



**FACULDADE MARIA MILZA
BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

RAQUEL DOS SANTOS

**PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE ADIPOSIDADE E MASSA MUSCULAR EM
IDOSOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

GOVERNADOR MANGABEIRA - BA

2021

RAQUEL DOS SANTOS

**PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE ADIPOSIDADE E MASSA MUSCULAR EM
IDOSOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Monografia apresentada na Faculdade Maria Milza – FAMAM à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, ministrada pela Prof^a. M^a. Angélica Fagundes Carneiro, como requisito de avaliação parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a. M^a. Wanessa Karine da Silva
Lima

Coorientador: Prof. Me. Lucas dos Santos

GOVERNADOR MANGABEIRA - BA

2021

Ficha catalográfica elaborada pela Faculdade Maria Milza, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bibliotecárias responsáveis pela estrutura de catalogação na publicação:
Marise Nascimento Flores Moreira - CRB-5/1289 / Priscila dos Santos Dias - CRB-5/1824

S237p

Santos, Raquel dos

Perfil antropométrico de adiposidade e massa muscular em idosos residentes em um município do nordeste brasileiro / Raquel dos Santos. Governador Mangabeira - BA , 2021.

103 f.

Orientadora: Wanessa Karine da Silva Lima. Co-orientador: Lucas dos Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Faculdade Maria Milza, 2021 .

1. Envelhecimento. 2. Epidemiologia. 3. Músculo Esquelético. 4. Tecido Adiposo. 5. Idosos - Avaliação Nutricional. I. Lima, Wanessa Karine da Silva, II. Santos, Lucas dos, III. Título.

CDD 613.2

**PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE ADIPOSIDADE E MASSA MUSCULAR EM
IDOSOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Aprovado em 10/08/2021

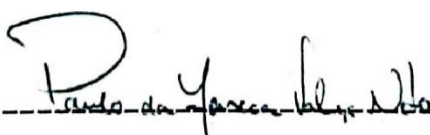
BANCA DE APRESENTAÇÃO



Prof^a. M^a. Wanessa Karine da Silva Lima (Orientadora)
Faculdade Maria Milza – FAMAM



Prof^a Dr^a Iorrana Indira dos Anjos Ribeiro
Faculdade Maria Milza — FAMAM



Prof. Me. Paulo da Fonseca Valença Neto

Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde — Demas;
Secretaria Executiva — SE; Ministério da Saúde — MS

GOVERNADOR MANGABEIRA - BA

2021

Este trabalho é dedicado ao meu avô João Raimundo dos Santos (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que nunca me deixou desistir de nada e sempre esteve ao meu lado, amparando-me nos momentos difíceis e dando ânimo para continuar.

Aos meus pais que sempre me apoiaram, aconselharam e nunca mediram esforços para me ajudar, me dando ao carinho e amor, além de conforto por meio afagos, orações e conselhos.

Ao meu irmão, o Prof. Me. Lucas Santos, que sem dúvidas é o grande responsável por minha construção acadêmica. Sou grata pelo seus constantes insentivos e orientações. Eles possibilitaram alcançar mais do que pensei ser possível, obrigada por acreditar em mim.

Ao meu esposo, Jodson Barbosa por todo o apoio e copreensão, amor e carinho dedicado durante toda essa jornada. Agradeço, também, pelas palavras de incentivo nos momentos mais difíceis.

A minha orientadora, a Prof^a. M^a. Wanessa Karine da Silva Lima, pela sua paciência, dedicação e sabedoria em me ajudar sempre, como profissional e como pessoa. Obrigada por me apoiar e direcionar nesta trajetória.

Ao Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti, que esteve sempre disponível para direcionar, permitindo a minha entrada no Grupo de Estudos e Pesquisa em Epidemiologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, além de ceder os dados para a construção do meu projeto de pesquisa.

Às minhas colegas Flávia e Giulia, por me ajudarem sempre quando precisei, e a todos meus outros colegas que contribuíram para meu desenvolvimento nesta jornada.

Todo agradecimento à todos os meus professores, que durante esses anos foram os responsáveis pela minha formação. Obrigada pela contribuição e dedicação, principalmente em meio a este período de pandemia.

A minha coordenadora pela dedicação e empenho, estando sempre pronta para ouvir e direcionar nossa turma.

Por fim, agradeço à Faculdade Maria Milza (FAMAM) por estar comprometida com a qualidade e excelência do ensino.

O meu muito obrigada a todos!

RESUMO

O envelhecimento é composto por alterações fisiológicas que geram implicações à composição corporal, a exemplo de diminuições da massa muscular e aumento da adiposidade. Estas repercussões podem tornar os idosos mais propensos a síndromes geriátricas, doenças cardiometabólicas e mortalidade. Neste contexto, a antropometria tem mostrado-se como um importante método para o monitoramento e avaliação da condição nutricional. Entretanto, são escassos na literatura inquéritos de saúde realizados nos menores centros urbanos da região nordeste do Brasil, haja vista que a maior parte das pesquisas epidemiológicas têm sido conduzidas nas regiões sul e sudeste do país, em grandes centros. Portanto, o objetivo deste estudo foi de analisar o perfil nutricional de idosos residentes em um município de pequeno porte populacional do nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e populacional, realizado com idosos da zona urbana de Aiquara-BA. As informações sociodemográficas (sexo; grupo etário) foram coletadas com um instrumento próprio. Ademais, foram analisados os seguintes indicadores antropométricos: dobra cutânea tricipital (DCT), circunferência da panturrilha (CP), circunferência abdominal (CA), circunferência muscular do braço (CMB), área muscular do braço corrigida (AMB-c) e área adiposa do braço (AAB). As classificações da DCT, AAB, CMB, AMB-c e CP foram realizadas a partir de pontos de corte definidos na própria população, de acordo com o sexo e distribuídos em percentil (P). Assim, variáveis antropométricas foram categorizadas da seguinte maneira: CP, CMB e AMB-c: [desnutrição ($\leq P25$) e eutrofia ($> P25$)], DCT e AAB: [baixa reserva adiposa ($\leq P25$), eutrofia ($> P25$ e $< P75$) e elevada reserva adiposa ($\geq P75$)]. Para a CA elevada foi adotado os seguintes pontos de corte: ≥ 88 cm para as mulheres e ≥ 102 cm para os homens. As análises descritivas foram feitas por meio de frequências (absolutas e relativas), valores mínimos e máximos (idade), média e desvio padrão. Para verificar a associação entre as variáveis antropométricas, sexo e grupo etário foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e nos casos em que a frequência esperada foi menor que cinco ($n < 5$), utilizou-se o teste exato de Fisher. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%. Participaram do estudo 211 idosos (58,3% mulheres), com média de idade de $71,6 \pm 7,3$ anos (60 a 93 anos). A média de idade das mulheres foi na ordem de $71,0 \pm 6,7$ anos e a dos homens, $72,3 \pm 8,1$ anos. Observou-se maior prevalência de circunferência da abdominal elevada entre as mulheres (77,2%), quando comparadas aos homens (13,8%) ($p < 0,001$). No sexo feminino, a baixa reserva adiposa e a desnutrição foram mais frequentes entre as mulheres longevas (DCT: 58,8%; AAB: 47,1%; CMB: 52,9%; AMB-c: 47,1%; CP: 52,9%; $p < 0,05$). Entre os homens, averiguou-se que a desnutrição foi mais prevalente nos idosos com idade ≥ 80 anos (CMB: 52,6%; AMB-c: 47,4%; $p < 0,05$). Assim, as evidências averiguadas em Aiquara-BA mostraram elevada prevalência de obesidade abdominal, principalmente no sexo feminino. Foi observado, também, maior prevalência de baixa reserva adiposa entre as idosas com idade ≥ 80 anos. Além disso, averiguou-se predomínio de desnutrição, verificada por diferentes indicadores antropométricos, em ambos os sexos, nos idosos longevos.

Palavras-chave: Envelhecimento. Epidemiologia. Músculo Esquelético. Tecido Adiposo.

ABSTRACT

Aging is composed of physiological changes that have implications for body composition, such as decreases in muscle mass and increased adiposity. These repercussions can make the elderly more prone to the involvement of geriatric syndromes, cardiometabolic diseases and mortality. In this context, anthropometry has proved to be an important method for monitoring and evaluating the nutritional profile. However, health surveys carried out in smaller urban centers in the northeast region of Brazil are scarce in the literature, given that most epidemiological research has been conducted in the south and southeast regions of the country, in large centers. Therefore, the aim of this study was to analyze the nutritional profile of elderly people living in a small population municipality in northeastern Brazil. This is a cross-sectional and population-based epidemiological study, carried out with elderly people in the urban area of Aiquara-BA. The sociodemographic information (gender; age group) was collected using a specific instrument. In addition, the following anthropometric indicators were analyzed: tricipital skinfold (TK), calf circumference (CC), abdominal circumference (AC), arm muscle circumference (AMC), corrected arm muscle area (CAMA) and arm fat area (AFA). The TK, AFA, AMC, CAMA and CC classifications were carried out from cutoff points defined in the population itself, according to sex and distributed in percentiles (P). Thus, anthropometric variables were categorized as follows: CC, AMC and CAMA: [malnutrition ($\leq P25$) and eutrophy ($>P25$)], TK and AFA: [low fat reserve ($\leq P25$), eutrophy ($>P25$ and $<P75$) and high fat reserve ($\geq P75$)]. For high AC the following cutoff points were adopted: ≥ 88 cm for women and ≥ 102 cm for men. Descriptive analyzes were performed using frequencies (absolute and relative), minimum and maximum values, mean and standard deviation. To verify the association between anthropometric variables, sex and age group, Pearson's Chi-square test (χ^2) was used and in cases where the expected frequency was less than five ($n < 5$), the exact test of Fisher. In all analyzes, the level of significance adopted was 5%. The study included 211 elderly people (58.3% women), with a mean age of 71.6 ± 7.3 years (60 to 93 years). The average age of women was around 71.0 ± 6.7 years and that of men, 72.3 ± 8.1 years. There was a higher prevalence of high abdominal circumference among women (77.2%), when compared to men (13.8%) ($p < 0.001$). In females, low fat reserves and malnutrition were more frequent among long-lived women (TK: 58.8%; AFA: 47.1%; AMA: 52.9%; CAMA: 47.1%; CC: 52.9%; $p < 0.05$). Among men, it was found that malnutrition was more prevalent in the elderly aged ≥ 80 years (AMA: 52.6%; CAMA: 47.4%; $p < 0.05$). Thus, the evidence found in Aiquara-BA showed a high prevalence of abdominal obesity, especially in females. A higher prevalence of low adipose reserve was also observed among elderly women aged ≥ 80 years. In addition, malnutrition predominated, verified by different anthropometric indicators, in both sexes, in the oldest old.

Keywords: Aging. Epidemiology. Skeletal muscle. Adipose tissue.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Diagrama de decisões no processo seleção dos idosos participantes do estudo. Aiquara-BA. Brasil, 2013.....25
- Quadro 1.** Equações antropométricas para estimativa de indicadores de adiposidade e massa muscular em idosos. Aiquara-BA, Brasil, 2013.....27
- Quadro 2.** Pontos de corte utilizados para classificação dos idosos, segundo a condição nutricional. Aiquara-BA, Brasil, 2013.28

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Análise descritiva do perfil sociodemográfico e estado nutricional dos idosos avaliados. Aiquara-BA, Brasil, 2013.....30
- Tabela 2.** Análise descritiva do perfil antropométrico, avaliado por indicadores de adiposidade e massa muscular em idosas e idosos. Aiquara-BA, Brasil, 2013.....31
- Tabela 3.** Associação entre indicadores antropométricos de adiposidade e massa muscular com o sexo dos idosos avaliados, Aiquara-BA, Brasil, 2013.....32
- Tabela 4.** Associação entre indicadores antropométricos de adiposidade e massa muscular com o grupo etário idosas. Aiquara-BA, Brasil, 2013.....33
- Tabela 5.** Associação entre indicadores antropométricos de adiposidade e massa muscular com o grupo etário de idosos. Aiquara-BA, Brasil, 2013.....34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAB – Área Adiposa da Braço

AMB-c – Área Muscular do Braço Corrigida

BA – Bahia

CA – Circunferência Abdominal

CB – Circunferência do Braço

cm – Centímetros

CMB – Circunferência Muscular do Braço

CP – Circunferência da Panturrilha

DCT – Dobra Cutânea Tricipital

Est – Estatura

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IMC – Índice de Massa Corporal

kcal – Quilocalorias

kg – Quilogramas

kg/m² – Quilograma por metro quadrado

MAN - Mini Avaliação Nutricional

m – Metro

MC – Massa Corporal

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MM – Massa Muscular

mm – Milímetros

OMS – Organização Mundial da Saúde

SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentual
\leq	Menor ou igual
\geq	Maior ou igual
=	Igual
<	Menor
\pm	Desvio Padrão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	18
2.2.	ENVELHECIMENTO, COMPOSIÇÃO CORPORAL E SAÚDE.....	20
2.2.1	Aspectos gerais do envelhecimento	20
2.2.2	Composição corporal em idosos	21
2.2.3	Epidemiologia da massa muscular e adiposidade em idosos	22
2.3	AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO.....	24
3	MATERIAL E MÉTODOS	26
3.1	DELINEAMENTO, POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO.....	26
3.2	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	26
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO E COLETA DE DADOS	26
3.4	ANTROPOMETRIA	28
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	30
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICES	48
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48
	APÊNDICE B – MANUAL DO ENTREVISTADOR	50
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO DA COLETADA DE DADOS	70
	ANEXOS	101
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	101

1 INTRODUÇÃO

O acelerado envelhecimento populacional tem se apresentado como uma realidade em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. Este fenômeno é permeado por fatores sociais, políticos e econômicos, além de uma menor taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida (FLORES, 2015).

O crescimento da população idosa repercute em consideráveis desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e previdência social. Pois junto ao envelhecimento verifica-se maiores prevalências de doenças crônicas e incapacidades físicas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Isto ocorre porque com o avançar da idade observa-se modificações fisiológicas, que, por sua vez, geram repercussões no metabolismo, implicando em importantes alterações na composição corporal, como a diminuição da massa muscular e o aumento da adiposidade (JAFARINASABIAN et al., 2017).

A baixa massa muscular pode deixar o idoso mais propenso à síndrome da fragilidade (CLEGG et al., 2013), sarcopenia, dependência funcional e proporciona maior risco para quedas e fraturas (CRUZ-JENTOFT et al., 2019). Enquanto a elevada adiposidade acarreta maior propensão para doenças metabólicas e cardiovasculares, propiciando maior risco de mortalidade (ABESO, 2016).

Neste contexto, a antropometria tem sido utilizada na prática clínica (GONÇALVES et al., 2019; TAVARES et al., 2015) e em pesquisas para a avaliação do estado nutricional do idoso, por sua facilidade na aplicação, interpretação e baixo custo (FAGUNDES et al., 2018; CONFORTIN et al., 2016; SILVEIRA et al., 2016). Entre os indicadores antropométricos utilizados para esta finalidade, verifica-se a dobra cutânea tricipital (DCT), área adiposa do braço (AAB), circunferência abdominal (CA), circunferência muscular do braço (CMB), área muscular do braço corrigida (AMB-c) e circunferência da panturrilha (CP) (BARBOSA et al., 2015; MENEZES; MARUCCI, 2007; SILVA; PEDRAZA; MENEZES, 2015).

Entretanto, são escassos, na literatura, inquéritos de saúde populacionais realizados nos menores centros urbanos da região nordeste do Brasil, haja vista que a maior parte das pesquisas epidemiológicas com este objetivo têm sido conduzidas nas regiões sul e sudeste do país, em grandes centros (ARAÚJO et al., 2018;

BENEDETTI; MEUER; MORINI, 2012; CARARO et al., 2016; COSTA; SCHNEIDER; CESAR, 2016; CONFORTIN et al., 2016; SILVEIRA et al., 2016).

Este fato denota a relevância de investigações nas demais regiões, pois por ser um país continental, o Brasil apresenta uma população com diferentes aspectos socioeconômicos e relacionados ao estilo de vida. Entre eles pode-se destacar o nível de atividade física e os hábitos alimentares. Fatores estes que podem impactar de forma considerável no perfil adiposo e na massa muscular.

Deste modo, torna-se importante analisar a condição nutricional dessas populações para que se possa entender a magnitude das repercussões na composição corporal ao longo do envelhecimento. Além disso, a partir do monitoramento é possível identificar as pessoas em condições de maior vulnerabilidade, fornecendo, assim, melhores subsídios à gestão de saúde para intervenções precoces.

Portanto, este estudo teve como objetivo analisar o perfil nutricional de idosos residentes em um município de pequeno porte populacional do nordeste brasileiro. Enquanto, os objetivos específicos do estudo foram: avaliar a condição nutricional destes idosos a partir de indicadores antropométricos de adiposidade e massa muscular, de acordo com o sexo e o grupo etário.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A transição demográfica tem como causas o desenvolvimento socioeconômico, a mudança de uma sociedade rural e tradicional, com elevadas taxas de natalidade e mortalidade, para um novo contexto de urbanização e modernidade, trazendo uma redução nos índices de fecundidade e aumentos na expectativa de vida, acelerando, assim, o crescimento da população idosa (VASCONSELOS; GOMES, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idoso, o indivíduo com 60 anos ou mais que reside em países subdesenvolvidos. Em países desenvolvidos, este se torna idoso a partir dos 65 anos (WHO, 1984). Segundo o Banco Mundial (2011), o Brasil em relação a outros países da América Latina, está avançado no processo de envelhecimento da sua população. Porém, encontra-se atrasado, cronologicamente, quando comparado a países Europeus, onde a fecundidade e a mortalidade começaram a declinar muito mais cedo.

Por outro lado, o envelhecimento populacional brasileiro tem acontecido de forma mais rápida que o ocorrido em países desenvolvidos no século passado. Por exemplo, foi necessário mais de um século para que a França tivesse sua população com idade igual ou superior a 65 anos aumentar de 7,0% para 14,0% do total (BANCO MUNDIAL, 2011).

Em contraste, esta mesma variação demográfica ocorrerá nas próximas duas décadas, no Brasil, entre 2011 e 2031. Suécia e Inglaterra precisaram de seis décadas para diminuir em torno de 50,0% dos seus níveis de fecundidade. Entretanto, no Brasil houve um declínio similar em apenas 25 anos (WONG; CARVALHO, 2006). Com isto, a população idosa irá mais do que triplicar nos próximos 40 anos, de menos de 20 milhões em 2010, para aproximadamente 65 milhões em 2050 (BANCO MUNDIAL, 2011).

Em 1960, a média de idade dos brasileiros era de 18 anos, avançando para os 20 anos em 1991 e 27 anos em 2010. Os habitantes com 60 anos ou mais, representavam 4,8% da população total em 1960, saltando para 10,8% em 2010 (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Entretanto, atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possuiu aproximadamente 28 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, número que representa

13,0% da população do país. E esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas, visto que segundo a projeção da população realizada pelo IBGE, a partir de 2047 os idosos, provavelmente, representarão 25,0% da população total brasileira (IBGE, 2019).

Desde 1940, a expectativa já aumentou 30,5 anos. Segundo as Tábuas Completas de Mortalidade, do IBGE, quem nasceu no Brasil em 2017 pode chegar, em média, a 76 anos de vida. Ademais, nesta mesma projeção, quem nascer em 2060 poderá chegar a 81 anos (IBGE, 2019). Assim, a estimativa é que a população brasileira com mais de 65 anos ultrapasse o número de crianças em 2045. Deste modo, aumentam-se as discussões entre as sociedades médicas, universidades e instituições governamentais, para que essa nova população possa envelhecer com qualidade de vida (CALIXTO; PRAZERES, 2019).

Além do mais, estima-se que as mulheres brasileiras representam, na atualidade, 55,9% da população com idade maior ou igual a 60 anos. Em 2000, observa-se para cada 100 idosas, 81 homens idosos. Todavia, as projeções do IBGE para 2050 demonstram que para cada 100 idosas, serão verificados, apenas, 76 homens idosos. Isto remete o indicativo de que os idosos no Brasil, nos próximos 30 anos apresentarão maiores proporções de indivíduos do sexo feminino (IBGE, 2018).

Não obstante, a literatura traz que a transição demográfica ocorre em paralelo a uma transição epidemiológica, onde o perfil de doenças que acomete a população tem sido alterado, haja vista que a décadas atrás as morbidades que mais acometiam a população eram as infectocontagiosas e parasitológicas. Entretanto, este padrão tem sido modificado a partir do aumento da ocorrência de doenças crônicas, a exemplo das cardiovasculares e metabólicas (NASRI, 2008; SILVA et al., 2015).

Assim, as estimativas do inquérito nacional de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) indicam que no Brasil, a prevalência de obesidade, identificada pelo Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², seja de 24,6% entre os indivíduos do grupo etário entre 55 e 64 anos e na ordem de 21,5% nos brasileiros com 65 anos ou mais (BRASIL, 2019).

A partir dos dados desta mesma pesquisa, nacional, verifica-se que 18,8% dos brasileiros com idade entre 55 e 64 anos e 23,1% dos pertencentes ao grupo etário com idade maior ou igual a 65 anos apresentem diabetes *mellitus*. De forma semelhante, observa-se, também, elevadas prevalências de hipertensão arterial sistêmica entre os envelhecidos brasileiros, haja vista que as estimativas do VIGITEL

demonstram prevalências na ordem de 49,5% no grupo etário de 55 a 64 anos e 60,9% entre os avaliados com 65 anos ou mais (BRASIL, 2019).

Assim, o fenômeno denominado envelhecimento populacional tem demandado desafios ao SUS, para ofertar os cuidados necessários, pois com o aumento no número de doenças, observa-se maior necessidade de utilização de medicamentos, além de maior demanda às unidades de saúde em consultas e realizações de exames e internamentos (NASRI, 2008).

2.2. ENVELHECIMENTO, COMPOSIÇÃO CORPORAL E SAÚDE

2.2.1 Aspectos gerais do envelhecimento

O envelhecimento é uma etapa da vida caracterizada como um processo natural e irreversível para todo ser humano, marcado por alterações fisiológicas e morfológicas, que podem ser potencializadas pelo estilo de vida, alimentação, condição socioeconômica e doenças hereditárias (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

O processo de envelhecimento inicia-se na concepção, e se torna característico pelo aumento da idade cronológica, gerando o declínio das funções dos sistemas orgânicos, o que, por sua vez, resulta na redução das capacidades físicas e das aptidões funcionais e aumento do risco às doenças crônicas. Porém, é importante destacar que esse processo não acontece precisamente a partir dos 60 anos, ele é decorrente de toda uma vida (BORGES et al., 2017; FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Diante disto, é fundamental diferenciar senilidade e senescência. A senilidade é a consequência da junção das morbidades ao processo de envelhecimento, constituindo resultados negativos para a saúde do idoso, comprometendo o desempenho de suas funções, a exemplo de se vestir ou fazer sua própria refeição. Por outro lado, a senescência constitui o processo fisiológico do envelhecimento, em que o idoso vivencia de forma natural, a exemplo do aparecimento dos cabelos brancos e perda da flexibilidade da pele (BORGES et al., 2017).

A literatura remete que a estatura tende a diminuir um centímetro a cada dez anos. Esse processo tem início a partir dos 40 anos, como aumento da curvatura da coluna e às alterações dos discos intervertebrais e a acentuação dos arcos dos pés. Observam-se, também alterações no sistema locomotor, como a diminuição de espessura dos ossos pela reabsorção e diminuição na produção do líquido sinovial, o

que causa rigidez nas articulações e torna o idoso mais propenso a dores generalizadas e a processos inflamatórios (BORGES et al., 2017).

No que se refere ao envelhecimento feminino, verifica-se que as principais alterações se iniciam no climatério e tornam-se mais severas após a menopausa, que é uma etapa de transição da fase reprodutiva à não reprodutiva, correspondendo ao início do declínio progressivo da produção hormonal, com a diminuição dos níveis de estrógenos, causando alterações metabólicas, somáticas, físicas, psíquicas e sociais (VASCONCELOS et al., 2015).

Observa-se que neste período, as alterações físicas, psicológicas e fisiológicas, ocorrem de forma acelerada, ocasionando para a mulher transtornos para sua saúde física e mental, caracterizados por baixa autoestima, fragilidade emocional, irritabilidade, dificuldade de se relacionar com amigos ou familiares (GONÇALVES 2013).

Não obstante, verifica-se algumas especificidades relacionadas ao envelhecimento masculino, o qual tem origem multifatorial. O início da andropausa é marcado pelo declínio ou deficiência androgênica, que pode ser exemplificada por diminuições progressivas na produção de testosterona, propiciando alterações metabólicas (no metabolismo lipídico e dos carboidratos), morfológicas (diminuição da massa muscular e aumento da adiposidade corporal), além de diminuição da libido, aumento da probabilidade de desenvolvimento de depressão, angústia e insônia (CHAVES, 2018).

Além disso, identifica-se que o sexo masculino está mais exposto a fatores que influenciam negativamente o processo de envelhecimento, por utilizarem menos os serviços de saúde para consultas rotineiras, o que propicia elevados índices de morbimortalidade por causas evitáveis. Ademais, entre os homens é mais prevalente a presença de comportamentos de risco, como etilismo, tabagismo e causas externas, aumentando o risco de mortalidade (SILVA; PIROLO, 2017).

2.2.2 Composição corporal em idosos

As alterações proporcionadas à composição corporal, pelo envelhecimento, como modificações no tecido muscular e de gordura, resultam em grandes implicações ao estado de saúde e a qualidade de vida da população idosa. Contudo,

verifica-se que também ocorre diminuição da massa óssea, da água corporal e principalmente do componente intracelular (FALSARELLA et al., 2014)

Na literatura são encontradas algumas funções do tecido muscular, como a geração de energia, a homeostase do metabolismo da glicose, a locomoção e estabilidade postural. Entretanto, por volta da meia idade, entre os 30 a 40 anos, a massa muscular completa seu pico e posteriormente tende a diminuir. Com o passar dos anos estes declínios tendem a ser cada vez mais severos. Assim, aos 70 anos, estima-se que o somatório destas reduções na massa muscular sejam entre 20,0 a 40,0% do pico (KALYANI et al., 2014).

A gordura corporal também desempenha algumas funções fisiológicas importantes, como o isolamento térmico, função metabólica para produção das citocinas, proteção de alguns órgãos vitais contra traumas e reserva de energia (FALSARELLA et al., 2014). O aumento da massa adiposa no envelhecimento é ocasionado por alguns fatores, dentre estes é possível destacar a diminuição do gasto energético, em função da queda na taxa metabólica basal, inatividade física e aumento do tempo despendido em atividades sedentárias o que, juntamente com uma maior ingestão calórica, favorece ao acúmulo excessivo de gordura (DOS SANTOS et al., 2015)

Verifica-se que de forma progressiva, na vida adulta há um aumento do tecido adiposo em ambos os sexos, em média até os 70 anos, após essa idade ela tende a diminuir (JAFARINASABIAN et al., 2017). Enquanto nos homens a distribuição do tecido adiposo tende a ser mais centralizada, em mulheres não ocorre da mesma forma, a distribuição acontece de forma mais periférica, como menor adiposidade visceral. Todavia, as alterações relacionadas à menopausa implicam para que a distribuição de gordura corporal em mulheres ocorra de forma androide (BUFFA et al., 2011).

2.2.3 Epidemiologia da massa muscular e adiposidade em idosos

Considerada como uma doença muscular crônica e multifatorial, a sarcopenia tem como um de seus principais componentes a baixa massa muscular. Esta morbidade, geralmente, acomete em maior proporção as pessoas idosas, visto que durante o envelhecimento ocorrem alterações na estrutura e função muscular a

exemplo de atrofia e perda das fibras musculares, principalmente as do tipo II (CRUZ-JENTOFT et al., 2019).

Diante disto, verifica-se que este desfecho se apresenta como um importante problema de saúde pública, posto as implicações e agravos que pode favorecer aos acometidos. Neste contexto, em um estudo longitudinal, com 10 anos de seguimento, parte da pesquisa Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado com 1.168 idosos, residentes na cidade de São Paulo-SP, Alexandre et al. (2018), averiguaram que os idosos com idade ≥ 80 anos, fumantes e que residiam sozinhos apresentaram maior risco de apresentarem baixa massa muscular. Ademais, estes pesquisadores verificaram que os idosos com desnutrição, avaliada a partir da Mini Avaliação Nutricional (MAN) apresentaram risco 37,9 vezes maior de serem sarcopênicos, quando comparados aos eutróficos.

Santana et al. (2019), em um estudo longitudinal, com dois anos seguimento, acompanharam 839 idosos do distrito de Butantã, localizado em São Paulo-SP e identificaram que em homens idosos a baixa massa muscular aumentou em 11 vezes o risco para mortalidade por todas as causas e em 14 vezes para mortalidade por doenças cardiovasculares. Além disso, no sexo feminino, estes pesquisadores verificaram que as mulheres com baixa massa muscular apresentaram 62,9 e 64,5 vezes maior risco para mortalidade por todas as causas e cardiovascular, respectivamente.

Por outro lado, a obesidade mostra-se como uma condição adversa à saúde dos idosos, tendo em vista que a elevada adiposidade, armazenada, pode promover repercussões adversas, relacionadas à elevada produção e secreção de adipocinas, desencadeando inflamações sistêmicas. Isso compromete o metabolismo lipídico e dos carboidratos, além de aumentar a probabilidade de agravos hemodinâmicos, favorecendo, assim, o acometimento de comorbidades, componentes da síndrome metabólica (FUENTES et al., 2013).

Neste seguimento, em um estudo com delineamento transversal, realizado com 418 idosos de Goiânia-GO, Silveira et al. (2018) observaram que os idosos com idade 60 a 79 anos e os que tinham baixo consumo de alimentos integrais apresentaram prevalência de obesidade 1,87 e 1,75 maiores que a identificada entre os idosos longevos e que consumiam boa quantidade de cereal semanalmente, respectivamente. Além dos mais, estes pesquisadores evidenciaram que prevalência

de obesidade foi 40,0% maior entre os diabéticos e 70,0% maior entre os avaliados que já tinham sido acometidos por infarto agudo do miocárdio.

Identifica-se em idosos, ainda, a presença concomitante da baixa massa muscular e elevada adiposidade. Esta combinação resulta no acometimento da obesidade sarcopênica. A etiologia desta condição é multiflora, e pode advir de uma combinação das alterações fisiológicas que ocorrem ao longo do envelhecimento, em combinação com os hábitos alimentares inadequados, a exemplo de ingestas hipercalóricas e diminuição no nível de atividade física (CAMPOS; LOPES; LORENÇO, 2017).

Em um estudo com delineamento longitudinal, com 10 anos de seguimento, Rocha (2015) averiguou que os idosos avaliados que apresentaram obesidade sarcopênica dispõem de um risco 1,63 vezes maior risco para mortalidade. Além disso, quando estratificado por sexo, a obesidade sarcopênica manteve-se associada ao óbito, onde as mulheres e homens, com a condição apresentaram, respectivamente, 1,70 e 2,07 maior risco de morte.

2.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO

A transição nutricional diretamente e/ou indiretamente, implica na saúde do idoso, por ocasionar mudanças na composição corporal, pelo tipo da dieta que vem sendo consumida pela população. Assim, este fator pode acentuar as prevalências de desnutrição e/ou sobrepeso/obesidade. Compreende-se, portanto, que o estado nutricional tem grande relevância no processo de envelhecimento, visto que funciona como uma ferramenta epidemiológica para o monitoramento da população, fornecendo, assim, informações que podem ser utilizadas para identificação precoce dos idosos em condições nutricionais de risco (TINÔCO; ROSA, 2015).

Na literatura é evidenciado que os idosos ingerem menos alimentos por diversos fatores, entre os quais prevalecem as alterações do paladar, problemas de deglutição, diminuição do apetite decorrente de algumas doenças crônicas, má denteição e insegurança alimentar (JAFARINASABIAN et al., 2017).

Ademais, o consumo alimentar dos idosos também interfere diretamente em seu estado nutricional. Além das alterações que são inerentes ao envelhecimento, observa-se questões culturais, sociais e econômicas. É evidenciado em estudos clínicos, epidemiológicos a relação entre o aparecimento de doenças crônicas não

transmissíveis com o tipo de dieta consumida pela população idosa, como câncer, diabetes *mellitus*, distúrbios gastrointestinais, cáries dentária e doenças cardiometabólicas (TINÔCO; ROSA, 2015).

Diante do exposto, observa-se que é imprescindível a avaliação do estado nutricional em idosos. Neste contexto, o método antropométrico mostra-se como o mais utilizado em estudos populacionais, visto que possui baixo custo, facilidade na aplicação e interpretação dos resultados, possibilitando a triagem e identificação de idosos em condição de risco (ARAÚJO et al., 2018; CARNEIRO et al., 2012; FAGUNDES et al., 2018; SILVEIRA et al., 2016).

Entre os principais indicadores de estado nutricional utilizados para avaliação de idosos, observa-se o índice de massa corporal, variável que remete a distribuição da massa corporal em relação da estatura do avaliado e, assim, possibilita a averiguação dos idosos com baixo peso, eutrofia, sobrepeso ou obesidade (ABESO, 2016). Além disso, verifica-se outros indicadores de adiposidade, exemplo das dobras cutâneas que remetem a distribuição e alocação do tecido adiposo subcutâneo e a partir de suas espessuras é possível estimar a densidade corporal e os valores relativos e absolutos de gordura corporal (DUREN et al., 2008).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO, POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, consubstanciado por dados extraídos da pesquisa populacional e domiciliar intitulada: “*Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos Residentes em Município de Pequeno Porte*”, realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2013, com idosos cadastrados na única Unidade da Estratégia Saúde da Família existente em Aiquara-BA.

O referido município localiza-se na região centro-sul do Estado, possuindo uma população estimada para o ano de 2013 de 4.767 habitantes, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (0.583), ocupando a 4562^o posição de 5565 municípios no Brasil (IBGE, 2012).

3.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Como critérios para inclusão no estudo, os participantes deveriam ter 60 anos ou mais; não ser institucionalizado (não residir em instituições de longa permanência, asilos ou casas de repouso); possuir residência fixa na zona urbana, dormindo quatro dias ou mais no domicílio. Contudo, foram excluídos os idosos que demonstraram déficit cognitivo, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (<13 pontos) (ICAZA; ALBALA, 1999); os acamados e os que apresentaram doenças neurológicas e/ou auditivas.

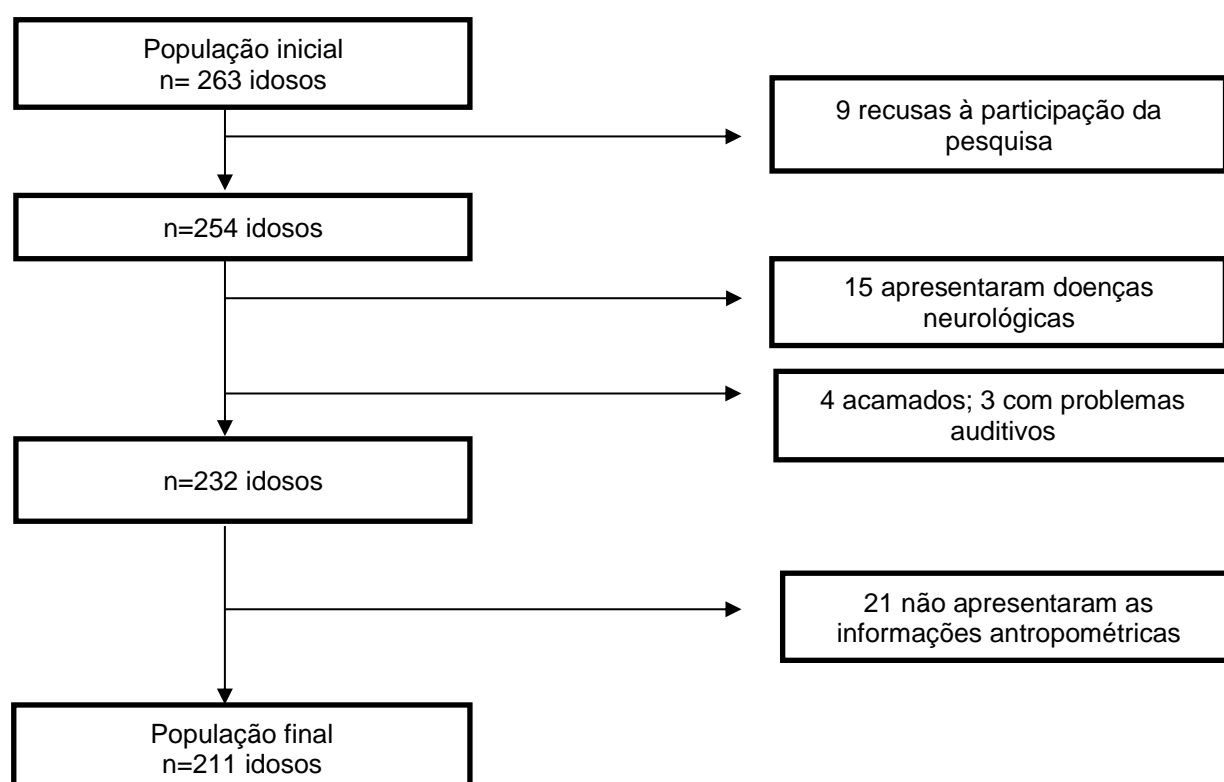
A participação dos idosos na pesquisa ocorreu de maneira livre e espontânea, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Assim, todos foram informados e esclarecidos sobre os objetivos. Além disso, foi garantido o sigilo das informações fornecidas e a possibilidade de os participantes saírem da pesquisa, em qualquer momento, se desejarem.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi procedido um censo a partir da listagem dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família que cobre 100% da população do município. Todos os domicílios na área urbana foram visitados, obtendo-se um total

de 263 idosos. Destes, nove se recusaram a participar do estudo; 22 não atenderam aos critérios de elegibilidade: quatro encontravam-se acamados; 15 apresentavam doenças neurológicas prévias; e três possuíam problemas auditivos, que comprometiam a compreensão dos questionários. Ademais, para as análises, foram excluídos 21 idosos que não compareceram as avaliações antropométricas. Portanto, a população final deste estudo foi composta por 211 idosos (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de decisões no processo seleção dos idosos participantes do estudo. Aiquara-BA. Brasil, 2013.



Para proceder a coleta de dados, elaborou-se um manual com o intuito de facilitar a capacitação e a uniformização da equipe de pesquisadores que ficou responsável por esta função. Neste manual foram apresentadas instruções referentes ao preenchimento do instrumento utilizado, ao sigilo do informante, à importância social da pesquisa, além de recomendações gerais à equipe (Apêndice B).

Além do mais, previamente à ida a campo, o coordenador da pesquisa realizou oficinas teórico-prática com equipe responsável pela coleta, objetivando padronizar o uso do instrumento. Após a capacitação realizou-se entre dezembro de 2012 e janeiro de 2013 um estudo-piloto, conduzido em uma cidade vizinha a Aiquara-BA. Lá foi

possível conhecer o tempo necessário à entrevista, além de identificar possíveis dúvidas que surgiriam durante o preenchimento, bem como a adequação do instrumento.

As entrevistas foram realizadas por dois mestrandos, um ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e outro ao Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa da Fundação Oswaldo Cruz; uma profissional bacharel em biologia; e três discentes de cursos de graduação do Departamento de Saúde da UESB, bolsistas do Programa de Iniciação Científica.

A segunda etapa foi agendada de acordo com a disponibilidade dos idosos para um momento entre dois a três dias após a entrevista domiciliar, em um espaço cedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Aiquara-BA. Lá foram realizadas as mensurações antropométricas.

3.4 ANTROPOMETRIA

A massa corporal (MC) foi mensurada a partir de uma balança digital portátil (Plenna®). Os idosos permaneceram em pé, descalços, com os braços relaxados ao longo do corpo, olhando à frente e usando roupas leves. A estatura (Est) foi aferida com estadiômetro portátil (WiSO®), onde os avaliados encontravam-se descalços, em posição ereta, com pés unidos, calcanhares, nádegas e cintura escapular em contato com a parede e com os olhos fixos em um eixo horizontal paralelo ao chão (Linha de Frankfurt), durante apnéia inspiratória (FRISANCHO, 1984).

A partir destas informações foi calculado o índice de massa corporal ($IMC = MC/Est^2$), o qual foi categorizado como sugerido para idosos pela Organização Panamericana de Saúde (2002): $IMC < 23 \text{ kg/m}^2$ = baixo peso, IMC entre 23 e 28 kg/m^2 = eutrofia, e IMC acima de 28 kg/m^2 = sobrepeso/obesidade.

As circunferências corporais foram aferidas a partir de uma fita antropométrica flexível e inelástica (2 m), com precisão de 1 mm (Sanny®). A circunferência do braço foi medida em um ponto médio entre a borda lateral do acrômio e o olecrano da ulna; e a circunferência da panturrilha no ponto de maior protuberância perpendicular ao seu eixo longo, ambas medidas foram realizadas no hemisfério direito dos participantes (CALLAWAY, 1988).

Além destas, foi mensurada a circunferência abdominal no ponto de maior protuberância entre a última costela e a crista íliaca (ABESO, 2016). Os valores ≥ 88 cm para as mulheres e ≥ 102 para os homens foram considerados como elevados (WHO, 1995).

A dobra cutânea tricipital foi mensurada por meio de um adipômetro marca Lange, Santa Cruz, Califórnia®, com 1 mm de precisão, devidamente calibrado. Esta medida foi realizada na face posterior do braço direito, considerando-se o mesmo ponto de referência utilizado para demarcação da CB (LOHMAN, 1992). As equações que foram utilizadas para estimativa dos indicadores antropométricos de adiposidade e massa muscular estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1- Equações antropométricas para estimativa de indicadores de adiposidade e massa muscular em idosos. Aiquara-BA, Brasil, 2013.

Autores	Ano	Equação
Harrison	1988	$CMB = [CB \text{ (cm)} - ((\pi/10) \times DCT \text{ (mm)})]$
Heymsfield et al.	1982	$AMB-c = [((CB \text{ (cm)} - ((\pi/10) \times DCT \text{ (mm)}))^2 - F) / 4\pi]$
Kamimura et al.	2005	$AAB = [((CB \times (DCT/10)) / 2) - ((\pi \times (DCT \text{ (mm)} / 10)^2) / 4)]$

CMB: circunferência muscular do braço; **AMB-c:** área muscular do braço corrigida; **AAB:** área adiposa do braço; **F:** constante (homens:10; mulheres: 6,5); **PB:** perímetro do braço; **DCT:** dobra cutânea tricipital; **cm:** centímetros; **mm:** milímetros; $\pi=3,41$.

A classificação da CMB, AMB-c, CP, DCT e AAB foi realizada a partir de pontos de corte definidos na própria população, estratificados por sexo e distribuídos em percentil (P) (Quadro 2).

Quadro 2- Pontos de corte utilizados para classificação dos idosos, segundo a condição nutricional. Aiquara-BA, Brasil, 2013.

Variável	Mulheres	Homens
DCT (mm)	P25: 20,00; P75: 33,00	P25: 13,00; P75: 20,00
AAB (cm ²)	P25: 15,74; P75: 26,07	P25: 12,74; P75: 19,08
CMB (cm)	P25: 18,78	P25: 21,11
AMB-c (cm ²)	P25: 19,54	P25: 25,03
CP (cm)	P25: 30,10	P25: 32,10

P: percentil; **DCT**: dobra cutânea tricipital; **AAB**: área adiposa do braço; **CMB**: circunferência muscular do braço; **AMB-c**: área muscular do braço corrigida; **PP**: perímetro da panturrilha; **mm**: milímetros; **cm²**: centímetros ao quadrado; **cm**: centímetros.

Assim, as variáveis antropométricas foram categorizadas da seguinte maneira: CMB, AMB-c e CP [desnutrição ($\leq P25$) e eutrofia ($> P25$)], DCT e AAB [baixa reserva adiposa ($\leq P25$), eutrofia ($> P25$ e $< P75$) elevada reserva adiposa ($\geq P75$)] (SILVA; PEDRAZA; MENEZES, 2015; BARBOSA et al., 2015).

As medidas antropométricas foram coletadas por um profissional e dois graduandos em Educação Física devidamente treinados e padronizados, em triplicata e para as análises foram utilizados os valores médios.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A tabulação dos dados foi realizada em dupla digitação. Assim, posteriormente as informações foram comparadas para diminuir quaisquer inconformidades, decorridas do processo de digitação, a partir do programa EPIDATA versão 3.0.

As análises descritivas das características da população foram realizadas por meio de frequências (absolutas e relativas), valor mínimo e máximo (idade), média e desvio padrão.

Para verificar a associação entre as variáveis antropométricas, o sexo e o grupo etário dos idosos, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e nos casos em que a frequência esperada foi menor que cinco ($n < 5$), utilizou-se o teste exato de Fisher. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram analisados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS® 21.0, 2013, Inc, Chicago, IL).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial, estando em conformidade com a determinação da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde Brasileiro. Desta forma, foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob CAAE nº 10786212.3.0000.0055 e parecer nº 171.464/2012.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 211 idosos (58,3% mulheres), com média de idade de $71,6 \pm 7,3$ anos (60 a 93 anos). A média de idade das mulheres foi na ordem de $71,0 \pm 6,7$ anos e a dos homens, $72,3 \pm 8,1$ anos. Ademais, foi identificado que 48,8% dos participantes eram pardos; 85,2% residiam acompanhados; 61,2% não possuíam escolaridade; 86,4% detinham renda de até um salário mínimo; 30,0% possuíam baixo peso e 29,5% tinha sobrepeso/obesidade, demais características da população de estudo podem ser vistas na Tabela 1.

Tabela 1: Análise descritiva do perfil sociodemográfico e estado nutricional dos idosos avaliados. Aiquara-BA, Brasil, 2013.

Variável	% resposta	n	%
Sexo	100,0		
Masculino		88	41,7
Feminino		123	58,3
Grupo etário	100,0		
60-79 anos		87	41,2
70-79 anos		88	41,7
≥ 80 anos		36	17,1
Raça/cor	99,1		
Negros		69	32,7
Branços		36	17,1
Pardos		103	48,8
Amarelos/Indígenas		01	0,5
Arranjo familiar	99,5		
Acompanhado (a)		179	85,2
Sozinho (a)		31	14,8
Situação conjugal	100,0		
Com companheiro (a)		116	55,0
Sem companheiro (a)		95	45,0
Escolaridade	97,6		
Com escolaridade		80	38,8
Sem escolaridade		126	61,2
Religião	99,1		
Católico		154	73,7
Protestante		49	23,4
Outras		06	2,9
Renda*	96,8		
≤1 salário mínimo		171	86,4
>1 salário mínimo		27	13,6
Estado nutricional	99,1		
Baixo peso		63	30,0
Eutrofia		85	40,5
Sobrepeso/obesidade		62	29,5

n: número de participantes; %: percentual; * dicotomizada pela mediana (1 salário mínimo em 2013= R\$ 678,00).

Quando verificado o perfil nutricional a partir dos indicadores de adiposidade, foi averiguado que 27,0% dos participantes apresentaram baixa reserva adiposa,

identificada pela dobra cutânea tricipital e 25,1% por meio da área adiposa do braço. Além disso, 51,0% dos idosos dispunham de circunferência abdominal elevada.

No que se refere aos indicadores de massa muscular, foi observado prevalências de desnutrição na ordem de 25,1 e 24,6%, identificadas a partir da circunferência muscular do braço e área muscular do braço corrigida, respectivamente. Foi verificado, também, que 25,2% dos idosos apresentaram desnutrição, observada a partir da circunferência da panturrilha (Tabela 2).

Tabela 2: Análise descritiva do perfil antropométrico, avaliado por indicadores de adiposidade e massa muscular em idosos. Aiquara-BA, Brasil, 2013.

Variáveis	% resposta	n	%
DCT	100,0		
Baixa reserva adiposa		57	27,0
Eutrofia		100	47,4
Elevada reserva adiposa		54	25,6
AAB	100,0		
Baixa reserva adiposa		53	25,1
Eutrofia		106	50,2
Elevada reserva adiposa		52	24,6
CA	99,5		
Normal		103	49,0
Elevada		107	51,0
CMB	100,0		
Eutrofia		158	74,9
Desnutrição		53	25,1
AMB-c	100,0		
Eutrofia		159	75,4
Desnutrição		52	24,6
CP	99,5		
Eutrofia		157	74,8
Desnutrição		53	25,2

DCT: dobra cutânea tricipital; **AAB:** área adiposa do braço; **CA:** circunferência abdominal; **CMB:** circunferência muscular do braço; **AMB-c:** área muscular do braço corrigida; **CP:** circunferência da panturrilha; **n:** número de participantes; **%:** percentual.

A Tabela 3 apresenta os indicadores antropométricos de adiposidade e massa muscular, de acordo com sexo. A partir das análises inferenciais observou-se maior prevalência de circunferência da abdominal elevada entre as idosas (77,2%), quando comparadas aos idosos (13,8%) ($p < 0,001$).

Tabela 3: Associação entre indicadores antropométricos de adiposidade e massa muscular com o sexo dos idosos avaliados. Aiquara-BA, Brasil, 2013.

Variáveis	Masculino		Feminino		X ²	p-valor
	n	%	n	%		
DCT					0,846	0,655
Baixa reserva adiposa	26	29,5	31	25,2		
Eutrofia	42	47,7	58	47,2		
Elevada reserva adiposa	20	22,7	34	27,6		
AAB					0,010	0,995
Baixa reserva adiposa	22	25,5	31	25,2		
Eutrofia	44	50,0	62	50,4		
Elevada reserva adiposa	22	25,0	30	24,4		
CA					82,070	<0,001
Normal	75	86,2	28	22,8		
Elevada	12	13,8	95	77,2		
CMB					0,001	0,973
Eutrofia	66	75,0	92	74,8		
Desnutrição	22	25,0	31	25,2		
AMB-c					0,010	0,919
Eutrofia	66	75	93	75,6		
Desnutrição	22	25,0	30	24,4		
CP					<0,001	0,989
Eutrofia	65	74,7	93	74,8		
Desnutrição	22	25,3	31	25,2		

DCT: dobra cutânea tricipital; AAB: área adiposa do braço; CMB: circunferência muscular do braço; CA: circunferência abdominal; AMB-c: área muscular do braço corrigida; CP: circunferência da panturrilha; n: número de participantes; %: percentual.

A Tabela 4 mostra o perfil antropométrico, no sexo feminino, de acordo com o grupo etário. No que se refere aos indicadores de adiposidade, averiguou-se que as mulheres longevas apresentaram maior prevalência de baixa reserva adiposa, identificada a partir da dobra cutânea tricipital (58,8%) e pela área adiposa do braço (47,1%), quando comparadas as idosas mais jovens ($p < 0,05$).

Entretanto, para os indicadores de massa muscular foi verificado que as idosas longevas demonstraram maior prevalência de desnutrição verificada por meio da circunferência muscular do braço (52,9%); área muscular do braço corrigida (47,1%) e circunferência da panturrilha (52,9%), em relação as idosas mais jovens ($p < 0,05$).

Variáveis	60-69		70-79		≥80		X ²	p-valor
	n	%	n	%	n	%		

DCT							12,985	0,010*
Baixa reserva adiposa	07	13,5	14	25,9	10	58,8		
Eutrofia	30	57,7	24	44,4	04	23,5		
Elevada reserva adiposa	15	28,8	16	29,9	03	17,6		
AAB							12,227	0,014*
Baixa reserva adiposa	06	11,5	17	31,5	08	47,1		
Eutrofia	28	53,8	27	50,0	07	41,2		
Elevada reserva adiposa	18	34,6	10	18,5	02	11,8		
CA							4,167	0,135*
Normal	09	17,3	12	22,2	07	41,2		
Elevada	43	82,7	42	77,8	10	58,8		
CMB							8,902	0,011*
Eutrofia	44	84,6	40	74,1	08	47,1		
Desnutrição	08	15,4	14	25,9	09	52,9		
AMB-c							8,242	0,014*
Eutrofia	45	86,5	39	72,2	09	52,9		
Desnutrição	07	13,5	15	27,8	08	47,1		
CP							10,395	0,005*
Eutrofia	45	86,5	39	72,2	08	47,1		
Desnutrição	07	13,5	15	27,8	09	52,9		

Tabela 4: Associação entre indicadores antropométricos de adiposidade e massa muscular com o grupo etário de idosas, Aiquara-BA. Brasil, 2013.

DCT: dobra cutânea tricípital; **AAB:** área adiposa do braço; **CA:** circunferência abdominal; **CMB:** circunferência muscular do braço; **AMB-c:** área muscular do braço corrigida; **CP:** circunferência da panturrilha; **n:** número de participantes; **%:** percentual; *valor de p obtido a partir do teste exato de Fisher.

Quando analisado o perfil antropométrico no sexo masculino, de acordo com o grupo etário, foi observado que os idosos longevos apresentaram maior prevalência de desnutrição, identificada a partir da circunferência muscular do braço (52,6%) e área muscular do braço corrigida (47,4%) ($p < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5: Associação entre indicadores antropométricos de adiposidade e massa muscular com o grupo etário de idosos. Aiquara-BA, Brasil, 2013.

Variáveis	60-69		70-79		≥80		X ²	p-valor
	n	%	n	%	n	%		
DCT							2,382	0,683*
Baixa reserva adiposa	09	25,7	10	29,4	07	36,8		
Eutrofia	17	48,6	15	44,1	10	52,6		
Elevada reserva adiposa	09	25,7	09	26,5	02	10,5		

AAB							6,540	1,610*
Baixa reserva adiposa	05	14,3	09	26,5	08	42,1		
Eutrofia	18	51,4	17	50,0	09	47,4		
Elevada reserva adiposa	12	34,3	08	23,5	02	10,5		
CA							0,679	0,721*
Normal	31	88,6	28	82,4	16	89,9		
Elevada	04	11,4	06	17,6	02	11,1		
CMB							10,414	0,005*
Eutrofia	31	88,6	26	76,5	09	47,4		
Desnutrição	04	11,4	08	26,5	10	52,6		
AMB-c							6,768	0,031
Eutrofia	30	85,7	26	76,5	10	52,6		
Desnutrição	05	14,3	08	23,5	09	47,4		
CP							5,728	0,061*
Eutrofia	28	80,0	27	81,8	10	52,6		
Desnutrição	07	20,0	06	18,2	09	47,4		

DCT: dobra cutânea tricipital; **AAB:** área adiposa do braço; **CA:** circunferência abdominal; **CMB:** circunferência muscular do braço; **AMB-c:** área muscular do braço corrigida; **CP:** circunferência da panturrilha; **n:** número de participantes; **%:** percentual; *valor de p obtido a partir do teste exato de Fisher.

Entre os principais resultados do presente estudo foi observada associação entre a obesidade abdominal e o sexo feminino ($p < 0,001$). Silveira, Vieira e Souza (2018) em uma pesquisa realizada com 418 idosos de Goiânia-GO também identificaram maior prevalência de obesidade abdominal nas mulheres (65,5%), em relação aos homens (34,8%) ($p < 0,001$). Semelhantemente, Andrade et al. (2012) verificaram em um estudo conduzido em Vitória-ES, com 833 idosos, prevalências de obesidade abdominal na ordem de 62,7% nas mulheres e 25,6% entre os homens ($p < 0,001$).

Esta conjuntura entre as idosas pode ser consequência de alterações no metabolismo lipídico, que decorrem por conta do déficit de estrogênio verificado, principalmente, após a menopausa. Portanto, a escassez deste hormônio tende a ocasionar declínios no metabolismo basal e aumento da ingestão calórica. Estes fatores em conjunto potencializam o acúmulo excessivo de gordura, aumentando a probabilidade para o acometimento da obesidade (LÓPEZ; TENA-SEMPERE, 2017; XU; LÓPEZ, 2018).

Quando analisados os indicadores de adiposidade no sexo feminino em Aiquara-BA, foi averiguado que as idosas longevas apresentaram maior frequência de baixa reserva adiposa, verificada a partir dos indicadores antropométricos periféricos ($p < 0,05$). Apesar disso, foram identificadas elevadas prevalências de obesidade abdominal nas mulheres, independentemente do grupo etário ($p = 0,135$).

Neste seguimento, Barbosa et al. (2015) observaram em um estudo populacional, realizado com 316 idosos de Lafaiete Coutinho-BA, prevalências de baixa reserva adiposa, identificada por meio da DCT entre mulheres com idade ≥ 80 anos (69,2%), em relação as avaliadas dos grupos etários de 60-69 (36,2%) e 70-79 (50,9%) ($p=0,009$). Entretanto, esses autores também averiguaram que entre as idosas, a prevalência de obesidade abdominal foi elevada em todos os grupos etários avaliados (60-69 anos: 68,4%; 70-79 anos: 76,4%; ≥ 80 anos: 68,0%; $p=0,845$).

Estes resultados demonstram que apesar do sexo feminino apresentar diminuições na adiposidade à medida que envelhece, este declínio aparenta ocorrer de forma significativa apenas nas reservas apendiculares. Entre as possíveis explicações para esse cenário, verifica-se que durante o envelhecimento as mulheres tendem a demonstrar não apenas diminuições dos estrogênios, mas também aumentos do hormônio folículo-estimulante. Essas alterações endócrinas repercutem em uma redistribuição da gordura corporal, que tende a ser armazenada principalmente na região abdominal (DAVIS et al., 2012). Assim, no referido sexo mesmo em grupos etários mais velhos, observa-se elevada prevalência de obesidade abdominal (BARBOSA et al., 2015; DMITRUK et al., 2018; SILVEIRA et al., 2018).

O panorama epidemiológico da elevada adiposidade em mulheres remete um importante problema de saúde pública, tendo em vista as consideráveis implicações que a obesidade abdominal pode repercutir para as condições de saúde, como consequências de processos inflamatórios sistêmicos gerados por citocinas liberadas pelo excesso de tecido adiposo. Entre elas, destaca-se maior probabilidade para o acometimento do diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Morbidades estas que formam o fenótipo da síndrome metabólica e aumentam o risco à mortalidade (ELY et al., 2018; FUNTES et al., 2013).

Foi observado, ainda, em Aiquara-BA maior prevalência de desnutrição averiguada pelos indicadores de massa muscular, em ambos os sexos ($p<0,05$). De forma semelhante, Barbosa et al. (2015) identificaram em um estudo realizado com 477 idosos de Antônio Carlos-SC que a prevalência de desnutrição verificada pela CMB foi maior nos homens longevos (40,0%), quando comparada a observada nos grupos etários de 60-69 anos (5,6%) e 70-79 anos (14,1%) ($p<0,001$). Além disso, no referido sexo foi encontrado resultado semelhante para a desnutrição identificada a partir da CP (60-69 anos: 1,1%; 70-79 anos: 5,0%; 80 anos: 10,9%; $p=0,004$).

Estes pesquisadores averiguaram, também, no sexo feminino associação da desnutrição identificada pela CMB com o grupo etário longo (60-69 anos: 5,2%; 70-79 anos: 5,9%; 80 anos: 35,9%; $p < 0,001$). Da mesma maneira, a desnutrição observada pela CP foi mais frequente entre as mulheres com idade maior ou igual a 80 anos (16,7%), em relação as avaliadas do grupo etário com idade entre 70 a 79 anos (1,3%) ($p < 0,001$) (BARBOSA et al., 2015).

Estas elevadas prevalências de desnutrição em idosos longevos podem ser consequências das modificações progressivas na musculatura esquelética, observadas ao longo do envelhecimento. Entre as principais alterações averigua-se as diminuições no número de fibras musculares e atrofia nas áreas de secção transversa (TIELAND; TROUWBORST; CLARK, 2018; MITCHELL et al., 2012).

Apesar de não haver um consenso para o percentual de declínio nos contingentes de massa muscular, Mitchell et al. (2012) identificaram por meio de uma revisão sistemática de literatura que a estimativa à taxa média ao ano da perda de massa muscular, em relação ao pico é de 0,47% em homens idosos e 0,37% em mulheres idosas. Entretanto, juntamente a longevidade esses declínios tendem a ser mais severos. Assim, a partir dos 75 anos, a massa muscular é perdida anualmente em uma velocidade mais acelerada (0,64–0,70%: mulheres; 0,80–0,98%: homens).

Além do mais, observa-se entre os idosos outras alterações estruturais e funcionais no organismo, que podem repercutir adversamente a boas condições de condições de saúde. Entre elas, a redução do número de papilas gustativas que ocasionam a sensibilidade para gostos, a exemplo do doce e do salgado. Isso remete ao idoso a necessidade de maior concentração para sentir o sabor dos alimentos, o que pode gerar a diminuição no prazer de se alimentar, ou até mesmo a exacerbação no uso de açúcares e/ou sal no preparo da alimentação (ABREU et al., 2020; JAFARINASABIAN et al., 2017).

Verifica-se também que a falta, ou o uso inadequado de prótese dentária, por ausência parcial ou total dos dentes, leva a implicações à mastigação e absorção dos nutrientes, ocasionando a restrição alguns alimentos nas refeições. Ademais, ao longo do envelhecimento ocorre redução do fluxo salivar na boca e maior dificuldade na deglutição. Observa-se ainda diminuição do suco gástrico estomacal, provocada pela atrofia da mucosa gástrica, menor capacidade de metabolização hepática e diminuição da capacidade de absorção no intestino delgado. Tais fatos podem gerar complicações ao processo de digestão dos alimentos, repercutindo negativamente na

biodisponibilidade de vitaminas e minerais (ABREU et al., 2020; TINÓCO; ROSA, 2015)

Portanto, o acompanhamento nutricional torna-se um fator imprescindível no contexto do cuidado à saúde do idoso. A fim de garantir uma boa alimentação, com o fornecimento adequado de nutrientes, é recomendado pela *Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (BRASPEN) para idosos, um aporte energético de 30 a 35 quilocaloria (kcal) por quilograma (kg) da massa corporal ao dia. Contudo, o ajuste deve ser feito de forma individualizada, conforme o sexo, estado nutricional, nível de atividade física, estado metabólico basal e presença de enfermidades (GONÇALVES et al., 2019).

Para as necessidades proteicas de idosos saudáveis, recomenda-se a ingestão de 1,0 a 1,2 gramas (g) de proteína por kg da massa corporal ao dia. Já para os idosos com cronicamente doentes ou desnutridos é proposto uma ingestão proteica mais alta (1,2-1,5 g/kg/dia), que pode chegar em 2,0 g/kg/dia na presença de doenças graves cuja perda de massa muscular é maior devido ao elevado catabolismo (BAUER et al., 2013; GONSALVES et al., 2019).

Contudo, idosos com doença renal crônica (taxa de filtração glomerular estimada $<30 \text{ mL/min/1,73m}^2$), que estejam realizando tratamento de hemodiálise são uma exceção à regra do alto teor de proteína (BAUER et al., 2013). Além do mais, com a finalidade de manter o ritmo intestinal adequado, a BRASPEN recomenda para idosos uma ingestão de fibra dietética na ordem de 25 g/dia (GONÇALVES et al., 2019).

Além de uma nutrição adequada para que se tenha uma atenção integral à saúde do idoso, observa-se a necessidade da diminuição do comportamento sedentário e um estilo de vida fisicamente ativo. Para tanto, a Organização Mundial da Saúde recomenda no mínimo 150 minutos de atividade física aeróbia semanal (BULL et al., 2020). Complementarmente, a *National Strength and Conditioning Association* propõe para idosos a realização de treinamento resistido com cargas externas, composto por 8-10 exercícios que contemplem os principais grupos musculares. As sessões podem ser realizadas entre 2 a 3 dias por semana, com intensidade progressiva até alcançar 70,0 a 85,0% de uma repetição máxima em cada exercício, de acordo com adaptações do praticante (FRAGALA et al., 2019).

Este estudo apresenta algumas limitações, entre elas destaca-se a não quantificação dos componentes da composição corporal em valores absolutos e relativos, os quais podem fornecer informações para uma melhor compreensão do estado nutricional. Isso sugere a necessidade de novas pesquisas, com objetivo de monitorar de forma mais minuciosa a condição nutricional dos idosos de Aiquara-BA, a partir da estimativa dos valores absolutos e relativos dos contingentes de gordura e massa muscular.

Entretanto, salienta-se como ponto forte a identificação do perfil antropométrico, por diferentes indicadores, de um contingente populacional de idosos residentes em um município com baixos índices sociodemográficos e características rurais, do interior do nordeste brasileiro. Pois as informações coletadas podem subsidiar o planejamento e execução de estratégias que visem a atenção, recuperação e promoção da saúde nesta população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo mostraram um perfil nutricional adverso, marcado por elevada prevalência de obesidade abdominal, principalmente no sexo feminino. Foi observado, também, maior prevalência de baixa reserva adiposa entre as idosas com idade maior ou igual a 80 anos. Ademais, averiguou-se predomínio de

desnutrição, identificada por diferentes indicadores antropométricos, em ambos os sexos, nos idosos longevos.

Portanto, em Aiquara-BA faz-se necessário a adoção de medidas, no contexto da vigilância à saúde do idoso, para o controle e prevenção da obesidade abdominal, especialmente nas idosas. Além disso, é imprescindível intervenções que visem o combate da desnutrição nas idosas e idosos do grupo etário com idade maior ou igual a 80 anos. Entre as possibilidades de intervenções, que visem proporcionar uma melhor condição nutricional e de saúde, sugere-se a realização de exercícios físicos aeróbios e contra resistências externas, diminuição do tempo despendido em comportamento sedentário e uma nutrição equilibrada.

REFERÊNCIAS

ABESO. Diretrizes Brasileiras de obesidade. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016.

ABREU V. A. et al. Envelhecimento: alterações do sistema gastrointestinal. **Temas em Saúde**. Edição Especial. p.34-56.

ALBALA, C. et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.17, n.5, p.307-22, 2005.

ALEXANDRE, T. S. et al. Prevalência e fatores associados à sarcopenia, dinapenia e sarcodinapenia em idosos residentes no Município de São Paulo-Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180009, 2018.

ANDRADE, F. B. et al. Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 17, p. 749-756, 2012.

ARAÚJO, C. A. H. et al. Ambiente construído, renda contextual e obesidade em idosos: evidências de um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00060217, 2018.

BARBOSA, A. R. et al. Anthropometric indicators and their adequacy in older adults from two towns in distinct Brazilian regions. **MedicalExpress**, v. 2, n. 6, 2015.

BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais velho. **Washington DC: Banco Mundial**, 2011.

BAUER, J. et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. **Journal of the american Medical Directors association**, v. 14, n. 8, p. 542-559, 2013.

BENEDETTI, T. R. B.; MEURER, S. T.; MORINI, S. Índices antropométricos relacionados a doenças cardiovasculares e metabólicas em idosos. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 23, n. 1, p. 123-130, 2012.

BORGES, E. et al. O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial. **O envelhecimento populacional um fenômeno**, p. 17, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília, 2019.

BENEDETTI, T. R. B.; MEURER, S. T.; MORINI, S. Índices antropométricos relacionados a doenças cardiovasculares e metabólicas em idosos. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 23, n. 1, p. 123-130, 2012.

BUFFA, R. et al. Body composition variations in ageing. **Collegium antropologicum**, v. 35, n. 1, p. 259-265, 2011.

BULL, F. C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British journal of sports medicine**, v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020.

CALIXTO, I. T.; M. PRAZERES, T. M. Uso da testosterona no envelhecimento masculino. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 10, n. 3, p. 227-236, 2019.

CALLAWAY, C. W. et al. Anthropometric standardization reference manual. **Champaign, IL: Human Kinetics Books**, p. 39-54, 1988.

CAMPOS, G. C.; L., C. S.; LOURENÇO, Roberto A. Obesidade sarcopênica e funcionalidade: Uma revisão da literatura. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 16, n. 2, p. 102-109, 2017.

CARARO C., S. et al. Fatores associados ao estado nutricional em idosos participantes do Estudo "EpiFloripa Idoso". **Demetra: Food, Nutrition & Health/Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, 2016.

CARNEIRO, J. A. O. et al. Estudo da composição corporal de idosas ativas pelos métodos óxido de deutério e antropométrico. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum**, p. 615-623, 2012.

CHAVES, E. F. S. **Andropausa: como a atenção básica pode ajudar o idoso a enfrentá-la**. 2018. Tese de Doutorado.

CLEGG, A. et al. Frailty in elderly people. **The lancet**, v. 381, n. 9868, p. 752-762, 2013.

CONFORTIN, S. C. et al. Fatores associados ao estado nutricional em idosos participantes do Estudo "EpiFloripa Idoso". **DEMETRA: Alimentação, nutrição & saúde**, v. 11, n. Supl., p. 1333-1350, 2016.

COSTA, C. S.; SCHNEIDER, B. C.; CESAR, J. A. Obesidade geral e abdominal em idosos do Sul do Brasil: resultados do estudo COMO VAI?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3585-3596, 2016.

CRUZ-JENTOFT, A. J. et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and ageing**, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019.

- DAVIS, S. R. et al. Understanding weight gain at menopause. **Climacteric**, v. 15, n. 5, p. 419-429, 2012.
- DMITRUK, A. et al. Body composition and fatty tissue distribution in women with various menstrual status. **Rocz Panstw Zakl Hig**, v. 69, p. 95-101, 2018.
- DOS SANTOS, R. G. et al. Comportamento Sedentário em Idosos: uma revisão sistemática. **Motricidade**, v. 11, n. 3, p. 171-186, 2015.
- DUREN, D. L. et al. Body composition methods: comparison sandinter pretation. **Journalof diabetes scienceandtechnology**, v. 2, n. 6, p. 1139-1146, 2008.
- ELY, B. R. et al. Meta-inflammation and cardiometabolic disease in obesity: Can heat therapy help?. **Temperature**, v. 5, n. 1, p. 9-21, 2018.
- FAGUNDES, L. C. et al. Prevalência e fatores associados à cintura hipertrigliceridêmica em idosos: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 607-616, 2018.
- FALSARELLA, G. R. et al. Envelhecimento e os fenótipos da composição corporal. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 57-77, 2014.
- FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.
- FLORES, L. P. O. O envelhecimento da população brasileira. **Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos (REDECA)**, v. 2, n. 1, p. 86-100, 2015.
- FRAGALA, M. S. et al. Resistance training for older adults: position statement from the national strength and conditioning association. **The Journal of Strength & Conditioning Research**, v. 33, n. 8, 2019.
- FRISANCHO, A. R. New standards of weight and body composition by frame size and height for assessment of nutritional status of adults and the elderly. **The American journal of clinical nutrition**, v. 40, n. 4, p. 808-819, 1984.
- FUENTES, E. et al. Mechanisms of chronic state of inflammation as mediators that link obese adipose tissue and metabolic syndrome. **Mediators of inflammation**, v. 2013, 2013.
- GONÇALVES, T. J. M. et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento. **BRASPEN J, [S. I.]**, v. 34, n. 3, p. 1-68, 2019.

HARRISON, G. G. Skinfold thickness and measurement technique. **Anthropometric standardization reference manual**, p. 55-70, 1988.

HEYMSFIELD, S. B. et al. Anthropometric measurement of muscle mass: revised equations for calculating bone-free arm muscle area. **The American journal of clinical nutrition**, v. 36, n. 4, p. 680-690, 1982.

ICAZA, M. C.; ALBALA, C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: análisis estatístico. **OPAS**, p. 1-18, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE - Cidades@. Aiquara. Informações Estatísticas, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade 2019**. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html> Acesso em: 25/10/2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População 2018**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 24/10/2020.

JAFARINASABIAN, P. et al. Aging human body: changes in bone, muscle and body fat with consequent changes in nutrient intake. **Journal of Endocrinology**, p. JOE-16-0603, 2017.

JIANG, M. et al. Dose–response relationship between body mass index and risks of all-cause mortality and disability among the elderly: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Nutrition**, v. 38, n. 4, p. 1511-1523, 2019.

KALYANI, R. R.; CORRIERE, M.; FERRUCCI, L. Age-related and disease-related muscle loss: the effect of diabetes, obesity, and other diseases. **The lancet Diabetes & endocrinology**, v. 2, n. 10, p. 819-829, 2014

KAMIMURA, M. A. et al. Avaliação nutricional. **Cuppari L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. Barueri: Manole, p. 89-115, 2005.

LOHMAN, T. G. Advances in body composition assessment: current issues in exercisesscience. Illinois: **Human Kinetic Publisher**, 1992.

LÓPEZ, M.; TENA-SEMPERE, M. Estradiol effects on hypothalamic AMPK and BAT thermogenesis: a gateway for obesity treatment?. **Pharmacology & Therapeutics**, v. 178, p. 109-122, 2017.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Perfil dos indicadores de gordura e massa muscular corporal dos idosos de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 2887-2895, 2007.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. Supl 1, p. S4-S6, 2008.

RICARDO, G. D.; CALDEIRA, G. V.; CORSO, A.C. T. Prevalência de sobrepeso e obesidade e indicadores de adiposidade central em escolares de Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 424-435, 2009.

ROCHA, M. A.P. **Obesidade sarcopênica e risco para óbito em idosos brasileiros**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SANTANA, F. M. et al. Association of appendicular lean mass, and subcutaneous and visceral adipose tissue with mortality in older Brazilians: The São Paulo Ageing & Health Study. **Journal of Bone and Mineral Research**, v. 34, n. 7, p. 1264-1274, 2019.

SILVA, A. P.; PIROLO, S. M. Percepção do homem acerca do envelhecimento. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1388-1397, 2017.

SILVA, N. A.; PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. Desempenho funcional e sua associação com variáveis antropométricas e de composição corporal em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3723-3732, 2015.

SILVEIRA, E. A. et al. Obesidade em idosos e sua associação com consumo alimentar, diabetes Mellitus e infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 6, p. 509-517, 2016.

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

TAVARES, Elda Lima et al. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 643-650, 2015.

TIELAND, M.; TROUWBORST, I.; CLARK, B. C. Skeletal muscle performance and ageing. **Journal of cachexia, sarcopenia and muscle**, v. 9, n. 1, p. 3-19, 2018.

TINÔCO, A. L. A; ROSA, C.O. B. **Saúde do Idoso: epidemiologia, aspectos nutricionais e processos do envelhecimento**. Editora Rubio, 2015.

VASCONCELOS M., M. A. et al. Influências do climatério para o envelhecimento na percepção de mulheres idosas: subsídios para a enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2015.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M.M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas. **Desafios e inovações**.

WANG, L. et al. Body mass index and waist circumference predict health-related quality of life, but not satisfaction with life, in the elderly. **Quality of Life Research**, v. 27, n. 10, p. 2653-2665, 2018.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev Bras Estud Popul**, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The uses of epidemiology in the study of the elderly**. World Health Organization. Geneva, 1984.

XU, Y.; LÓPEZ, M. Central regulation of energy metabolism by estrogens. **Molecular metabolism**, v. 15, p. 104, 2018.

APÊNDICES



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Este é um convite para que o Senhor (a) participe da Pesquisa sobre CONDIÇÕES DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE AIQUARA-BA, a ser realizada por professores e alunos do Mestrado Acadêmico em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, bem como pesquisadores colaboradores de outras instituições. A participação do Senhor (a) na pesquisa é voluntária, o que significa que poderá desistir a qualquer momento de participar, retirando o seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Nessa pesquisa, serão respondidas questões referentes a condições de saúde e qual o estilo de vida adotado pelo Senhor (a) atualmente, além de medidas antropométricas e teste sanguíneo. O procedimento de coleta de sangue pode ocasionar algum desconforto ou risco no decorrer do procedimento, no entanto serão tomadas medidas necessárias a fim de minimizar os possíveis desconfortos e riscos. Também, durante a pesquisa será feita a análise da variabilidade da frequência cardíaca. Durante os questionamentos, caso sinta algum desconforto, poderá deixar de participar sem que lhe haja nenhum prejuízo. Essas informações não serão divulgadas em nenhuma hipótese, mas os resultados do estudo serão divulgados e contribuirão para a identificação das condições de saúde e fatores associados ao estilo de vida, e possibilitará que os gestores do município tenham conhecimento sobre o tema, e assim auxiliar no planejamento de ações de promoção, prevenção e educação em saúde, que visem melhorar a qualidade de vida dessa população. Além disso, essa pesquisa não acarretará em nenhum custo para o participante. Você ficará com uma via deste Termo e devolverá a outra assinada. Toda dúvida que você tiver a respeito dessa pesquisa poderá perguntar diretamente aos pesquisadores

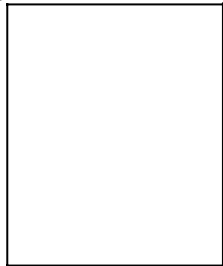
responsáveis, Paulo da Fonsêca Valença Neto e Cezar Augusto Casotti no endereço Av. José Moreira Sobrinho S/n, Bairro: Jequiezinho, Jequié-BA, ou pelo telefone (73)3528- 9738, sala do Mestrado em Enfermagem e Saude. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser obtidas ainda junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB no mesmo endereço fornecido acima, ou pelo telefone (73) 3528-9721.

PAULO DA FONSECA VALENÇA NETO
(Pesquisador Responsável/UESB)

CEZAR AUGUSTO CASOTTI
(Pesquisador Responsável/UESB)

Sendo assim, eu _____
aceito livremente participar do Projeto Condições de Saúde e Estilo de Vida de
idosos residentes no município de Aiquara, Bahia.

Assinatura do participante: _____



APÊNDICE B – MANUAL DO ENTREVISTADOR

MANUAL DO ENTREVISTADOR



Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos
residentes em município de pequeno porte.
AIQUARA - BA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
LINHA DE PESQUISA – VIGILÂNCIA À SAÚDE

Projeto

Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos residentes em município de
pequeno porte.
AIQUARA-BA

Manual do Entrevistador

JEQUIÉ-BA
2013

COMISSÃO RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PROJETO

Paulo da Fonseca Valença Neto

Licenciado em Educação Física (UESB)

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (UESB)

paulonetofonseca@hotmail.com

Cezar Augusto Casotti

Professor Doutor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (UESB) cacasotti@uesb.edu.br

PESQUISADORES COLABORADORES DO PROJETO

Bruna Paula de Jesus Siqueira

Bacharel em Enfermagem (UFS)

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (UESB)

Ícaro José Santos Ribeiro

Bacharel em Enfermagem (UESB)

Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz – CPqGM - Fiocruz

Ivna Vidal Freire

Bacharel em Biologia (UESB)

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Franck Nei Monteiro Barbosa

Licenciado em Educação Física (UESB)

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (UESB)

Luciene Dias Bispo

Bacharel em Enfermagem (UESB) Mestre em Enfermagem e Saúde (UESB)

Rafael Pereira de Paula

Bacharel em Fisioterapia (UNIG)

Professor Doutor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

APRESENTAÇÃO

Este manual é parte da pesquisa do Mestrado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus de Jequié, em parceria com Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz e Prefeitura Municipal de Aiquara-BA, intitulada **“Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos residente em município de pequeno porte: Aiquara, Bahia”**.

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, onde idosos (60 anos ou mais) serão entrevistados por meio de um questionário contendo perguntas fechadas, pré-codificadas. O ingresso no estudo será feito após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Essa etapa é a mais importante da pesquisa. A coleta de dados é fundamental para o sucesso do nosso estudo. Um trabalho de campo sem o cuidado necessário pode comprometer os esforços conduzidos nas demais etapas da investigação. Sendo assim, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadores é de fundamental importância para que a pesquisa tenha sucesso.

Para assegurar que os dados coletados sejam comparáveis, é necessário que a pesquisa seja conduzida segundo procedimentos uniformes. Essas instruções e procedimentos devem ser seguidos sistematicamente durante todo o processo de coleta de dados para garantir a qualidade das informações de interesse. Não há lugar para improviso. Em caso de dúvidas ou problemas que não possam ser resolvidos com a consulta ao manual de instruções do questionário, consulte seu colega entrevistador(a) ou aos responsáveis pelo projeto.

INTRODUÇÃO

Neste estudo pretende-se produzir informações representativas para o município de Aiquara - BA, sobre indivíduos residentes na zona urbana do município e que tenham 60 anos ou mais de idade. Para alcançar esse objetivo é fundamental a aplicação dos critérios definidos para a entrevista e para a aferição dos eventos de interesse epidemiológico. Para a aplicação desses critérios foram propostos os seguintes materiais:

Relatório de Coleta; Instrumento de Coleta; Ficha de Marcação dos Exames Físicos.

Todos os documentos informados são de responsabilidade da equipe de campo.

FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ENTREVISTADOR

O trabalho de um entrevistador é um dos mais importantes dentro da realização de pesquisas, pois é o responsável em recolher a informação de forma verdadeira, fidedigna e oportuna. Ademais, de sua responsabilidade, bom desempenho e cooperação dependem em boa parte o êxito da pesquisa.

Funções e responsabilidades

- Identificar o local selecionado e a pessoa que cumpre com as características requeridas para ser incluída dentro da amostra.
- Realizar as entrevistas mediante visitas domiciliares.
- Solicitar a informação à pessoa entrevistada de forma cortês.
- Ler a cada entrevistado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”
- Aplicar o questionário de forma completa.
- Revisar cada questionário para certificar-se que todas as perguntas foram realizadas e que todos os dados solicitados no questionário foram preenchidos.
- Manter uma conduta adequada durante todo o trabalho de campo, especialmente durante as entrevistas.
- Recordar que representa a uma instituição específica; é a imagem visível da instituição.
- Andar sempre com a identificação que o credita como integrante da pesquisa.
- Velar pela integridade do material recebido para realizar o trabalho.
- Manter relações respeitadas com a equipe de trabalho.
- Estudar cuidadosa e detalhadamente o presente manual com o fim de obter um completo manejo e compreensão do mesmo.

MATERIAIS DO ENTREVISTADOR

O material necessário para desenvolver seu trabalho lhe será entregue ao início do trabalho de campo:

- Credencial de identificação;
- Manual do entrevistador.

Utensílios necessários para realizar as entrevistas (lápiz, caneta, borracha e almofada tinteiro para coleta de impressão digital).

- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
- Ficha de Marcação dos Exames Físicos
- Instrumento de coleta
- Relatório de Coleta
- Fichas para marcação de exames

FUNÇÕES DO RELATÓRIO DE COLETA E FICHA DE MARCAÇÃO

O relatório de coleta foi criado para minimizar possíveis equívocos na identificação dos domicílios e dos idosos residentes, além de informar se houve resposta, ou motivo de recusa (caso haja).

É necessário esse controle, pois se houver necessidade de nova visita, os domicílios e os residentes estarão devidamente identificados, facilitando assim o acesso de outro entrevistador (se for o caso).

Lembre-se, ao adentrar o domicílio, **o relatório de coleta deve ser o primeiro instrumento a ser preenchido** (logo após informar sobre o objetivo da pesquisa).

Ao término da entrevista, será concedido um cartão contendo o dia e horário para a segunda etapa (exames físicos) que deverá ser entregue ao entrevistado.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA INICIAR A ENTREVISTA

Localização da pessoa entrevistada: em primeiro lugar, é necessário localizar os possíveis informantes e certificar-se de que cumprem com os critérios e elegibilidade necessários para serem incluídos na pesquisa.

Apresentar-se adequadamente: é importante fazer uma adequada apresentação para gerar confiança na pessoa entrevistada, e que assim forneça a informação requerida com a maior naturalidade e veracidade possível.

Vestimenta apropriada: apresentar-se diante da pessoa selecionada para a entrevista com uma vestimenta apropriada e devidamente arrumada. Este é um fator importante dentro da apresentação o qual pode influenciar, em boa parte, na recepção e colaboração por parte do entrevistado.

Confiança e segurança: o entrevistador deve procurar mostrar-se seguro, isso ajudará a gerar confiança na pessoa entrevistada; evite expressar insegurança ou medo.

Privacidade: a presença de outras pessoas pode **intimidar** o entrevistado e influenciar suas respostas; assim como também pode perturbar o adequado desenvolvimento da entrevista. Por esta razão, não é recomendado fazer a entrevista enquanto outra pessoa estiver presente; o melhor é realizar a entrevista em ambiente privado, de forma que o entrevistado não se sinta vulnerável em relação a sua segurança, e para que o mesmo tenha uma maior liberdade de expressar suas opiniões e demais informações solicitadas no questionário.

Neutralidade: é de suma importância manter uma postura profissional; perguntar, escutar e registrar todas as respostas com naturalidade e, sobretudo, com muito respeito.

Nunca se deve **opinar ou influenciar** as respostas dos indivíduos. Deve-se evitar fazer expressões faciais, troca no tom da voz ou emissão de sons que podem sugerir ou comunicar ao informante a postura ou opinião do entrevistador; manifestar ou mostrar aprovação; recusa ou surpresa diante as respostas da pessoa

entrevistada não é recomendado. **Muitas pessoas tendem a opinar ou dar respostas que consideram ser do agrado do entrevistador.**

Redação, ordem e leitura das perguntas: todas as perguntas dos questionários são redigidas com muito cuidado e detalhe, de tal maneira que não induzem a uma resposta específica ou sugerem que uma resposta é melhor, pior ou preferível que outra. Por isso, é importante que o entrevistador as leia de forma exata e completa sem fazer interpretações das mesmas, caso contrário podem perder a neutralidade que possuem ou mudar o sentido destas. Além disso, o questionário foi elaborado de acordo com uma sequência específica e lógica dos temas abordados. Por isso, devem realizar-se as perguntas respeitando a sequência na qual se encontram no questionário, pois do contrário pode-se mudar o sentido das mesmas e induzir respostas determinadas. Estar ciente de que se deve ler a cada uma das perguntas devagar e pausadamente, em voz alta e com a maior clareza possível, respeitando as pontuações que estas possuem.

Controle da situação: uma qualidade especial de um entrevistador é se manter sereno diante de situações inesperadas e/ou incômodas, tais como: excessivas perguntas por parte da pessoa entrevistada sobre os propósitos e o desenvolvimento da pesquisa, reclamações, rejeições bruscas ou violentas, interrupções provocadas por outras pessoas, ameaças, etc. Também, quando o entrevistado dá respostas longas com explicações desnecessárias, seja cortês e não o interrompa de forma abrupta, mas procure orientá-lo para que finalize a resposta e possam continuar com a sequencias do questionário. O entrevistador **sempre** deve manter o controle da situação durante toda a entrevista e ser paciente.

Repetir a pergunta: muitas vezes as pessoas podem responder as perguntas de forma vaga ou simplesmente não respondê-las. Diante desta situação, é necessário verificar se a pessoa entendeu a pergunta, desconfia ou teme por tratar-se de um tema delicado, esteja tímida ou simplesmente não lembre o dado que lhe for perguntado. A forma adequada de descobrir o que está acontecendo é realizar a pergunta novamente de forma integral.

Evitar suposições: evitar fazer suposições sobre as possíveis respostas dos

informantes em função de suas características pessoais ou socioeconômicas. Nunca se deve criar expectativas ou presumir respostas, sempre se deve esperar que a pessoa ofereça sua própria informação.

Despedida e agradecimento: é indispensável, ao terminar a entrevista, agradecer amigavelmente a colaboração do entrevistado e o tempo dado.

Revisão do questionário: ao acabar a entrevista é importante revisar o questionário com o propósito de verificar se todas as perguntas foram realizadas e que cada uma delas possui uma resposta. Também é necessário verificar se os dados de identificação do questionário estão completos; isto deve ocorrer antes de se retirar do local da entrevista, pois pode ser necessário completar alguma informação. Deve-se consultar novamente o entrevistado se alguma pergunta deixou de ser respondida.



ETAPAS DA PESQUISA

O entrevistador após a conclusão da entrevista informará mais uma vez que o entrevistado necessitará se deslocar até o HOSPITAL DO MUNICÍPIO, para exames físicos. Caso o entrevistado se recuse ou informe impedimento, relate a ocorrência no RELATÓRIO DE COLETA, para que os responsáveis possam verificar uma possibilidade na obtenção dos dados.

Informe que ao se deslocar para o hospital, os indivíduos deverão portar vestimenta leve (explique), pois serão realizados testes físicos e antropometria, o que poderá interferir na obtenção das informações.

Qualquer outra dúvida entre em contato com os responsáveis pelo projeto.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta é composto por diversos blocos de questões, de fácil entendimento, o que apenas exige conhecimento prévio do entrevistador.

Começamos pelas informações pessoais e sociodemográficas. O entrevistado pode recusar-se a informar algum questionamento.

O segundo bloco compreende a saúde mental, todas as questões são auto-explicativas, devendo apenas ao entrevistador, realizar a leitura da mesma, proporcionando o entendimento mais adequado, sem induzir possíveis respostas. Lembre-se que o público o qual estamos trabalhando requer um cuidado maior, por se tratar de idosos. Equilíbrio na fala é fundamental!

Todos os outros blocos seguem a mesma lógica de entendimento, relacionado à leitura prévia. Apenas o último bloco referente aos exames fisiológicos e pressão arterial, antropométrica e da aptidão física serão preenchidos na etapa posterior.

O IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física), talvez seja o único bloco de questões que possa vir a apresentar problemas no entendimento tanto do entrevistador, quanto do entrevistado. Por isso elaboramos uma explicação mais aprofundada sobre o instrumento que será

aplicado. Para tanto segue um texto explicativo que deve ser lido com bastante cuidado a fim de uniformizar os questionamentos propostos.



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

O objetivo deste módulo é conhecer o nível de atividade física da população de estudo, classificando os informantes de acordo com o tipo de atividade, frequência e o tempo gasto com essas atividades em uma semana habitual.

É comum confundirem atividade física com exercício físico ou ginástica. Mas na realidade atividade física é qualquer movimento corporal que resulte em gasto energético. Em outras palavras, é qualquer movimento com o corpo que altere a respiração, batimentos do coração ou suor. Assim, além de exercício e ginástica, atividade física inclui também as atividades realizadas no trabalho, dentro de casa ou no quintal, aquelas feitas por lazer, por esporte ou para ir de um lugar a outro.

Para trazer benefícios para a saúde, a atividade física pode ser moderada ou vigorosa, mas deve ser realizada por pelo menos 10 minutos seguidos. Uma forma de medir o nível de atividade física é pelo aumento na respiração e batimentos cardíacos.

Para responder as perguntas deste módulo, é muito importante que o informante perceba a diferença entre atividade física e exercício, que leve em consideração todas as atividades realizadas em uma semana habitual (comum, típica) e compreenda que só estamos interessados naquelas atividades que ele realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez. Para isso, o entrevistador deverá ler pausadamente a introdução em negrito, que antecede as perguntas, se certificando que o informante entendeu.

SEMANA HABITUAL:

Consideramos SEMANA HABITUAL uma semana de 7 dias (de Domingo a Sábado), que seja considerada de rotina. Não deve ser considerada uma semana atípica, como por exemplo, semana de carnaval, ou feriados, em que o tipo de atividade física do informante pode ser diferente do usual.

Exemplo:

TRABALHO

Em quantos dias e qual o tempo (Horas/Minutos) durante uma semana NORMAL o Sr/vc realiza atividades VIGOROSAS como: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas como parte do seu **trabalho remunerado ou voluntário**, por **pelo menos 10min contínuos**?

Nesta pergunta queremos saber o número de dias, e o tempo em uma semana comum, em que o informante realiza atividades vigorosas para o trabalho.

Enfim, deve-se incluir atividades realizadas por qualquer motivo no trabalho desde que tenha sido feita por pelo menos 10 minutos seguidos.

Ex: Se todos os dias a pessoa realiza atividades vigorosas, mas isso leva apenas 5 minutos, não deve ser considerado, mesmo que ela utilize 5 minutos para cortar a grama e depois corte lenha por mais 5 minutos, porque não faz 10 minutos seguidos. Por outro lado, uma pessoa que gaste 15min para cortar lenha, durante a execução pare para pegar alguma ferramenta, deve ser considerado, pois esse período em que esteve parado, não é suficiente para o coração voltar a bater no ritmo normal.

TRANSPORTE

Registre com um dígito, o número de dias na semana em que a pessoa caminha por pelo menos 10 minutos contínuos como forma de transporte, para ir de um lugar para outro, por lazer ou como forma de exercício.

Caso a pessoa não caminhe ou caminhe com frequência menor que 1 vez por semana, coloque 0.

Caso a pessoa não queira ou não saiba responder, coloque NS ou NR, passando para o próximo quesito seguindo a orientação do questionário.

Atenção:

A finalidade do quesito não é a de registrar o somatório de tempos de todos os dias que a pessoa caminha e sim o tempo médio que caminha nos dias em que caminha.

Veja os exemplos abaixo:

Informante gasta, em média 45 minutos: | 0 |:| 4 | 5 | Horas e minutos por dia

Informante gasta, em média 1 hora:

| 1 |:| 0 | 0 | Horas e minutos por dia

Informante gasta, em média, 1 hora e 30 minutos: | 1 |:| 3 | 0 | Horas e minutos por dia

A maioria das pessoas enfrenta problemas para lembrar quando respondem esta pergunta. Este problema é inerente a maioria dos questionários de atividade física que utilizam perguntas com recordatório. Recordar é um dos aspectos cognitivos que podem influenciar o desempenho dos entrevistados em questionários.

Informações podem ser recuperadas da memória como eventos pontuais ou em esquemas (ex. as generalizações). Eventos pontuais são armazenados como informações mais detalhadas, enquanto os esquemas são mais genéricos e armazenados com menor ou mesmo inexistentes detalhes.

Isto pode explicar porque é mais difícil para as pessoas fornecerem informações precisas sobre as caminhadas como meio de transporte do que as caminhadas de lazer.

Antes de passar para as próximas perguntas, é importante ler para o entrevistado a definição de atividade física moderada e vigorosa. Ao ler essa definição, é importante enfatizar a diferença entre os dois tipos de atividade.

ATIVIDADES MODERADAS são aquelas que precisam de ALGUM esforço físico, fazem o SR/VC respirar UM POUCO mais forte do que o normal e o coração bater UM POUCO mais rápido.

ATIVIDADES VIGOROSAS são aquelas que precisam de um GRANDE esforço físico, fazem o SR/VC respirar MUITO mais forte do que o normal e o coração bater MUITO mais rápido.

Deve-se levar em consideração cada domínio específico (Vide Questionário) da Atividade Física. Vale ressaltar que o entrevistador deve conhecer o teor do questionário antes de aplicá-lo.

PREZADO ENTREVISTADOR:

Caso seja necessário cite os exemplos. Alguns exemplos de atividade vigorosa são: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados na casa, no quintal, carregar grandes pesos ou trabalhos como usar enxada, britadeira, marreta etc.



CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este pequeno manual é parte integrante da ação de vigilância à saúde do idoso, proposta pelo Projeto de Pesquisa Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos residentes em município de pequeno porte, organizado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde em parceria com o Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz e Prefeitura Municipal de Aiquara-BA, e visa minimizar possíveis dúvidas e/ou condutas dos entrevistadores na primeira fase do projeto.

Contudo, fica a recomendação da utilização fiel desse material de apoio, desde a obtenção do entendimento, quanto à aplicação das orientações, no intuito de uniformizar as ações da coleta de dados.

Vamos ao trabalho!

Atenciosamente,

Paulo da Fonseca Valença Neto

Pesquisador Responsável

MOMENTO DE REFLEXÃO

“Eu creio em mim mesmo. Creio nos que trabalham comigo, creio nos meus amigos e creio na minha família. Creio que Deus me emprestará tudo que necessito para triunfar, contanto que eu me esforce para alcançar com meios lícitos e honestos. Creio nas orações e nunca fecharei meus olhos para dormir, sem pedir antes a devida orientação a fim de ser paciente com os outros e tolerante com os que não acreditam no que eu acredito. Creio que o triunfo é resultado de esforço inteligente, que não depende da sorte, da magia, de amigos, companheiros duvidosos ou de meu superior. Creio que tirarei da vida exatamente o que nela colocar. Serei cauteloso quando tratar os outros, como quero que eles sejam comigo. Não caluniarei aqueles que não gosto. Não diminuirei meu trabalho por ver que os outros o fazem. Prestarei o melhor serviço de que sou capaz, porque jurei a mim mesmo triunfar na vida, e sei que o triunfo é sempre resultado do esforço consciente e eficaz. Finalmente, perdoarei os que me ofendem, porque compreendo que às vezes ofendo os outros e necessito de perdão.”

(Mahatma Gandhi)

REALIZAÇÃO



APOIO



Prefeitura Municipal de Aiquara-BA
Governo Aiquara no caminho certo

Secretaria Municipal de Saúde Secretaria Municipal de Assistência Social

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
Endereço: UESB – Campus de Jequié – Rua José Moreira Sobrinho, S/N
Jequiezinho – CEP 45.206-198, Telefone: (73) 3528-9738

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DA COLETADA DE DADOS

PROJETO

CONDIÇÕES DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DE
IDOSOS RESIDENTES EM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE.



AIQUARA - BA

2013

Número do Questionário: _____

Entrevistador: _____

Nome do Entrevistado: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

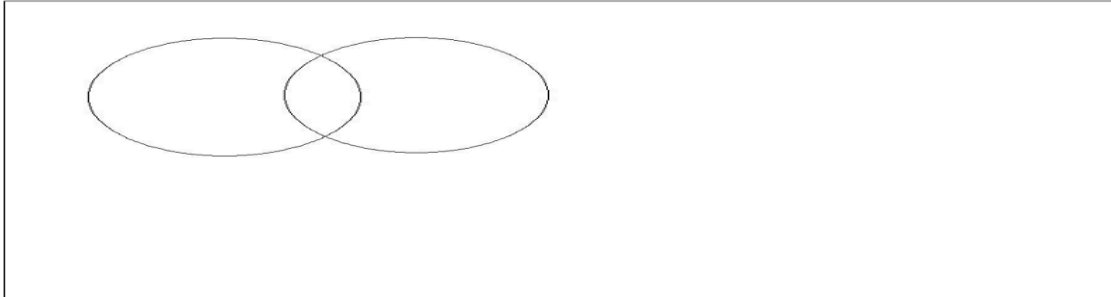
I - AVALIAÇÃO COGNITIVA

Neste estudo estamos investigando como o(a) Sr(a) se sente a respeito de alguns problemas de saúde. Gostaríamos de começar com algumas perguntas sobre sua memória.

1. Como o(a) Sr(a) avalia sua memória atualmente? (leia as opções)			
(1) Excelente	(2) Muito boa	(3) Boa	(4) Regular (5) Má (8) NS (9) NR
2. Comparando com um ano atrás, o(a) Sr.(a) diria que agora sua memória é melhor, igual ou pior?			
(1) Melhor	(2) Igual	(3) Pior	(8) NS (9) NR
3. Por favor, me diga a data de hoje (Pergunte mês, dia, ano, e dia da semana. Anote um ponto em cada resposta correta).			
Códigos:			
01	Dia do mês	_ _ _	() 1- Correto 0- Incorreto
02	Mês	_ _ _	() 1- Correto 0- Incorreto
03	Ano	_ _ _	() 1- Correto 0- Incorreto
04	Dia da semana	_ _ _	() 1- Correto 0- Incorreto
			TOTAL()

8. Por favor, copie este desenho. Entregue ao entrevistado o desenho com os círculos que se cruzam.

A ação está correta se os círculos não se cruzam mais do que a metade. Anote um ponto se o desenho estiver correto.



Correto: () Total: ()

9. NÃO LER! FILTRO- Some as respostas corretas anotadas nas perguntas 3 a 8 e anote o total (a pontuação máxima é 19)

- (1) a soma é 13 ou mais.
 (2) a soma é 12 ou menos.

10. Alguma outra pessoa que mora nesta casa poderia ajudar-nos a responder algumas perguntas?

- (1) **SIM** (anote o nome do informante e aplique a escala abaixo)
 (2) **NÃO** (avale com o supervisor se a entrevista pode continuar só com a pessoa entrevistada)

Mostre ao informante a seguinte cartela com as opções e leia as perguntas. Anote a

pontuação como segue:

- (0) Sim, é capaz
 (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz
 (1) Nunca fez e teria dificuldade agora
 (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz

11. (NOME) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro? ()

12. (NOME) é capaz de fazer compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)? ()

13. (NOME) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo? ()

14. (NOME) é capaz de preparar comida? ()

15. (NOME) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança? ()

16. (NOME) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal? ()

17. (NOME) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
()

18. (NOME) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos? ()

19. Some os pontos das perguntas de 10 a 18 e anote no "TOTAL". Total: ()

(1) A soma é 6 ou mais (continue a entrevista com ajuda do informante substituto e revise a Seção.

(2) A soma é 5 ou menos (continue a entrevista com o entrevistado. Caso a pessoa necessite de ajuda para responder algumas perguntas, continue com um informante auxiliar)

II- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: 0 () Feminino 1 () Masculino

2. Idade: ____ anos

2.1. Data de Nasc. ____/____/____ **2.2 Naturalidade** _____

3. Situação conjugal atual:

1 () Casado(a) 2 () União estável 3 () Solteiro/a

4 () Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 5 () Viúvo/a

4. No total, quantas vezes, o (a) Sr.(a) esteve casado(a) ou em união?

Nº de vezes |__|__|

5. Na escola, qual a última série /grau que concluiu com aprovação?

1 () Nunca foi à escola 4 Fundamental II () 5^a () 6^a () 7^a () 8^a

2 () Lê e escreve o nome 5 Ensino Médio () 1^a () 2^a () 3

3 Fundamental I () 1^a () 2^a () 3^a () 4^a 6 Superior () completo () incompleto

6. Como você classificaria a cor da sua pele?

1() Branca 2() Amarela (oriental) 3() Parda 4() Origem indígena 5() Preta

9() Não sabe

6.1 Classificação Racial

1() Branco 2() Negro 3() Mulato claro 4() Mulato médio 5() Mulato escuro

7. Cor da pele (entrevistador):

1() branca 2() amarela (oriental) 3() parda 4() origem indígena 5() preta

8. Quantas gestações a senhora teve?

Número de filhos: |__|__| 8() NS 9() NR

9. Atualmente o senhor (a) mora sozinho ou acompanhado?

1() Acompanhado 2() Sozinho 8() NS 9() NR

16. Que tipo de seguro de saúde o(a) Sr(a) tem? (Assinale todas as respostas mencionadas)

1() Plano de saúde 2() Seguro público (SUS) 3() Outro: _____
4() Nenhum 8() NS 9() NR

17. O(a) Sr(a) tem dificuldade para acessar/usar os serviços de saúde quando necessário?

1() Sim 2() Não 8() NS 9() NR

17.1. Se SIM na questão anterior, Qual o(s) motivo?

1() Falta de recursos financeiros 2() Falta de transporte 3() Não tem companhia
4() Não consegue se locomover 5() Os serviços são ruins 6() Barreiras de
estruturafísica/ambiental 7() Distância 10()
Outro: _____
8() NS 9() NR

18. Quantas vezes, nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a) procurou consulta/atendimento de saúde?

_____ VEZES 8() NS 9() NR

19. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes diferentes esteve internado, PELO MENOS POR UMANOITE (Incluindo em casa de repouso)?

_____ VEZES 00() NENHUMA VEZ 8() NS 9() NR

19.1. Quais dessas causas de internações foram por motivos medicamentosos?

_____ VEZES 00() NENHUMA VEZ 8() NS 9() NR

IV- CONDIÇÕES DE SAÚDE

20. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, regular ou má?

1() Excelente 2() Muito boa 3() Regular 4() Má 8() NS 9() NR

21. Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, o(a) Sr(a) diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava?

1() Melhor 2() Igual 3() Pior 8() NS 9() NR

22. Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0 () Presente	1 () Ausente	Distúrbio do sono	0 () Presente	1 () Ausente
Colesterol alto	0 () Presente	1 () Ausente	Hanseníase	0 () Presente	1 () Ausente
Parkinson	0 () Presente	1 () Ausente	Tuberculose	0 () Presente	1 () Ausente
Pressão alta	0 () Presente	1 () Ausente	Artrite/Artrose	0 () Presente	1 () Ausente
Doença renal crônica	0 () Presente	1 () Ausente	Reumatismo	0 () Presente	1 () Ausente
Câncer	0 () Presente	1 () Ausente	Dores de coluna	0 () Presente	1 () Ausente
IAM	0 () Presente	1 () Ausente	Doença Alzheimer	0 () Presente	1 () Ausente
Doença da tireóide	0 () Presente	1 () Ausente	Catarata	0 () Presente	1 () Ausente
Malária	0 () Presente	1 () Ausente	Histórico de queda	0 () Presente	1 () Ausente
Paratuberculose	0 () Presente	1 () Ausente	Incontinência urinária	0 () Presente	1 () Ausente
Insuficiência cardíaca	0 () Presente	1 () Ausente	AVC	0 () Presente	1 () Ausente
Angina	0 () Presente	1 () Ausente			
Outras					

23.(Caso assinale na questão anterior que tem pressão alta) Para a pressão sanguínea, o senhor(a) faz uso de alguma medicação, tratamento atual?

1() Sim 2() Não 8() NS 9()NR

24. (Caso assinale na questão anterior que tem pressão alta) Para baixar sua pressão sanguínea, durante os últimos doze meses, fez exercícios/atividade física?

1() Sim 2() Não 8() NS 9()NR

25. (Se NÃO na questão anterior) Por que não faz?

1() Nunca fui orientado 2() Foi orientado mas não gosta 3() Foi orientado mas não consegue

4() Foi orientado mas não acha necessário 5() Foi orientado mas não faz porque não tem companhia

8() NS 9()NR

26. Teve algum episódio de queda nos últimos 12 meses?

1() Sim 2() Não 8() NS 9()NR

27. (Se Sim) Quantas vezes caiu nos últimos 12 meses?

1() Uma vez 2() Duas vezes 3() Três vezes ou mais 8() NS 9()NR

28. Por causa dessa(s) queda(s) o senhor(a) precisou de atendimento médico?

1() Sim 2() Não 8() NS 9() NR

22. Seu pai, mãe ou filho (parente de 1º grau) tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0 () Sim	1 () Não	Sobrepeso/obesidade	0 () Sim	1 () Não
Pressão alta	0 () Sim	1 () Não	Gordura alta no sangue. Qual? ____	0 () Sim	1 () Não
Histórico de queda	0 () Sim	1 () Não	Infarto/angina	0 () Sim	1 () Não
Insuficiência cardíaca	0 () Sim	1 () Não	Acidente Cerebrovascular	0 () Sim	1 () Não
Já realizou angioplastia	0 () Sim	1 () Não	Já realizou ponte de safena/colocou stent	0 () Sim	1 () Não
Outras:					

23. Seu neto(a), irmão(a) (parente de 2º grau) tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0 () Sim	1 () Não	Sobrepeso/obesidade	0 () Sim	1 () Não
Pressão alta	0 () Sim	1 () Não	Gordura alta no sangue. Qual? _____	0 () Sim	1 () Não
Histórico de queda	0 () Sim	1 () Não	Infarto/angina	0 () Sim	1 () Não
Insuficiência cardíaca	0 () Sim	1 () Não	AVC – Acidente Cerebrovascular	0 () Sim	1 () Não
Já realizou angioplastia	0 () Sim	1 () Não	Já realizou ponte de safena/colocou stent	0 () Sim	1 () Não
Outras:					

X - MEDICAÇÕES UTILIZADAS

59- Gostaria de tomar nota dos remédios que o(a) sr(a) está tomando ou usando atualmente. Peça a receita médica (se houver). Se não, pergunte sobre cada medicamento mostrado ou referido da mesma forma. (lembrar de tudo que pode ser medicamento, porém só serão incluídos os alopáticos)

1. O(a) Sr(a) poderia me mostrar os remédios que atualmente está usando ou tomando?

(Solicitar receita e medicamentos)

1. () Sim
2. () Não
3. () Entrevistado não toma medicamentos (Ir para Q. 3)

2.O(a) Sr(a) poderia me dizer o nome dos remédios que está usando ou tomando?

(Anotar todos os remédios mostrados ou referidos)

1. MEDICAMENT O	RESPONSABILIDAD E Quem receitou/indicou?	TEMPO Há quanto tempo usa, de maneira contínua?	COMO TOMA Nº vezes/dia	MODO DE OBTENÇÃO Como obteve esse medicament o?
----- ----- ----- ----- (Nome comercial, princípio ativo, apresentação e concentração)	Médico.....(1) Dentista.....(2) Farmacêutico.....(3) Enfermeiro(a).....(4) Balconista da farmácia....(5) O(a) Sr,(a) mesmo....(6) Outro.....(7) (especificar) (8) NS (9) NR	Dias [_ / _] Semana[_ / _ _] Meses [_ / _] Anos[_ / _] Não toma de maneira contínua...(10) (8) NS (9) NR Horário Há a necessidad e de dividir? (1)Sim (2)Não	Sistema público (SUS)..... ...(1) Assistência ao servidor público (Municipal, Estadual, Federal/Milita r)...(2) Plano de Saúde(3) Do próprio bolso..... ...(4) Outro..... ..(5) (especificar)
Tem receita? (1) Sim (2) Não			Toma conforme foi prescrito na receita? (1)Sim (2)Não	
Porque usou? (1) Diabetes (2) Pressão alta (3)Insuficiência cardíaca (4) Infarto/angina (5) AVC (6) Dores de coluna (7) Doença articular ()Outro:	Houve orientação sobre o medicamento e como usar? (1) Sim (2) Não	(mês/ano) Data de validade (1) Ilegível (2) Não tem embalagem	Se NÃO, toma: () a mais () a menos	
	Foi de receita antiga? (Se for de uso contínuo a validade é de 4 meses) (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR		É de venda livre? (entrevistad or observe na caixa) (1)Sim (2)Não (8) NS	

CARACTERÍSTICAS DO SONO

1. Queixas de sono	0 () Não	1 () Sim
2. Sono não restaurador	0 () Não	1 () Sim
3. Uso de remédios para dormir	0 () Não	1 () Sim
4. Despertar precoce	0 () Não	1 () Sim
5. Dificuldade para manter o sono	0 () Não	1 () Sim
6. Dificuldade para adormecer	0 () Não	1 () Sim
7. Cochilo diurno	0 () Ausente ou menor que 90 min.	1 () Maior ou igual a 90min.

FUNCIONALIDADE

20. Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz)

Área de funcionamento	Independente/ Dependente
<p>Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)</p> <p>() não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)</p> <p>() recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)</p> <p>() recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</p> <p>() pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda</p> <p>() pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos</p> <p>() recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p>	<p>(I)</p> <p>(I)</p> <p>(D)</p>
<p>Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</p> <p>() vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)</p> <p>() recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite</p> <p>() não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	<p>(I)</p> <p>(D)</p> <p>(D)</p>

Transferência <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda <input type="checkbox"/> não sai da cama	 (I) (D) (D)
Continência <input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e a evacuação <input type="checkbox"/> tem “acidentes” ocasionais <input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	 (I) (D) (D)
Alimentação <input type="checkbox"/> alimenta-se sem ajuda <input type="checkbox"/> alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão <input type="checkbox"/> recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos	 (I) (I) (D)
Total	_____ pontos
<input type="checkbox"/> Independência para 6 funções (6I) <input type="checkbox"/> Independência para as 5 funções e dependência para 1 funções (5I e 1D) <input type="checkbox"/> Independência para as 4 funções e dependência para 2 funções (4I e 2D) <input type="checkbox"/> Independência para as 3 funções e dependência para 3 funções (3I e 2D) <input type="checkbox"/> Independência para as 2 funções e dependência para 4 funções (2I e 4D) <input type="checkbox"/> Independência para as 1 funções e dependência para 5 funções (1I e 5D) <input type="checkbox"/> Dependência para as 6 funções (6D)	

21. Escala de Independência em Atividades Instrumentais da Vida Diária (Escala de Lawton) Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para ao acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3

2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	1 2 3
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	1 2 3
4	O(a) Sr(a) consegue preparar as suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	1 2 3
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	1 2 3
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	1 2 3
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	1 2 3
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	1 2 3
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	1 2 3
Total		_____ pontos	
Classificação		<input type="checkbox"/> Independência total - 9 pontos <input type="checkbox"/> Dependente parcial >9 e <27 <input type="checkbox"/> Dependência total - 27 pontos	

QUALIDADE DE VIDA

40 - WHOQOL - ABREVIADO (BREF)

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as

alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

EXEMPLO:

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre O QUANTO você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
3 (F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre QUÃO COMPLETAMENTE você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

11 (F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **QUÃO BEM OU SATISFEITO** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenha	1	2	3	4	5

	r as atividades do seu dia-a-dia?					
18 (F12.4)	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24 (F19.3)	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **COM QUE FREQUÊNCIA** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

41 - WHOQOL-OLD

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

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.

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

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quanto preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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.

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?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
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.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de

atividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito Infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito Feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
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.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS-15

42. Responda SIM ou NÃO ao que tem sentido na ÚLTIMA SEMANA até HOJE.

1. Está satisfeito (a) com sua vida?	Não(1)	Sim(0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	Não(0)	Sim(1)
3. Sente que a vida está vazia?	Não(0)	Sim(1)
4. Aborrece-se com frequência?	Não(0)	Sim(1)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	Não(1)	Sim(0)
6. Tem medo que algo ruim possa lhe acontecer?	Não(0)	Sim(1)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Não(1)	Sim(0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)?	Não(0)	Sim(1)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Não(0)	Sim(1)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	Não(0)	Sim(1)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Não(1)	Sim(0)
12. Vale a pena viver como vive agora?	Não(1)	Sim(0)
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Não(1)	Sim(0)
14. Sente-se sem esperança?	Não(0)	Sim(1)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor que o (a) Sr (a)?	Não(0)	Sim(1)

Total:

Avaliação: 0 – 5: sim sintomas de depressão; 6 – 10: sintomatologia depressiva ligeira; 11 – 15: sintomatologia depressiva grave

1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 14, 15

1 ponto para as respostas NÃO nas questões: 1, 5, 7, 11, 12, 13

SELF-REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ-20

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você acha que a questão se aplica a você e você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica à você e você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder uma questão, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

1. Tem dores de cabeça frequentemente?	Não(0)	Sim(1)
2. Tem falta de apetite?	Não(0)	Sim(1)
3. Dorme mal?	Não(0)	Sim(1)
4. Assusta-se com facilidade?	Não(0)	Sim(1)
5. Tem tremores nas mãos?	Não(0)	Sim(1)
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	Não(0)	Sim(1)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Não(0)	Sim(1)
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	Não(0)	Sim(1)
9. Tem se sentido triste ultimamente?	Não(0)	Sim(1)
10. Tem chorado mais do que de costume?	Não(0)	Sim(1)
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	Não(0)	Sim(1)
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	Não(0)	Sim(1)
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	Não(0)	Sim(1)
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Não(0)	Sim(1)
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	Não(0)	Sim(1)
16. Você se sente pessoa inútil em sua vida?	Não(0)	Sim(1)
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	Não(0)	Sim(1)
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	Não(0)	Sim(1)
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	Não(0)	Sim(1)
20. Você se cansa com facilidade?	Não(0)	Sim(1)

Total:

V- ESTILO DE VIDA

USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

29. Você consome bebidas alcoólicas? 0 () sim 1 () não
30. Você consumiu bebidas alcoólicas no último ano (12 meses)? 0 () sim 1 () não
31. Você consumiu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias? 0 () sim 1 () não

HÁBITO DE FUMAR

32. Você já foi fumante? 0 () sim 1 () não
33. Você fuma atualmente? 0 () sim 1 () não
34. Você fumou no último ano (12 meses)? 0 () sim 1 () não
35. Você fumou nos últimos 30 dias? 0 () sim 1 () não
36. Quantos cigarros você fuma por dia? _____ cigarros
37. Há quanto tempo você fuma? _____ anos _____ meses _____ dias

38- QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA- IPAQ

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **normal/habitual**.

Para responder as questões lembre-se que:

- **Atividades físicas vigorosas** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **muito** mais forte que o normal.
- **Atividades físicas moderadas** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **um pouco** mais forte que o normal.
- **Atividades físicas leves** são aquelas que o esforço físico é normal, fazendo com que a respiração seja normal.

DOMÍNIO 1 – ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO:

Este domínio inclui as atividades que você faz no seu trabalho remunerado ou voluntário, e as atividades na universidade, faculdade ou escola (trabalho intelectual). Não incluir tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas no domínio 3.

1a. Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho fora de sua casa?

() Sim () Não – **Caso você responda não. Vá para o Domínio 2: Transporte**

As próximas questões relacionam-se com toda a atividade física que você faz em uma semana **normal/habitual**, como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário. **NÃO INCLUA** o transporte para o trabalho. Pense apenas naquelas atividades que durem **pelo menos 10 minutos contínuos** dentro de seu trabalho:

1b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **VIGOROSAS** como: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário**, por **pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para a questão 1c.**

Dia da Sem./Turno		2ª feira	3ª feira	4ª. feira	5ª. feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

1c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **MODERADAS** como: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário, por pelo menos 10MINUTOS CONTÍNUOS**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para a questão 1d.**

Dia da Sem./Turno		2 ^a feira	3 ^a feira	4 ^a feira	5 ^a feira	6 ^a feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

1d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **CAMINHA, NO SEU TRABALHO remunerado ou voluntário por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS**? Por favor, **não inclua** o caminhar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que você é voluntário.

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o Domínio 2 - Transporte.**

Dia da Sem./Turno		2 ^a .feira	3 ^a feira	4 ^a feira	5 ^a feira	6 ^a feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 2 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE:

Estas questões se referem à forma normal como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, trabalho, cinema, lojas e outros.

2a. Quantos dias e qual tempo (horas e minutos) durante **uma semana normal** você **ANDA DE ÔNIBUS E CARRO/MOTO?**

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para a questão 2b.**

Dia da Sem./Turno		2 ^a feira	3 ^a feira	4 ^a feira	5 ^a feira	6 ^a feira	Sábado	Domingo
	Manhã							

Tempo Horas/min.	Tarde							
	Noite							

Agora pense em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **ANDA DE BICICLETA** para ir de um lugar para outro por **peelo menos 10 minutos contínuos**? (Não inclua pedalar por lazer ou exercício).

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para a questão**

2c.

Dia da Sem./Turno		2 ^a feira	3 ^a feira	4 ^a feira	5 ^a feira	6 ^a feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min. n.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

2c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana **normal** você **CAMINHA** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por **peelo menos 10 minutos contínuos** (**NÃO INCLUA as Caminhadas por Lazer ou Exercício Físico**).

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o Domínio**

3.

Dia da Sem./Turno		2 ^a feira	3 ^a feira	4 ^a feira	5 ^a feira	6 ^a feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA OU APARTAMENTO: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **normal/habitual** dentro e ao redor da sua casa ou apartamento. Por exemplo: trabalho doméstico, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa e para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas com duração **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades físicas **VIGOROSAS AO REDOR DE SUA CASA OU APARTAMENTO (QUINTAL OU JARDIM)** como: carpir, cortar lenha, serrar madeira, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama por **pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para a questão**

3b.

Dias da sem./Turno		2ª- feira	3ª- feira	4ª- feira	5ª- feira	6ª- feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

3b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades físicas **MODERADAS AO REDOR DE SUA CASA OU APARTAMENTO (QUINTAL OU JARDIM)** como: levantar pequenos objetos, limpar a garagem, serviço de jardinagem em geral, por **pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para a questão**

3c.

Dias da sem./Turno		2ª- feira	3ª- feira	4ª- feira	5ª- feira	6ª- feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

3c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades **MODERADAS DENTRO da sua casa ou apartamento** como: carregar pesos leves, limpar vidros e/ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro e o chão por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o domínio**

4.

Dias da sem./Turno		2ª- feira	3ª- feira	4ª- feira	5ª- feira	6ª- feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

**DOMÍNIO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE,
EXERCÍCIO E DE LAZER.**

Este domínio se refere às atividades físicas que você faz em sua semana **normal/habitual** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **não inclua atividades que você já tenha citado**.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha dito anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas/minutos) durante uma semana normal você **CAMINHA (exercício físico)** no seu tempo livre por **PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o domínio 4b.**

Dias da sem./Turno		2 ^a - feira	3 ^a - feira	4 ^a - feira	5 ^a - feira	6 ^a - feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

4b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **VIGOROSAS** no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, musculação, canoagem, remo, enfim esportes em geral por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o domínio 4c.**

Dias da sem./Turno		2 ^a - feira	3 ^a - feira	4 ^a - feira	5 ^a - feira	6 ^a - feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

4c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **MODERADAS** no seu tempo livre como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade, dançar...por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o domínio 5.**

Dias da sem./Turno		2 ^a - feira	3 ^a - feira	4 ^a - feira	5 ^a - feira	6 ^a - feira	Sábado	Domingo

Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 5 – TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em diferentes locais como por exemplo: em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e outros. Isso inclui o tempo sentado, enquanto descansa, assiste televisão, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas e realiza as refeições. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, carro, trem e metrô.

5a. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de semana normal?**

UM DIA _____ horas e _____ minutos.

Dia de Semana Um dia	Tempo horas/min.		
	Manhã	Tarde	Noite

5b. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de final de semana normal?**

UM DIA _____ horas e _____ minutos.

Final de Semana Um dia	Tempo horas/min.		
	Manhã	Tarde	Noite

ALIMENTAÇÃO

Agora gostaria que o(a) senhor(a) me respondesse o que comeu nas últimas 24 horas?

1º) Avaliação da pressão arterial e frequência cardíaca

Pressão Arterial (1)	Pressão Arterial (2)	Pressão Arterial (3)	Média PA	PAS braço direito	PAS braço esquerdo	Maior PAS em MMSS
----------------------	----------------------	----------------------	----------	-------------------	--------------------	-------------------

--	--	--	--	--	--	--

FC:

2º) Avaliação antropométrica

MEDIDA	01	02	03	COMENTÁRIO
Estatuta				
Massa corporal				
Circunferência do pescoço				
Circunferência de cintura				
Circunferência de abdômen				
Circunferência de quadril				
Circunferência do braço				
DC tricipital				
DC bicipital				
DC abdominal				
DC coxa				
DC panturrilha				
DC subescapular				
DC supra-íliaca				
Força de preensão manual				

3º) Avaliação dos testes de desempenho

MEDIDA	01	02	03	COMENTÁRIO
Teste sentar e alcançar				
Teste de mãos nas costas				
Teste de sentar e levantar da cadeira (30 s)				
Teste de flexão de cotovelo (30 s)				
Teste de marcha estacionária (2 min)				
Teste de ir e vir (2,44m)				

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde e Estilo de Vida de Idosos.

Pesquisador: Paulo da Fonseca Valença Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10786212.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 171.464

Data da Relatoria: 17/12/2012

Apresentação do Projeto:

Resumo

O envelhecimento é um processo natural que ocorre na evolução humana, caracterizando-se por uma série de mudanças ajustadas geneticamente para cada indivíduo que se traduz na diminuição da capacidade funcional e qualidade de vida, além do aumento da vulnerabilidade. Devido ao crescimento deste grupo etário da população, muitos estudos têm surgido relacionados ao tema, porém poucos foram direcionados para o entendimento de populações idosas com baixo nível socioeconômico e que residem em cidades de pequeno porte. O objetivo deste estudo

é avaliar as condições de saúde e estilo de vida de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara, Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional. A população do estudo será constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos e residentes na área urbana e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de Aiquara-BA. Para a coleta de dados será utilizado instrumento padronizado incluindo questões sobre características sociodemográficas, estilo de vida e condições de saúde. Os dados serão tabulados com o auxílio do programa EPIDATA e analisados por meio dos programas SPSS 9.0 e MedCalc 12.3. Para escolha da análise estatística apropriada serão observadas as seguintes características: natureza dos dados, normalidade e distribuição dos dados, escalas de medidas e linearidade. Em todas as análises será utilizado o nível de significância $p = 5\%$. Os aspectos éticos deste estudo estão pautados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo possibilitará o reconhecimento das condições de saúde e estilo de vida da população em questão. A delimitação da população se dará através das seguintes normativas: Indivíduos com 60 anos ou mais; ambos os sexos; não institucionalizados; cadastrados na ESF do município; residentes na zona urbana. Como critério de exclusão, possuir baixo déficit cognitivo, o qual será avaliado através do Mini Exame do Estado Mental (MMSE). Serão utilizados 351 sujeitos como amostra da população sob investigação.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

-Avaliar as condições de saúde e estilo de vida de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara, Bahia.

Secundários:

- Descrever as características sociodemográficas dos idosos do município de Aiquara-BA;
- Estimar as condições de saúde (níveis glicêmicos; colesterol; morbidades; função física) dos idosos residentes na referida cidade;
- Verificar o estilo de vida (uso do álcool; uso do tabaco; atividade física; estado nutricional, saúde mental) dos idosos da referida cidade;
- Analisar os fatores associados às condições de saúde e estilo de vida dos idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores informam os desconfortos possíveis, inerentes à pesquisa com seres humanos, inclusive da coleta de sangue, conforme orienta a Res. 196/96. Além disso, esclarece como serão divididas as etapas de coleta dos dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O autor do projeto propõe um estudo do processo de envelhecimento humano, suas características, peculiaridades e seus reflexos na qualidade de vida dos idosos e no quadro socioeconômico de população de uma zona urbana do interior da Bahia. Conforme os autores: "Tem-se então que o aumento do contingente de idosos atrelados ao processo natural de envelhecimento pode repercutir num expressivo impacto na saúde pública, ocasionado pelo aumento da demanda de serviços de atenção à saúde dessa população, além disso, pode representar um grave problema para a sociedade, caso esse acréscimo da expectativa de vida não

seja vivido em condições de saúde ideais. A ampliação significativa da longevidade aponta para a necessidade de se compreender a senilidade e suas consequências (JUNQUEIRA, 1998). Não basta apenas adicionar anos a vida, faz-se necessário o envelhecimento de maneira saudável. "Ao viver longo, de dimensão cronológica, adicionam-se valores de dimensões moral, psicológica, filosófica, assentadas no espaço sócio-econômico - Qualidade de vida. Na metodologia o autor informa que o estudo é caracterizado como "epidemiológico, transversal, censitário, de base domiciliar e visa investigar as condições de saúde e estilo de vida de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara-BA." O autor demonstrou, na elaboração do projeto, cuidado com os aspectos metodológicos, observando criteriosamente os pressupostos estatísticos, a natureza dos dados, o instrumento de coleta de dados e os procedimentos para tratamento dos dados e a finalização inferencial. A execução e consecução do trabalho está prevista para aproximadamente um ano.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários à apreciação do projeto foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n CEP: 45.206-510
Bairro: Jequiezinho
UF: BA
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado pelo CEP/UESB.

Jequié, 13 de dezembro de 2012

Assinador por:

Ana Angélica Leal Barbosa (Coordenadora)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n **CEP:** 45.206-510
Bairro: Jequiezinho
UF: BA
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683