sociais, podendo ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e o sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK, LOUZADA, XAVIER, 2000). Também pode ser definida como uma avaliação subjetiva da positividade ou negatividade de atributos que caracterizam a vida de um indivíduo (BAXTER, WAITZBERG, PERES, 2004).

Proporcionar à pessoa idosa uma atenção abrangente à saúde é uma decorrência dos múltiplos aspectos que caracterizam o envelhecimento. Deve-se não apenas controlar as doenças, mas em especial buscar o bem-estar físico, psíquico e social, propiciando uma atenção multidimensional. Deve-se estimular e realizar pesquisas e transmitir conhecimentos acerca do fenômeno do envelhecimento, de modo que se possa implementar medidas que tornem efetiva a assistência abrangente de atenção à saúde do idoso e propor meios para um envelhecimento bem-sucedido.

Respaldadas pela carência de informações ao nível do Município, o reconhecimento do estado nutricional e da qualidade de vida dos idosos de Vitória de Santo Antão auxiliará a implementação de estratégias sociais, educativas e políticas motivadoras ao cuidado do idoso, em suas práticas de alimentação e de saúde; de modo a minimizar problemas de saúde pública futuros neste grupo etário e a garantir o envelhecer com qualidade.

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo geral

Avaliar o estado nutricional e a qualidade de vida de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão, interior do Estado de Pernambuco, Brasil.

1.2.2. Objetivos específicos

- Avaliar o estado nutricional de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família do Município de Vitória de Santo Antão;
- Identificar os fatores associados às alterações nutricionais;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos do município referido através do WHOQOL-OLD;
- Caracterizar o perfil socioeconômico dos idosos do município em estudo;

1.3 Revisão da Literatura

1.3.1 Envelhecimento Populacional

O processo de envelhecimento ocorre durante toda a vida, sendo constituído pelas etapas de crescimento e desenvolvimento, reprodutiva e de involução (BENGOA, 2002). O envelhecimento é descrito como um processo inerente a todos os seres vivos, com alterações que repercutem na funcionalidade, mobilidade, autonomia, saúde e qualidade de vida (CARVALHO; SOARES, 2004). É um processo complexo e irreversível que reflete intensamente na qualidade de vida de uma população (CARVALHO, 2006).

O envelhecimento populacional é um fenômeno de extensão mundial. A população idosa corresponde, nos países em desenvolvimento, ao segmento a partir de 60 anos, sendo a idade referência de 65 anos nos países desenvolvidos (OMS, 2001). De acordo com a legislação brasileira, Lei 8.842/94, “são considerados idosos as pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça e ideologia” (BRASIL, 1993).

O processo de envelhecimento e sua conseqüência natural, a velhice, são uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização (PAPALÉO NETTO, 2002). Segundo Chaimowicz (1997), a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional.

Segundo Rodrigues e Rault (2006), a queda nas taxas de mortalidade e fecundidade infantil, a melhoria nas condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços na medicina e da tecnologia, são os principais determinantes do processo do envelhecimento da população brasileira, cujo perfil tornou-se mais nítido nos últimos 20 anos. Dentro desse contexto, a expectativa de vida ao nascer, no Brasil, na década de 50, era aproximadamente de 49 anos para os homens e de 53 anos para as mulheres (CORRAL, 2005). Em 2006, a estimativa foi de 72,3 anos para ambos os sexos (IBGE, 2007).

As transformações demográficas fazem parte do processo de mudança social e econômica que o Brasil tem experimentado ao longo das últimas quatro décadas. O

fenômeno da transição demográfica exige mudança qualitativa das formas de organização da sociedade, ao mesmo tempo em que serve de marco para as mudanças culturais e econômicas que devem acompanhar esse processo (FRENK, 1997).

Investigações vêm mostrando formas de melhorar a qualidade de vida daqueles que estão no processo de envelhecer, e uma das formas de se obter essa melhoria é o desenvolvimento de programas de saúde. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), esses programas de saúde têm como base a comunidade e implicam na promoção da saúde dos idosos. Assim, percebe-se que o aumento no número de idosos tem também aumentado a necessidade de uma mudança no perfil dos serviços de saúde. Torna-se necessária a implementação de políticas públicas de saúde específicas para a população idosa, bem como a criação de instrumentos para sua avaliação e controle de forma a dar conta das demandas de saúde desta população, garantindo-lhes saúde, qualidade de vida e bem-estar.

1.3.2 Alterações Fisiológicas e Aspectos Nutricionais do Envelhecimento

O processo de envelhecimento envolve mudanças na composição corporal e uma série de outras transformações orgânico-funcionais em ambos os sexos atribuídas a diversos fatores. O metabolismo energético se encontra alterado nos idosos. Há uma gradual e não uniforme diminuição das funções dos órgãos podendo afetar o consumo de energia (SHOCK, 1970).

O metabolismo basal diminui cerca de 20% entre as idades de 20 e 90 anos (YOUNG, 1983) associada à redução na massa magra corporal e à diminuição de níveis de atividade física. Esta última é influenciada especialmente por maus hábitos e pela presença de doenças crônicas degenerativas limitantes, tais como, doença pulmonar obstrutiva crônica, angina e artrite (DURNIN e LEAN, 1992). O sedentarismo e a redução da taxa de metabolismo basal fazem com que as necessidades calóricas sejam reduzidas. Entretanto, não estão diminuídas as necessidades de proteínas, vitaminas e minerais, que podem estar aumentadas em determinadas patologias (GARCIA-ALONSO et al., 2004).

Doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e câncer, por serem mais prevalentes nesta faixa etária, podem modificar as necessidades nutricionais e o consumo de nutrientes (RIVLIN, 1981). Soma-se a isto à redução no funcionamento de determinados órgãos do aparelho digestivo prejudicando o estado nutricional.

Dentre as alterações do funcionamento do aparelho digestivo que provocam mudanças relevantes no idoso pode-se enumerar: diminuição do limiar do gosto, atrofia de mucosa gástrica, acarretando menor produção de ácido clorídrico, diminuição do fator intrínseco e menor absorção de Vitamina B12 e decréscimo de tamanho do fígado (RUSSEL, 1992; NOGUÉ, 1995).

Há também uma diminuição do volume dos sucos digestivos no trato gastrintestinal, diminuição do peristaltismo e alteração da motilidade esofágica. No intestino ocorre atrofia na mucosa e no revestimento muscular, favorecendo a diminuição da motilidade intestinal, menor absorção de nutrientes e aparecimento freqüente da constipação (CAMPOS et al., 2000).

Segundo Faustino Neto (2003), a perda dos dentes, condição comum nos idosos, diminui a capacidade mastigatória limitando a seleção de alimentos. Dessa forma, ocorre maior probabilidade de apresentarem sinais de subnutrição do que aqueles com dentes e próteses totais bem adaptadas. O autor também inclui a deficiência visual como fator que interfere no apetite e ingestão dos alimentos por diminuir o reconhecimento e apreciação de cores e texturas dos mesmos.

Outros fatores que afetam o estado nutricional dos idosos incluem o isolamento social, inabilidade para as compras e atividades diárias, perda do cônjuge, depressão, diminuição da motilidade, demência, anorexia secundária a doença, medicamentos, dentição precária, alcoolismo e doenças agudas (SIEBENS, 1986).

1.3.3 Estado Nutricional do Idoso

O estado nutricional do idoso é afetado pelas alterações no organismo, verificadas com o envelhecimento, bem como pelo acesso ao alimento e sua utilização biológica. A inadequação nutricional afeta o bem-estar de longevos, causando declínio funcional, devido aos aportes deficitários de calorias e nutrientes (desnutrição calórico-protéica, deficiência de vitaminas e minerais), pelo excesso calórico (obesidade) ou pela utilização excessiva de substâncias como o álcool (OMRAN e MORLEY, 2000). O estado nutricional das pessoas contribui substancialmente para a morbimortalidade. Ela expressa o grau de necessidades fisiológicas dos nutrientes que estão sendo atendidas para manter a composição e funções adequadas do organismo, resultando no equilíbrio entre ingestão e necessidades dos nutrientes.

A avaliação do estado nutricional é importante para a análise da situação do idoso, que está sujeito tanto ao risco de desnutrição – vista, muitas vezes, como processo normal do envelhecimento – como de obesidade. A desnutrição protéico-

calórica (DPC) entre idosos também está associada ao aumento da mortalidade e a susceptibilidade às infecções, bem como à redução da qualidade de vida (OTERO, ROZENFELD, GADELHA et al., 2002). A magreza excessiva na população idosa é apontada como fator mais fortemente associado à mortalidade do que o excesso de peso. Os óbitos por desnutrição, assim como na infância, surgem mais como causa associada do que como causa básica, o que pode ser interpretado como a fragilização do conjunto das funções orgânicas, propiciando o surgimento de uma situação de risco mórbido, pelo surgimento de doenças de variados tipos. A frequência de magreza, inclusive as mais intensas, entre os idosos, aumenta nas últimas faixas, e atinge mais os idosos habitantes de grandes conglomerados urbanos, particularmente as regiões metropolitanas (OTERO, ROZENFELD, GADELHA, et al., 2002).

Por outro lado, Campos, Monteiro e Ornelas (2000) observam a tendência de aumento de sobrepeso e obesidade nesse segmento da população, à semelhança do que está ocorrendo com a população em geral.

De fato, o estado nutricional dos idosos tem se modificado nos últimos anos, o que pode ser explicado pelo alto consumo alimentar de calorias provenientes de gorduras, principalmente as de origem animal, açúcar e alimentos refinados, em detrimento de outros nutrientes de baixa densidade energética como as frutas e verduras, bem como pela forma de obtenção e preparo dos alimentos (MARQUES, et al. 2005). A mudança no consumo alimentar além de contribuir para o excesso de peso corporal e o aumento expressivo da obesidade, constitui um dos fatores mais importantes para explicar o aumento da carga das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis de grande morbimortalidade como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e câncer, principalmente na maioria dos países em desenvolvimento e vem se constituindo como risco para a saúde dos idosos (GUS, et al. 1998; POPKIN, 2001).

O risco nutricional sob o qual os idosos estão expostos é resultado de múltiplos fatores fisiológicos, sociais, psicológicos e econômicos. A queda das funções fisiológicas com a idade leva à menor eficiência na absorção e no metabolismo dos nutrientes. Nessa fase da vida há maior incidência de doenças crônicas que, em associação com medicamentos, pode afetar a utilização desses nutrientes (CESAR, 2005). Santos e Rezende (2006), afirmam que a desnutrição é frequentemente observada na população idosa, na qual 30 a 40% dos homens e mulheres acima dos 75 anos apresentam perda ponderal de aproximadamente 10%.

Estudos comprovam que a desnutrição é mais frequente em idosos com idade mais avançada. O processo de envelhecimento físico, mental e social acarreta

alterações corporais importantes. O peso e a altura se alteram, há diminuição da massa magra e modificação no padrão de distribuição da gordura corporal, há diminuição da taxa metabólica basal e do nível de atividade física (CAMPOS, MONTEIRO, ORNELAS, 2000).

A estatura se modifica com o processo de envelhecimento, numa perspectiva populacional, apresentando o ápice nos homens entre 25 a 29 anos e, então, começa a diminuir gradativamente. As mulheres alcançam seu pico de estatura relativamente mais cedo, entre 16 e 29 anos, apresentando, após, o mesmo comportamento dos homens (FRISANCHO, 1990 apud SPIRDURSO). O principal fator relacionado a essa diminuição deve-se a alterações ocorridas nos discos intervertebrais. Existe uma diminuição gradual das propriedades elásticas, principalmente do anel fibroso, fazendo com que os discos vertebrais sejam comprimidos ou entrem em colapso, contribuindo para um aumento da curvatura cifótica (SHEPHARD, R.1997).

No envelhecimento ocorre também um decréscimo da quantidade de gordura corporal, em indivíduos saudáveis e não-saudáveis, conduzindo à desnutrição energético-protéica, que é associada com morte prematura, deficiência de micronutrientes, com o aumento de internações hospitalares, do tempo de recuperação e de incapacidades decorrentes de quedas (ORIGUTI et al., 2001). Sampaio (2004) aponta como principais causas da redução de peso a perda de água corporal, declínio do peso das vísceras e do tecido muscular. Além disso, há modificação no padrão de gordura, que juntamente com a diminuição da massa muscular, alteram as variáveis antropométricas, como dobras cutâneas e circunferências anatômicas (MENEZES e MARUCCI, 2005).

Um dos principais problemas relacionados aos parâmetros antropométricos de idosos advém de uma carência de dados referentes a essa população específica. Segundo Barbosa et al. (2005) existe uma restrita quantidade de informação antropométrica relacionada a indivíduos idosos, em especial, em países em desenvolvimento, sendo que apenas nos últimos anos, estudos apresentaram dados de indivíduos com 75 anos ou mais. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a necessidade de valores referentes a populações específicas, como é o caso dos idosos.

Segundo a OMS, a antropometria é o mais simples método não-invasivo, universalmente utilizado, capaz de determinar proporções, comprimentos, diâmetros, perímetros e composição corporal. As dimensões corporais, em todas as idades, refletem a saúde geral e o bem-estar de indivíduos e populações, podendo, ainda, serem utilizadas para determinar desempenho, saúde ou sobrevivência.

A idade deve ser estabelecida, pois tanto as medidas recomendadas quanto os padrões de referência são considerados com base na mesma (WHO, 1995). A antropometria permite a obtenção de muitas informações, sendo o peso, altura, suas combinações e pregas cutâneas os métodos antropométricos mais utilizados em estudos epidemiológicos (LOHMAN, ROCHE, MARTORELL, 1988).

1.3.4 Qualidade de Vida

O termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK, 2000).

No início o conceito sobre qualidade de vida estava relacionado ao material, como condição financeira, sucesso profissional e bens adquiridos. Com o passar do tempo, o seu conceito foi ampliado para desenvolvimento social, como educação, saúde e lazer. Rufino Neto (1994) relatou: “Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes”.

Nos dias atuais, qualidade de vida teve os seus conceitos ainda mais ampliados, passando a envolver o bem-estar, diversão, realização profissional, relacionamento social, amor, felicidade e saúde (KLUTHCOVSKY, 2005). Minayo, Hartz e Buss (2000) ressaltam que o conceito de qualidade de vida aproxima da busca da satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental, sendo influenciado por valores materiais e culturais.

Além de investigar e determinar o ritmo do envelhecimento da população há também uma preocupação em estudar a qualidade do envelhecimento e, posteriormente, projetar intervenções capazes de promover um processo de envelhecimento saudável. Por conseguinte, pesquisas são implementadas objetivando determinar quais fatores são relevantes para a qualidade de vida dos idosos (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2006).

Particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde. Em um amplo estudo sobre as tendências da situação de saúde na Região das Américas, a OPAS (1998) mostra, de forma inequívoca, que

os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações nas tendências dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos. A redução na mortalidade infantil, o incremento na esperança de vida, o acesso à água e ao saneamento básico, o gasto em saúde, a fecundidade global e o incremento na alfabetização de adultos foram função direta do Produto Nacional Bruto dos países.

Há múltiplas escalas de avaliação de qualidade de vida. Todavia, existem diferenças em relação aos aspectos conceituais subjacentes, à importância dada à subjetividade, em detrimento da objetividade na escolha dos itens, bem como à natureza e ao peso de cada domínio para avaliação de qualidade de vida como recurso gerador de conceitos pertinentes à população em questão a serem posteriormente averiguados sob enfoque psicométrico. Em função destas particularidades, tem sido ressaltada a importância da utilização da metodologia qualitativa (FLECK et al, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento universal para a avaliação da qualidade de vida (World Health Organization Quality of Life -WHOQOL-100). Este instrumento possui 100 questões o que muitas vezes o torna inadequado e cansativo (FLECK, 2000), devido a este fato foi desenvolvido o WHOQOL-BREF, ou WHOQOL-abreviado na versão traduzida para o português, um instrumento de rápida aplicação, que consiste na versão abreviada do WHOQOL-100, ambos desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS (FLECK et al, 2000).

O grupo WHOQOL, em projetos colaborativos internacionais, desenvolveram o WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life for Older Persons) como uma alternativa útil no inquérito da qualidade de vida de idosos, incluindo os aspectos relevantes não abrangidos pelos instrumentos originalmente concebidos para as populações não-idosas (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2006).

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitará a criação de alternativas de intervenção visando ao bem-estar de pessoas idosas (FLECK et al, 2000).

1.3.5 Perfil Socioeconômico dos Idosos brasileiros

Com relação à proporção de gênero para a população idosa, os dados demográficos, no Brasil e em muitos países, demonstram que existem mais mulheres do que homens e que esta proporção feminina aumenta conforme aumenta a idade (VERAS, 1994; TELAROLLI, MACHADO, CARVALHO, 1997; PEIXOTO, 1997). Segundo Veras (1994) as brasileiras vivem em média cinco anos mais que os homens.

Veras (1994) enfatiza que o padrão de envelhecimento por sexo e idade, observado no Brasil, segue o mesmo padrão observado em países desenvolvidos. O autor refere que além dos fatores genéticos e biológicos comumente utilizados para tentar explicar uma maior expectativa de vida da mulher, outras explicações também são referidas como a diferença na exposição a riscos, diferença no consumo de tabaco e álcool, diferença na atitude em relação às doenças e a evolução no atendimento médico obstétrico.

No que se refere à idade, a população brasileira apresenta em sua maioria o que se denomina de “jovens idosos”, compreendidos entre a faixa dos 60-69 anos de idade. Veras (1994), refere essa denominação acrescentando os “meio idosos” para àqueles entre 70-79 anos e “idosos velhos” para os que têm 80 anos e mais. O autor acrescenta que as duas primeiras categorias são mais significativas, porém, nos países desenvolvidos a cada dia estuda-se mais a população acima dos 80 anos. Tal interesse deve-se ao aumento do número de idosos nessa faixa etária.

Dados da Organização Panamericana de Saúde-OPS (EL ENVEJECIMIENTO..., 1999) indicam que, haverá nas próximas décadas um importante crescimento do grupo de pessoas acima de 75 anos na região das Américas, chegando a dobrar no período de 1990 - 2020. Para o Brasil, a previsão é de que esse grupo etário aumente mais que o triplo no mesmo período, passando de 1,9 milhão para 7,1 milhões. Um cenário que aponta para o aumento do consumo de serviços sanitários, maior necessidade de suporte de saúde para doenças de longa duração, internamentos hospitalares e institucionalização, além de exigir revisão nos sistemas previdenciários. Neste sentido, Sayeg (1996) também chama atenção para o crescimento do grupo etário de 80 anos e mais e apresenta dados que colocam Pernambuco entre os estados que superam a média nacional em relação à população idosa de 80-89 anos, 90-99 e 100 anos e mais.

De acordo com a localização, Berquó (1996), refere que desde a década de 50 até os dias de hoje a população idosa, em especial as mulheres, concentra-se em áreas urbanas. Refere ainda que, deve-se considerar como motivos para esse fato: a

migração campo-cidade, a alta taxa de mortalidade no meio rural e a mortalidade diferencial por sexo, motivos que são consonantes com o crescimento da urbanização, a maior sobrevivência nas cidades e conseqüentemente com o maior número de idosas nas cidades.

Com relação ao nível de escolaridade, Berquó (1992), referindo-se a dados relativos à década de 80, afirma que 53% das pessoas entre 60-69 anos são analfabetas e entre aquelas com 70 anos e mais esse índice é de 44%. A maior parte dos idosos possui pouca educação formal (VERAS, 1994; BERQUÓ, 1996). No Brasil, segundo Veras (1994), *“50,3% dos homens com 70 anos ou mais referiam saber ler e escrever, porém entre estes, 50,4% referiam terem terminado apenas o curso primário.* O autor afirma ainda que, a faixa onde encontram-se pessoas com maior proporção de alfabetização está compreendida entre os 29 a 39 anos e onde encontra-se a mais baixa proporção é na faixa de pessoas acima dos 60 anos. Berquó (1992), chama atenção para o fato de que quando consideramos os idosos da população do país como um todo, essa coorte de idosos de hoje, vem de uma época onde o acesso à educação era precário.

Quanto ao estado conjugal estudos demonstram que de maneira geral, a maioria dos idosos encontra-se viúvos ou casados (BERQUÓ, 1996). Veras (1994) refere que as chances da viuvez aumentam para as mulheres à medida que a idade avança e também diminuem as chances de um segundo casamento, principalmente com homens mais jovens e mesmo não sendo comum casar-se após os 60 anos, os homens tem mais chance de fazê-lo do que as mulheres, tanto os viúvos quanto os solteiros. Ainda segundo o autor, outros estudos revelam que homens e mulheres casados apresentam taxas de mortalidade mais baixas do que homens e mulheres divorciados, viúvos e solteiros.

Com relação aos recursos econômicos, a maioria dos idosos possui renda própria proveniente de aposentadoria e ou pensão do cônjuge. Independentemente do gênero, os mesmos participam ativamente da receita doméstica e sua renda pode representar até 45% do orçamento familiar. À medida em que a idade avança, essa participação diminui e perde mais valor a partir dos 75 anos de idade. As idosas dos países onde não há um bom sistema de previdência social dependem economicamente de terceiros, principalmente as mais velhas, por estarem viúvas, com pouca ou nenhuma escolaridade constituindo-se em um grupo especialmente vulnerável (EL ENVEJECIMIENTO..., 1999).

CAPÍTULO 2

Estado Nutricional de Idosos: uma revisão sistemática

Nutritional Status of Elderly: a systematic review

Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima ¹

Lisandra Delfino de Albuquerque Soares ²

Danielle Ferreira de Siqueira ³

Silvana Gonçalves Brito de Arruda ⁴

Zelyta Pinheiro de Faro ⁵

Poliana Coelho Cabral ⁶

¹ Fisioterapeuta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Centro Acadêmico de Vitória – UFPE. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. brunadornelas@gmail.com (081) 96563226.

² Fisioterapeuta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Centro Acadêmico de Vitória – UFPE. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. dlistandra@hotmail.com (081) 9999 2020.

³ Fisioterapeuta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente, Centro Acadêmico de Vitória – UFPE. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. danifsiqueira@hotmail.com (081) 8862 3242.

⁴ Doutora em Nutrição pela UFPE, Professora Adjunta do Centro Acadêmico de Vitória – UFPE. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. silgbrito@hotmail.com (081) 8849 8945.

⁵ Doutora em Nutrição pela UFPE, Professora Adjunta do Centro Acadêmico de Vitória – UFPE. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista. CEP: 55608-680. Vitória de Santo Antão – PE. zelyta@oi.com.br (081) 8697 5439.

⁶ Doutora em Nutrição pela UFPE, Professora Adjunta da UFPE. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. pccabral@uol.com.br (081) 9272 9094.

Endereço para Correspondência

Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima. Rua Dr. José Rufino Bezerra, 577, Matriz, Vitória de Santo Antão – PE. CEP: 55.610-010. E- mail: brunadornelas@gmail.com

2.1 Resumo

O crescente aumento da população idosa mundial tem despertado grande preocupação em relação ao planejamento de políticas públicas voltadas para a atenção nutricional do idoso, haja vista o acréscimo da prevalência de doenças crônicas e seus agravos. O objetivo deste estudo foi revisar a literatura publicada entre 1966 e 2010 sobre o estado nutricional de idosos e os fatores associados aos transtornos nutricionais desta faixa etária. Para este fim realizou-se consulta as bases de dados MEDLINE, MEDLINE-OLD, PUBMED, LILACS e SCIELO. Foram utilizados os seguintes cruzamentos dos descritores Desc/Mesh: “Nutrição do idoso”; “Estado Nutricional X Idoso”; “Avaliação Nutricional X Idoso”; “Elderly Nutrition”; “Nutritional Status X Elderly”; “Nutrition Assessment X Elderly”; “Nutricion del Idoso” e “Evaluación Nutricional X Idoso”, com os limites: humanos e idosos. A antropometria foi o método mais empregado entre os trabalhos, sendo também utilizados Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), Mini Avaliação Nutricional (MNA), Hematologia e Recordatório Alimentar de 24 horas. Foram relatadas mudanças antropométricas em relação à idade, risco aumentado de desenvolvimento de doenças crônicas, diminuição de todos os parâmetros relativos à gordura corporal em relação à idade e considerável frequência de transtornos nutricionais em idosos avaliados na comunidade, em serviços geriátricos e instituições de longa permanência. Perda da mobilidade, stress psicológico, medicação e perda dos dentes foram os principais fatores mencionados como associados aos transtornos nutricionais. O conhecimento sobre o estado nutricional auxiliará os profissionais da saúde a diagnosticar os transtornos alimentares e propor intervenções mais precoces e adequadas à população idosa.

Palavras-chave: Avaliação Nutricional. Estado Nutricional. Idoso. Nutrição do Idoso.

2.2 Abstract

The constant rise in elderly population created great concern about the planning of public policies for nutritional care of elderly people due to the increased prevalence of chronic diseases and their complications. The aim of this study was to review the literature published between 1966 and 2009 about the nutritional status of elderly population and associated factors. The databases consulted were MEDLINE, MEDLINE-OLD, PUBMED, LILACS and SCIELO BRAZIL. We used the following descriptors crosses Desc / Mesh: “Nutrição do idoso”; “Estado Nutricional X Idoso”; “Avaliação Nutricional X Idoso”; “Elderly Nutrition”; “Nutritional Status X Elderly”; “Nutrition Assessment X Elderly”; “Nutricion del Idoso” e “Evaluación Nutricional X Idoso, with the following limits: humans, elderly people and full text. Anthropometry was the method of choice between works. A Questionnaire Food Consumption Frequency (FFQ), Mini Nutritional Assessment (MNA), Hematology and a 24 hours food recall werw also used. Anthropometric changes were reported in terms of age, increased risk of developing chronic diseases, reduction of all parameters related to body fat according to age and considerable frequency of nutritional disorders in elderly patients in the community, hospitals and long-stay institutions. Being mentioned loss of mobility, psychological stress, medication and teeth lost were mentioned as associated factors to nutritional disturbs. The identification of nutritional status and associated factors can help health professionals to diagnose eating disorders and propose interventions earlier and appropriate to elderly population.

Keywords: Nutrition Assessment. Nutritional Status. Elderly. Nutrition for the Elderly.

2.3 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Além disso, a proporção da população "mais idosa", ou seja, de 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. (BELTRÃO, 2004).

Ao mesmo tempo que o incremento do número de idosos provoca um aumento bastante significativo nas despesas com tratamentos médicos e hospitalares, também impõe desafios para o governo e para a iniciativa privada, traduzidos na emergência da necessidade de novos paradigmas e métodos de planejamento, de gerência e de prestação de cuidados, ainda mais que os modelos vigentes se mostram ineficientes e de alto custo (LOURENÇO, 2005).

Além disso, a nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e inovação nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa e reclama estruturas criativas, com propostas de ações diferenciadas a fim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência (VERAS, 2007). Nesse contexto, é necessário realizar pesquisas e ações que contribuam com a promoção de um estilo de vida saudável como o estado nutricional adequado.

O grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas para manter a composição e função adequada do organismo, resultando do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes, é expresso pelo estado nutricional (DEHOOG, 1998).

O estado nutricional do idoso é afetado pelas alterações no organismo, verificadas com o envelhecimento, bem como pelo acesso ao alimento e sua utilização biológica. A inadequação nutricional afeta o bem-estar de longevos, causando declínio funcional, devido aos aportes deficitários de calorias e nutrientes (desnutrição calórico-protéica, deficiência de vitaminas e minerais), pelo excesso calórico (obesidade) ou pela utilização excessiva de substâncias como o álcool (OMRAN e MORLEY, 2000).

As alterações do estado nutricional contribuem para aumento da morbi-mortalidade. Assim sendo, a desnutrição predispõe a uma série de complicações graves, incluindo tendência à infecção, deficiência de cicatrização de feridas, falência respiratória, insuficiência cardíaca, diminuição da síntese de proteínas a nível hepático com produção de metabólitos anormais, diminuição da filtração glomerular e da produção de suco gástrico (OMS, 2000).

Por outro lado, o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para variado número de agravos à saúde, dos quais os mais freqüentes são doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus tipo 2, colelitíase, osteoartrite (especialmente de joelhos), neoplasia maligna de mama pós-menopausa e de endométrio, esofagite de refluxo, hérnia de hiato e problemas psicológicos (WHO, 1998).

Para o diagnóstico do estado nutricional de um indivíduo é necessário que a variável consumo alimentar seja avaliada quantitativa e qualitativamente (DUARTE, 2007). O questionário de freqüência alimentar e o recordatório de 24 horas apresentam-se de forma bastante útil para retratar a dieta habitual, identificando características do consumo quanto aos fatores nutricionais da dieta e tipos de alimentos freqüentemente consumidos por períodos de tempo mais longos (DUARTE, 2007). Além da história dietética utiliza-se a antropometria na caracterização do estado nutricional (WHO, 1995).

A avaliação nutricional deve ser criteriosa e levar em conta que o idoso enfrenta uma alteração da composição corporal, inerente ao envelhecimento, como o aumento do tecido adiposo e diminuição da massa magra, o que pode resultar em modificações da força e da mobilidade, refletindo diretamente na diminuição do metabolismo basal, favorecendo a possibilidade de quedas e surgimento de doenças (WHO, 1995).

O conhecimento sobre o estado nutricional permite o diagnóstico e intervenção precoce de transtornos nutricionais, proporcionando à pessoa idosa uma atenção abrangente à saúde e uma melhor qualidade de vida. Deve-se não apenas controlar as doenças, mas em especial buscar o bem-estar físico, psíquico e social, propiciando uma atenção multidimensional à saúde do idoso e um envelhecimento bem-sucedido.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar e analisar trabalhos publicados entre 1966 e 2010 acerca do Estado Nutricional de Idosos e os fatores associados aos transtornos nutricionais desta faixa etária.

2.4 MÉTODOS

Utilizando a estratégia de revisão sistemática do Centro Cochrane do Brasil para ensaios clínicos e aleatórios, a busca nos períodos sobre o Estado Nutricional de Idosos ocorreu de agosto de 2009 a dezembro de 2010. Foram utilizadas as bases de dados Pubmed, Scielo Brasil, Medline, Medline Old e Lilacs, além dos artigos obtidos das referências citadas de artigos publicados no período de janeiro de 1966 a dezembro de 2010, mediante o uso dos seguintes descritores (Desc/Mesh): “Nutrição do idoso”; “Estado Nutricional AND Idoso”; “Avaliação Nutricional AND Idoso”; “Elderly Nutrition”; “Nutritional Status AND Elderly”; “Nutrition Assessment AND Elderly”; “Nutricion del Idoso” e “Evaluación Nutricional AND Idoso”.

Após a leitura dos títulos, resumos e, quando indicados, dos textos completos, procedeu-se à seleção dos artigos utilizando como critérios de inclusão trabalhos com humanos; idosos (60 anos ou mais); publicados em inglês, espanhol ou português; estudos com amostras representativas da população; desenhos de corte transversal ou longitudinal; artigos indexados e com textos completos. Foram incluídos estudos com idosos saudáveis, pertencentes a grupos de Terceira Idade, grupos paroquiais, pertencentes a Núcleos de Atenção ao Idoso e Universidade Aberta a Terceira Idade, idosos institucionalizados, avaliados em Ambulatórios de Nutrição e idosos em admissão hospitalar. Além destes foram incluídos estudos epidemiológicos que utilizaram bases de dados para formulação dos resultados. Utilizou-se como critérios de exclusão artigos de revisão narrativa e sistemática; estudos sem informação sobre amostragem e análise efetuada; estudos que relacionaram o estado nutricional à patologias específicas; capítulos de livros e estudos experimentais com animais.

Foram encontrados 1.267 estudos através das estratégias de revisão, os quais foram analisados de forma criteriosa e independente por dois pesquisadores e a seleção do artigo

ocorreu quando havia concordância e/ou desempate por um terceiro pesquisador, com base nos critérios de inclusão, totalizando 30 artigos.

2.5 RESULTADOS

Entre os 30 artigos selecionados (Tabela 2.1) foram encontradas diferenças entre os percentuais de prevalência e incidência de alterações nutricionais, bem como diferenças metodológicas entre os estudos. Para avaliar o Estado Nutricional, nove trabalhos utilizaram Questionários de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), cinco utilizaram a Mini Avaliação Nutricional (MNA), vinte e sete realizaram antropometria, nove analisaram a bioquímica, cinco aplicaram Recordatório Alimentar de 24 horas e um utilizou o Diário Alimentar de 4 dias, tendo alguns estudos utilizado metodologias associadas. Com relação ao período de publicação, os artigos selecionados dataram de 1994 a 2009, apresentando um crescente aumento do número dos mesmos nos anos 2005 a 2008.

Os estudos foram desenvolvidos no México, Cuba, Filipinas, Ottawa, Itália, Reino Unido, Espanha e Brasil, concentrando-se, neste, nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste. O estudo transversal predominou entre os artigos, sendo apenas um caracterizado como longitudinal. Alguns autores denominaram seus trabalhos como descritivo, epidemiológico, corte seccional, observacional e aleatório. A amostra consistiu de idosos institucionalizados, pertencentes a grupos paroquiais e de Terceira Idade, participantes de Núcleos de Atenção ao Idoso, da Universidade Aberta à terceira Idade, de programas de educação física e de programas assistenciais, além dos avaliados em ambulatórios de Nutrição e Geriatria, na admissão hospitalar e no domicílio.

2.6 DISCUSSÃO

O envelhecimento normal está associado a mudanças na composição corporal em decorrência de mudanças na fisiologia, no metabolismo, na demanda nutricional, nas condições sócio-econômicas, doenças crônico-degenerativas e à interação entre ingestão de nutrientes e medicamentos. Uma nutrição adequada em todos os ciclos é um fator determinante no desempenho motor e na qualidade de vida com sérias repercussões na velhice, proporcionando saúde e bem estar ao idoso, bem como um estado físico, mental e nutricional adequados. Dessa forma, a revisão dos estudos sobre o estado nutricional de idosos proporciona um olhar panorâmico acerca da problemática e auxilia a implementação de estratégias sociais, educativas e políticas motivadoras ao cuidado do idoso, em suas práticas de alimentação e de saúde; de modo a minimizar problemas de saúde pública futuros neste grupo etário e a garantir o envelhecer com qualidade.

O crescente aumento da população idosa mundial tem despertado grande preocupação em relação a atenção nutricional do idoso, haja vista o acréscimo da prevalência de doenças crônicas e seus agravos. Este fato justifica o maior interesse no desenvolvimento de trabalhos relacionados a nutrição do idosos nos últimos anos.

A avaliação do estado nutricional é importante para a análise da situação do idoso, que está sujeito tanto ao risco de desnutrição – vista, muitas vezes, como processo normal do envelhecimento – como de obesidade. A literatura tem apontado um elevado grau de suspeita clínica de pacientes idosos desnutridos, e que, conseqüentemente, necessitam de terapêutica nutricional. A desnutrição protéico-calórica (DPC) entre idosos também está associada ao aumento da mortalidade e a susceptibilidade às infecções, bem como à redução da qualidade de vida. Assim como a desnutrição, a obesidade e o ganho de peso também são sinais de má nutrição entre os idosos se tornando uma preocupação pela influência no surgimento de doenças cardiovasculares e seus agravos (DEHOOG, 1998).

Os valores referentes a prevalência das alterações nutricionais variaram entre os estudos. Fato este justificado pelas diferenças culturais e de padrões alimentares dos países e regiões. A similaridade entre os estudos consta do aumento do risco de baixo peso com o

aumento da idade. Santos e Rezende (2006), afirmam que a desnutrição é frequentemente observada na população idosa, na qual 30 a 40% dos homens e mulheres acima dos 75 anos apresentam perda ponderal de aproximadamente 10%.

O risco nutricional sob o qual os idosos estão expostos é resultado de múltiplos fatores fisiológicos, sociais, psicológicos e econômicos. A queda das funções fisiológicas com a idade leva à menor eficiência na absorção e no metabolismo dos nutrientes. Nessa fase da vida há maior incidência de doenças crônicas que, em associação com medicamentos, pode afetar a utilização desses nutrientes (CESAR, 2005). A perda dos dentes é uma condição comum nos idosos e diminui a capacidade mastigatória limitando a seleção de alimentos (FAUSTINO NETO, 2003). O autor também inclui a deficiência visual como fator que interfere no apetite e ingestão dos alimentos por diminuir o reconhecimento e apreciação de cores e texturas dos mesmos.

As alterações sensoriais (declínio e perda da acuidade visual, audição, olfato, gustação e tato) estão associadas à diminuição do prazer de comer, ocasionando decréscimo do apetite e possível desnutrição. A gustação e olfato são as alterações que mais influenciam no aporte alimentar da pessoa idosa. No tocante ao funcionamento digestivo, é interessante destacar a diminuição do esvaziamento gástrico, que acarreta maior sensação de saciedade. No intestino ocorre atrofia na mucosa e no revestimento muscular, favorecendo a diminuição da motilidade intestinal, menor absorção de nutrientes e aparecimento freqüente da constipação (CAMPOS et al., 2000).

Quanto às alterações metabólicas, o processo de envelhecimento relaciona-se com uma série de modificações do metabolismo e dos requerimentos nutricionais das pessoas com idade avançada. O sedentarismo e a redução da taxa de metabolismo basal fazem com que as necessidades calóricas sejam reduzidas. Entretanto, não estão diminuídas as necessidades de proteínas, vitaminas e minerais, que podem estar aumentadas em determinadas patologias (GARCIA-ALONSO et al., 2004).

Para Otero, Rozenfeld, e Gadelha (2001) o papel da desnutrição como causa de morte na população idosa, bastante discutida internacionalmente, tem sido pouco considerado em estudos brasileiros. Dessa forma, em seu trabalho enfocou a desnutrição como evento

importante na velhice, capaz de levar o paciente idoso ao óbito. A magreza excessiva da população idosa é apontada como o fator mais fortemente associado à mortalidade do que o excesso de peso. A determinação do diagnóstico nutricional e a identificação dos fatores que contribuem para tal diagnóstico no indivíduo idoso são, portanto processos fundamentais.

Em relação as metodologias utilizadas para avaliação do Estado Nutricional dos artigos selecionados, nove trabalhos utilizaram Questionários de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), cinco utilizaram a Mini Avaliação Nutricional (MNA), vinte e sete realizaram antropometria, nove analisaram a bioquímica, cinco aplicaram Recordatório Alimentar de 24 horas e um utilizou o Diário Alimentar de 4 dias, tendo alguns estudos utilizado metodologias associadas.

Duarte (2007), relata que para o diagnóstico do estado nutricional de um indivíduo é necessário que a variável consumo alimentar seja avaliada quantitativa e qualitativamente. O questionário de frequência alimentar e o Recordatório Alimentar de 24 horas apresentam-se de forma bastante útil para retratar a dieta habitual, identificando características do consumo quanto aos fatores nutricionais da dieta e tipos de alimentos frequentemente consumidos por períodos de tempo mais longos (DUARTE, 2007).

É importante que seja realizada continuamente a avaliação e o monitoramento do consumo alimentar, pois a alimentação é considerada importante fator associado à velhice, possuindo conotação expressiva na gênese da má nutrição (BARBOSA et al., 2001). A alimentação é adequada quando na sua composição estão incluídos alimentos de todos os grupos alimentares, suprimindo qualitativa e quantitativamente as calorias e nutrientes necessários ao organismo. Considerando ainda outros princípios que a regem como: acessibilidade financeira, sabor, variedade, cor, harmonia entre a quantidade e qualidade dos alimentos consumidos, conforme etapa de vida, estado nutricional, sexo, idade e estado fisiológico. Além da história dietética utiliza-se a antropometria na caracterização do estado nutricional (WHO, 1995).

Antropometria é um método não-invasivo de baixo custo e universalmente aplicável, disponível para avaliar o tamanho, proporções e composição do corpo humano (WHO, 1995). A idade deve ser estabelecida, pois tanto as medidas recomendadas quanto os padrões de

referência são considerados com base na mesma (WHO, 1995). Outro fator que deve ser considerado é o gênero, pois existem diferenças expressivas entre o tamanho de homens e mulheres (WHO, 1995). Peso, altura, suas combinações e pregas cutâneas são os métodos antropométricos mais utilizados em estudos epidemiológicos (LOHMAN, ROCHE, MARTORELL, 1988).

Esforços especiais são necessários para reverter a inadequação do estado nutricional, onde a nutrição tem papel fundamental. Dessa forma, torna-se imprescindível a utilização de programas de intervenção alimentar, do monitoramento do peso e de outras medidas que contribuam positivamente para o consumo alimentar e para a melhoria do estado nutricional, como o tratamento da depressão e o uso abusivo de fármacos. Faz-se necessário a implementação de políticas públicas que promovam, de fato, o envelhecimento saudável para esse seguimento da sociedade.

2.7 REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. R.; SANTARÉM, J.M.; JACOB FILHO, W.; MARUCCI, M. F. M. Composição corporal e consumo alimentar de idosas submetidas a treinamento contra resistência. **Revista de Nutrição**, v.14, n.3, p. 177-183, set./dez. 2001.

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., KANSO, S. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004 (Texto para Discussão, 1.034).

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. Fatores que alteram o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, v. 13, n.3, p. 157-165, set./dez. 2000.

CESAR, T. B. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. **Revista de Nutrição**, v.18, n.3, p.357-365, maio/jun. 2005.

DEHOOG, S. Avaliação do Estado Nutricional. In: MAHAN, K.L.; ESCOTT-STUMP, S. 9 ed. Krause: **Alimentos, nutrição & dietoterapia**. São Paulo: Roca, 1998. p.371-396.

DUARTE, A. C. G. **Avaliação Nutricional: Aspectos Clínicos e Laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007.

FAUSTINO NETO, T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

GARCIA-ALONSO, J. Evaluación nutricional y estado antioxidante de un grupo de ancianos institucionalizados de Murcia (España). **ALAN**, v.54, n. 2, 2004.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign: Human Kinetics Books, 1988.

Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MA, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:311-8.

OMRAN, M. L.; MORLEY, J. E. Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: history, examination, body composition, and screening tools. **Nutrition**, v.16, p.50-63, 2000.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manejo da desnutrição grave**: um manual para profissionais de saúde de nível superior e suas equipes auxiliares. Genebra, 2000.

OTERO, U. B.; ROZENFELD, S.; GADELHA, A. J. Óbitos por desnutrição em idosos, São Paulo e Rio de Janeiro. Análise de séries temporais. 1980-1986. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.4, n. 3, p. 191-205, 2001.

SANTOS, V. H.; REZENDE, C. H. A. Nutrição e envelhecimento. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 930-941.

Veras R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(10):2463-

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee**. Geneva, 1995.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, 1998.

Tabela 2.1 : Estudos sobre Estado Nutricional de Idosos publicados entre 1994 e 2010, identificados por autor, ano, desenho do estudo, amostra, país, métodos e resultados

Autoria e ano	Desenho do estudo	Amostra (N) e País	Métodos	Resultados
Najas et al, 1994	Transversal	283 Idosos Zona Urbana Brasil, São Paulo	Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA)	Arroz, pão e macarrão: alimentos mais consumidos do grupo energético Feijão, carne de boi, aves, leite e ovos: alimentos mais consumidos do grupo protéico Frutas, verduras folhosas e legumes: alimentos mais consumidos do grupo dos reguladores
Nahid Azad et al, 1999	Descritivo	150 Idosos Hospitalizados Ottawa	Mini Avaliação Nutricional (MNA), Antropometria, Bioquímica e Recordatório Alimentar de 24 horas	40,8% bem Nutridos 44,1% em risco de Desnutrição Moderada 15,1% Desnutridos
Tavares & Anjos, 1999	Descritivo	4.277 Idosos cadastrados na Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição Brasil	Antropometria	Magreza: 7,8% em homens e 8,4% em mulheres; mais freqüente nas classes de menor renda, menor escolaridade e pior moradia Sobrepeso: 30,4% em homens e 50,2% em mulheres; mais prevalente nas classes de maior renda; maior escolaridade e melhor moradia
Perissinotto et al, 2001	Longitudinal	3.356 Idosos do Italian Longitudinal Study on Ageing Itália	Antropometria	Índice de Massa Corporal (IMC) maior nas mulheres; diminui com o aumento da idade Desnutrição inferior a 5% Obesidade maior em mulheres-28% contra 16% em homens
Marcenes et al, 2002	Epidemiológico	Amostra representativa de Idosos institucionalizados e não institucionalizados Reino Unido	Diário Alimentar de 4 dias, Antropometria e Bioquímica	Consumo de fibras, proteínas, cálcio e vitamina C menor em idosos edêntulos não institucionalizados Dentição funcional \geq 21 dentes: necessário para um bom estado nutricional

Silva et al, 2003	Transversal	61 Idosos Centro de reabilitação Brasil, São Paulo	QFCA, Antropometria e Recordatório Alimentar de 24 horas	Prevalência de sobrepeso Consumo energético de mulheres idosas acima do recomendado Consumo energético de homens de acordo com o recomendado Elevada ingestão de proteínas e lipídeos e baixa de glicídios
García-Alonso, 2004	Transversal	26 idosos institucionalizados Espanha	Antropometria, Bioquímica e Recordatório Alimentar de 24 horas	Elevada ingestão de proteínas e lipídios Deficiência no consumo de Hidratos de Carbono, fibras, Iodo e Vitaminas A, E e D Alto percentual de sobrepeso
Martino et al, 2004	Transversal	47 Idosos Programa Universidade Aberta a Terceira Idade Brasil, Pernambuco	Antropometria e QFCA	Prevalência de 78% de obesidade Risco de 34% para doenças cardiovasculares Consumo diário: cereais (65%), frutas (78%), vegetais (72%), legumes (63%), leite e derivados (59%), gorduras (74%) e açúcares (76%)
Marques et al, 2005	Corte seccional	100 Idosas Unidade Ambulatorial Brasil	Antropometria e QFCA	Arroz e pão: alimentos mais consumidos no grupo dos energéticos Feijão, o bolo e a farinha de mandioca: frequência mais referida semanalmente Leite, desnatado e integral: mais referido do grupo dos construtores O grupo dos reguladores foi o mais comprometido com reduzido consumo de frutas e vegetais
Gómes Ramos et al, 2005	Transversal	200 Idosos Hospitalizados Espanha	MNA, Antropometria e Bioquímica	Desnutrição severa em idosos com mais de 80 anos Os resultados antropométricos e bioquímicos condizem com a MNA
Menezes & Marucci, 2005	Transversal	305 Idosos institucionalizados Brasil, Ceará	Antropometria	Média dos homens superior ao das mulheres Idosos institucionalizados apresentam mesma tendência de diminuição das variáveis antropométricas de outras populações idosas

Forster & Gariballa, 2005	Transversal Randomizado	445 Idosos Hospitalizados Reino Unido	Antropometria, Bioquímica e Hematologia	Índices significativamente menores em pessoas com mais de 75 anos Estado nutricional deficiente associado ao aumento da idade
Tinoco et al, 2006	Transversal Aleatório	183 Idosos Grupo da Terceira Idade Brasil, Minas Gerais	Antropometria	40,8% de sobrepeso 15,1% de baixo peso Risco de doenças cardiovasculares (61,4%)
Ribeiro et al, 2006	Transversal	68 Idosos Programa de Educação Física Brasil, São Paulo	Antropometria, Recordatório Alimentar de 24 horas e Bioquímica	Baixo consumo de cálcio, vegetais, cereais, legumes e laticínios IMC superior aos parâmetros de referência Risco aumentado de desenvolvimento de doenças crônicas Diminuição dos parâmetros de gordura corporal com o avanço da idade
Machado et al, 2006	Descritivo	35 Idosos assistidos em Ambulatório de Nutrição Brasil, Rio de Janeiro	Antropometria, QFCA e Bioquímica	Elevada prevalência de obesidade (57,1%) Elevado consumo de arroz (92%), pão (88%) e feijão (76%) Baixo consumo de frutas e hortaliças
Navarro & Bennemann, 2006	Transversal	26 Idosos institucionalizados Brasil, Paraná	Antropometria	Estado Nutricional adequado
Campos et al, 2006	Descritivo	1.519 idosos IBGE Brasil, NE e SE	Antropometria	5,7% de baixo peso, 50,4% de eutrofia, 32,3% de sobrepeso e 11,6% de obesidade Aumento do risco de baixo peso com o aumento da idade As variáveis associadas à alteração do estado nutricional foram gênero feminino, escolaridade, renda familiar, problema crônico de saúde e idade

Araujo et al, 2007	Transversal	30 Idosos Grupo da Terceira Idade Brasil, Minas Gerais	Antropometria e QFCA	53,3% de eutrofia Consumo de 57% de carboidratos, 15% de proteína e 27% de lipídio
Amado et al, 2007	Transversal	106 Idosos Núcleo de atenção ao Idoso (NAI) Brasil, Pernambuco	Antropometria e QFCA	38,7% de idosos com pré-obesidade e 7,2% com excesso de peso Cereais e pães: alimentos mais consumidos diariamente pelas idosas Consumo de leguminosas (53%), verduras (61%) e frutas (66%)
Hernández et al, 2007	Transversal	500 Idosos Serviço de Geriatria e institucionalizados Cuba	MNA	Transtornos Nutricionais em 2,7% dos idosos avaliados na comunidade, 91,6% nos serviços de geriatria e 95,3 entre os institucionalizados
Garcia et al, 2007	Transversal	308 Idosos institucionalizados Brasil, Pernambuco	Antropometria	O uso da envergadura em substituição a altura no cálculo do IMC mostrou-se um bom indicador no diagnóstico de desnutrição e obesidade
Lantigua & Porbén, 2007	Transversal	197 Idosos Serviço de geriatria Cuba	MNA, Antropometria e Bioquímica	Diminuição das medidas antropométricas com o avanço da idade A pontuação atribuída pela MNA coincidiu em 80% com o diagnóstico nutricional realizado por indicadores bioquímicos e antropométricos
Barbosa et al, 2007	Estudo epidemiológico	2143 Idosos Brasil, São Paulo	Antropometria	Associação entre estado nutricional e capacidade funcional nas mulheres A obesidade representou um fator limitante ao bom desempenho funcional
Azevedo et al, 2007	Transversal	259 Idosos Brasil, Santa Catarina	MNA e Antropometria	Desnutrição (10,8%) e risco de desnutrição (49,8%) Os resultados obtidos pela MNA equivalem aos indicadores antropométricos A diminuição da ingestão alimentar, perda da mobilidade, stress psicológico e IMC baixo foram os fatores associados a desnutrição

Sánchez-García et al, 2007	Aleatório Observacional	1968 Idosos México	Antropometria	62% de sobrepeso Diminuição dos valores antropométricos com o avançar da idade
Bueno et al, 2008	Transversal	82 Idosos Programa Assistencial Brasil, Minas Gerais	Antropometria e Bioquímica	52% de sobrepeso, 28% de eutrofia e 19,5% de baixo peso 40,2% de alto risco de desenvolver doenças cardiovasculares 33,9% dos Idosos apresentavam altos níveis plasmáticos de colesterol e triglicerídeos
Rauen et al, 2008	Transversal	232 Idosos Institucionalizados Brasil, Santa Catarina	Antropometria	45,5% de baixo peso, 33,5% de eutrofia, 7,8% de pré-obesidade e 13,2% de obesidade Valor médio das variáveis das mulheres superior ao dos homens
Menezes et al, 2008	Transversal	483 Idosos Brasil, Ceará	Antropometria	Alterações Nutricionais em 83,9% dos homens e 74,2% das mulheres
Bassler & Lep, 2008	Transversal	209 Idosos Região Metropolitana Brasil, Paraná	Antropometria	57,4% de sobrepeso e 9,6% de baixo peso
Risonar et al, 2009	Transversal	88 Idosos comunidade Rural Filipinas	Recordatório Alimentar de 24 horas	Diminuição da ingestão de alimentos com os anos crescentes A ingestão de lipídios, proteínas e micronutrientes representaram apenas 24-51% da ingestão diária recomendada para a população idosa

CAPÍTULO 3

Fatores associados ao excesso de peso em idosos integrantes do Programa de Saúde da Família de uma cidade do interior do Nordeste brasileiro

Factors associated with overweight elderly members of the Family Health Program in a town in the Northeast brazilian

Fatores associados ao excesso de peso em idosos

Autores

Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima¹, Poliana Coelho Cabral², Zelyta Pinheiro de Faro³.

¹Aluna do Mestrado em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Centro Acadêmico de Vitória (CAV).

²Professora adjunta do Departamento de Nutrição da UFPE.

³Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente da UFPE/CAV.

¹Autor para correspondência:

Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima.

Rua Dr. José Rufino Bezerra, 577, Cajá, 55610-010, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

Telefone: 81 9656 3226. Email: brunadornelas@gmail.com

3.1 Resumo

OBJETIVO: Descrever a prevalência do excesso de peso e os fatores associados em idosos integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF).

MÉTODOS: Estudo transversal, com amostra composta por 230 idosos com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, do Município de Vitória de Santo Antão – PE, na região Nordeste do Brasil. O estudo contemplou 54% das 26 unidades do PSF do Município obtidas através de sorteio simples. Foram coletados dados antropométricos e sócio-econômicos e os dados referentes ao estado nutricional como peso e altura, foram analisados através do IMC, segundo Lipschitz. As análises estatísticas incluíram o teste do qui-quadrado e o cálculo das Razões de Prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

RESULTADOS: Encontrou-se prevalência de excesso de peso de 56,0%, (60,1% mulheres vs. 48,4% homens). O excesso de peso foi mais prevalente em idosos na faixa de idade de 60-69 anos (RP=2,55, IC95% 1,89-3,46), alfabetizados (RP=1,40, IC95% 1,12-1,75), com instrução (RP=1,40, IC95% 1,12-1,75) e que ingeriam bebida alcoólica (RP=1,35, IC95% 1,05-1,73).

CONCLUSÕES: Mesmo dentro dessa população de escassos recursos sócio-econômicos, melhoria nos níveis de escolaridade pode constituir-se em um fator de risco para o excesso de peso reiterando a necessidade de medidas de intervenção visando a prevenção primária e secundárias das doenças crônicas não transmissíveis.

DESCRITORES: Idoso. Programa de Saúde da Família. Sobrepeso. Obesidade. Fatores Associados.

3.2 Abstract

OBJECTIVE: Describe the prevalence of overweight and associated factors among elderly members of the Family Health Program (PSF).

METHODS: A cross-sectional sample of 230 aged 60 to 94 years, of both sexes, the city of Vitória de Santo Antão - PE, in northeastern Brazil. The study included 54% of 26 units of the PSF obtained by the Municipality of a simple drawing. Anthropometric data were collected and socio-economic data and on nutritional status as weight and height were analyzed by BMI, according to the recommendations of the Lipschitz. Statistical analysis included the chi-square test and calculation of prevalence ratios (PR) with their respective confidence intervals 95% (95%).

RESULTS: The prevalence of overweight of 56,0% (60,1% women vs. 48.4% men). Overweight was more prevalent in the elderly in the age group 60-69 years (RP=2,55, IC95% 1,89-3,46), literacy (RP=1,40, IC95% 1,12-1,75), with instruction (RP=1,40, IC95% 1,12-1,75) and consumed alcoholic beverages (RP=1,35, IC95% 1,05-1,73).

CONCLUSIONS: Even within this population of low-income socio-economic improvement in the levels of schooling can form themselves into a risk factor for excess weight by reiterating the need for intervention measures aimed at primary and secondary prevention of chronic diseases.

DESCRIPTORS: Aged. Family Health Program. Overweight. Obesity. Factors associated

3.3 INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de envelhecimento da população deve-se ao rápido declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade. Em 2050, os idosos corresponderão a 14,2% da população brasileira,¹ o que sinaliza a necessidade de se conhecer mais sobre o envelhecimento, suas repercussões e impacto sobre o sistema de saúde brasileiro.

Assim como a expectativa de vida, a prevalência mundial de sobrepeso e obesidade vem apresentando um rápido aumento nas últimas décadas, sendo caracterizada como uma verdadeira epidemia mundial.^{2,3} Este fato é bastante preocupante, pois o excesso de peso é considerado fator de risco para desenvolvimento de diabetes mellitus (DM), dislipidemia e hipertensão arterial, condições que favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.^{4,5,6} Nesse contexto, a avaliação adequada do estado nutricional, torna-se uma ferramenta essencial principalmente no que se refere a prevenção primária e secundária.⁷

O nível socioeconômico constitui-se fator determinante da prevalência de sobrepeso e obesidade, pois interfere na disponibilidade de alimentos, no acesso à informação, bem como pode estar associado ao estilo de vida e a determinados padrões de atividade física. Revisão sistemática⁸ indica que nos países desenvolvidos a obesidade tende a ser mais freqüente entre indivíduos de menor renda, menor escolaridade e com ocupações de menor prestígio social. Para os países em desenvolvimento, existe uma tendência inversa, ou seja, maior freqüência de obesidade nos estratos de melhor nível socioeconômico. No entanto, dados da pesquisa que englobou as cinco macrorregiões brasileiras⁹ revelou a mesma tendência no aumento do sobrepeso e obesidade. Para o sexo masculino o aumento ocorreu em todas as regiões e em todas as classes de rendimento, mas na população feminina, o problema do excesso de peso tendeu a deslocar-se para região Nordeste e, de modo geral, para as classes de menor renda.

Dentro deste contexto, o presente trabalho teve como objetivo descrever a prevalência do excesso de peso e identificar os fatores potencialmente associados a esse distúrbio nutricional em idosos de ambos os sexos integrantes do Programa de Saúde da Família do Município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco, região Nordeste do Brasil.

3.4 MÉTODOS

Este estudo é do tipo transversal. Os dados foram coletados entre os meses de janeiro a outubro de 2010. Participaram como sujeitos da pesquisa, 230 idosos, definidos aleatoriamente, com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados em PSFs da cidade de Vitória de Santo Antão – Pernambuco (PE) na região Nordeste do Brasil. O estudo contemplou 54% das 26 unidades do Programa Saúde da Família do Município obtidas através de sorteio simples.

Foram excluídos do estudo idosos permanentemente acamados, com doenças neurodegenerativas, com seqüelas de doença neurológica, com quadro de demência senil.

O número ideal da amostra foi calculado a partir de um estudo piloto, onde foi estimada a prevalência de obesidade nos idosos avaliados. O cálculo do tamanho amostral foi definido por um mínimo de 199 idosos. Para o cálculo foi utilizado o programa Epi Info, versão 6.04 para *windows*.

As coletas foram realizadas em aparelhos sociais pertencentes aos territórios das Unidades de Saúde da Família (USF). Consistiram de entrevistas realizadas com auxílio de universitárias treinadas para aplicação, esclarecidas de dúvidas e padronização das tomadas de medidas antropométricas. Quanto ao estilo de vida, às características sócio-econômicas, biológicas, demográficas e clínicas foram coletadas informações referentes a sexo, idade, alfabetização, escolaridade, estado marital, presença de filhos, número de filhos, com quem reside, número de pessoas no domicílio, renda mensal, ingestão de álcool, tabagismo, atividade física, uso de medicação, presença de deficiências e utilização de apoios.

Os dados referentes ao estado nutricional como peso e altura, foram analisados através do IMC, segundo os pontos de corte de Lipschitz (1994).¹⁰ O peso (em kg) foi mensurado em balança digital portátil da marca Plenna com capacidade para 150 kg e precisão de 100g, para isso o idoso estava descalço e com vestimentas leves. A altura (em m) foi aferida com o auxílio de um estadiômetro de parede marca CARDIOMED. Para obtenção da altura, o idoso foi posicionado, com os pés lado a lado, encostando calcanhares, nádegas, omoplatas e parte posterior da cabeça na régua do estadiômetro. As medidas do peso e da altura foram aferidas

duas vezes e posteriormente realizou-se uma média dos resultados. Com base nessas aferições foram classificados como tendo excesso de peso os idosos com IMC igual ou superior a 27 Kg/m^2 .¹⁰

Os dados foram digitados e analisados no programa Epi Info versão 6.04 para *windows*. As análises incluíram o teste do qui-quadrado e o cálculo das Razões de Prevalência (RP) com seus intervalos de confiança de 95% (IC95%).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), ofício número 313/2009. Todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se a 230 idosos, 65 (28,3%) homens e 165 (71,7%) mulheres. A amostra foi composta por idosos com idade média de 67,8 anos (DP \pm 5,32), destes 55,6% não eram alfabetizados, 58,6% encontravam-se sem cônjuge e 84% apresentavam renda de 0 a 1 salário mínimo. Em relação ao estado nutricional através do IMC, encontrou-se prevalência de excesso de peso de 56,0% (60,1% mulheres vs. 48,4% homens $p=0,098$). (Gráfico 3.1)

Na análise univariada (Tabelas 3.1 e 3.2), encontrou-se associação entre excesso de peso, idade, alfabetização, escolaridade e ingestão de álcool. O excesso de peso foi mais prevalente em idosos na faixa de idade de 60-69 anos (RP=2,55, IC95% 1,89-3,46), alfabetizados (RP=1,40, IC95% 1,12-1,75), com instrução (RP=1,40, IC95% 1,12-1,75) e que ingeriam bebida alcoólica (RP=1,35, IC95% 1,05-1,73).

3.6 DISCUSSÃO

A amostra estudada constitui-se na maior parte por idosos do sexo feminino (71,7%). Isto reflete a realidade brasileira e está de acordo com o que vem sendo descrito na literatura ¹¹.

As prevalências obtidas de excesso de peso na população estudada evidenciam os níveis epidêmicos deste problema. Enquanto 10,9% apresentaram baixo peso, indicando baixa exposição da população à desnutrição, 56,0% (60,1% mulheres vs. 48,4% homens) mostraram excesso de peso, o que corresponde a 5 vezes o baixo peso. Um estudo realizado por Tinoco *et al* (2006)¹² caracterizou o estado nutricional dos idosos cadastrados no Programa Municipal da Terceira Idade da cidade de Viçosa, Minas Gerais. Os idosos foram avaliados pelo método antropométrico e apresentaram elevada prevalência de excesso de peso (40,8%).

Huang *et al* (2005)¹³ relataram que a prevalência de excesso de peso vem aumentando drasticamente em vários países nesta última década, porém vem se tornando particularmente elevada na população de idosos. Ao investigar a obesidade na população de Taiwan, identificou-se uma elevada prevalência de obesidade na população de idosos, sendo maior no sexo feminino, devido a maior longevidade desse gênero. Outro estudo também apresentou valores médios de IMC maiores no sexo feminino do que no masculino¹⁴. Uma possível explicação para a maior chance das mulheres apresentarem excesso de peso é que durante o processo de envelhecimento ocorre redistribuição progressiva da gordura com diminuição do pânículo adiposo subcutâneo dos membros e acúmulo intra-abdominal. As mulheres acumulam mais gordura subcutânea que os homens e a perdem em idades mais tardias¹⁵.

Para a variável idade, o excesso de peso foi mais prevalente em idosos na faixa de idade de 60-69 anos (RP=2,55, IC95% 1,89-3,46). Pesquisas em países na Ásia e na América do Sul demonstraram prevalência de excesso de peso em idosos mais jovens, com pico aos 64 anos ¹⁶. Perissinoto *et al* (2002)¹⁷ observaram maior prevalência de excesso de peso em idosos italianos mais jovens, indicando que o idoso mais velho possui chance menor de apresentar excesso de peso, o que possivelmente associa-se as mudanças corporais do processo de envelhecimento.

De acordo com Campos, Monteiro e Ornelas (2000)¹⁸, o estado nutricional de idosos também é influenciado por fatores sócio-econômicos e, como afirmam Acuña e Cruz (2004)¹⁹, por repercussões clínicas das alterações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, dependência funcional e outras, e, dessa forma, devem ser controlados na investigação de fatores de risco associados ao comprometimento nutricional.

No presente estudo, o excesso de peso foi mais prevalente em idosos alfabetizados e com instrução. Esta associação reflete influência da presença de instrução com o excesso de peso. Campos et al (2006)²⁰ em seu estudo constataram que idoso que tem 9 a 11 anos de escolaridade tem chance 2,36 vezes maior de apresentar sobrepeso quando comparado ao idoso com 4 ou menos anos de escolaridade.

Caballero & Rubinstein (1997)²¹ afirmam que o processo de transição demográfica e econômica ao qual estão submetidos muitos países em desenvolvimento, como o Brasil, contribui para mudanças no padrão alimentar, tais como uma tendência a uma dieta densa em energia, rica em gordura saturada e carboidratos refinados, além de um baixo consumo em carboidratos complexos e fibras. Desta forma, o predomínio dessa dieta e ainda o declínio progressivo da atividade física estariam possivelmente contribuindo com excesso de peso nos indivíduos idosos.

O presente estudo evidenciou ainda que o excesso de peso foi mais prevalente em idosos que ingeriam bebida alcoólica. Pesquisadores²² observaram associação entre consumo de álcool e aumento do IMC e circunferência abdominal. Os autores notaram relação entre frequência de consumo e excesso de peso, onde os indivíduos que consumiam pequenas doses com maior frequência apresentavam menor relação entre consumo e excesso de peso. Os pesquisadores concluíram que existe relação entre consumo de álcool e excesso de peso.

Em síntese os dados desse estudo evidenciam que mesmo dentro dessa população de escassos recursos sócio-econômicos, melhoria nos níveis de escolaridade pode constituir-se em um fator de risco para o excesso de peso reiterando a necessidade de medidas de intervenção visando a prevenção primária e secundárias das doenças crônicas não transmissíveis.

3.7 REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. A Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública** 1997;31(2):184-200.
2. Chopra M, Galbraith S, Darnton-Hill I. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. **Bull World Health Organ** 2002; 80: 952-58.
3. Kain J, Vio F, Albala C. Obesity trends and determinant factors in Latin American. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(Suppl1): S77- S86.
4. WHO Consultation on Obesity. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000. **WHO Technical Report Series** 894.
5. Pérez AP, Muñoz JY, Cortés VB, Velasco PP. Obesity and cardiovascular disease. **Public Health Nutr** 2007; 10: 1156-63.
6. Vellas BJ, Alberede JL, Garry PJ. Diseases and aging: Patterns of morbidity with age; relationship between aging and age-associated diseases. **Am J Clin Nutr** 1992; 55:1225S-30S.
7. Najas MS, Sachs A. Avaliação nutricional do idoso. *In*: Papaléo Netto, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 1996. p.242-7.
8. McLaren L. Socioeconomic status and Obesity. **Epidemiol Rev** 2007; 29: 29-48.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**; 2010.
10. LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, 1994; 21(1):55-67.
11. Bird C, Shugarman L, Lynn J. Age and gender differences in health care utilization and spending for medcare beneficiaries in their last years of life. **J Palliat Med** 2002; 5:705-12.

12. TINOCO, A.L.A. *et al.* Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência de cintura (CC) e relação cintura-quadril (RCQ), de idosos de um município da zona da Mata Mineira. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, n. 2, Rio de Janeiro, 2006.
13. HUANG *et al.* Obesity in the elderly and its relationship with cardiovascular risk factors in Taiwan. **Obesity Research**, v. 13, n. 1, jan, 2005.
14. Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2001;45(4):494-501.
15. Who Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of antropometry physical status: the use and interpretation of antropometry: **report of a WHO Expert Commitee**. Switzerland; 1995.
16. AJANI, U. A.; LOTUFO, P.A.; GAZIANO, J.M. *et al.* Body Mass Index and Mortality among US Male Physicians. **Elsevier Inc.**, 2004.
17. Perissinoto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F, Enzig E. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. **Br J Nutr** 2002;87(2):177-86.
18. CAMPOS, M. T. F.S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, Campinas, 2000, v. 13, n. 3, p. 157-165, 2000.
19. ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 345-361, 2004.
20. Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado Nutricional e fatores associados em idosos. **Rer Assoc Med Brás**. 2006; 52(4): 214-21.
21. Caballero B, Rubinstein S. Environmental factors affecting nutritional status in urban areas of developing countries. **Arch Latinoam Nutr** 1997; 47: S3-S8.

22. Tolstrup, J., Heitmann, B., Tjønneland, A., Overvad, O., Sørensen, T., & Grønbaek, M. (2005). "The relation between drinking pattern and body mass index and waist and hip circumference." **International Journal of Obesity**, 29, 490-497.

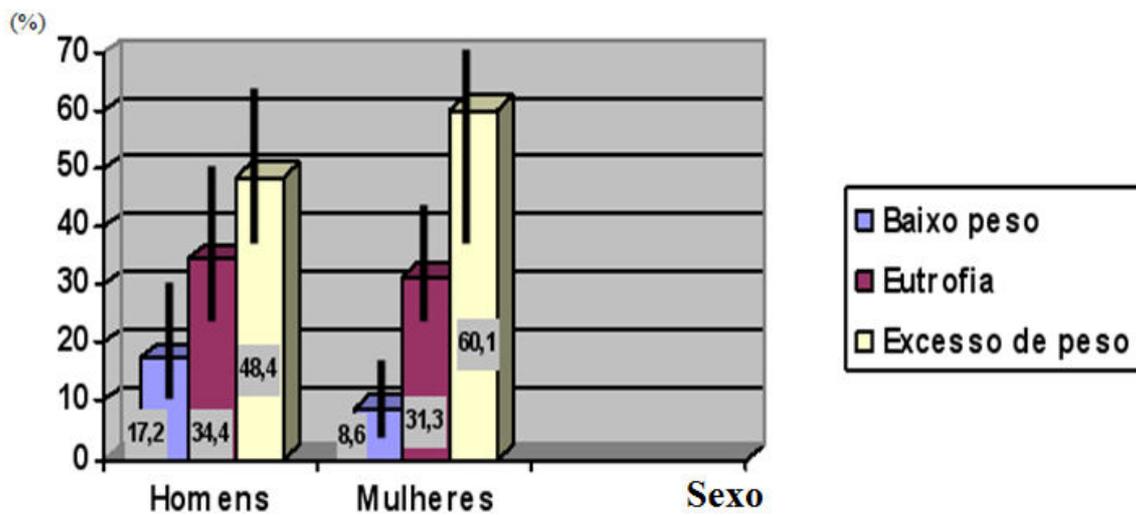


Gráfico 3. 1. Distribuição percentual do Índice de Massa Corporal (IMC), segundo sexo em idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Vitória de Santo Antão- PE – 2010 ($p=0,098$).

Tabela 3.1. Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% do excesso de peso de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Vitória de Santo Antão- PE 2010.

Variáveis	Total	Excesso de peso				RP*	IC95%‡
		Sim		Não			
	n	n	%	n	%		
Sexo							
Feminino	165	100	75,8	65	66,3	1,27	0,98-1,69
Masculino	65	32	24,2	33	33,6	1,00	
Idade *							
60-69 anos	126	99	75,6	27	27,3	2,55	1,89-3,46
> 69 anos	104	32	24,4	72	72,7	1,00	
Alfabetizado *							
Sim	102	69	52,7	33	33,3	1,40	1,12-1,75
Não	128	62	47,3	66	66,7	1,00	
Escolaridade *							
Com Instrução	100	68	51,9	32	32,3	1,40	1,12-1,75
Sem Instrução	130	63	48,1	67	67,7	1,00	
Estado Marital							
Sem Cônjuge	135	78	59,5	57	57,6	1,04	0,82-1,30
Com Cônjuge	95	53	40,5	42	42,4	1,00	
Possui Filhos							
Sim	213	122	93,1	91	91,9	1,08	0,68-1,72
Não	17	9	6,9	8	8,1	1,00	
Nº de Filhos							
1-4 Filhos	92	57	43,5	35	35,4	1,16	0,92-1,44
≥ 5 Filhos	138	74	56,5	64	64,6	1,00	
Com quem Reside							
Sozinho	42	26	19,9	16	16,16	1,11	0,85-1,45
Com Familiares	188	105	80,1	83	83,84	1,00	
Nº Pessoas no Domicílio							
1-4 Pessoas	55	34	25,95	21	21,21	1,12	0,87-1,43
≥ 5 Pessoas	175	97	74,05	78	78,79	1,00	
Possui Renda							
Não	15	11	8,4	4	4,0	1,32	0,95-1,83
Sim	215	120	91,6	95	96,0	1,00	
Renda Mensal							
Mais de 1 Salário Mínimo	37	24	18,3	13	13,1	1,17	0,89-1,53
0 a 1 Salário Mínimo	193	107	81,7	86	86,9		

*RP (Razão de Prevalência); ‡IC95% (Intervalo de Confiança de 95%). Salário Mínimo equivalente a 510,00 reais.

Tabela 3.2 Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% do excesso de peso de acordo com o estilo de vida de idosos assistidos pelo Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Vitória de Santo Antão- PE 2010.

Variáveis	Total	Excesso de peso				RP*	IC95%‡
		Sim			Não		
Ingestão de álcool *							
Sim	30	22	16,8	8	8,0	1,35	1,05-1,73
Não	200	109	83,2	91	92,0	1,00	
Tabagismo							
Nunca/ Ex-fumante	220	127	97,0	93	94,0	1,44	0,67-3,11
Fumante	10	4	3,0	6	6,0		
Atividade Física							
Não	120	71	54,2	49	49,5	1,08	0,87-1,36
Sim	110	60	45,8	50	50,5		
Uso de Medicação							
Não	11	8	6,1	3	3,0	1,29	0,89-1,89
Sim	219	123	93,9	96	97,0		
Possui Deficiência							
Sim	94	55	42,0	39	39,4	1,05	0,83-1,31
Não	136	76	58,0	60	60,6		
Utiliza Apoios							
Sim	207	121	92,4	86	86,9	1,34	0,83-2,17
Não	23	10	7,6	13	13,1		

*RP (Razão de Prevalência); ‡IC95% (Intervalo de Confiança de 95%)

CAPÍTULO 4

Qualidade de vida de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família de uma cidade do interior do Nordeste brasileiro

Quality of life of senior citizens covered by the Family
Health Program in a town in the Brazilian

Qualidade de vida de idosos

Autores

Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima¹, Poliana Coelho Cabral², Zelyta Pinheiro de Faro³.

¹Aluna do Mestrado em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Centro Acadêmico de Vitória (CAV).

²Professora adjunta do Departamento de Nutrição da UFPE.

³Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente da UFPE/CAV.

¹Autor para correspondência:

Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima.

Rua Dr. José Rufino Bezerra, 577, Cajá, 55610-010, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

Telefone: 81 9656 3226. Email: brunadornelas@gmail.com

4.1 Resumo

OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida de idosos integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF) de uma cidade do interior do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS: Estudo transversal, com amostra composta por 230 idosos com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, do Município de Vitória de Santo Antão – PE, na região Nordeste do Brasil. O estudo contemplou 54% das 26 unidades do PSF do Município obtidas através de sorteio simples. A qualidade de vida da população estudada foi avaliada através do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL-OLD), de âmbito internacional, organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O instrumento é composto por 24 itens divididos em seis facetas: “Funcionamento do Sensório”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”. O tratamento estatístico foi composto por análise descritiva. Os dados foram analisados através do programa Epi info, versão 6.04 para Windows. O nível de significância estatística considerada foi de 5%. Após a contabilização da pontuação, os idosos foram classificados com escore total igual ou superior a 13 como sendo detentores de qualidade de vida suficiente.

RESULTADOS: Os idosos apresentaram um escore total de 14,11. Os mesmos obtiveram medidas de todas as facetas avaliadas superiores ao valor adotado como padrão o que representa uma alta qualidade de vida.

CONCLUSÕES: Mesmo apresentando escassos recursos socioeconômicos e baixos níveis de escolaridade os idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família do Município de Vitória de Santo Antão apresentaram níveis de qualidade de vida superior ao valor padronizado como sendo suficiente para essa faixa etária.

DESCRITORES: Idoso. Qualidade de vida. WHOQOL-OLD. Organização Mundial de Saúde.

4.2 Abstract

OBJECTIVE: Assessing quality of life of elderly members of the Family Health Program (PSF) from a town in the Brazilian Northeast.

METHODS: A cross-sectional sample of 230 aged 60 years, of both sexes, the city of Vitória de Santo Antão - PE, in northeastern Brazil. The study included 54% of 26 units of the PSF obtained by the Municipality of a simple drawing. The quality of life of the population was assessed using the Assessment Tool for Quality of Life for Older Persons (WHOQOL-OLD), international in scope, organized by the World Health Organization (WHO). The instrument comprises 24 items divided into six facets: "Functioning of the Sensory, " "autonomy, " "Activities Past, Present and Future ", "Social Participation", "Death and Dying" and "Intimacy. " Statistical analysis consisted of descriptive analysis. Data were analyzed using Epi info, version 6.04 for Windows. The significance level considered was 5%. After analyzing the results, the elderly were classified with a total score greater than or equal to 13 as being in possession of sufficient quality of life.

RESULTS: Both groups showed a total score of 14.11. They took measurements of all facets assessed higher than the value adopted as the standard which represents a high quality of life.

CONCLUSIONS: Despite presenting scarce socioeconomic resources and low levels of schooling, the senior citizens covered by the Family Health Program in the city of Vitoria de Santo Antao had higher levels of quality of life than the standard value as being sufficient for this age group.

DESCRIPTORS:Elderly. Quality of life. WHOQOL-OLD. World Health Organization

4.3 INTRODUÇÃO

O fenômeno social que vem se constituindo num dos maiores desafios da saúde pública contemporânea é o envelhecimento populacional. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada¹. Esse processo, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente².

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que pode-se observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida (QV)³.

O grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), *The WHOQOL Group*⁴, propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente⁵. Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas⁵.

A falta de conhecimento sobre o idoso brasileiro, a escassez de recursos humanos com competência para assisti-lo e a grande variação nas taxas de envelhecimento populacional nas diferentes regiões brasileiras fazem com que a transposição das disposições dos direitos do idoso para o cotidiano da população seja um dos grandes desafios para os próximos anos e dependa do contexto regional a qual ele se insere⁶.

Dentro desse contexto, a Organização Mundial de Saúde⁷, desenvolveu um instrumento para avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas (WHOQOL-OLD), com início em 1999, em cooperação científica entre diversos centros internacionais. O objetivo do projeto foi desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida em adultos idosos para utilização internacional e transcultural.

A avaliação de qualidade de vida (QV) vem crescendo em importância como medida na avaliação de intervenções terapêuticas, de serviços e da prática assistencial cotidiana na área da saúde, e sua melhoria passou a ser um dos resultados esperados das práticas assistenciais e das políticas públicas no campo da promoção da saúde⁸. Dessa forma, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece³.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco, região Nordeste do Brasil.

4.4 MÉTODOS

Este estudo é do tipo transversal. Os dados foram coletados entre os meses de janeiro a outubro de 2010. Participaram como sujeitos da pesquisa, 230 idosos, com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, assistidos pelo Programa de Saúde da família (PSF) da cidade de Vitória de Santo Antão – Pernambuco (PE) na região Nordeste do Brasil. O estudo contemplou 54% das 26 unidades do Programa Saúde da Família do Município obtidas através de sorteio simples.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ser cadastrados nas Unidades do Programa de Saúde da Família e ter idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos do estudo idosos permanentemente acamados, com doenças neurodegenerativas, com seqüelas de doença neurológica que impossibilitasse o entendimento das perguntas do instrumento ou com quadro de demência.

A qualidade de vida dos indivíduos foi avaliada por meio do questionário WHOQOL-OLD. Este instrumento consiste em 24 itens divididos em seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas,

Presentes e Futuras” (PPF), “ Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM), e “Intimidade” (INT). A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades de vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade de vida de idosos. A faceta “Autonomia” refere-se a independência na velhice e descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve a satisfação sobre conquistas na vida e objetivos que se anseia. A faceta “Participação Social” delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade em que se está inserido. A faceta “Morte e Morrer” relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte. Ao passo que a faceta “Intimidade” avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas.

Cada uma das seis facetas do WHOQOL-OLD é composta de quatro itens que possibilitam um escore de valores possíveis entre 4 a 20 que, combinados, produzem um “escore total” do módulo WHOQOL-OLD, onde, basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Os idosos com valor numérico igual ou superior a 13 pontos foram classificados como detentores de qualidade de vida suficiente, enquanto aqueles com pontuação inferior foram classificados com qualidade de vida insuficiente. Tomou-se como base para esses resultados os estudos realizados por Mello⁹, ao utilizar o mesmo instrumento em idosos, apresentando a média para QV igual a 13. A mesma propõe uma classificação categórica do WHOQOL-OLD, onde escores entre 14,1 e 20 correspondem a QV alta, entre 11 e 14 a QV, média, e escores abaixo de 10,9 significam QV baixa.

Para contabilização dos escores de cada faceta levou-se em consideração, conforme instrução do Manual WHOQOL-OLD, que itens expressos positivamente, mantivessem os valores numéricos atribuídos: 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5. Entretanto, para itens expressos negativamente, o escore foi recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos fossem invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5=1.

As coletas foram realizadas em aparelhos sociais pertencentes aos territórios das Unidades de Saúde da Família (USF). Apesar do instrumento ser auto aplicável, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e o analfabetismo, comuns em idosos. O questionário foi aplicado individualmente e foi solicitado aos indivíduos que, ao responder, tivessem em mente os próprios valores, aspirações, prazeres e preocupações, tomando como base as duas últimas semanas.

Os dados foram digitados e analisados pelo programa Epi Info versão 6.04 para *Windows*. O nível de significância estatística considerada foi de 5%. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), ofício número 313/2009. Todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 RESULTADOS

Como descrito na tabela 4.1, os resultados apresentados referem-se a 230 idosos, 65 (28,3%) homens e 165 (71,7%) mulheres. A amostra foi composta por idosos com idade média de 67,8 anos (DP=5,32), destes 55,6% não eram alfabetizados, 58,6% encontravam-se sem cônjuge e 84% apresentavam renda de 0 a 1 salário mínimo. Pode-se observar diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) entre homens e mulheres nas variáveis escolaridade e estado marital, onde prevaleceu o maior número de homens sem instrução e mulheres sem companheiros.

Com relação a qualidade de vida, os idosos apresentaram um escore total de 14,11, o que representa uma qualidade de vida alta. Analisando separadamente cada domínio, observa-se que os menores escores foram os dos domínios “Funcionamento do Sensório” ($13,1 \pm 1,7$) e “Autonomia” ($13,7 \pm 1,5$) e os maiores escores os dos domínios “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” ($14,6 \pm 1,3$) e “Intimidade” ($15,6 \pm 4,9$) (Gráfico 4.1).

4.6 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados, os idosos participantes da pesquisa foram em sua maioria de baixa renda e de baixa escolaridade. É consenso que a produtividade e a empregabilidade declinam com a idade. A partir dos 60 anos, os indivíduos passam a depender cada vez mais dos rendimentos dos demais moradores do domicílio para sobreviver e manter seu padrão de vida. Além disso, a aposentadoria também passa a desempenhar papel fundamental na renda do idoso¹⁰. Daí encontrar-se grande percentual de idosos vivendo com 1 salário mínimo, que é o valor de aposentadoria mais freqüentemente pago aos idosos no Brasil.

Segundo Jakobsson et al.¹¹, os rendimentos estão freqüentemente diminuídos entre os idosos, sendo os fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida deste grupo populacional. Ainda segundo estes autores, uma boa situação socioeconômica mostra-se associada a melhor qualidade de vida. Sherbourne et al.¹² também encontraram que problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos. Lebrão e Laurenti¹³ em seus estudos relataram que a qualidade de vida é diretamente influenciada pela escolaridade, condição econômica e presença de incapacidades. Os mesmos identificaram que 46,4% dos idosos possuíam menos de quatro anos de estudo. Esses dados corroboram uma pesquisa realizada no Nordeste do Brasil, no qual se constataram taxas elevadas de analfabetismo entre os idosos; aproximadamente 65 em cada 100 idosos não sabiam ler e escrever¹⁴.

Pôde-se observar predominância do sexo feminino (71,7%). Tais resultados corroboram estudos^{15,16} que descrevem maior número absoluto de mulheres idosas no Brasil quando confrontados com o número de homens com 60 anos ou mais. Este predomínio de idosos pertencentes ao sexo feminino tem sido atribuída a menor exposição a fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto a atitude em relação a doenças e incapacidades e melhor cobertura de assistência gineco-obstétrica¹⁷.

Com relação ao estado marital, observa-se a prevalência de mulheres sem companheiros. Aplica-se à interpretação desse dado a analogia feita por Chamowicz¹⁸ quanto à situação conjugal dos idosos brasileiros: “Em 1993, a grande maioria das mulheres idosas (66%) era composta por viúvas, solteiras ou separadas, um enorme contraste com a situação dos homens de mesma idade (76,3% casados). Tais diferenças se explicam, não somente pela menor longevidade dos homens, mas, também, pela maior freqüência de recasamento dos homens, após a viuvez, e maior tendência destes se casarem com mulheres mais jovens”.

Analisando separadamente cada domínio, observa-se que os menores escores foram os dos domínios “Funcionamento do Sensório” ($13,1 \pm 1,7$) e “Autonomia” ($13,7 \pm 1,5$) e os maiores escores os dos domínios “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” ($14,6 \pm 1,3$) e “Intimidade” ($15,6 \pm 4,9$). Em seu estudo, Mello⁹ observou o menor escore na faceta 1 (funcionamento do sensório=9,94) e o maior escore na faceta 4 (participação social=15).

Pesquisas qualitativas^{19,20} sobre o conceito de qualidade de vida encontraram como resultados a valorização pelos idosos do bom relacionamento com a família, com amigos e da participação em organizações sociais; da saúde; de hábitos

saudáveis; de se possuir bem-estar, alegria e amor; de uma condição financeira estável; do trabalho; da espiritualidade; de se praticar trabalhos voluntários e de se poder aprender mais.

Fleck *et al* (2003)³ em um estudo com objetivo de desenvolver um instrumento para avaliação de qualidade de vida em adultos idosos (WHOQOL-OLD), tendo como ponto de partida a medida de qualidade de vida para adultos mais jovens (WHOQOL-100 e WHOQOL-bref) relataram a idéia de que qualidade de vida constitui um construto multidimensional. Há uma tendência de associação entre qualidade de vida e bem estar ou sentir-se bem. Neste estudo, salientam-se também aspectos de qualidade de vida considerados por todos os grupos de idosos, tais como saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade.

Como o WHOQOL-OLD é um instrumento recente específico para o idoso, e as publicações que utilizam esse instrumento ainda são restritas. Baseado nisso, foi realizada análise comparativa levando em consideração somente o escore total (QVG) dos instrumentos WHOQOL-OLD e BREF.

Pereira e Rodrigues²¹ investigaram a contribuição de cada domínio da QV (físico, social, psicológico e ambiental) de 211 idosos, residentes no município de Teixeira, na Região Sudeste do Brasil, por meio do WHOQOL-bref. Os quatro domínios juntos explicam 36,1% da QV global. O domínio social tem pequena contribuição (0,4%), porém, não significativa ($p > 0,05$). O domínio que mais contribuiu na QV global foi o físico (28,2%), seguido do ambiental (6,2%) e do psicológico (1,3%). Embora os domínios isoladamente não possam ser utilizados como parâmetro de comparação com as facetas do WHOQOL-OLD, o escore total de QV (70%) apresenta-se próximo ao estudo citado que encontrou um escore total de 65% de QV.

Prosenewicz (2006)²² verificou, através do WHOQOL- Bréf, a qualidade de vida de população idosa de Rodeio Bonito (RS), município de 100% de abrangência do PSF. A idade média desta população é de 69,62%, próxima ao escore total a este estudo (70%).

Rocha; Fleck (2002)²³ desenvolveram no Brasil um estudo de qualidade de vida através do WHOQOL-100 com 238 idosos, relatando qualidade de vida satisfatória. Ao comparar estes resultados com o presente estudo, observou-se que os valores do escore total oscilaram em torno de 48%, valor bem abaixo do apresentado neste estudo.

Varejão e colaboradores (2007) ²⁴, em estudo sobre a qualidade de vida de idosos residentes em Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, através do WHOQOL-100, apresentam os escores de QV das facetas, variando de 8,21 a 15,47. Comparando com os escores obtidos junto a população do presente estudo, observa-se o menor escore na faceta “Funcionamento do Sensório” ($13,1 \pm 1,7$) e o maior escore na faceta “Intimidade” ($15,6 \pm 4,9$).

Com relação a qualidade de vida total, os idosos apresentaram um escore de 14,11, o que representa uma qualidade de vida alta. O que corrobora com o estudo de Pereira e colaboradores (2006) ²⁵, que verificaram as características biofísicas de mulheres idosas, na Barra da Tijuca, região de classe média do Rio de Janeiro, através do instrumento WHOQOL-100. O escore de total deste estudo foi $15,57 \pm 1,40$. Mello e Morucci (2005) ²⁶ também identificaram a qualidade de vida de idosos utilizando o WHOQOL-100 com 17 idosos, de ambos os gêneros, que praticam exercícios físicos regularmente, na Barra da Tijuca, zona nobre da cidade do Rio de Janeiro, onde a média global dos domínios, isto é, da qualidade de vida global, foi 14,17. Comparando os escores obtidos junto à população do presente estudo, observa-se que os valores de QVG-OLD encontrados assemelham-se aos níveis de QV global das pesquisas citadas.

Em um estudo desenvolvido por Ceremnych (2003) ²⁷, com objetivo de desenvolver um módulo para avaliar a qualidade de vida de indivíduos idosos no Programa WHOQOLOLD, observou-se que os fatores que tem o maior impacto na qualidade de vida de idosos são: saúde, problemas financeiros, relações familiares e comunicação. Ozer (2004) ²⁸, em um estudo com idosos na Turquia, relatou que a eficiência física e as condições de satisfações de vida ineficientes estão associadas com o desemprego, fatores familiares, status físico e emocional.

Cada vez mais se trabalha com a perspectiva de envelhecer com qualidade de vida, o que significa pensar a saúde de forma integral, com efetivação de políticas de saúde voltadas para crianças, jovens e adultos. O que se busca é a velhice com saúde, dignidade, autonomia e independência.

4.7 CONCLUSÕES

Mesmo apresentando escassos recursos socioeconômicos e baixos níveis de escolaridade os idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família do Município de Vitória de Santo Antão apresentaram níveis de qualidade de vida superior ao valor padronizado como sendo suficiente para essa faixa etária. Recomenda-se a realização

de outros estudos, a fim de complementar e comparar os resultados de qualidade de vida de idosos de outras regiões, na perspectiva de se obter uma classificação qualitativa da qualidade de vida da população idosa com diferentes características sócio demográficas e culturais.

4.8 REFERÊNCIAS

1. LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 700-701, maio-jun, 2003.
2. Palloni A, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2003. p. 13-32.
3. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. WHOQOLOLD Project method and focus group results in Brazil. **Rev Saúde Publica** 2003; 37(6): 793-9.
4. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives. **Heidelberg: Springer Verlag**; 1994. p. 41-60.
5. Organización Mundial de la Salud. **Promoción de la salud: glosario**. Ginebra: OMS; 1998.
6. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública** 2003; 19(3): 705-15.
7. WHO. **Manual WHOQOL-OLD - versão português**. Organização Mundial da Saúde, 2004.
8. Bittencourt ZZLC; Hoehne EL. Qualidade de vida de deficientes visuais. *Medicina, Ribeirão Preto* 2006 abr./jun, 39(2): 260-4. Disponível em: URL: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n2/ao_qualidade_vida_deficientes_visuais1.pdf>.[acesso em 2010 dez];
9. Mello DB. Influência da obesidade na qualidade de vida de idosos. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. **Programa de doutorado em Ciências na área de**

Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.

10. Paes de Barros R, Mendonça R, Santos D. **Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil.** Rio de Janeiro: IPEA; 1999.

11. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Qual Life Res.** 2004;13(1):125-36.

12. Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W, Ware JE Jr. Social support and stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. **Qual Life Res.** 1992;1(4):235-46.

13. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2003. p. 73-91.

14. Garcia RA, Carvalho JAM. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demografico. **Cad Saude Publica.** 2003;19(3):725-33.

15. Gonçalves LHT, Dias MM, Liz TG. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O mundo da Saúde** 1999 jul/ago; 23(4):214-20.

16. Derbert GG. As representações (esteriótipos) do perfil do idoso na sociedade atual. **Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século**; Brasília (BR): MPAS/SAS; 1996. p. 35-45.

17. Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa AN, Lessa RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Rev Baiana Saude Publica.** 2007;31(2):324-32.

18. Chamowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte (MG): **Post- Graduate**; 1998.

19. Isang EYL, Liamputtong P, Pierson J. The views of order chinese people in Melbourne about their quality of life. **Ageing & Society** 2004; 51-74.
20. Bowling A, Gabriel Z, Dakes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **Int J Aging Hum Dev** 2003; 56(4): 269-306.
21. Pereira MAC, Rodrigues MC. Perfil da capacidade funcional em idosos Residentes no condomínio vila Vida em Jataí-GO. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** 2007;12:27.
22. PROSENEWICZ, I. Relação entre qualidade de vida e atividade física em idosos do Município de Rodeio Bonito – RS. Joaçaba; **Dissertação de Mestrado** – Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2006.
23. ROCHA, N.S.;FLECK, M.P.A.. Health status and quality of life- the effect of spirituality, religiosity and personal beliefs. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, suppl.2, out, São Paulo, 2002.
24. VAREJÃO, R. *et al.* Comparação dos efeitos do Alongamento e do Flexionamento, ambos passivos, sobre os níveis de flexibilidade, Capacidade Funcional e Qualidade de Vida do Idoso. **Revista Brasileira de Ciência em Movimento**, v.15, n.2, p. 87-95, 2007.
25. PEREIRA, F.F. *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 27-38, Rio Gd. Sul, 2006.
26. MELLO, D.B.; MORUCCI, C. Avaliação da Qualidade de vida de Idosos praticantes de Exercícios regulares. **Trabalho de Conclusão de Curso de Educação Física.** Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2005.

27. CEREMNYCH, J. Focus Group Discussions with older adults and carers for development of pilot WHOQOL-OLD Measure. **Acta Medica Lituanica**, v. 10, n.3, 2003.
28. OZER, M. A study on the life satisfaction of elderly individuals living in family environment and nursing homes. **Turkish Journal of Geriatrics**, v. 7, n. 1, p. 33-36, 2004

Variáveis	N° Homens	% Homens	N° Mulheres	% Mulheres	Total	p < 0,005
Idade						
60-69 anos	33	50,8	93	56,36	126	p = 0,534
Acima de 69 anos	32	49,2	72	43,64	104	
Escolaridade						
Sem instrução	54	83,07	76	46,06	130	p = 0,0000 *
Com instrução	11	16,93	89	53,94	100	
Estado Marital						
Sem Companheiro	26	40	109	66,06	135	p = 0,0005 *
Com Companheiro	39	60	56	33,94	95	
Filhos						
Sim	60	92,30	153	92,72	213	p = 1,0000
Não	5	7,7	12	7,28	17	

* Estatisticamente Significante

Tabela 4.1 – Características socioeconômicas de Idosos Assistidos pelo Programa Saúde da Família da Zona Urbana do Município de Vitória de Santo Antão – 2010.

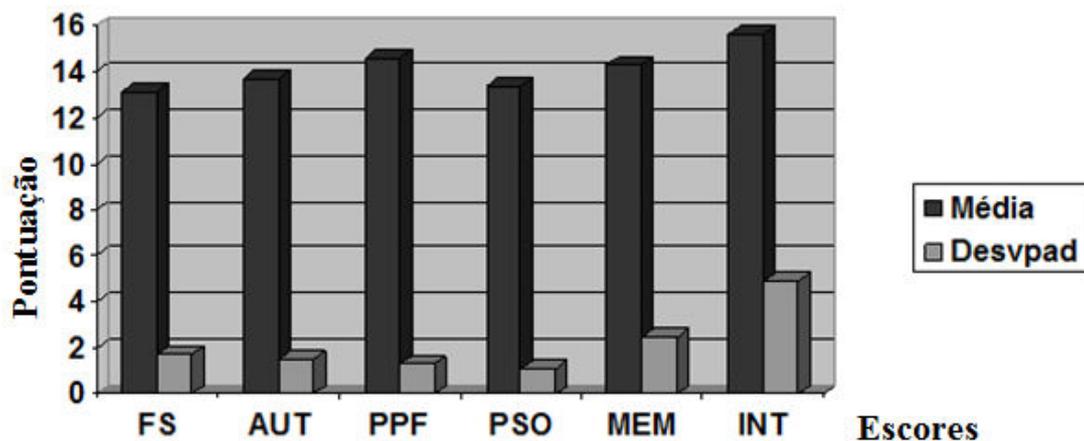


Gráfico 4. 1: Média e Desvio Padrão das facetas “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT) de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Vitória de Santo Antão- PE 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados encontrados no presente estudo, pode-se observar uma alta prevalência de excesso de peso (57,4%) na população idosa assistida pelo Programa de Saúde da Família do Município de Vitória de Santo Antão, o que serve de alerta para os profissionais da área de saúde a fim de que tomem medidas educativas e de promoção de condutas preventivas. Mesmo dentro dessa população de escassos recursos sócio-econômicos, melhoria nos níveis de escolaridade pode constituir-se em um fator de risco para o excesso de peso reiterando a necessidade de medidas de intervenção visando a prevenção primária e secundárias das doenças crônicas não transmissíveis.

Com relação a qualidade de vida, mesmo apresentando alta prevalência de excesso de peso, escassos recursos socioeconômicos e baixos níveis de escolaridade os idosos avaliados apresentaram níveis de qualidade de vida superior ao valor descrito na literatura como sendo suficiente para essa faixa etária. Os mesmos obtiveram medidas de todas as facetas avaliadas superiores ao valor adotado como padrão, o que representa uma alta qualidade de vida. Dessa forma, sugere-se a continuidade de ações que promovam o bem estar e saúde do idoso, bem como implantações de novas políticas públicas voltadas a melhorias na qualidade de vida dessa emergente faixa etária.

REFERÊNCIAS

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE . **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. Fatores que alteram o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, v. 13, n.3, p. 157-165, set./dez. 2000.

DEHOOG, S. Avaliação do Estado Nutricional. In: Mahan KL, Escott-Stump S. **Krause: Alimentos, nutrição & dietoterapia**. 9a. ed, São Paulo: Roca, 1998. p.371-96.

LUECKENOTTE, A. G. **Avaliação em Gerontologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.

FLECK, M.P.A.; LOUSADA, S.; XAVIER, M. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

BAXTER, Y. C.; WAITZBERG, D. L.; PERES, G. Métodos não-convencionais: Estudo Dietético e Medida da Qualidade de Vida. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. São Paulo: Atheneu; 2004.

BENGOA, J. M. ¿Qué es envejecer? **ALAN**, v.52, n.3, p. 257-260, sept. 2002.

CARVALHO, J.; SOARES, J. M. C. Envelhecimento e força muscular -breve revisão. **Rev.Port. de Ciênc. do Desporto**, v. 2, n.3, p. 79-93, 2004.

CARVALHO, C. M. R. G. A nutrição e o envelhecimento. In: CARVALHO, C.M.R.G. **Saberes e sabores**: nutrição, educação e arte. Partilhando conhecimentos e experiências em nutrição. Teresina: EDUFPI, 2006.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Heart Report**. Genebra, 2001.

BRASIL. **LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – LOAS**. Lei 8742, de 07.12.1993.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórica definição do campo e termos básicos. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 186-192.

CORRAL, L. R. Epidemiologia da terceira idade no Brasil. In: MAGNONI, D. CUKIER, P.A.O. **Nutrição na terceira idade**. São Paulo: Sarvier, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.9. Rio de Janeiro, IBGE: 2007.

FRENK, J. **Transciones**: vidas, instituciones, ideas. Salud Pública de México. 1997;39(2):144-150.

SHOCK,N.W. Physiological aspects of aging. **J. Am. Diet. Assoc.**,v.56,p.491-496,197.1970.

YOUNG, E.A. Nutrition, Aging, and the Aged. In: Clinical Geriatric Medicine.**Med.Clin.North Am.**,v.67,n.2,p.295-309,1983.

DURNIN, J.V.G.A.;LEAN,M.E.J. Nutrition – consideration for the elderly. In: **Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology**, p.592-611,1992.

GARCIA-ALONSO, J. et al. Evaluación nutricional y estado antioxidante de un grupo de ancianos institucionalizados de Murcia (España) **ALAN**, Caracas, v.54, n. 2, 2004.

RIVILIN, R.S. Nutrition and aging: some unanswered questins. American Journal of Medicine, Newton, v.71, n.3, p.337-340, 1981.

RUSSEL, R.M. Changes in gastrointestinal function attributed to aging. American Journal of Clinical Nutrition, Bethesda, v.55, n.6, p.1203S-1207S, 1992. Supplement.

NOGUÉS, R. Factors que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. **Nutrición Clínica**, v.15, n.2, p. 39-44, 1995.

FAUSTINO NETO, T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SIEBENS,H.,TRUPA,E.,SIEBENS,A.;et AL. Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly.**J.Am.Geriatric. Soc.**,v.34,p.192-198,1986.

OMRAN, M.L.; MORLEY, J.E. Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: history, examination, body composition, and screening tools. **Nutrition**, v.16, p.50-63, 2000.

OTERO, U.B.; ROZENFELD, S.; GADELHA, A.M.J.; CARVALHO, M.S. Mortalidade em idosos, região sudeste do Brasil,1980-1997. **Rev. Saúde Pública**,v.36,p.141-148,2002.

MARQUES, A.P.O.; ARRUDA, I.K.G.; ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; GUERRA, M.D. Consumo alimentar em mulheres idosas com sobrepeso. **Textos Envelhec** 2005; 8(2): 169-186.

GUS, M.; MOREIRA, L.B.; PIMENTEL, M.; GLEISENER, A.L.M.; MORAES, R.S.; FUCHS, F.D. Associação entre diferentes indicadores de obesidade e prevalência de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 1998; 70(2):111-14.

POPKIN, B.M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **J Nutr**, 2001;131(3): 871-873.

CESAR, T.B. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. **Rev. Nutr. Campinas**, Campinas, v.18, n.3, p.357-365, maio/jun. 2005.

SANTOS, V. H.; REZENDE, C.H.A. Nutrição e envelhecimento. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 930-941.

SPIRDUSO, W. Dimensões físicas do envelhecimento. São Paulo: Manole; 2005.

SHEPHARD, R. Aging, physical activity and health. Champaign, IL: Human Kinetics; 1997.

ORIGUTI, J.C. et al. Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. **São Paulo Med J**, v.119, n.2, p.72-77, 2001.

SAMPAIO, L.R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Rev. Nutr. Campinas**, v.17, n.4, p.507-514, out./dez. 2004.

MENEZES, T.N.; MARUCCI, M.F.N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.2, p.169-175, 2005.

BARBOSA, AR.; SOUZA, JM.; LEBRÃO, ML.; Laurenti R.; MARUCCI, MFN. Anthropometry of the elderly living in São Paulo, Brazil. **Cad Saúde Pública**. 2005;21(6):1929-3

WHO EXPERT COMMITTEE ON PHYSICAL STATUS: the use and interpretation of antropometry physical status: the use and interpretation of antropometry: report of a WHO Expert Committee. Switzerland; 1995.

LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign: Human Kinetics Books, 1988.

RUFINO NETTO A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. In: LIMA E COSTA, M. F. L.; SOUSA, R. P. **Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia**. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994. p.11-18.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná. 2005**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.2, p. 785-791, 2006.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro:Relume Dumará, 1994.

TELAROLLI JÚNIOR, R.; MACHADO, J. C. M. S.; CARVALHO, F. **Educação em saúde na terceira idade: avaliação de um programa de extensão universitária**. Gerontologia, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 55-65, 1997.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. p. 41-74.

EL ENVEJECIMIENTO de la población mundial 1999. Washington: OPAS/OMS, 1999.

SAYEG, M. A. A vida após os 80 anos de idade. **Arq. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, p. 5-8, 1996.

POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1., 1996, Brasília. **Anais ... Brasília: MPAS/ SAS**, 1996.

BERQUÓ, E. A mulher e a terceira idade. In: PEREIRA D. M. **Idoso: encargo ou patrimônio?** São Paulo: Proposta Editorial, 1992.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO

APÊNDICES

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PSF:

Data:

DADOS GERAIS

Nome (Iniciais):

Sexo: () M () F

Idade:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso Corporal (kg) 1- 2-

MÉDIA:

Altura (m) 1- 2-

MÉDIA:

IMC (classificação):

Circunferência do Braço – CB (cm) 1- 2-

MÉDIA:

Circunferência do Abdômen/ Cintura CC(cm) 1- 2-

MÉDIA:

Circunferência do Quadril – CQ (cm) 1- 2-

MÉDIA:

Razão Cintura- Quadril - RCQ 1- 2-

MÉDIA:

Circunferência da Panturrilha - CP (cm) 1- 2-

MÉDIA:

RESULTADO DA MINI-AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

RESULTADO DO QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

WHOQOL-OLD

Domínio

Escore Bruto do
Domínio

Escore Médio do
Domínio

Escore Transformado do
Domínio (0-100)

Habilidade Sensorial

Autonomia

Atividade do PPF

Participação Social

Morte e Morrer

Intimidade

Escore Bruto Total

Escore Médio Total

Escore Transformado Total (0-100)

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Informações para Orientação das Pesquisadoras

Número do Questionário: _____

PSF: _____

Nome do entrevistado (iniciais): _____ Idade: _____

Nome do entrevistador: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Informações Gerais

1. Sexo do Entrevistado

() Masculino

() Feminino

2. Quantos anos o (a) Sr. (a) tem?

() 60 a 64 anos

() 65 a 69 anos

() 70 a 74 anos

() 75 a 79 anos

() 80 a 84 anos

() 85 a 89 anos

() Mais de 90 anos

3. O (a) Sr. (a) sabe ler e escrever?

() Sim

() Não

4. Qual a sua escolaridade?

() Nenhuma

() Primário

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior

5. Qual o seu estado conjugal?

- Nunca casou
- Casado/ morando junto
- Viúvo
- Divorciado/ separado

6. O (a) Sr. (a) tem filhos?

- Sim
- Não

7. Quantos filhos o (a) Sr. (a) tem?

- Nenhum
- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- Mais de 5

8. Com quem o (a) Sr. (a) mora?

- Sozinho (a)
- Com esposo (a)
- Com filhos
- Outros _____

9. Além do Sr. (a), quantas pessoas moram na sua casa?

- 1
- 2

- 3
- 4
- 5
- Mais de 5

10. O Sr. (a) possui renda?

- Sim
- Não

11. Qual a sua fonte de renda?

- Ajuda familiar
- Aposentadoria/ benefício
- Pensão
- Outros _____

12. Qual a sua renda mensal?

- Não possuo
- Menos de 1 salário mínimo
- 01 salário mínimo
- Mais de 01 salário mínimo
- Mais de 02 salários mínimos
- Mais de 03 salários mínimos

13. Como o Sr. (a) investe sua renda?

- Moradia
- Remédios
- Alimentação
- Ajuda a familiares
- Outros _____

14. O (a) Sr. (a) faz uso de bebida alcoólica?

- Nunca

- Raramente
- Em ocasiões especiais
- Diariamente

15. O (a) Sr. (a) fuma?

- Nunca
- Já fumei, mas não fumo mais
- Fumo diariamente
- Fumo quando tenho vontade

16. O (a) Sr. (a) realiza atividade física regular?

- Não
- Sim, 01 vez por semana
- Sim, 02 vezes por semana
- Sim, 03 vezes por semana
- Sim, mais de 03 vezes por semana

17. O (a) Sr. (a) toma remédios?

- Sim
- Não

18. Quem receita?

- Tomo por conta própria
- Amigos/ familiares/ propaganda
- Farmacêutico
- Médico
- Outros _____

19. Em geral, qual a dificuldade que o (a) Sr. (a) tem para obter os remédios que toma regularmente?

- Não tenho problema para obter o remédio

- Falta dos remédios nos Postos de Saúde
- Alto custo dos medicamentos
- Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia
- Dificuldade de obter remédios controlados
- Outros _____

20. O (a) Sr. (a) possui alguma deficiência?

- Não
- Sim, possuo deficiência auditiva
- Sim, possuo deficiência física
- Sim, possuo deficiência Mental
- Sim, possuo deficiência visual

21. Qual (is) das doenças abaixo o (a) Sr. (a) apresenta?

- Diabetes
- Pressão Alta (Hipertensão Arterial Sistêmica)
- Dislipidemia
- Doença Cardíaca
- Doença Respiratória
- Derrame (Acidente Vascular Encefálico)
- Osteoporose
- Artrose (Osteoartrose)
- Depressão
- Catarata
- Glaucoma
- Câncer (Neoplasia)
- Nenhuma delas

22. Quando o (a) Sr. (a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde o (a) Sr. (a) procura?

- Serviço Público
- Médico/ Clínicas Particulares

- Médico/ Hospitais credenciados pelo Plano de Saúde
- Outros _____

23. Atualmente o (a) Sr. (a) procurou algum destes serviços?

- Consultou médico
- Fez exames clínicos
- Fez tratamento fisioterapêutico
- Foi socorrido (a) na emergência
- Foi ao hospital/ clínica para receber medicação
- Foi internado em hospital
- Foi ao dentista

24. Quando o (a) Sr. (a) necessita de atendimento dentário, onde o (a) Sr. (a) procura?

- Não procuro dentista há muito tempo
- Serviços dentários públicos
- Serviços dentários credenciados pelo plano de saúde
- Dentista particular
- Outros _____

25. O (a) Sr. (a) usa algum (a) destes apoios?

- Dentes postiços, dentadura
- Óculos ou lente de contato
- Aparelho para surdez
- Bengala
- Muleta
- Cadeira de rodas
- Não utilizo nenhum destes apoios

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a), de um trabalho de pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Você deverá assinar duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa você poderá ligar nos seguintes telefones (inclusive a cobrar): 81 96563226, 81 99992020.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “Estado Nutricional, Desempenho Motor, Qualidade de Vida e Perfil Socioeconômico dos Idosos do Município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco”.

Pesquisador Responsável: Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima, Lisandra Delfino de Albuquerque Soares.

Telefones para contato: (81) 9656 - 3226
(81) 9999 - 2020

O objetivo deste estudo é analisar o perfil nutricional e sua relação com o desempenho motor, bem como avaliar a qualidade de vida de idosos do município de Vitória de Santo Antão, região da Zona da Mata do Estado de Pernambuco. Esse estudo se justifica pelo fato do estado nutricional dos idosos interferirem diretamente na qualidade de vida dos mesmos, afetando inclusive, o seu desempenho motor e a realização de atividades diárias. Será utilizado como ferramenta para coleta de dados um questionário sócio econômico, a Mini Avaliação Nutricional e um questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD). Será utilizado também a avaliação antropométrica, com medição de peso e altura para conhecer o IMC (Índice de Massa Corporal), além de medidas de circunferências (braço, cintura, quadril, panturrilha e razão cintura-quadril). Haverá também uma avaliação de desempenho motor que constará de testes simples, de fácil compreensão, que simulam atividades do dia a dia. Essas informações serão analisadas para avaliar o estado nutricional do grupo de idosos, sua qualidade de vida, e a relação com o desempenho motor.

Por ser um estudo que envolve testes e avaliações não invasivos, e que não implica na utilização de materiais que possam trazer riscos aos avaliados; trata-se, portanto de um projeto, sem grandes prejuízos aos participantes, porém, por se tratar de uma população de idosos, poderá ocorrer, apesar de toda a atenção por parte dos pesquisadores, eventuais quedas, as quais serão imediatamente acompanhadas por profissionais de saúde. Devido ao questionário socioeconômico abordar aspectos pessoais e financeiros, talvez ocorra constrangimentos para os participantes, estando os mesmos livres de aceitarem ou não responder. Este estudo trará benefícios para a população

estudada, uma vez que a partir destes dados, serão feitas propostas de intervenção para melhoria da saúde dos idosos e idealizados modelos de intervenção que ajudarão na concretização de projetos que estimulem hábitos de vida saudáveis, com orientações tanto nutricionais como motoras, sendo estas desenvolvidas sob a orientação e gestão da Secretaria de Saúde do Município de Vitória de Santo Antão, em parceria com o Centro Acadêmico Vitória (CAV/UFPE).

Este estudo não trará nenhum gasto para os participantes, nem estes serão remunerados com a sua participação. Os idosos poderão se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem que isto lhes traga alguma penalidade.

Nome e Assinatura do pesquisador :

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Estado Nutricional, Desempenho Motor, Qualidade de Vida e Perfil Socioeconômico dos Idosos do Município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco”. Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Assinatura do sujeito ou responsável:

Testemunha 1

Testemunha 2

ANEXOS

ANEXO 1

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Mini Avaliação Nutricional®
Mini Nutritional Assessment MNATM

Data:

Nome (iniciais):

Sexo:

Idade:

Peso (kg):

Altura

(cm):

Preencher a primeira parte deste questionário, indicando a resposta. Somar os pontos da Triagem. Caso o escore seja igual ou inferior a 11, concluir o questionário para obter a avaliação do estado nutricional.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição severa da ingestão

1 = diminuição moderada da ingestão

2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos meses

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

C Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves

1 = demência leve

2 = sem problemas psicológicos

F Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]²)

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

Escore de triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12 pontos ou mais: normal - desnecessário continuar a avaliação;

11 pontos ou menos: possibilidade de desnutrição - continuar a avaliação;

Avaliação global

G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)

0 = não 1 = sim

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

0 = sim 1 = não

J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição

1 = duas refeições

2 = três refeições

K O paciente consome:

Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?

() sim () não

Duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos?

() sim () não

Carne, peixe ou aves todos os dias?

() sim () não

0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0,5 = duas respostas «sim»

1,0 = três respostas «sim»

L O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?

0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?

0,0 = menos de três copos

0,5 = três a cinco copos

1,0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O paciente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter problema nutricional

P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?

0,0 = não muito boa

0,5 = não sabe informar

1,0 = boa

2,0 = melhor

Q Circunferência do braço (CB) em cm:

0,0 = CB < 21

0,5 = 21 ≤ CB < 22

1,0 = CB ≥ 22

R Circunferência da panturrilha (CP) em cm:

0 = CP < 31

1 = CP > 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Escore da triagem

Escore total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

de 17 a 23,5 pontos: risco de desnutrição

menos de 17 pontos: desnutrido

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
O quanto você se preocupa com o que o seu futuro poderá trazer?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

Nome (iniciais): _____ Idade: _____

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas:

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_05 O quanto você	1	2	3	4	5

sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_06 Quanto preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_08 O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_16 Quanto satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_17 Quanto satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_18 Quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_19 Quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
Old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

ANEXO 3

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 313/2009 - CEP/CCS Recife, 30 de Outubro de 2009

Registro do SISNEP FR – 282987
CAAE – 0239.0.172.000-09
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 241/09
Título: "Estado nutricional, desempenho motor, qualidade de vida e perfil socioeconômico de idosos do Município de Vitória de Santo Antão- Pernambuco"

Pesquisadora Responsável: Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 30 de outubro de 2009.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar um relatório ao final da pesquisa.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A
Sra. Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima
Programa de Pós-graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente - CAV/UFPE

Av. Prof. Moraes Rogo, s/nº Cal. Universitária, 50670-901, Recife - PE, Tel/fax: 81 2126 8588; cepcos@ufpe.br