



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2014

**Sara Rita Pereira
Marques**

**IMAGEM CORPORAL E ESTADO NUTRICIONAL
DE PESSOAS IDOSAS**

**BODY IMAGE AND NUTRITIONAL STATUS OF
OLDER PEOPLE**



**Sara Rita Pereira
Marques**

**IMAGEM CORPORAL E ESTADO NUTRICIONAL
DE PESSOAS IDOSAS**

**BODY IMAGE AND NUTRITIONAL STATUS OF
OLDER PEOPLE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, e a coorientação da Doutora Ana Maria Timóteo Félix, Professora Auxiliar Convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo incentivo constante
e o seu abraço sempre presente.

O júri

Presidente

Professora Doutora Daniela Maria Pias Figueiredo
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente Principal

Professora Doutora Maria Margarida da Fonseca e Castro Cardoso
Professora Auxiliar do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Vogal

Professora Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão
(Orientadora)
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Piedade Brandão, por ter aceite o desafio de me orientar neste estudo, pelo rigor e partilha de saberes, bem como o carinho com que me acolheu e incentivou.

À Professora Doutora Ana Félix, agradeço as suas considerações, incentivo e boa disposição ao longo do desenvolvimento do estudo.

A todos os técnicos das unidades de saúde onde estive na recolha de dados, pela disponibilidade, prontidão e ajuda.

Agradeço às pessoas idosas que aceitaram participar no estudo, e que de forma tão carinhosa me acolheram e partilharam comigo as suas experiências.

Ao Professor Gonçalo Santinha, o meu agradecimento pelo incentivo constante em explorar novas áreas de conhecimento, e pela sua amizade.

Aos meus amigos, agradeço a paciência, a dedicação e o carinho que têm para comigo, especialmente durante o processo de elaboração deste estudo. Carolina, Carlinha, Catarina, Dora, Joana, João, Natália e Paulo, sempre grata pela vossa amizade e por colorirem os meus dias.

Ao Rui, agradeço o apoio incondicional, por acreditar em mim e renovar a cada dia as minhas forças com a sua enorme afetividade.

À minha irmã, agradeço o amor e cuidado que sempre tem para comigo, e por me acalentar o sonho.

Aos meus pais, as palavras serão sempre poucas para agradecer o que são para mim. Obrigada por alargarem as minhas asas e serem o meu maior exemplo.

Ao Henrique, que me fez partir nesta aventura, mudar a direção da rota e sorrir...

palavras-chave

resumo

Imagem corporal, estado nutricional, cuidados de saúde primários

Introdução e objetivo: A Organização Mundial de Saúde (2014), refere que as alterações na dieta têm fortes implicações na saúde ao longo da vida, condicionando o desenvolvimento de doenças crónicas. Nas pessoas idosas, estados desequilibrados de nutrição provocam ou agravam estados de fraqueza e/ou independência e contribuem para o desenvolvimento de estados de morbilidade e de desnutrição. Vários autores referem ainda que outros fatores, nomeadamente a relevância que as pessoas dão sua aparência, tem implicações a nível interno e de comportamentos, nomeadamente insatisfação corporal e distúrbios alimentares. O objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência da satisfação/apreciação com a imagem corporal e a sua associação com o estado nutricional e fatores sociodemográficos, na população idosa, beneficiária do Serviço Nacional de Saúde e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do concelho de Aveiro.

Metodologia: Estudo transversal, com uma amostra não aleatória de conveniência. A amostra tem em conta a estratificação ponderada pela dimensão proporcional de pessoas com 65 ou mais anos inscritas em cada 5/6 das instituições dos CSP sendo constituída por 150 participantes, 84 (56%) do género feminino. As informações sociodemográficas foram obtidas através de um questionário sociodemográfico. A apreciação corporal foi avaliada a partir da Escala de Apreciação Corporal, e a satisfação corporal foi avaliada pela Escala de Silhuetas de Stunkard. Para a avaliação do perfil nutricional, foi utilizado o instrumento Mini-Nutritional Assessment.

Resultados: A idade média dos participantes foi de 74,9 ($\pm 6,8$), 84 (56%) eram mulheres, 32 (21,3%) viviam em zonas rurais, 92 (61,3%) eram casados, 123 (82%) frequentaram a escolaridade básica (1-4 anos), 33 (22%) vivia sozinho e para cerca de um quinto (17,3%) o dinheiro no final do mês não chega para as suas necessidades. Cerca de um terço dos participantes (34%), manifestaram-se muito insatisfeitos com a sua imagem corporal. Do perfil antropométrico, destaca-se que quase metade dos participantes apresenta excesso de peso (44,7%), cerca de um terço (29%) apresenta obesidade mas apenas 2,7% percecionaram-se obesos. O estado nutricional das pessoas idosas não se revelou associado à satisfação com a imagem corporal. Há mais pessoas idosas não casadas (viúvos, divorciados ou solteiros) que estão em risco de desnutrição (29,3 vs 14,1%, $p < 0,05$). O risco de desenvolver desnutrição mostrou-se associado positivamente ao consumo de medicamentos acima de três por dia (OR=3,31, IC 95% 1,18-9,26), sendo este resultado estatisticamente significativo.

Conclusão: As pessoas idosas obesas mostram uma tendência a subestimar esse seu estado pois percecionam-se como "normais". Os resultados remetem ainda para a perceção da imagem corporal como um fator importante a ser considerado pelos profissionais de saúde, a fim de poderem contribuir para a adequação da nutrição das pessoas idosas. Os resultados obtidos reforçam a importância da necessidade da avaliação nutricional, para diagnosticar precocemente estados de risco nutricional.

keywords

Body image, nutritional status, Primary Health Care

abstract

Introduction and objective: The World Health Organization (2014) refers that changes in diet have strong implications for health throughout life, affecting the development of chronic diseases. In older people, unbalanced nutrition states cause or exacerbate states of weakness and / or independence and contribute to the development of states of morbidity and malnutrition. Several authors reported that other factors, in particular the importance that people give their appearance has internally implications and behaviors, including body dissatisfaction and eating disorders. The aim of the present study was to determine the prevalence of satisfaction / appreciation with body image and its association with nutritional status and socio-demographic factors in the elderly population of the National Health Service and Primary Health Care (PHC) beneficiaries in the municipality of Aveiro .

Methods: Cross-sectional study in a nonrandom convenience sample. The sample take into account the weighted proportional stratification by size of people aged 65 years or older enrolled in 5/6 of the institutions of the PHC being comprised 150 participants of which 84 (56%) were female. The socio-demographic information was obtained through a socio-demographic questionnaire. Body assessment was evaluated from the Body Appreciation Scale, and body satisfaction was assessed by the Stunkard's Figure Rating Scale. To assess the nutritional profile, the Mini Nutritional Assessment instrument was used.

Results: The average age of participants was 74.9 (\pm 6.8), 84 (56%) were women, 32 (21.3%) lived in rural areas, 92 (61.3%) were married, 123 (82 %) attended primary education (1-4 years), 33 (22%) lived alone and about a fifth (17.3%) the money at the end of the month does not enough for their needs. About a third of participants (34%), were very dissatisfied with their body image. About the anthropometric profile, around half of the participants presents overweight (44.7%) and around one third (29%) had obesity but 2.7% perceived obese. Regarding nutritional status, a fifth of people are at risk of malnutrition. The malnutrition was found in 29.3% of the unmarried (widowed, divorced or single) and 14,1% of married ($p < 0,05$) The risk of developing malnutrition is positively associated with consumption of more than three medications per day (OR = 3.31, 95% CI 1.18 to 9.26), which is statistically significant result.

Conclusion: Older people show a tendency to underestimate their fatness because self-perception about their status was "normal". The results also refer to the perception of body image as an important factor to be considered by health professionals in order to be able to contribute to improving the nutrition of elderly people. The results reinforce the importance of the need for nutritional assessment to diagnose early stages of nutritional risk.

abreviaturas e siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AMU	Área Mediamente Urbana
APR	Área Predominantemente Rural
APU	Área Predominantemente Urbana
ARS	Administração Regional de Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
BAS	Body Appreciation Scale
BICSI	Body Image Coping Strategies Inventory
CE	Comissão de Ética
CE	Comissão Europeia
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CNAN	Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição
CP	Circunferência da Perna
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EAC	Escala de Apreciação Corporal
ESS	Escala de Silhuetas de Stunkard
FAO	Food and Agriculture Organization of the United N
GDS	Geriatric Depression Scale
GNRI	Geriatric Nutritional Risk Index
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NRS	Nutritional Risk Screening
NUTS	Unidade Territorial para Fins Estatísticos

abreviaturas e siglas (cont.)

OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PMB	Perímetro Médio braquial
PP	Perda Ponderal
SENECA	Survey in Europe on Nutrition and Elderly, a Concerted Action
SGA	Subjective Global Assessment
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
USF	Unidade de Saúde Familiar

Índice

Capítulo 1	Introdução.....	1
	Introdução.....	2
	Justificação do estudo	3
	Objetivos	4
Capítulo 2	Revisão da literatura	7
	2.1. Envelhecimento Demográfico	8
	2.1.1. Envelhecimento demográfico no mundo	8
	2.1.2. Envelhecimento demográfico em Portugal.....	10
	2.1.3. Envelhecimento demográfico em Aveiro	11
	2.2. Envelhecimento e imagem corporal.....	14
	2.2.1. Perceção da imagem corporal em pessoas idosas	14
	2.2.2. Instrumentos de avaliação da imagem corporal	17
	2.3. Aspetos nutricionais do envelhecimento	20
	2.3.1. Nutrição em pessoas idosas: estado e necessidades nutricionais	20
	2.3.2. Alterações nutricionais em pessoas idosas	24
	2.3.3. Avaliação do estado nutricional e perfil epidemiológico	27
Capítulo 3	Participantes e Métodos.....	33
	3.1. Desenho da Investigação	34
	3.2. Procedimentos Metodológicos	34
	3.2.1. Primeira fase	34
	3.2.2. Segunda fase	34
	3.2.3. Contexto e recrutamento dos participantes	35
	3.3. Instrumentos de recolha de dados.....	36
	3.3.1. Informação sociodemográfica.....	36
	3.3.2. Apreciação corporal	37
	3.3.3. Satisfação corporal	37
	3.3.4. Avaliação nutricional.....	38
	3.4. Análise estatística dos dados.....	40
	3.5. Considerações éticas	42
Capítulo 4	Resultados.....	43
	4.1. Caracterização sociodemográfica	44
	4.1.1. Caracterização segundo o género	44
	4.1.2. Caracterização segundo a área de residência	46
	4.2. Satisfação com a imagem corporal.....	47
	4.2.1. Satisfação com a imagem corporal e as características sociodemográficas	47
	4.2.2. Satisfação com a imagem corporal e IMC	49
	4.3. Apreciação da imagem corporal.....	51
	4.3.1. Apreciação da imagem corporal: género e residência	51
	4.4. Avaliação nutricional	55
	4.4.1. Resultados da aplicação do Mini-Nutritional Assessment	55
	I) Avaliação Antropométrica	55
	II) Avaliação Global.....	56
	III) Avaliação Dietética.....	58

4.4.2. Avaliação nutricional e características sociodemográficas	59
4.5. Estado nutricional e imagem corporal	62
Capítulo 5 Discussão dos Resultados	65
5.1. Discussão dos Resultados	66
Capítulo 6 Considerações Finais	71
Considerações finais	72
Limitações do estudo	72
Principais conclusões	73
Implicações e sugestões para estudos futuros	73
Referências Bibliográficas	75
Apêndices.....	87
Apêndice 1 – Declaração de consentimento	88
Apêndice 2 – Questionário de Informação sociodemográfica	89
Anexos.....	91
Anexo 1 – Aprovação do estudo pela comissão de ética	92
Anexo 2– Apreciação Corporal – Escala de Apreciação Corporal (EAC-PT)	94
Anexo 3 – Satisfação Corporal - Escala de Silhuetas de Stunkard (ESS)	95
Anexo 4 – Avaliação Nutricional - Mini-Nutritional Assessment (MNA)	96

Índice de tabelas

Tabela 1 – Taxa de variação da população residente, índice de dependência de idosos, índice de envelhecimento e índice de longevidade (período 2001-2011).....	12
Tabela 2 - Recomendações alimentares para a população adulta portuguesa.....	23
Tabela 3 – Fatores determinantes da deficiência nutricional em pessoas idosas e consequências	26
Tabela 4 – Avaliação do estado nutricional.....	27
Tabela 5 – Indicadores de desnutrição.....	28
Tabela 6- Distribuição das classes de IMC das pessoas com 65 ou mais anos para Portugal e região Centro (valores em %).....	31
Tabela 7 – Número de inscritos nas UCSP e USF do concelho de Aveiro (população alvo) e amostra (população no estudo)	36
Tabela 8 - Equação de Chumlea para estimativa da altura em pessoas com acentuada curvatura da coluna.....	39
Tabela 9 - Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC	40
Tabela 10 – Caracterização da amostra segundo o género e as características sociodemográficas.....	45
Tabela 11 – Caracterização da amostra segundo a área de residência e as características sociodemográficas.....	46
Tabela 12 – Satisfação com a imagem corporal e características sociodemográficas	48
Tabela 13 – Índice de massa corporal dos participantes que escolhem a silhueta atual por grupo etário ...	49
Tabela 14 – Frequência absoluta e relativa da escolha da silhueta ideal.....	50
Tabela 15 - Pontuação média e desvio-padrão da EAC por género	51
Tabela 16 – Apreciação corporal por género e categorias de resposta	53
Tabela 17 – Apreciação corporal por género, área de residência e categorias de resposta	54
Tabela 18 – Características antropométricas dos participantes	55
Tabela 19 – Resultados da avaliação antropométrica por género	56
Tabela 20 – Análise descritiva dos itens do MNA por género	57
Tabela 21 – Resultados da avaliação dietética por género	58
Tabela 22 – Resultados da avaliação subjetiva do MNA por género	59
Tabela 23 – Estado nutricional e características sociodemográficas dos participantes.....	60
Tabela 24 – Número de refeições completas e características sociodemográficas	61
Tabela 25 – Pontuação média na EAC em relação à satisfação corporal e ao estado nutricional	62
Tabela 26 – Estado nutricional e satisfação (ESS) com a imagem por grupo etário.....	63
Tabela 27 – Satisfação com a imagem corporal (ESS) e o IMC	64
Tabela 28 - Perceção do peso corporal de acordo com o IMC das pessoas idosas	64

Índice de figuras

Figura 1 – Escala de Silhuetas	19
Figura 2 – Fatores influenciadores do envelhecimento e do estado nutricional	24

Capítulo 1 Introdução

INTRODUÇÃO

Uma população envelhecida ou tendencialmente em envelhecimento é uma realidade crescente e desafiadora, no mundo contemporâneo. Na globalidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, nos anos 50 do século XX, uma em cada 12 pessoas tinha pelo menos 60 anos, e uma em cada 20 tinha pelo menos 65 anos, sendo que no ano 2000 uma em cada dez tinha 60 anos e uma em cada 14 tinha 65 anos (United Nations, 2001). Em 1950 havia em todo o mundo 205 milhões de pessoas com 60 ou mais anos, em 2012 o número de pessoas mais velhas aumentou quase para os 810 milhões, prevendo-se que alcance um bilhão em menos de dez anos e duplique até 2050, perfazendo os dois bilhões (Fundo de População das Nações Unidas, 2012). A Europa acompanha as tendências globais da população mundial com uma população maioritariamente envelhecida. As projeções demográficas mostram que em 2050 quase 35% da população terá 60 ou mais anos (United Nations, 2010).

Em Portugal, a tendência do envelhecimento da população agravou-se nas últimas décadas do século XX (Carrilho & Gonçalves, 2001). O número de pessoas idosas é o mais elevado em comparação com os restantes países da Europa, passando de um índice de envelhecimento de 102 em 2001 para um índice de envelhecimento de 128 em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011b).

A sociedade ocidental tem dado uma importância crescente à aparência do corpo, nomeadamente em relação à forma e peso, com os meios de comunicação social a apresentarem padrões de beleza que a maioria das mulheres aceita, mas que para a maior parte é impossível de alcançar (Wiseman, 1992, cit. Tiggemann, 2004). No entanto, alguns estudos têm demonstrado que o processo de envelhecer não conduz inevitavelmente a um estado de insatisfação com o corpo (Grogan, 2011).

Associado ao processo de envelhecimento ocorrem um conjunto de alterações, que contribuem para a vulnerabilidade das pessoas idosas, nomeadamente as nutricionais. Neste sentido, a avaliação do estado nutricional das pessoas idosas, é uma questão importante da avaliação global destas pessoas, e permite, entre outros, diagnosticar fatores de risco de desnutrição (Enzi et al., 2001; Izawa et al., 2006).

A escolha dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para realização desta investigação foi motivada pelo conhecimento de que estes representam a interface privilegiada, entre as pessoas e o sistema nacional de saúde (Alma-Ata, 1978).

Este estudo tem como objetivo geral determinar a prevalência da satisfação/apreciação com a imagem corporal e a sua associação com o estado nutricional e fatores sociodemográficos,

numa população de pessoas com 65 ou mais anos, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e utentes dos CSP do concelho de Aveiro.

JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A literatura contém referência a um número significativo de estudos que foram sendo desenvolvidos com o objetivo de perceber a relação entre a imagem corporal e/ou nutrição, especialmente em populações de idades mais jovens (crianças e adolescentes) (Mission Australia, 2012).

Dado o aumento significativo do número de pessoas idosas, e da prevalência de pessoas com excesso de peso, torna-se mais evidente a necessidade de conhecer a relação entre a imagem corporal e a nutrição, e a elaboração de medidas específicas e direcionadas a este grupo da população (Sheilla Tribess, 2006). Neste sentido, considerou-se que seria pertinente o desenvolvimento de um estudo que estimasse a prevalência de satisfação e apreciação da imagem corporal das pessoas idosas. Simultaneamente, e a partir do conhecimento de que as pessoas idosas são um grupo particularmente vulnerável às deficiências nutricionais, assumiu-se o interesse em verificar se a satisfação e apreciação corporal estavam relacionadas com o estado nutricional e o IMC.

Deste modo, apresentam-se de seguida alguns dos motivos que conduziram ao desenvolvimento deste estudo:

- a) As pessoas idosas são mais vulneráveis às deficiências alimentares, devido a uma combinação de fatores, nomeadamente alteração nas relações sociais e económicas entre outras decorrentes do processo de envelhecimento (Morais et al., 2013);
- b) A desnutrição relativa a pessoas idosas é uma das deficiências alimentares mais bem documentada na literatura (Amaral et al., 2007) contudo, tem sido insuficientemente documentada e mal compreendida sobre aquelas que vivem na comunidade (Morais et al., 2013);
- c) A importância atribuída pelas pessoas à aparência tem implicações a nível interno e de comportamentos, nomeadamente insatisfação corporal, distúrbios alimentares, entre outros (Grippe & Hill, 2008).

Assim, com a realização deste estudo pretende-se contribuir para o alargamento do conhecimento em relação à imagem corporal das pessoas idosas, e a sua relação com o estado nutricional. Ao mesmo tempo, pretende-se alertar a comunidade académica e científica, e

principalmente os profissionais de saúde dos CSP sobre a necessidade de estarem ainda mais atentos ao estado nutricional das pessoas idosas.

OBJETIVOS

Esta investigação teve como objetivo geral determinar a prevalência da satisfação/apreciação com a imagem corporal e a sua associação com o estado nutricional e características sociodemográficas, numa população de pessoas com 65 ou mais anos, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e utentes dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do concelho de Aveiro.

Os objetivos específicos desta investigação foram:

- Determinar a prevalência da satisfação com a imagem corporal das pessoas idosas;
- Determinar a prevalência da apreciação da imagem corporal das pessoas idosas;
- Descrever o estado nutricional das pessoas idosas;
- Estimar a prevalência de magreza, excesso de peso e obesidade;
- Verificar se existe associação entre a satisfação/apreciação com a imagem corporal das pessoas idosas e o estado nutricional das pessoas idosas;
- Verificar se existe associação entre a satisfação/apreciação com a imagem corporal das pessoas idosas e características sociodemográficas das pessoas idosas;
- Avaliar a relação entre o estado nutricional e a satisfação com imagem;
- Avaliar a relação entre o estado nutricional e a apreciação corporal;
- Avaliar a relação entre o estado nutricional e o género;
- Avaliar a relação entre o estado nutricional e o local de residência.

A presente dissertação encontra-se estruturada em seis capítulos. No **Capítulo 1 - Introdução**, contém uma breve introdução ao tema em desenvolvimento na dissertação, engloba a contextualização, especificação dos objetivos e estrutura da dissertação. No **Capítulo 2 - Revisão da Literatura**, procede-se a uma revisão do estado da arte sobre o envelhecimento demográfico no mundo, em Portugal e em Aveiro; imagem corporal e envelhecimento, aspetos nutricionais e distúrbios alimentares em pessoas idosas, enfatizando as alterações que decorrem do processo de envelhecimento e afetam o estado nutricional. No **Capítulo 3 – Participantes e**

Métodos, descreve-se o método utilizado para recolha dos dados, instrumentos de recolha, procedimentos para seleção da amostra e tratamento de dados e procedimentos éticos realizados. No **Capítulo 4 – Resultados**, são apresentados os resultados obtidos com ligação aos objetivos definidos. No **Capítulo 5 – Discussão dos Resultados**, procede-se à discussão dos resultados, à apresentação e discussão das associações estatisticamente significativas. No **Capítulo 6 – Considerações Finais**, apresentam-se as principais limitações e conclusões da investigação desenvolvida assim como a pertinência e contribuições da investigação, e implicações futuras.

Capítulo 2 Revisão da literatura

2.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

A realidade demográfica com que a globalidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento se depara, assenta numa população envelhecida ou tendencialmente em envelhecimento. Essa evidência representa um desafio para profissionais e decisores na vertente política, económica e social assim como para as suas famílias e comunidades. O envelhecimento da população tem merecido a atenção da comunidade científica e académica, mas também de diversos organismos mundiais. A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Comissão Europeia (CE), a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), são algumas das organizações que, se têm interessado por esta questão, avançando com um conjunto de preocupações e recomendações na sua agenda e nos relatórios publicados (Santinha & Marques, 2013).

Com este subcapítulo pretende-se abordar o tema do envelhecimento demográfico em três escalas territoriais distintas: i) envelhecimento demográfico no mundo, ii) envelhecimento demográfico em Portugal, e iii) envelhecimento demográfico no concelho de Aveiro.

2.1.1. Envelhecimento demográfico no mundo

No século XX, assistiu-se a um crescimento significativo do número de pessoas idosas, resultado do declínio da mortalidade (Stein & Kalache, 1999) consequência do progresso económico e social, mas também dos avanços alcançados na medicina (Commission of the European Communities, 2006).

Ao longo dos últimos 50 anos, a esperança de vida à nascença aumentou cerca de 10 anos, resultado dos progressos alcançados (Eurostat, 2013). Entre 2010 e 2015 a esperança média de vida atingiu os 78 anos nos países desenvolvidos e os 68 anos nos países em desenvolvimento. As perspetivas são de que estes valores sejam de 83 anos e 74 anos, respetivamente, em 2045-2050 (Fundo de População das Nações Unidas, 2012).

O número crescente de pessoas com 65 ou mais anos tem adquirido maior expressão nos países desenvolvidos, embora os países em desenvolvimento tenham vindo a acompanhar esta tendência (Fernández-Ballesteros, 2013; Kinsella et al., 2001). É nos países desenvolvidos que a alteração da forma da pirâmide etária é mais notória, verificando-se que a forma piramidal dá lugar a uma forma em coluna, podendo em alguns casos tornar-se mais estreita na base (Turner, 2009). No entanto, o crescimento da população idosa ocorre agora a um ritmo bastante acelerado nas regiões menos desenvolvidas.

A nova realidade demográfica em que os grupos etários das pessoas mais jovens assumem menos expressão, em detrimento dos grupos etários mais elevados onde se concentram o maior número de pessoas, assenta na teoria da transição demográfica, ou seja, na passagem de um cenário onde a mortalidade e a fecundidade passa a assumir valores baixos em detrimento do cenário anterior em que assumiam valores elevados (Fernández-Ballesteros, 2013; Kinsella et al., 2001). De acordo com alguns autores (Carrilho & Gonçalves, 2007, p. 24), envelhecimento demográfico “define-se a partir do momento em que a proporção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas”.

Se atendermos à proporção de pessoas com 60 ou mais anos e nos debruçarmos para os últimos 50 anos do século passado, verifica-se uma evolução crescente e significativa, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em 1950, uma em cada 12 pessoas tinha pelo menos 60 anos, e uma em cada 20 tinha pelo menos 65 anos, sendo que no ano 2000 uma em cada dez tinha 60 anos e uma em cada 14 tinha 65 anos (United Nations, 2001). Em números absolutos os valores são igualmente expressivos, em 1950 havia em todo o mundo 205 milhões de pessoas com 60 ou mais anos, em 2012 o número de pessoas mais velhas aumentou quase para os 810 milhões, prevendo-se que alcance um bilião em menos de dez anos e duplique até 2050, perfazendo os dois biliões (Fundo de População das Nações Unidas, 2012). Deste modo, pode dizer-se que a população idosa mundial está a crescer a uma taxa de 2,6% por ano, o que denota um crescimento muito mais acentuado do que o dos restantes grupos etários que registam um crescimento de 1,2% ao ano, prevendo-se esta tendência até 2050 (United Nations, 2001). Face a estes valores é inegável o reconhecimento de que o envelhecimento da população continuará a intensificar-se durante o século XXI (United Nations, 2013).

A dinâmica do envelhecimento da população mundial não se intensificou apenas no grupo das pessoas com 60 ou mais anos, mas também no grupo etário das pessoas com 80 ou mais anos. Em diversas partes do mundo o grupo das pessoas com 80 ou mais anos assume um crescimento mais acentuado do que qualquer outro grupo etário e prevê-se que mantenha esse crescimento até 2050 (United Nations, 2010).

A Europa acompanha as tendências globais da população mundial com uma população maioritariamente envelhecida. As projeções demográficas mostram que em 2050 quase 35% da população terá 60 ou mais anos (United Nations, 2010). A situação demográfica desta região resulta da combinação de algumas tendências, nomeadamente: a) baixas taxas de fecundidade – o número médio de filhos por mulher durante o seu período fértil é de 1,5 (UE-25) valores abaixo

da taxa de reposição de 2,1 necessários para estabilizar o tamanho da população na ausência de emigração; b) declínio na fecundidade que se seguiu ao *baby boom* pós-guerra e que atualmente se traduz no aumento do grupo etário dos 45 e 65 anos, aumentando substancialmente o número de pessoas em idade de reforma (Commission of the European Communities, 2006; European Commission, 2007).

O envelhecimento da população é uma realidade desafiadora, não apenas por se estar a viver um momento único na história da humanidade, pelo crescimento do número de pessoas idosas sem precedentes, mas pelos desafios que se impõem às sociedades para que sejam dadas respostas adequadas às necessidades específicas deste grupo de pessoas.

2.1.2. Envelhecimento demográfico em Portugal

Em Portugal, à semelhança do que acontece nos países do Sul da Europa, a tendência de envelhecimento da população agravou-se nas últimas décadas do século XX (Carrilho & Gonçalves, 2001). Em 2002 a população do sul da Europa apresentava-se como a mais envelhecida quando comparada com os restantes países. A Itália apresentava os valores mais elevados na proporção de pessoas com 65 ou mais anos (18,2%), sendo o valor de Portugal de 16,7% (Carrilho & Gonçalves, 2001). A alteração do perfil da pirâmide etária com o progressivo estreitamento da base e alargamento do topo evidencia o duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem (Bandeira, 2012, Instituto Nacional de Estatística, 2003, 2009b, 2011a). Os baixos níveis de fecundidade, os fluxos migratórios e o aumento da esperança média de vida (Abreu & Peixoto, 2009, Carrilho & Gonçalves, 2001, 2007) são as principais dinâmicas que contribuem para a situação populacional atual. À luz do conceito de envelhecimento demográfico e analisando o comportamento da população nas últimas décadas é possível afirmar que o ciclo do envelhecimento em Portugal se iniciou na década de 50 do século passado (Bandeira, 2012).

No período intercensitário 1991-2001 a proporção de jovens diminuiu de 20% para 16% (Carrilho & Gonçalves, 2001) em 2008 a proporção era de 15,3% sendo que as projeções apontam para uma menor proporção (11,9%) em 2060 (Instituto Nacional de Estatística, 2009a). A tendência do envelhecimento da população em Portugal continuará a agravar-se também, pela redução das proporções dos subgrupos etários dos 14-24 anos, dos 25-39 anos e dos 40-54 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2009a). A população em idade ativa dos grupos etários mais jovens (15-24 anos) representava 11,1% da população em 2009 e em 2010 decresceu para 10,9%,

sendo que a população com idades entre os 25-64 anos cresceu de 60,8% em 2009 para 66,7% em 2010 (Carrilho & Craveiro, 2013).

A população com 65 ou mais anos tem crescido de forma notória nos últimos anos, passando de 8% em 1960 para 19% em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011a).

À semelhança do que acontece noutros países como foi referido no ponto anterior, também em Portugal se verifica a tendência de crescimento dentro do grupo etário das pessoas mais idosas. Entre 1960 e 2001, a população com 85 e mais anos registou uma taxa de crescimento de 3,5%, enquanto o grupo das pessoas com 75 ou mais anos registou uma taxa de crescimento de 2,7% (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Em 2001, em Portugal, o número de pessoas com 75 ou mais anos era de 701366, registando um crescimento significativo no período intercensitário, perfazendo um total de 961925 pessoas (Instituto Nacional de Estatística, 2014a).

Os resultados provisórios dos Censos de 2011 apontam para a feminização do envelhecimento, para as pessoas com 65 ou mais anos, onde a percentagem de mulheres é de 11% e a dos homens de 8% (Instituto Nacional de Estatística, 2011a). De acordo com a mesma fonte, na última década verificou-se o aumento do índice de dependência total (corresponde ao quociente entre o somatório da população jovem e idosa, e a população em idade ativa) que passou de 48 em 2001 para 52 em 2011, e do índice de dependência dos idosos, que aumentou 21% no período de referência.

Portugal tem mais população idosa (19%) do que jovem (15% no grupo etário 0-14 anos) no conjunto de todas as regiões do país (Instituto Nacional de Estatística, 2011a). Se esta situação demográfica é em si um desafio para o país, a discrepância entre as diferentes unidades territoriais, onde os índices de dependência de jovens e de idosos são significativamente distintos, dificulta ainda mais a tomada de medidas para suplantar esta tendência.

2.1.3. Envelhecimento demográfico em Aveiro

O concelho de Aveiro insere-se na Unidade Territorial para Fins Estatísticos (NUTS) II Centro e na NUTS III Baixo Vouga. Até um passado recente era constituído por 14 freguesias, mas na sequência da reorganização administrativa do território das freguesias passou a ser constituído por 10 freguesias (Assembleia da República, 2013).

A região Centro registou um decréscimo de 1% na população total, bem como a região do Alentejo (Instituto Nacional de Estatística, 2012a). De acordo com os resultados dos censos de 2011, mais de 80% da população residente concentra-se em três zonas geográficas do país: Norte (34,9%), Lisboa (26,7%) e Centro (22,0%) (Instituto Nacional de Estatística, 2012a). As dinâmicas

populacionais demonstram um processo acentuado de litoralização, e consequente despovoamento do interior facto que coloca desafios acrescidos à gestão do território (Instituto Nacional de Estatística, 2009b).

De acordo com os dados dos últimos censos, a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) na região Centro é de 22,41%, no Baixo Vouga 18,80% e em Aveiro 16,91%. Na Tabela 1 apresentam-se alguns valores estatísticos provenientes do último censo, relevantes para a caracterização da população do concelho de Aveiro.

Tabela 1 – Taxa de variação da população residente, índice de dependência de idosos, índice de envelhecimento e índice de longevidade (período 2001-2011)

	Taxa de variação da população residente (2001- 2011) (%)				Índice de dependência de idosos (N.º)		Índice de envelhecimento (N.º)		Índice de longevidade (%)	
	Total	65 e mais anos	65 - 74 anos	75 e mais anos	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Portugal	2,0	18,7	5,7	37,2	24,1	28,8	102,2	127,8	41,9	47,9
Centro	-0,9	14,3	1,0	31,7	29,6	35,1	129,5	164,3	43,9	49,9
Baixo Vouga	1,3	22,5	8,5	42,6	22,8	28,3	94,2	129,0	41,6	47,8
Aveiro	7,0	25,4	7,6	52,5	20,8	24,7	88,9	117,0	40,1	48,2

Fonte: FFMS, 2014; Instituto Nacional de Estatística, 2011b (informação extraída em 4 e 5 de fevereiro de 2014)

O grupo das pessoas com 75 ou mais anos foi o que evidenciou um aumento mais evidente. Esse crescimento traduz-se também no índice de longevidade (relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos).

O indicador que cresceu de forma mais expressiva ao longo dos últimos 10 anos foi o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) para todas as regiões em análise (Portugal, Centro, Baixo Vouga e Aveiro). No entanto, o concelho de Aveiro regista o menor valor em 2011 (117 idosos por cada 100 jovens). As regiões Centro e Alentejo são as mais envelhecidas do país (Instituto Nacional de Estatística, 2012a).

As alterações demográficas que estão a ocorrer não se resumem apenas, ao aumento do número de pessoas idosas. Assiste-se atualmente, a uma multiplicidade de novas dinâmicas das pessoas, quer seja por motivos associados ao trabalho ou outros. As relações pessoais e os perfis biográficos adquirem novos contornos, vivendo-se mais tempo pode-se chegar à velhice sozinho (Guerreiro, 2003). O número de pessoas idosas a viverem sozinhas ou na companhia de outras pessoas idosas aumentou cerca de 28% nas últimas décadas em Portugal (Instituto Nacional de

Estatística, 2012b). Em Portugal 19,8% das pessoas idosas vivem sozinhas, e na região Centro esse valor é de 20,1% (Instituto Nacional de Estatística 2011 cit. em Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012). De acordo com a mesma fonte em Aveiro 18,4% das pessoas idosas vive só, 40,1% vive com outras pessoas idosas e 41,5% vive com a família.

2.2. ENVELHECIMENTO E IMAGEM CORPORAL

O início do século XX, corresponde á altura em que surge pela primeira vez a expressão “imagem corporal”. Começou por ser estudada por neurologistas com o objetivo de estudar as lesões cerebrais e dar resposta a formas incomuns de percepção corporal, relatadas pelos seus pacientes (Cash & Smolak, 2011b). Nas culturas ocidentais, durante longas décadas o estudo da imagem corporal esteve associado, quase exclusivamente, a transtornos e distúrbios alimentares em adolescentes e jovens mulheres (Cash & Smolak, 2011a).

Os instrumentos de avaliação da insatisfação com a imagem corporal foram, inicialmente destinados a mulheres que mantinham relações problemáticas com os alimentos (Grogan, 2008). As mulheres foram desde cedo os alvos principais do estudo da insatisfação com a imagem corporal, no entanto o foco de atenção está a alterar-se. Estudos recentes demonstram que os homens também podem sofrer de preocupações em relação à imagem corporal (Cohane & Pope, 2001).

Este subcapítulo divide-se em duas partes: a primeira parte é dedicada à explicitação do conceito de imagem corporal e as principais alterações que ocorrem na sua percepção com o avanço da idade; a segunda parte é dedicada a uma referência breve a alguns instrumentos de avaliação da satisfação com a imagem corporal.

2.2.1. Percepção da imagem corporal em pessoas idosas

A imagem corporal é um conceito complexo e multidimensional que inclui auto percepções e atitudes (pensamentos, sentimentos e comportamentos) em relação ao corpo (Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow, 2005; Cash & Smolak, 2011b; Grogan, 2008). A auto imagem corporal ou a representação corporal que cada pessoa tem de si, é mutável e resulta da conjugação de dois grandes grupos de fatores: i) fatores históricos: acontecimentos passados, atributos e experiências que influenciam as pessoas no modo de pensar, de sentir e agir em relação ao seu corpo onde se incluem fatores como a socialização, cultura, experiências interpessoais e características físicas e de personalidade; ii) experiências de vida: diálogos, emoções, auto regulação, e exposição do corpo, que influenciam a percepção, emoção e pensamento sobre a imagem corporal (Cash, 2011a). Baseado nas experiências de vida, o conceito de auto imagem corporal engloba aspetos como a consciência do peso, (in)satisfação com várias partes do corpo, auto imagem, adaptação às mudanças no corpo resultantes de uma lesão, doença ou envelhecimento, e consciências das capacidades e habilidades físicas (Muhlbauer & Chrisler, 2007).

Em 2005 Cash e colaboradores, aperceberam-se de que havia uma vasta literatura sobre processos de *coping* como mecanismos de adaptação a circunstâncias adversas, mas que escasseavam referências de como lidar com a imagem corporal. Assim, estes autores construíram o questionário *Body Image Coping Strategies Inventory* (BICSI) a partir do qual identificaram três estratégias cognitivo-comportamentais para lidar com ameaças, e/ ou desafios associados à imagem corporal: i) evasão de experiências: envolve tentativas de evitar situações, pensamentos ou sentimentos que são considerados de risco; ii) fixação com a aparência: engloba esforços para alterar ou corrigir os aspetos relativos à aparência que são percebidos como falhas; e, iii) aceitação racional positiva: inclui atividades mentais e físicas que enfatizam o recurso ao autocuidado, à autodescrição e à aceitação das suas experiências (Cash, 2011a).

As investigações conduzidas no domínio da imagem corporal em pessoas com 65 ou mais anos, ou mesmo 60 ou mais anos, são ainda escassas. Só muito recentemente a comunidade científica se começou a centrar nas questões da imagem corporal associadas a pessoas de meia idade e idosas (Grippo & Hill, 2008). O que se verifica com alguma frequência é que são englobadas no mesmo estudo pessoas designadas de “adultas” ou “mais velhas” e que compreendem um grande espectro de idades ao incluir pessoas entre os 30 anos até aos 80 ou mais anos (Muhlbauer & Chrisler, 2007).

A sociedade ocidental tem-se focado bastante na aparência do corpo, mais concretamente na forma e peso corporais (Marika Tiggemann, 2004). Os meios de comunicação social apresentam padrões de beleza que a maioria das mulheres aceita, mas que para a maior parte é impossível de alcançar (Wiseman, 1992, cit. Tiggemann, 2004). A relevância dada à aparência das pessoas tem implicações a nível interno e de comportamentos, nomeadamente insatisfação corporal, baixa autoestima, depressão e distúrbios alimentares (Grippo & Hill, 2008).

A pressão para a beleza e adequação aos estereótipos de perfeição vigentes são cada vez maiores, levando a que as pessoas olhem para o seu corpo como um objeto. Fredrickson & Roberts, 1997, propõem a designada *objectification theory*, a qual postula que após experiências repetidas de “objetivação”, as mulheres se tornam observadoras do seu próprio corpo, que passa a ser encarado como um objeto que é olhado e avaliado (Fredrickson & Roberts, 1997; Grippo & Hill, 2008; M. Tiggemann & Williams, 2011).

Atendendo à cada vez maior frequência de insatisfação com os seus corpos (em pessoas do sexo feminino), surge na literatura a designação de “descontentamento normativo” associado à imagem corporal (Grogan, 2008; Striegel-Moore & Franko, 2002 cit. em Nazaré, Moreira, & Canavarro, 2010).

A pressão para a beleza não se dirige apenas às pessoas do sexo feminino. Também os homens têm vindo gradualmente a tornarem-se vulneráveis em relação aos efeitos da “objetificação”, sendo hoje um alvo da indústria cosmética que produz e comercializa produtos para o homem “metrossexual” (Murnen, 2011).

Ter uma imagem corporal positiva permite às pessoas aceitar na globalidade o seu corpo, mesmo os aspetos que não estão em conformidade com os ideais retratados, valorizando os aspetos funcionais (Marika Tiggemann & McCourt, 2013).

As mudanças no corpo associadas à idade são normais, mas mais propensas a serem problemáticas para as mulheres, as quais foram ganhando um estatuto superior ao longo da história também pela aparência (Wilcox, 1997, cit Tiggemann, 2004). Estas mudanças (por exemplo, aumento do IMC, o aparecimento de rugas ou diminuição do volume muscular, aspetos inerentes às alterações decorrentes de um processo de envelhecimento normal e em relação às quais se fará referência nesta dissertação no ponto dedicado à nutrição e envelhecimento) afastam as pessoas idosas dos estereótipos idealizados que assentam em corpos tonificados e bem delineados. No entanto, estudos realizados no âmbito da satisfação com o corpo em pessoas mais velhas têm demonstrado que o processo de envelhecer não conduz inevitavelmente a um estado de insatisfação com o corpo (Grogan, 2011). Pelo contrário, há alguma evidência de que as pessoas com 60 ou mais anos manifestam agrado com o seu corpo, especialmente as mulheres, por escolherem modelos de comparação mais próximos da sua idade (Grogan, 2008, 2011).

Os questionários disponibilizados ao público pela comunicação social, através de revistas, foram instrumentos pioneiros na tentativa de avaliar o grau de satisfação dos seus leitores em relação ao seu corpo. Em 1972, a revista *Psychology Today* lançou um inquérito com o objetivo de perceber a influência do corpo nas atitudes das pessoas e na relação com pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto. Os resultados mostraram que 23% das mulheres e 15% dos homens expressaram alguma insatisfação com a sua aparência geral, e 48% das mulheres e 35% dos homens estavam desagradados com o seu peso (Berscheid, Walster, & Bohrnstedt, 1973). No entanto, os autores realçam que são necessários estudos longitudinais para perceber a relação entre o avançar da idade e o grau de satisfação com o corpo.

No período entre 1983 a 2001 desenvolveu-se um estudo transversal, com participantes de ambos os sexos e com o objetivo de analisar as mudanças relativas à imagem ao longo do tempo. O estudo teve 3242 participantes de ambos os sexos, com 30 anos de idade ou mais novos. Concluiu-se com este estudo que os homens apresentavam uma preocupação com a imagem corporal e com o peso mais equilibrada ao longo do tempo, em comparação com as

participantes do sexo feminino. Verificou-se também que, apesar de as mulheres terem ganho peso no decorrer deste estudo, e de modo paradoxal, isso promoveu maior aceitação do seu corpo, assumindo-se estas como “pessoas reais” (em oposição às imagens dos *media*), comparando-se com pessoas com figuras mais próximas de si, promovendo a normalização e aceitação do seu próprio corpo (Cash, Morrow, Hrabosky, & Perry, 2004).

Em 2010, foi publicado um estudo realizado em vários países europeus, onde se verificou que a insatisfação com o corpo não está diretamente associada à idade (Swami et al., 2010). Pelo contrário, um outro estudo mostra que pessoas com idades entre os 65 e os 85 anos, podem-se tornar mais satisfeitas com a aparência (Grogan, 2008).

De acordo com Baugh (2009):

- A imagem corporal é uma preocupação que acompanha as mulheres ao longo da vida;
- As mulheres com 65 ou mais anos manifestam níveis de insatisfação com o corpo semelhantes aos das mulheres com menos de 30 anos;
- As mulheres mais velhas vêm num corpo mais magro, o ideal de corpo perfeito;
- As mulheres mais velhas que têm excesso de peso são as que manifestam mais preocupação do que aquelas que têm peso normal ou estão baixo do peso.

Apesar de as pesquisas documentarem que a insatisfação com o corpo é relativamente estável ao longo da vida (particularmente para as mulheres), este não deve ser motivo para que não se desenvolvam outras investigações centradas na relação entre idade e outros aspetos do corpo (Marika Tiggemann, 2004).

2.2.2. Instrumentos de avaliação da imagem corporal

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a um aumento de interesse pelos instrumentos de avaliação da imagem corporal. Contudo, de acordo com Cash, 2011b, a maioria dos investigadores utiliza a expressão avaliação/medição da imagem corporal de forma incorreta. Para este autor o que a maioria dos investigadores pretende avaliar é a (in)satisfação com a imagem corporal. Inclui-se nesta medida do grau de satisfação, a avaliação dos sentimentos de autoconsciência ou sentimento de vergonha sobre a aparência física, as crenças sobre a atratividade, ou a medida em que o seu corpo está em conformidade com os padrões de referência de cada pessoa (Cash, 2011b). Para alguns investigadores o que pretendem avaliar pode ser ainda mais específico, por exemplo, como se sentem em relação a uma característica

física mais específica, como o peso ou a forma, musculatura, características faciais, entre outras (Cash, 2011b).

O conceito de imagem corporal positiva é complexo e envolve mais aspectos do que à primeira vista se pode identificar. Alguns investigadores consideram, de forma incorreta, que manifestar baixa insatisfação corporal, baixa preocupação com o corpo, e baixa discrepância entre o corpo ideal e o tamanho atual, reflete automaticamente uma imagem corporal positiva (Tylka, 2011). Neste sentido, Avalos et al., 2005, identificou quatro temas que induzem a uma imagem corporal positiva: i) pareceres favoráveis do corpo, independentemente da imagem real; ii) aceitação do corpo apesar das imperfeições, forma e tamanho corporal; iii) atender às necessidades do corpo e envolvimento em comportamentos saudáveis; e, iv) proteção do corpo rejeitando imagens de mulheres irrealistas retratadas pelos media (Avalos et al., 2005; Tylka, 2011).

Apresentam-se de seguida três instrumentos de avaliação da imagem corporal mais comumente utilizados na literatura (Avalos et al., 2005; Cash & Labarge, 1996; Runfola et al., 2013; Tylka, 2013):

- a) *Body Appreciation Scale* (BAS): desenvolvida por Avalos e colaboradores em 2005. A escala é composta por 13 questões, projetadas para avaliar em que medida as mulheres e os homens: a) têm opiniões favoráveis acerca do seu corpo; b) aceitam o seu corpo, apesar do seu peso, forma do corpo e imperfeições; c) respeitam o seu corpo atendendo às suas necessidades e envolvimento em comportamentos saudáveis; e, d) protegem a sua imagem corporal rejeitando imagens irreais de protótipos de magreza apresentadas pelos meios de comunicação social (Avalos et al., 2005). Cada questão tem cinco possibilidades de resposta: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre.

- b) *Figural rating scales* (*Escala de silhuetas*): Desenvolvida por Stunkard e colaboradores (Stunkard, Sorensen, & Schulsinger, 1983), é composta por duas sequências de imagens, uma com nove silhuetas femininas e outra com nove silhuetas masculinas (Figura 1 – Escala de Silhuetas). As figuras variam desde pessoas que são extremamente magras (silhueta 1) até pessoas extremamente obesas (silhueta 9). Cada pessoa responde a duas questões a fim de identificar i) a silhueta mais parecida consigo no momento atual e ii) aquela com que gostariam de se parecer. A insatisfação com a aparência é medida através da diferença entre a autopercepção sobre a silhueta selecionada atual e a ideal. Os estudos que utilizaram esta escala mostram que as mulheres têm tendência a escolher

para figura ideal um corpo mais magro do que o seu atual (Grogan, 2008). A mesma autora refere ainda, que as pessoas mais velhas têm mais peso, e escolhem tendencialmente figuras mais pesadas, do que as mais novas, mas que ambos os grupos têm como ideal corpos mais magros.

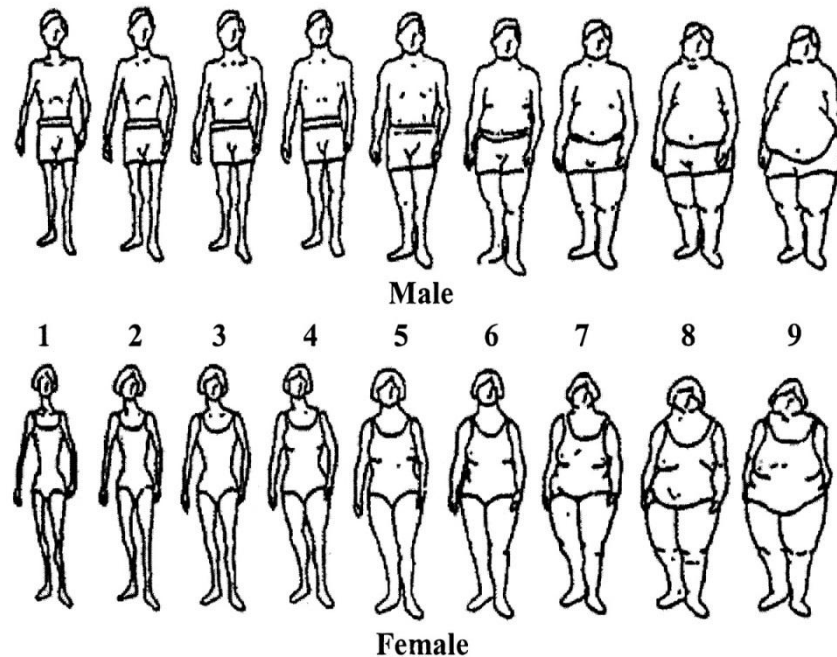


Figura 1 – Escala de Silhuetas

Fonte: Stunkard, Sorensen, & Schulsinger, 1983, cit. em Bhuiyan, Gustat, Srinivasan, & Berenson, 2003

- c) *Appearance Schemas Inventory – Revised* (ASI-R – na versão portuguesa Inventário de Esquemas sobre a Aparência - revisto): desenvolvido por Cash e colaboradores (Cash & Labarge, 1996). O objetivo deste questionário é avaliar o nível de investimento esquemático das pessoas em relação à sua aparência (Nazaré et al., 2010). Trata-se de um questionário de autorelatos, dividido em duas partes, perfazendo um total de 20 itens: uma parte, designada de *saliência auto-avaliativa* é composta por 12 itens e avalia as crenças que as pessoas têm em relação ao seu aspeto físico e a sua influência no valor pessoal ou social, e a outra parte, designada de *saliência motivacional* é composta por 8 itens e mede a motivação das pessoas para serem atraentes e gerirem a sua aparência (Nazaré et al., 2010).

2.3. ASPETOS NUTRICIONAIS DO ENVELHECIMENTO

O reconhecimento da existência de uma relação estreita entre envelhecimento e nutrição é ainda recente. As primeiras publicações com recomendações alimentares e nutricionais para pessoas idosas surgem nos anos 40 do século XX, mas é apenas no final desse século e início do século XXI que a nutrição é reconhecida como uma preocupação de saúde pública, em particular para as pessoas idosas (Afonso, Morais, & Almeida, 2012). Estudos epidemiológicos demonstram que as pessoas idosas têm tanto mais possibilidades de envelhecer com saúde quanto mais satisfatório for o seu estado nutricional (Ferry & Alix, 2004).

Este subcapítulo divide-se em três partes: na primeira parte aborda-se o conceito de desnutrição e as necessidades nutricionais das pessoas idosas; na segunda parte é feita referência às alterações nutricionais associadas ao decorrer do processo de envelhecimento, e na terceira parte, são abordados os principais instrumentos de avaliação do estado nutricional e perfil epidemiológico.

2.3.1. Nutrição em pessoas idosas: estado e necessidades nutricionais

A OMS define nutrição como sendo “a ingestão de alimentos, tendo em conta as necessidades alimentares do corpo” (World Health Organization, 2014b). O reconhecimento de que um estado nutricional adequado e a adoção de comportamentos alimentares saudáveis condicionam o estado de saúde e bem-estar das pessoas, fez com que a questão da nutrição ganhasse relevância nas últimas décadas. Estudos de base epidemiológica mostram que alterações na dieta têm fortes implicações positivas ou negativas na saúde ao longo da vida, condicionando também o desenvolvimento de doenças crónicas, nomeadamente o cancro, doenças cardiovasculares ou diabetes (World Health Organization 2003; World Health Organization 2002). Nas pessoas idosas, estados desequilibrados de nutrição provocam ou agravam estados de fraqueza e/ou independência e contribuem para o desenvolvimento de estados de morbilidade e de desnutrição (Fundación Española de la Nutrición, 2013; Maitre et al., 2014).

A definição de desnutrição proposta pela OMS reforça a sua natureza patológica: *“malnutrition has recently been defined as a pathological state resulting from a relative or absolute deficiency or excess of one or more essential nutrients, this state being clinically manifested or detected only by biochemical, anthropometric or physiological tests”* (Jelliffe & World Health Organization, 1966, p. 8).

No entanto, as definições para estados nutricionais desequilibrados nem sempre são consensuais. A literatura tem revelado que as definições de desnutrição podem ser distintas entre as instituições, disciplinas e culturas (Chen, Schilling, & Lyder, 2001). Desde 1966 que a OMS identifica quatro estadios de desnutrição (Jelliffe & World Health Organization, 1966):

a) Subnutrição (*undernutrition*): estado patológico resultante da ingestão de uma quantidade inadequada de comida ao longo de um período de tempo prolongado. Marasmo e inanição são sinónimos de desnutrição grave.

b) Deficiência específica (*Specific deficiency*): estado patológico resultante de uma falta relativa ou absoluta de um nutriente.

c) Hipernutrição (*overnutrition*): estado patológico resultante de uma quantidade excessiva de comida, logo, um excesso de calorias, por um período prolongado de tempo.

d) Desequilíbrio (*Imbalance*): estado patológico resultante de um desequilíbrio entre os nutrientes essenciais, com ou sem a deficiência absoluta de qualquer nutriente, tal como determinado pelos requisitos de uma dieta equilibrada.

Nos dois últimos séculos assistiu-se a significativas transformações na composição das dietas na maioria dos países mais ricos (Schmidhuber & Shetty, 2005). Na Europa, nomeadamente nos países da Europa Ocidental, as alterações nos padrões alimentares resultaram de mudanças económicas e sociais decorrentes da Revolução Industrial (Grigg, 1995). A mecanização da agricultura permitiu o aumento dos índices de produção e a diminuição dos preços, a melhoria nas infraestruturas (Schmidhuber & Shetty, 2005), sendo que a adoção de estilos de vida sedentários contribuiu para a alteração dos hábitos alimentares e do estilo de vida das pessoas (World Health Organization, 2003).

Um estado de desnutrição engloba pior qualidade de vida para a pessoa, evolução mais rápida de doenças, mais e maiores períodos de internamento e maior gasto económico que poderia ser canalizado para a prevenção (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral & Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2007).

Partindo do reconhecimento da forte relação entre a nutrição equilibrada e o seu impacto na saúde e bem-estar, baseado na evidência científica, algumas organizações mundiais prepararam documentos com orientações para futuras intervenções. Neste domínio destaca-se o trabalho desenvolvido pela *Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)*, que conjuntamente com outras entidades, nomeadamente a OMS, recorreram a um grupo de peritos para, a partir de conhecimento científico já adquirido, obter estimativas das necessidades nutricionais essenciais ao ser humano (Food and Agriculture Organization of the United Nations &

Consultation, 2001). As recomendações e orientações que resultaram deste trabalho conjunto da FAO com a OMS e outros consultores, permitem aos governos e organizações planejar, monitorizar e avaliar programas e políticas para uma melhor nutrição (Food and Agriculture Organization of the United Nations & Consultation, 2001). Apesar das recomendações dietéticas, deverem ser personalizadas (idealmente), há certos princípios básicos que se aplicam à globalidade das pessoas (Gaby, 2013).

O aumento do conhecimento na área da nutrição assim como das necessidades das pessoas ao longo da vida, com enfoque nos adultos e pessoas idosas, traduz-se em ganhos abrangentes e compensatórios, permitindo (World Health Organization, 2002): a) prevenir e reduzir situações de deficiência, doença crónica e mortalidade prematura; b) reduzir os fatores de risco associados a doenças não transmissíveis e declínio funcional no decurso do envelhecimento; c) assegurar a proteção, segurança e dignidade de todas as pessoas incluindo as pessoas idosas que, pelo avançar da idade, se tornam mais vulneráveis; e, d) permitir às pessoas envelhece em condições de segurança e participação adequadas, mantendo a sua contribuição no desenvolvimento da economia, em atividades dos setores formal e informal e nas suas famílias e comunidades.

Relativamente à preparação dos alimentos recomenda-se: i) a preparação de pratos tradicionais saudáveis à base de vegetais e leguminosas; ii) a escolha de alimentos ricos em nutrientes, como peixe, carne magra, ovos, produtos de soja e produtos lácteos com baixo teor em gordura, produtos à base de levedura, frutas e legumes, ervas e especiarias, cereais integrais, nozes e sementes; iii) reduzir o consumo de pratos tradicionais em que os alimentos são conservados em sal e incentivar o uso de ervas e especiarias; iv) consumir gordura proveniente de alimentos integrais como nozes, sementes, grãos, azeitonas e peixes gordos. Quando as gorduras refinadas são necessárias para cozinhar, selecionar óleos líquidos incluindo aqueles que são ricos em gorduras ω -3 e ω -9; e, v) evitar a desidratação consumindo regularmente, especialmente em climas quentes, líquidos e alimentos com elevado teor de água (World Health Organization, 2002).

Também a desidratação é um aspeto importante a considerar por ser uma complicação comum nos estados de doença aguda nas pessoas idosas. Muitas doenças degenerativas associadas à idade têm tendência a agravar estados de desidratação neste grupo da população (World Health Organization, 2002). A mesma fonte refere que é recomendável a ingestão de pelo menos 1500 ml de líquidos por dia.

Portugal tem um conjunto de recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN), para a população adulta portuguesa (Tabela 2).

Tabela 2 - Recomendações alimentares para a população adulta portuguesa

Total de hidratos de carbono deve contribuir com um valor total de energia diária de 50-70%.
Ingestão de fibra deve variar entre 27 e 40 g/dia.
Consumo total de lípidos ≤ 30 da energia total diária.
Consumo de ácidos gordos saturados, 10% do total diário de energia.
Consumo de colesterol <300 mg/dia.
Total sacarose <20-30 g/dia.
Sal <6 g/dia.
Redução do consumo de álcool.
Cálcio: ingestão diária total 800 mg.
Consumo adequado de cereais e produtos de cereais.
Aumento do consumo de produtos de origem vegetal e de frutas frescas.
Redução do consumo de gorduras, especialmente gordura sólida e saturadas, preferência ao consumo de azeite.
Aumento do consumo de peixe.
Redução do açúcar e produtos associados.
Redução do consumo de sal.
Redução do consumo de bebidas alcoólicas.
Consumo adequado de leite e produtos lácteos.
Manter o peso sob controlo através de uma alimentação equilibrada e atividade física.
Tomar um pequeno-almoço equilibrado, como primeira refeição da manhã.

Fonte: Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição cit. e adaptado de Graça, 1999; Rodrigues et al., 2006

A divulgação destas e de outras recomendações similares são importantes atendendo a que algumas pessoas idosas não têm a perceção de que estão em risco nutricional (van't Riet, Sijtsema, Dagevos, & De Bruijn, 2011). No entanto é importante não desvalorizar algumas das limitações que as pessoas idosas apresentam e que condicionam a sua capacidade de aceder aos alimentos, como a dificuldade em preparar e ingerir os alimentos.

A facilidade no acesso aos alimentos e a diversidade de escolha por parte dos consumidores não significa que os comportamentos alimentares sejam os mais adequados. A prevalência de situações de desnutrição às quais é dedicado o último ponto deste subcapítulo, demonstra isso mesmo.

2.3.2. Alterações nutricionais em pessoas idosas

Envelhecer é um processo universal, progressivo e irreversível para todos os seres humanos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Esse processo implica a existência de um conjunto de modificações, nomeadamente morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que contribuem para a perda progressiva da capacidade de adaptação das pessoas ao meio ambiente, tornam-no mais vulnerável e acabam por levá-lo à morte (Netto, 1996).

Também o estado nutricional é influenciado pelas demais alterações que ocorrem com o avançar da idade, nomeadamente alterações fisiológicas, socioeconómicas e psicológicas que ocorrem na idade avançada (Brownie, 2006; Morais et al., 2013). Deste modo o processo de envelhecimento e o estado nutricional são simultaneamente afetados por fatores intrínsecos e extrínsecos que aumentam a sua vulnerabilidade aos desequilíbrios nutricionais (Figura 2).

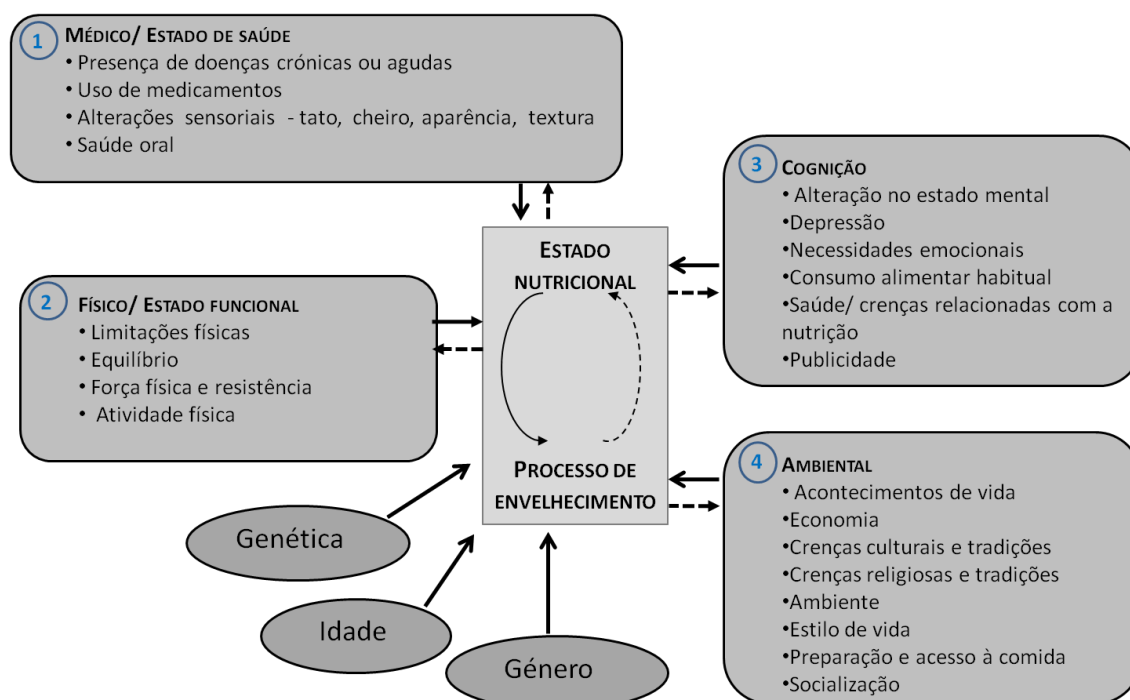


Figura 2 – Fatores influenciadores do envelhecimento e do estado nutricional

Fonte: Adaptado de Bernstein & Luggen, 2011

A desnutrição pode afetar negativamente o bem-estar das pessoas idosas, causando um declínio no estado funcional e piorando os problemas médicos existentes (Omran & Morley, 2000a), e é um dos problemas mais prevalentes neste grupo etário (Lee et al., 2009).

Seguidamente apresentam-se alguns dos fatores determinantes para o desenvolvimento de estados de desnutrição em pessoas idosas (Tabela 3).

Com o avanço da idade, o corpo está sujeito a um conjunto de mudanças que alteram a sua composição, incluindo a redução de massa muscular como resultado da perda de massa magra esquelética, ocorrendo também uma diminuição na ingestão de alimentos ao longo da vida (Chen et al., 2001; Morley, 1997). Esse declínio da massa muscular esquelética designa-se de sarcopenia (Chen et al., 2001; Kim & Choi, 2013).

A componente relacional e de socialização pode afetar o estado nutricional das pessoas idosas, por exemplo, comer sem companhia pode influenciar os comportamentos alimentares (Brownie, 2006). Ser homem ou mulher, morar em casa ou estar institucionalizado, são fatores que influenciam o estado nutricional. Alguns estudos indicam que a prevalência de desnutrição em pessoas idosas institucionalizadas é superior à de pessoas idosas que moram em casa (Payette, Coulombe, Boutier, & Gray-Donald, 2000) podendo esta percentagem ser de 60% e 10-20%, respetivamente (Clarke, Wahlqvist, & Strauss, 1998).

No que respeita à cultura, a sua influência não se faz sentir apenas nas escolhas e formas de preparar os alimentos, mas também intervém na definição da imagem corporal desejável, devido a diferentes padrões de beleza, e como tal na abordagem feita a questões como o peso ideal (Fundación Española de la Nutrición, 2013).

Tabela 3 – Fatores determinantes da deficiência nutricional em pessoas idosas e consequências

DETERMINANTES DA DEFICIÊNCIA NUTRICIONAL	CONSEQUÊNCIAS
Modificações físicas e fisiológicas	
Alterações na composição corporal	
Diminuição da quantidade de massa magra	Redução da taxa metabólica
Aumento da quantidade de massa gorda	Redução das necessidades energéticas
Diminuição da capacidade celular para armazenar água	Declínio da força e equilíbrio
	Aumento da obesidade abdominal
	Desidratação
Modificações no sistema gastrointestinal	
Modificação dos tecidos dentários, mais difícil ajustamento das próteses dentárias, perda de dentes, cáries	Perda de apetite
Diminuição do tônus e da motilidade gástrica gerando uma diminuição do esvaziamento gástrico e peristaltismo	Redução da ingestão de alimentos
	Redução na absorção de ácido fólico, vitamina B12, cálcio, ferro e betacaroteno
Alterações na função sensorial	
Diminuição do sentido do paladar, redução no número de papilas gustativas	Perda de apetite
Diminuição do sentido do olfato	Escolhas alimentares inadequadas
	Diminuição da energia
Mudanças na regulação de fluídos e eletrólitos	
Redução da taxa de filtração glomerular, diminuição do fluxo plasmático renal, redução da capacidade de regenerar nefrônios	Desidratação
Alterações da percepção da sede	<i>Delirium</i>
	Demência
Doenças crônicas	
Acidente Vascular Cerebral	Défices químico-sensoriais
Demência	Aumento da morbidade
Câncer	Perda de destreza, coordenação e mobilidade
Artrite e osteoporose	Aumento da taxa metabólica
Deficiência visual	Perda de apetite
Depressão	Náusea
	Dificuldade na preparação da comida
Medicação e hospitalização	
	Défices químico-sensoriais
	Alterações na absorção, utilização ou excreção de nutrientes essenciais
Psicossocial	
Determinantes sociais	
Restrições financeiras e pobreza	Perda de apetite
Isolamento social, mobilidade reduzida e falta de transporte	Escolhas alimentares inadequadas
Viuvez e luto	Aversão à comida
Diminuição da independência	Diminuição da energia
	Incapacidade de se autoalimentar
	Segurança alimentar reduzida

Fonte: Adaptado de Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Brownie, 2006

2.3.3. Avaliação do estado nutricional e perfil epidemiológico

A ausência de um sistema de rastreio das deficiências nutricionais globalmente aceite, parece afigurar-se como um fator limitativo da avaliação nutricional dos pacientes (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauthy, 2003).

A avaliação nutricional da pessoa idosa é uma questão importante da sua avaliação global, pelo que deve ser incorporada como uma componente essencial da avaliação geriátrica (Enzi et al., 2001; Izawa et al., 2006).

A avaliação do estado nutricional das pessoas idosas deverá ser global e ter como principais objetivos (Afonso et al., 2012; Enzi et al., 2001):

- Determinar a adequação da ingestão alimentar às necessidades individuais;
- Diagnosticar precocemente fatores de risco de desnutrição;
- Identificar a etiologia dos défices nutricionais;
- Identificar e aplicar estratégias terapêuticas;
- Controlar a eficácia do tratamento

Os instrumentos da avaliação devem ser simples, específicos, sensíveis e pouco dispendiosos (Ferry & Alix, 2004). A avaliação do estado nutricional pode ser feita em quatro grandes dimensões (Tabela 4). De modo particular, no grupo etário das pessoas idosas, é importante considerar que a avaliação do estado nutricional não se pode fazer com recurso a um único método, pois nenhum tem sensibilidade e especificidade para diagnosticar o tipo e gravidade da desnutrição (Afonso et al., 2012).

Tabela 4 – Avaliação do estado nutricional

Avaliação clínica e funcional	Avaliação Bioquímica e Imunológica	Antropometria e composição corporal	Ingestão de calorias e consumo
Exame clínico	Contagem das células do sangue	Peso, altura	Inquérito alimentar relativo às últimas 24 horas (<i>dietary recall</i>)
Estado funcional Força muscular	Albumina sérica	Altura do joelho	Registo alimentar de três dias
Atividades da Vida Diária (AVD)	Pré-albumina	Índice de Massa Corporal (IMC)	História alimentar
Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	Transferrina	Circunferências (cintura, coxa, braço, perna)	Questionário de frequência alimentar
<i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS)	Proteína transportadora do retinol	Densitometria óssea duo-energética de raio-X (DEXA)	Registo alimentar
	Vitamina B12	Impedância bioelétrica	
	Folatos		

Fonte: Adaptado de Afonso et al., 2012; Enzi et al., 2001; Ferry & Alix, 2004; Omran & Morley, 2000a, 2000b

Na Tabela 5 – Indicadores de desnutrição, resumem-se alguns indicadores que denotam a possibilidade de existência de um estado de desnutrição.

Tabela 5 – Indicadores de desnutrição

Clínicos	Bioquímicos	Antropométricos
- Perda de peso	- Leucócitos <1200 mmc	- IMC <20
- Palidez	- Glóbulos vermelhos <4.000.000	-Índice de massa magra <17
- Desidratação	mmc	- Perda de peso >10% em 6 meses
- Secura cutânea	- Volume globular médio <80 ou >96	- Prega cutânea tricipital <3 cm
- Sarcopenia	- Albumina <3,5 g/dl	- Perímetro do braço <21 cm
- Edema	- Pré-albumina <15 mg/dl	- Circunferência da perna <31 cm
- Défice cognitivo	- Transferrina <180 mg/dl	
	- Plaquetas <2,6 mg/dl	

Fonte: Adaptado de Enzi et al., 2001

Atendendo à complexidade da avaliação do estado nutricional em pessoas idosas, em certa medida devido à dificuldade em distinguir se as alterações (por exemplo, alterações na composição corporal, alteração do IMC) se devem ao processo de envelhecimento ou a um estado nutricional desequilibrado (Beck, Ovesen, & Osler, 1999), foram desenvolvidas algumas ferramentas que conjugam as principais dimensões passíveis de avaliação, das quais se destacam:

- a) *DETERMINE Your Nutritional Health Checklist*: desenvolvida pela Nutrition Screening Initiative (NSI), é um questionário de auto-relato, de uma página, com 10 questões. As questões abrangem: a) avaliação dietética, com quatro questões relacionadas com o número de refeições, ingestão alimentar e de álcool, e autonomia na preparação dos alimentos e alimentação; b) avaliação global, com quatro questões relacionadas com a condição médica, medicamentos, saúde oral e perda de peso; e, c) avaliação social, com duas questões sobre as dificuldades económicas e a redução do contacto social (Omran & Morley, 2000a). Uma pontuação superior a seis pontos sugere risco de desnutrição e indica a necessidade de se fazer uma avaliação mais aprofundada.
- b) *Subjective Global Assessment (SGA)*: desenvolvida por Detsky e colaboradores, baseia-se na história clínica da pessoa idosa (perda de peso, alterações na ingestão, sintomas gastrointestinais e capacidade funcional), exame físico (músculo, gordura subcutânea, ascite, entre outros) e exame médico (normal, levemente ou significativamente desnutrido) (Afonso et al., 2012; Omran & Morley, 2000a).

- c) *Malnutrition Risk Scale (SCALES)*: ferramenta desenvolvida para utilização em regime de ambulatório. Alguns dos parâmetros avaliados são a albumina sérica, perda de peso, problemas alimentares, e capacidade de adquirir e preparar alimentos (Omran & Morley, 2000a).
- d) *Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)*: ferramenta desenvolvida para prever situações de desnutrição em pessoas idosas em contexto hospitalar. A fórmula de cálculo baseia-se nos valores da albumina séria e perda de peso, classificando-se os resultados em quatro níveis distintos do estado nutricional (Abd-El-Gawad, Abou-Hashem, Maraghy, & Amin, 2013).
- e) *Nutritional Risk Screening (NRS)*: ferramenta desenvolvida para detetar casos de desnutrição em contexto hospitalar. É o instrumento de rastreio sugerido pela European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN), avalia o IMC, perda de peso, alteração da ingestão alimentar e presença da doença crónica (Afonso et al., 2012; Kondrup et al., 2003).
- f) *Mini Nutritional Assessment (MNA)*: Esta ferramenta é amplamente utilizada em diferentes contextos (comunidade, cuidados de saúde primários, ambulatório, instituição ou hospital) e foi já aplicada em diferentes países nomeadamente em Portugal por Loureiro (2008). O MNA é composto por 18 questões agrupadas em quatro categorias distintas: avaliação antropométrica (peso, IMC, perda de peso, medição da circunferência do braço e da perna); avaliação global (estilo de vida, medicação, mobilidade e presença de sinais de depressão ou demência); avaliação da dieta de curta duração (número de refeições, alimentação e ingestão de líquidos, e autonomia na alimentação) e, avaliação subjetiva (auto-perceção de saúde e nutrição) (Guigoz, 2006). É referido como a ferramenta de maior especificidade e sensibilidade.
- g) *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*: ferramenta desenhada para aplicação na comunidade, e inclui também uma parte dedicada a recomendações e orientações que podem ser utilizadas no desenvolvimento de um plano de cuidados. É constituída por cinco passos: Passo 1 e 2: IMC, perda de peso não planeada; passo 3: efeitos da doença aguda; passo 4: determinação da pontuação global e correspondente grau de desnutrição; e passo 5: Preparação de um plano de cuidados adequado (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 2003).

Nas últimas décadas a comunidade científica tem dedicado alguns esforços à avaliação epidemiológica nutricional da população idosa. A partir do reconhecimento da influência dos estilos de vida na prevalência e incidência de doenças crônicas e ao impacto que estas têm na sociedade, é importante conhecer as variáveis que afetam as pessoas (Poínhos et al., 2009), nomeadamente do ponto de vista nutricional.

Em 1988 iniciou-se na Europa um estudo longitudinal relativo à situação alimentar de pessoas idosas, denominado *Survey in Europe on Nutrition and Elderly, a Concerted Action* (SENECA) (Haveman-Nies, Groot, & VanStaveren, 2003), o qual ainda hoje é considerado uma referência. Os indicadores do estado de saúde, o estado vital, ingestão alimentar, estilo de vida, e outras medidas foram obtidas utilizando uma metodologia padronizada rigorosamente e ao longo do tempo para a Europa (Haveman-Nies et al., 2003). Na fase inicial participaram 2586 pessoas, provenientes de 19 cidades europeias, incluindo Portugal, com idade entre os 70 e os 75 anos. Dos resultados destaca-se que: as pessoas idosas do sul da Europa aparentam padrões alimentares mais saudáveis consumindo com frequência grão, legumes, frutas, carnes magras, azeite, e inferior consumo de gorduras saturadas, quando comparados com as pessoas do norte da Europa (Schroll et al, cit. Tur, Colomer, Bonnin, Llompart, & Pons, 2005).

Entre 2003 e 2005 desenvolveu-se um projeto europeu denominado de *“Food in later life”* em oito países europeus, incluindo Portugal. Os resultados do estudo demonstraram que 47,3% (n=281) dos participantes não estavam em risco nutricional, 27,3% (n=162) apresentavam risco nutricional moderado, e 25,4% (n=151) apresentavam risco nutricional elevado (Morais et al., 2013). Um risco nutricional elevado foi associado a: elevado IMC, consumo médio de frutas e vegetais por dia, escolha de alimentos fáceis de mastigar e estado de saúde geral (Morais et al., 2013).

Em Portugal, em 2005, através da ferramenta de rastreio *“MUST”* identificou-se que 9% de pessoas idosas do sexo masculino e 15% do sexo feminino a viver na comunidade estavam em risco médio ou alto de desnutrição Afonso et al. Cit (Afonso et al., 2012).

No Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006), como se pode ver na Tabela 6, verificou-se que a maior percentagem de pessoas com 65 ou mais anos tinham peso normal, tanto para Portugal (NUTS I) como na região Centro (NUTS II) (32,8% vs 36,7%). No entanto é importante não desconsiderar os valores apresentados para o excesso de peso, que para ambos os grupos etários e nas duas regiões apresentam valores superiores a 20% (Instituto Nacional de Estatística, 2009d).

Tabela 6- Distribuição das classes de IMC das pessoas com 65 ou mais anos para Portugal e região Centro (valores em %)

	Grupo etário	Baixo Peso	Peso Normal	Excesso de Peso		Obesidade	
		IMC < 18,5 kg/m ²	IMC ≥ 18,5 Kg/m ² e < 25 kg/m ²	Grau I: IMC ≥ 25 Kg/m ² e < 27 kg/m ²	Grau II: IMC ≥ 27 Kg/m ² e < 30 kg/m ²	IMC ≥ 30 kg/m ²	Não sabe/ não responde
Portugal	65 a 74 anos	1,02	32,80	19,29	24,15	21,87	0,87
	75 ou + anos	3,56	41,37	16,00	20,57	16,29	2,22
Região Centro	65 a 74 anos	0,87	36,73	18,62	23,33	19,51	0,95
	75 ou + anos	3,97	42,55	14,35	22,95	14,45	1,74

Fonte: Adaptado de Instituto Nacional de Estatística, 2009c

No estudo de validação do MNA para Portugal e na população idosa, verificou-se que 83,5% dos participantes tinha um valor médio de IMC superior a 23kg/m² (Loureiro, 2008).

Capítulo 3 Participantes e Métodos

3.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Estudo de natureza epidemiológica, transversal, realizado em contexto de cuidados de saúde primários (CSP).

3.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.2.1. Primeira fase

A escolha dos CSP para realização desta investigação foi motivada pelo conhecimento de que estes representam a interface privilegiada, isto é, o primeiro ponto de contacto entre as pessoas e o sistema nacional de saúde (Alma-Ata, 1978). O sucesso da implementação dos CSP em Portugal tem-se evidenciado nos ganhos alcançados na saúde (Miguel & Sá, 2010), nomeadamente pela intervenção atempada na história natural da doença, e na definição de estratégias de intervenção.

A realização de uma investigação neste contexto de CSP, carecia de um parecer por parte do diretor do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Vouga, para depois ser formalizado o pedido de aprovação do estudo na Comissão de Ética para a Saúde (CES).

Antes da operacionalização do projeto de investigação, o mesmo teve de ser aprovado pelo diretor do ACES Centro tendo sido de seguida solicitado o parecer favorável à CES da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro.

3.2.2. Segunda fase

Após a obtenção do parecer favorável da CE para realização da investigação, o diretor do ACES do Baixo Vouga enviou via correio eletrónico a informação sobre o estudo a todos os coordenadores das unidades de saúde familiar do concelho de Aveiro, a fim de ser permitida a respetiva investigação e colaboração.

No seguimento desta informação, a autora do estudo iniciou o contacto presencial junto da Direção de cada unidade de saúde, tendo sido disponibilizada uma sala para que a aplicação do protocolo de recolha de dados pudesse ser realizado de modo a garantir a intimidade e a privacidade dos participantes.

A recolha de dados decorreu entre o dia 27 de fevereiro e 29 de Abril de 2014.

3.2.3. Contexto e recrutamento dos participantes

Os ACES são serviços de saúde autónomos na administração, constituídos por várias unidades funcionais e que integram um ou mais centros de saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008). A sua estrutura funcional é constituída por várias unidades funcionais nomeadamente as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), unidades contempladas neste estudo (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

O ACES Baixo Vouga no concelho de Aveiro é constituído por duas UCSP e quatro USF.

A seleção da população a estudar nesta investigação estava definida desde a fase de planeamento, na qual se definiu as principais etapas e linhas metodológicas da investigação que se pretendia conduzir. Os critérios de inclusão definidos para participação nesta investigação foram:

- Ter residência fixa no concelho de Aveiro;
- Estar inscrito num centro de saúde do concelho de Aveiro;
- Ter 65 ou mais anos de idade, ou completar 65 anos no presente ano.

Pretendia-se que a amostra obtida fosse a mais representativa possível da população em estudo, refletindo as suas características. Ocasionalmente pelos constrangimentos associados a uma investigação desta natureza, nomeadamente os temporais, optou-se por selecionar uma amostra não probabilística acidental ou de conveniência. A amostragem não probabilística não permite que todos os elementos da população tenham a mesma probabilidade de serem selecionados para integrar no estudo sendo mas que se encontram em locais facilmente acessíveis, com características conhecidas na população e correspondam aos critérios de inclusão definidos para a investigação (Fortin, 2006).

Os participantes deste estudo foram selecionados a partir de uma amostra não aleatória acidental ou de conveniência de pessoas registadas no ACES Baixo Vouga, pois as recolhas foram feitas aos utentes que eram esperados nas USF e UCSP de acordo com as suas consultas médicas e que correspondiam aos critérios de inclusão. em pelo menos dois dias em cada semana, segundo a disponibilidade da sala onde se realizava a recolha de dados das USF e UCSP.

A tabela seguinte (Tabela 7) mostra a composição das UCSP e USF do concelho de Aveiro, o número de inscritos nascidos até 1949 (completam 65 anos no decorrer de 2014), a divisão por género, e a distribuição dos participantes pelas unidades. O número total de inscritos é de 14695, dos quais 57,2% são mulheres. Os dados relativos ao número de inscritos, foram fornecidos pelas UCSP e USF.

Tabela 7 – Número de inscritos nas UCSP e USF do concelho de Aveiro (população alvo) e amostra (população no estudo)

	População alvo						Amostra					
	Total		Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UCSP												
UCSP Aveiro A	3019	20,5	1319	21,0	1700	20,2	43	28,7	19	1,4	24	1,4
UCSP Aveiro B	3943	26,8	1679	26,7	2264	26,9	72	48,0	31	1,8	41	1,8
USF												
USF A	2661	18,1	1101	17,5	1560	18,6	11	7,3	4	0,4	7	0,4
USF B	1754	11,9	771	12,3	983	11,7	6	4,0	2	0,3	4	0,4
USF C	1342	9,1	599	9,5	743	8,8	18	12,0	10	1,7	8	1,1
USF D	1976	13,4	817	13,0	1159	13,8	--	--	--	--	--	--
Total	14695	100,0	6286	42,8	8409	57,2	150	100,0	66	44,0	84	56,0

A recolha de dados foi efetuada pela autora do estudo. Por questões de logística não foi possível efetuar a recolha na USF D, contudo, foi possível efetuar recolha de dados em 12 das 14 unidades que integram as USF e UCSP.

Apesar de se tratar de uma amostra de conveniência, é importante salientar que não se observaram diferenças significativas na proporção de homens da população alvo em comparação com proporção de homens da amostra (42,8% vs. 44,0%, $p=0,763$). Uma conclusão idêntica é obtida para a proporção de mulheres da população alvo em comparação com a proporção de mulheres da amostra (57,2% vs 56,0%, $p=0,8046$).

3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo e descritos nos pontos 3.3.1 (2,3 e 4) foram: *Questionário de informação sociodemográfica*, *Escala de Apreciação Corporal*, *Escala de Satisfação Corporal* e *Escala de Avaliação do Estado Nutricional*.

3.3.1. Informação sociodemográfica

Através de um questionário desenhado especificamente para este estudo e baseado noutros questionários similares, nomeadamente o do EASY-Care Standard (<http://www.easycare.org.uk/>) foram recolhidas as características demográficas e socioeconómicas de cada participante, nomeadamente: o sexo; data de nascimento; área de residência (área predominantemente urbana (APU), área mediamente urbana (AMU), área predominantemente rural (APR)); estado civil atual; anos de educação formal (não tem

escolaridade, 1-4 anos, 5-12 anos, ≥ 12 anos); rendimento do agregado no final do mês (não chega para as necessidades, à justa para as necessidades, sobra algum dinheiro); com quem vive (em casal, com família alargada indicando o número de pessoas do agregado incluindo o(a) participante, em instituição, sozinho(a), outra situação e em caso afirmativo especificar); e situação profissional (empregado(a) a tempo inteiro, empregado(a) a tempo parcial, desempregado(a), doméstico(a), pensionista, reformado(a), estudante).

3.3.2. Apreciação corporal

A apreciação corporal foi avaliada a partir da Escala de Apreciação Corporal desenvolvida por Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow (2005), originalmente designada por Body Appreciation Scale (BAS) tendo sido validada para a população portuguesa em 2011 (Neto, 2011) sendo designada neste estudo por EAC-PT. A escala EAC-PT, permite avaliar a apreciação corporal tendo em conta ambos os sexos, através dos aspetos positivos da imagem corporal. A escala é composta por 13 questões e permite avaliar em que medida as mulheres e os homens: a) têm opiniões favoráveis acerca do seu corpo; b) aceitam o seu corpo, apesar do seu peso, forma do corpo e imperfeições; c) respeitam o seu corpo atendendo às suas necessidades e envolvimento em comportamentos saudáveis; e, d) protegem a sua imagem corporal rejeitando imagens irreais de protótipos de magreza apresentadas pelos meios de comunicação social (Avalos et al., 2005; Santos, 2011).

As respostas foram obtidas numa escala de Likert (1=nunca e 5=sempre), cujo somatório médio da pontuação permite afirmar que quanto mais elevado é, melhor é a apreciação corporal (Avalos et al., 2005; Marika Tiggemann & McCourt, 2013). Na validação deste instrumento em pessoas idosas a consistência interna foi verificada pela aplicação do alfa de Cronbach e o valor obtido foi de $\alpha=0,86$ (Baldaia, 2013). Este item varia entre 0 e 1 e de acordo com Pestana & Gageiro, 2003, obter um alfa superior a 0,8 considera-se que o instrumento apresenta boa consistência interna.

3.3.3. Satisfação corporal

A satisfação corporal foi avaliada a partir da Escala de Silhuetas de Stunkard et al (Stunkard et al., 1983).

De acordo com o trabalho realizado por alguns investigadores e que utilizaram a Escala de Silhuetas de Stunkard, os números das figuras da escala foram divididos em cinco grupos: 1 e 2 abaixo do peso, 3 e 4 peso ideal, 5 ligeiramente acima do peso, 6 e 7 moderadamente acima do peso e 8 e 9 excessivamente acima do peso (Bhuiyan, Gustat, Srinivasan, & Berenson, 2003). No

entanto, como o referencial adotado para este estudo relativamente aos valores de referência do IMC foram os da OMS (conforme referido no ponto 3.3.4 deste subcapítulo) e por forma a poder estabelecer comparações com igual nível de grandeza, reorganizou-se a distribuição das figuras e correspondente IMC em 4 grupos: 1 e 2 abaixo do peso, 3 e 4 peso normal, 5, 6 e 7 excesso de peso e 8 e 9 obesidade.

O nível de satisfação dos participantes foi calculado com base na diferença entre a silhueta atual e a silhueta ideal. De acordo com outros autores, considerou-se neste estudo que os participantes estavam: i) satisfeitos quando o número da silhueta atual e da silhueta ideal eram coincidentes; ii) insatisfeitos se a imagem corporal ideal estava um número acima ou abaixo da imagem corporal atual; iii) muito insatisfeitos se a diferença entre a imagem corporal atual e ideal era superior a uma figura (Costa et al., 2007).

3.3.4. Avaliação nutricional

Na medida em que a avaliação nutricional implicava a medição do peso e da altura, não era desejável que esse conhecimento influenciasse as respostas dos participantes, tendo sido por isso realizada esta recolha de dados depois da recolha sobre a avaliação da apreciação e da satisfação corporal.

Para a avaliação das pessoas quanto ao seu estado nutricional, foi utilizado o instrumento Mini-Nutritional Assessment (MNA). O MNA foi desenvolvido por Guizog e colaboradores em 1994, tem sido amplamente utilizado e encontra-se traduzido em mais de 20 idiomas (Vellas et al., 2006).

Trata-se de uma escala de avaliação numérica, constituída por 18 itens distribuídos por 4 (quatro) secções abaixo descritos em pormenor: I) avaliação antropométrica (quatro questões relativas ao peso, altura, circunferências da perna e do braço), II) avaliação global (seis questões relativas aos estilos de vida, toma de medicação, acontecimentos stressantes), III) avaliação dietética (seis questões relativas aos hábitos de consumo alimentar, ingestão alimentar e consumo de líquidos) e avaliação subjetiva (duas questões sobre a apreciação que a pessoa faz de si em relação a problemas alimentares e em comparação com outras pessoas da mesma idade). O somatório máximo obtido é de 30 pontos e classifica as pessoas idosas em três categorias: desnutrido (<17), em risco de desnutrição (17-23,5) e estado nutricional normal (≥ 24). A versão Portuguesa foi a utilizada neste estudo (Loureiro, 2008a).

I) Avaliação Antropométrica

Nesta avaliação todos os participantes foram pesados com recurso a uma balança decimal com capacidade até 150 quilogramas (Kg). A altura, em metros (m) foi obtida utilizando um estadiómetro, com os participantes descalços, a planta do pé totalmente apoiada na base e a nuca encostada à barra de medição. Nos casos em que a acentuada curvatura da coluna vertebral não permitiu este procedimento, procedeu-se à estimativa da altura a partir do comprimento da perna recorrendo à Equação de Chumlea (Chumlea, Guo, Roche, & Steinbaugh, 1988) (Tabela 8). Este procedimento foi efetuado em sete dos 150 participantes no estudo.

Tabela 8 - Equação de Chumlea para estimativa da altura em pessoas com acentuada curvatura da coluna

Homens	$(2,02 \text{ CP}) - (0,04 \text{ I}) + 64,19$
Mulheres	$(1,83 \text{ CP}) - (0,24 \text{ I}) + 84,88$
Legenda: CP: comprimento da perna em cm; I: idade em anos	

Fonte: Adaptado de Chumlea et al., 1988

A medição foi efetuada com uma fita métrica flexível e não extensível, na face da perna do lado não dominante. Os pontos de referência considerados foram a planta do pé e a superfície anterior da coxa, imediatamente sobre os côndilos do fémur. A medição foi efetuada com o participante sentado, com um ângulo no joelho e tornozelo de 90 ° e com o dorso do pé totalmente apoiado no chão.

A partir da avaliação antropométrica, calculou-se o IMC dividindo-se o peso pela altura ao quadrado. Relativamente aos valores do IMC não há um consenso relativamente aos pontos de corte para a população idosa. Nesta investigação adotaram-se os valores propostos pela OMS, que assume para a população com 65 anos ou mais os mesmos valores que para a população adulta (Tabela 9).

Tabela 9 - Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Baixo peso	<18,5
Peso normal	18,5 – 24,9
Excesso de peso	25,0 – 29,9
Obesidade	≥30

Fonte: World Health Organization, 2014

Efetuuou-se a medição do perímetro médio braquial (PMB) (medido no braço não dominante relaxado, no ponto médio entre o acrômio e o olecrânio), com os pontos de corte $PMB < 21$, $21 \leq PMB \leq 22$ e $PMB > 22$; a circunferência da perna (CP) (medida na maior circunferência entre o tornozelo e o joelho) com os pontos de corte $CP < 31$ e $CP \geq 31$; e a perda ponderal nos últimos 3 meses. A medição destes perímetros avalia a reserva de tecido muscular, e foi efetuado com fita métrica inextensível, em todos os participantes.

II) Avaliação global

A avaliação global compreende aspetos como a independência toma de medicamentos (polimedicação), presença de stresse psicológico ou doença aguda, mobilidade, problemas neuropsicológicos e, úlceras de pressão.

III) Avaliação dietética

A avaliação dietética foca-se nos aspetos relativos aos hábitos alimentares, nomeadamente o número de refeições diárias; consumo de laticínios, feijão/grão ou ovos, carne ou peixe diariamente, fruta e vegetais e líquidos. Inclui também questões de avaliação da ingestão alimentar, pela presença de condições que contribuam para a redução da ingestão, e ao modo de se alimentar.

IV) Avaliação subjetiva

Neste tópico avalia-se a autoperceção relativamente à nutrição e ao seu estado de saúde, em comparação com outras pessoas da mesma idade.

3.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para a análise estatística dos dados foi necessário proceder-se a alguma organização relativamente às variáveis, nomeadamente as sociodemográficas.

Na análise dos dados e em relação à variável idade, os participantes foram divididos em dois grupos: 65-74 anos e 75 ou mais anos ((Morais et al., 2013). No estado civil os participantes foram agrupados em casado e não casado.

Como o número de pessoas a viver em instituições era reduzido (n=5) e os restantes participantes moravam em família ou em casal, na análise estatística consideraram-se as categorias em família e sozinho.

Em relação à escolaridade, agruparam-se os dados em duas categorias: até 4 anos de escolaridade e mais de 4 anos de escolaridade devido às seguintes razões: i) número muito reduzido de participantes (oito) não tinham frequentado qualquer nível de escolaridade,; ii) os que referiram situar-se na categoria de 1 a 4 anos, a maioria referia que apenas tinha completado 3 anos, por ser o ensino obrigatório vigente na altura em que frequentaram a escola primária (Cardim, 1999); iii) os restantes participantes tinham frequentado 5 ou mais anos.

Em relação à situação profissional o grupo dos participantes que se encontravam numa situação de não reforma tinha oito participantes, pelo que na análise se consideraram duas categorias: reformado e outra situação.

O local de residência dos participantes foi classificado de acordo com a classificação da tipologia de áreas urbanas proposta pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), e que tem por base a densidade populacional, o peso da ocupação predominante, a presença de Câmara Municipal, entre outros (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro, 2014; Instituto Nacional de Estatística, 2014b).

Todos os testes utilizados com valores de prova inferiores a 0,05 foram considerados como indicando significância estatística. Todas as análises efetuadas utilizaram o programa de software estatístico SPSS para Windows, versão 22,0. O teste da proporcionalidade entre o número de homens na população alvo e na amostra em estudo foi realizado através do software estatístico R para Windows (<http://www.r-project.org/>).

A comparação de proporções foi efetuada através do teste de χ^2 de Pearson com correção para a continuidade, sempre que os pressupostos se verificavam ou através do Teste Exacto de Fischer.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a aderência dos valores das variáveis contínuas à distribuição normal a fim de decidir se seriam utilizados os testes paramétricos ou não-paramétricos. Para estudar a diferença de médias utilizou-se o Teste t-student, o Teste U de Mann-Whitney, e o Teste de Kruskal-Wallis.

Para verificar a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes dos instrumentos de recolha de dados utilizados no estudo, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Para avaliar a associação entre o estado nutricional, o género e as variáveis do MNA foi utilizada a regressão logística não condicional [odds ratio(OR) e intervalos de confiança a 95 % (IC 95%)].

3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente investigação foi aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro. Foi solicitado o parecer à CE no dia 19 de dezembro de 2013 tendo sido obtido o parecer favorável em 30 de janeiro de 2014, com o número 003401.

Antes da aplicação dos instrumentos para recolha dos dados foi fornecido a cada participante um folheto informativo contendo os objetivos da investigação, os orientadores científicos da mesma e a investigadora que faria a recolha dos dados. Os participantes foram informados que a sua participação ocorreria apenas num único momento, explicitados os métodos e os benefícios previstos. Explicitou-se também, que de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, que a desistência da participação no estudo era uma opção possível, caso o considerassem, sendo que não haveria qualquer influência na assistência que lhe era prestada nas unidades de saúde. Garantiu-se ainda o total anonimato e confidencialidade dos dados e não seriam recolhidos dados que possibilitassem a sua identificação tendo sido atribuído a cada um dos participantes um código de identificação.

A Declaração de Consentimento Livre e Informado foi lida por todos os participantes e, assinada. No caso em que os participantes não sabiam ler, esta foi lida por um acompanhante ou pela autora do estudo e assinado a rogo. Para este procedimento o participante colocou a sua impressão digital no termo de consentimento e um acompanhante maior de idade ou a autora do estudo assinaram o termo de consentino.

Atendendo à legislação em vigor (Lei nº. 67/98 (República, 1998), Artigo 3º) e pela definição do conceito de “dados pessoais”, não se efetuou o pedido de autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados, pois as pessoas participantes não serão identificadas ou identificáveis em nenhum dos instrumentos de recolha de dados utilizados nesta investigação.

Capítulo 4 Resultados

4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

4.1.1. Caracterização segundo o gênero

As características gerais dos participantes em relação ao gênero estão representadas na Tabela 10.

Dos 150 participantes 84 (56%) são mulheres. A média de idades é significativamente superior nos homens ($76,5 \pm 7,1$ vs $73,7 \pm 6,3$, $p=0,01$). O valor mínimo de idade foi de 65 anos e o máximo de 93 anos.

A proporção de pessoas idosas em cada um dos grupos etários formados ([65-74] e ≥ 75) é muito semelhante (49,3% e 50,7% respectivamente). Relativamente à área de residência, quase metade dos participantes reside em AMU (42%).

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes são casados (61,3%) quando comparados com os “não casados” (viúvos, divorciados ou solteiros). O estado civil está associado com o gênero, sendo que as mulheres “não casadas” estão numa proporção significativamente superior às “casadas” (79,3% vs 41,3%, $p < 0,001$).

A maioria dos participantes (87,3%), têm níveis de escolaridade inferior ao quarto ano de escolaridade. A proporção de participantes com 4 anos ou mais de escolaridade nos homens é significativamente mais elevado do que naqueles cuja escolaridade é inferior ou igual a 4 anos (68,4% vs 40,5%, $p=0,02$).

No que concerne à percepção do rendimento no final do mês, a maioria dos participantes manifesta que o rendimento é mesmo à justa para as necessidades (57,3%).

A maioria dos participantes (78,0%) mora em conjunto com mais alguém (inclui casal, filhos ou em instituição), sendo que das que referem morar sozinhas, as mulheres estão numa proporção significativamente superior às que referem morar em família (78,8% vs 49,6%, $p < 0,05$). Quase todos os participantes são reformados (94,7%).

Tabela 10 – Caracterização da amostra segundo o gênero e as características sociodemográficas

	Gênero					
	Feminino		Masculino		Total	
Idade*^a						
Média (±DP)	73,7 (±6,3)		76,5 (±7,1)		74,9 (±6,8)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total	84	56	66	44	150	100
Grupo etário*^{b)}						
[65-74]	48	64,9	26	35,1	74	49,3
≥75	36	47,4	40	52,6	76	50,7
Área de residência						
APU	33	60,0	22	40,0	55	36,7
AMU	36	57,1	27	42,9	63	42,0
APR	15	46,9	17	53,1	32	21,3
Estado Civil*^{b)}						
Casado	38	41,3	54	58,7	92	61,3
Não casado	46	79,3	12	20,7	58	38,7
Escolaridade*^{b)}						
≤4 anos	78	59,5	53	40,5	131	87,3
>4 anos	6	31,6	13	68,4	19	12,7
Percepção do rendimento (final do mês)						
Insuficiente para as necessidades	14	53,8	12	46,2	26	17,3
À justa para as necessidades	47	54,7	39	45,3	86	57,3
Sobra algum dinheiro	23	60,5	15	39,5	38	25,3
Agregado (com quem vive)*^{b)}						
Em família	58	49,6	59	50,4	117	78,0
Sozinho	26	78,8	7	21,2	33	22,0
Situação Profissional						
Reformado	77	54,2	65	45,8	142	94,7
Outra situação	7	87,5	1	12,5	8	5,3

Legenda: * p<0,05; ^{a)}Teste t; ^{b)}Teste do Qui-Quadrado; APU – Área predominantemente urbana; AMU – Área mediantemente urbana; APR – Área predominantemente rural.

4.1.2. Caracterização segundo a área de residência

Neste ponto, os resultados foram estruturados de forma a evidenciar os aspetos mais relevantes das características sociodemográficas em função da área de residência (Tabela 11 – Caracterização da amostra segundo a área de residência e as características sociodemográficas Tabela 11).

Tabela 11 – Caracterização da amostra segundo a área de residência e as características sociodemográficas

	Área de Residência					
	APU		AMU		APR	
Idade						
Média (±DP)	76,2 (±6,7)		74,1 (±7,1)		74,4 (±6,4)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total	55	36,7	63	42,0	32	21,3
Género						
Masculino	22	33,3	27	40,9	17	25,8
Feminino	33	39,3	36	42,9	15	17,9
Grupo etário						
[65-74]	22	29,7	34	45,9	18	24,3
≥75	33	43,4	29	38,2	14	18,4
Estado Civil						
Casado	31	33,7	40	43,5	21	22,8
Não casado	24	41,4	23	39,7	11	19,0
Escolaridade						
≤4 anos	46	35,1	55	42,0	30	22,9
>4 anos	9	47,4	8	42,1	2	10,5
Perceção do rendimento (final do mês)						
Insuficiente para as necessidades	11	42,3	9	34,6	6	23,1
À justa para as necessidades	27	31,4	38	44,2	21	24,4
Sobra algum dinheiro	17	44,7	16	42,1	5	13,2
Agregado (com quem vive)						
Em família	42	35,9	49	41,9	26	22,2
Sozinho	13	39,4	14	42,4	6	18,2

Situação Profissional

Reformado	52	36,6	62	43,7	28	19,7
Outra situação	3	37,5	1	12,5	4	50,0

Legenda: APU - Área predominantemente urbana; AMU – Área mediamente urbana; APR – Área predominantemente rural.

Os participantes das três áreas territoriais em análise, não se diferenciam de modo significativo uns dos outros no que respeita a todas as variáveis. Contudo, a média das idades das pessoas idosas é mais elevada nos residentes em áreas urbanas (76,2 ±6,7).

Os participantes das AMU sobressaem por apresentarem escolaridade inferior ao quarto ano (42,0%), por morarem maioritariamente em família (41,9%) e serem maioritariamente reformados (43,7%).

4.2. SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

Neste tópico, a análise da variável “Satisfação com a Imagem Corporal” foi dissociada em diversas vertentes. As Tabela 12, Tabela 13 e Tabela 14, apresentam os principais resultados da aplicação da Escala de silhuetas de Stunkard (ESS), com a qual se pretendeu avaliar a satisfação com a imagem corporal.

4.2.1. Satisfação com a imagem corporal e as características sociodemográficas

A Tabela 12 reflete a satisfação com a imagem corporal e as características sociodemográficas dos participantes.

Mais de um terço dos participantes mostram-se muito insatisfeitos com a sua imagem corporal (34%).

Em relação ao género, são os homens que se manifestam significativamente mais insatisfeitos (43,9% vs 26,2%, $p < 0,05$).

São as mulheres que se consideram mais satisfeitos com a imagem corporal (35,7% vs 19,7%, $p < 0,05$), a faixa etária dos 65 até aos 74 anos (31,1% vs 26,3%), os residentes em APU em relação às AMU e APR (40,6% vs 33,3% vs 28,1% respetivamente), casadas e com escolaridade igual ou superior a 4 anos (31,6% vs 28,2%).

São os participantes com idade igual ou superior a 75 anos (38,2%), não casados (41,4%) e com escolaridade igual ou inferior ao quarto ano (37,4%) aqueles que estão insatisfeitos com a sua imagem corporal.

Tabela 12 – Satisfação com a imagem corporal e características sociodemográficas

	Satisfação com a imagem					
	Satisfeito		Insatisfeito		Muito insatisfeito	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Idade						
Média (±DP)	74,7 (±6,3)		75,0 (±6,9)		75,1 (±7,3)	
Total	43	28,7	56	37,3	51	34,0
Gênero ^{a)*}						
Masculino	13	19,7	24	36,4	29	43,9
Feminino	30	35,7	32	38,1	22	26,2
Grupo etário						
[65-74]	23	31,1	27	36,5	24	32,4
≥75	20	26,3	29	38,2	27	35,5
Área de residência						
APU	13	40,6	20	36,4	22	40,0
AMU	21	33,3	26	41,3	16	25,4
APR	9	28,1	10	31,3	13	40,6
Estado Civil						
Casado	27	29,3	32	34,8	33	35,9
Não casado	16	27,6	24	41,4	18	31,0
Escolaridade						
≤4 anos	37	28,2	49	37,4	45	34,4
>4 anos	6	31,6	7	36,8	6	31,6
Percepção do rendimento (final do mês)						
Insuficiente para as necessidades	6	23,1	14	53,8	6	23,1
À justa para as necessidades	24	27,9	32	37,2	30	34,9
Sobra algum dinheiro	13	34,2	10	26,3	15	39,4
Agregado (com quem vive)						
Em família	38	32,5	39	33,3	40	34,2
Sozinho	5	15,2	17	51,5	11	33,3
Situação Profissional						
Reformado	43	30,3	50	35,2	49	34,5
Outra situação	-	-	6	75,0	2	25,0

Legenda: *p <0,05; ^{a)}Teste do Qui-Quadrado.

4.2.2. Satisfação com a imagem corporal e IMC

Na Tabela 13 está representado o IMC dos participantes que escolhem cada silhueta de acordo com a qual se identificam no momento atual.

A silhueta número 4 foi a mais selecionada por ambos os sexos, no conjunto dos grupos etários em análise.

Para as mulheres com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, a silhueta mais comumente escolhida foi a número 5 (22,9%). Para as mulheres do grupo etário acima dos 75 anos a silhueta mais comumente escolhida foi a número 3 (25%).

Tabela 13 – Índice de massa corporal dos participantes que escolhem a silhueta atual por grupo

	Silhueta atual							
	<i>(indique o número da silhueta mais parecida consigo no momento atual)^{a)}</i>							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Feminino								
Total (n=84)	6 (7,1)	7 (8,3)	13 (15,5)	18 (21,4)	15 (17,9)	10 (11,9)	11 (13,1)	4 (4,8)
65-74 (n=48)	4 (8,3)	3 (6,3)	4 (8,3)	10 (20,8)	11 (22,9)	4 (8,3)	8 (16,7)	4 (8,3)
	23,2 (2,9)	25,9 (1,4)	23,0 (0,5)	26,2 (1,0)	30,9 (1,5)	32,8 (1,9)	31,8 (1,9)	34,7(1,0)
≥75 (n=36)	2 (5,6)	4 (11,1)	9 (25,0)	8 (22,2)	4 (11,1)	6 (16,7)	3 (8,3)	-
	25,9 (0,6)	21,7 (1,1)	25,2 (0,7)	27,1 (0,4)	31,2 (2,5)	28,6 (1,5)	33,1 (0,1)	-
Masculino								
Total (n=66)	5 (7,6)	4 (6,1)	8 (12,1)	18 (27,3)	13 (19,7)	10 (15,2)	7 (12,1)	-
65-74 (n=26)	2 (7,7)	-	1 (3,8)	7 (26,9)	6 (23,1)	6 (23,1)	4 (15,4)	-
	22,9 (3,7)	-	23,7 (0)	27,6 (0,8)	29 (1,4)	30,7 (1,3)	30,4 (0,2)	-
≥75 (n=40)	3 (7,5)	4 (10,0)	7 (17,5)	11 (27,5)	7 (17,5)	4 (10,0)	4 (10,0)	-
	25,9 (1,3)	26,9 (2,1)	27,9 (0,8)	26,9 (0,8)	27,7 (0,9)	28,4 (1,9)	30,2 (2,6)	-

Legenda: ^{a)} Os valores na primeira linha representam o número e a percentagem de participantes que escolheu cada uma das silhuetas, com a qual se parecem no momento atual. Os números a bold representam a média e desvio padrão do IMC dos participantes que escolheu cada silhueta.

A silhueta mais comumente escolhida pelos homens independentemente da idade foi número 4.

A silhueta número 8 foi selecionada apenas por 4 (8,3%) mulheres entre os 65 e os 74 anos e corresponde a um IMC médio de obesidade (34,7 ±1,0).

No grupo etário acima dos 75 anos, nos homens e de acordo com as silhuetas, todos os IMC médios correspondem a excesso de peso à exceção da silhueta número 7, onde se observa

um IMC de obesidade. Ocorre uma situação semelhante no que respeita às mulheres sendo que a exceção se verifica na silhueta número 2 em que o IMC médio corresponde a peso normal.

Na Tabela 14 expõem-se os resultados da escolha da silhueta com a qual os participantes gostariam de se parecer.

Tabela 14 – Frequência absoluta e relativa da escolha da silhueta ideal

	Silhueta ideal							
	<i>(indique o número da silhueta com a qual gostaria de se parecer)</i>							
	1	2	3	4	5	6	7	9
Feminino								
Total (n=84)	7 (8,3)	12 (14,3)	27 (32,1)	23 (27,4)	7 (8,3)	7 (8,3)	1 (1,2)	-
65-74 (n=48)	4 (8,3)	8 (16,7)	12 (25,0)	14 (29,2)	6 (12,5)	3 (6,3)	1 (2,1)	
≥75 (n=36)	3 (8,3)	4 (11,1)	15 (41,7)	9 (25,0)	1 (2,8)	4 (11,1)	-	-
Masculino								
Total (n=66)	4 (6,1)	15 (22,7)	19 (28,8)	12 (18,2)	13 (19,7)	1 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,5)
65-74 (n=26)	2 (7,7)	7 (26,9)	7 (26,9)	5 (19,2)	5 (19,2)	-	-	-
≥75 (n=40)	2 (5,0)	8 (20,0)	12 (30,0)	7 (17,5)	8 (20,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	1 (2,5)

Legenda: Os valores representam o número e a percentagem de participantes que escolheu cada uma das silhuetas como a sua silhueta ideal.

Tanto para os homens como para as mulheres a silhueta número 3 corresponde à imagem com a qual gostariam de se parecer (28,8% vs 32,1%).

De acordo com os resultados obtidos na escolha do número da silhueta com a qual os participantes gostariam de se parecer, a escolha das mulheres difere da escolha dos homens no grupo com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos. Nesse grupo a escolha mais frequente das mulheres é a silhueta número 4 (29,2%). Para os homens, as silhuetas mais comumente escolhidas são as silhuetas número 2 e número 3 (26,9%).

Para o grupo dos participantes com 75 ou mais anos de idade, a silhueta mais comumente escolhida com a qual gostariam de se parecer foi a número 3, quer para as mulheres (41,7%) quer para os homens (30,0%).

Comparando os resultados das escolhas da silhueta no momento atual com os resultados da escolha da silhueta ideal verifica-se que os participantes idealizam uma silhueta mais magra do que aquela que reconhecem ter atualmente.

4.3. APRECIÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Nesta secção dos resultados, serão analisados os aspetos mais relevantes relativos à apreciação corporal por parte dos participantes no estudo de acordo com a Escala de Apreciação Corporal, no que concerne ao género e residência.

4.3.1. Apreciação da imagem corporal: género e residência

Na Tabela 15 apresenta-se a pontuação média e desvio-padrão de cada pergunta, diferenciada por género e indicação das perguntas nas quais se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 15 - Pontuação média e desvio-padrão da EAC por género

	Género			
	Masculino		Feminino	
	Média	±DP	Média	±DP
1. Respeito o meu corpo	4,7	0,7	4,7	0,6
2. Sinto-me bem com o corpo que tenho ^{*a}	4,5	0,9	4,1	1,1
3. No global, sinto-me satisfeito(a) com o meu corpo ^{*a}	4,6	0,9	4,2	1,0
4. Apesar dos defeitos, aceito o meu corpo como ele é	4,8	0,5	4,7	0,6
5. Sinto que o meu corpo tem algumas qualidades positivas ^{*a}	4,5	1,0	4,2	0,8
6. Eu tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo	4,7	0,7	4,5	0,7
7. Dou atenção às necessidades do meu corpo	4,6	0,8	4,6	0,8
8. O meu valor é independente da forma física do meu corpo (aparência) e do meu peso ^{*a}	4,6	0,7	4,3	0,7
9. Não gasto muita energia preocupado(a) com a forma física do meu corpo (aparência) ou com o peso do meu corpo	4,5	0,7	4,3	0,9
10. Os meus sentimentos relativamente ao meu corpo são na sua maioria, positivos	4,8	0,5	4,5	0,7
11. Tenho hábitos saudáveis para proteger o meu corpo	4,4	0,8	4,3	0,9
12. Não permito que as imagens irrealistas de (mulheres magras (para as mulheres) e homens musculados (para os homens) apresentadas pelos media afetem as minhas atitudes relativamente ao meu corpo	4,7	0,6	4,4	0,9
13. Apesar das suas imperfeições, continuo a gostar do meu corpo	4,8	0,4	4,7	0,6
Média total EAC	4,6	0,3	4,5	0,7

Legenda: * p < 0,05; ^a) Teste U de Mann-Whitney.

As diferenças entre os dois gêneros revelaram-se estatisticamente significativas para as questões número 2, 3, 5 e 8 sendo as mulheres quem menos apreciam com o seu corpo e que menos reconhecem ter qualidades positivas ($p < 0,05$). No entanto, não se verificaram diferenças significativas em relação ao valor médio global da EAC entre homens e mulheres.

Os valores médios de cada pergunta são bastante elevados e variam entre 4,2 e 4,8 aproximando-se do valor 5, que corresponde ao valor máximo de resposta.

Não se verificou a existência de correlação estatisticamente significativa entre a idade, e a idade por gênero e a apreciação corporal.

Na Tabela 16 apresenta-se a descrição da escala EAC de acordo com o gênero e reagrupada em três categorias (em detrimento das originais): nunca, raramente ou às vezes e frequente ou sempre.

A categoria de resposta “nunca” é aquela que é menos vezes referida pelos participantes, como representando os seus sentimentos em relação ao corpo, em cada uma das respostas. A categoria de resposta mais representativa é a “frequente ou sempre” com uma frequência superior a 53,3 % para todas as perguntas. A maioria das mulheres aceita o corpo tal como ele é. Independentemente do sexo, mais de um terço das pessoas idosas deste estudo, sente-se bem com o corpo que tem. Contudo, nesta categoria, a proporção dos homens é significativamente menor do que a das mulheres no que respeita a nunca ou raramente se sentirem bem ($p < 0,05$).

As diferenças entre homens e mulheres também se revelaram estatisticamente significativas nas questões número 3, 5 e 10 ($p < 0,05$), em que as mulheres apresentam frequência mais elevada nas categorias “nunca” e “raramente ou às vezes”.

Tabela 16 – Apreciação corporal por gênero e categorias de resposta

	Masculino						Feminino					
	Nunca		Raramente ou às vezes		Frequente ou sempre		Nunca		Raramente ou às vezes		Frequente ou sempre	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1. Respeito o meu corpo	--	--	7	4,6	59	39,3	--	--	8	5,3	76	50,7
2. Sinto-me bem com o corpo que tenho* ^a	--	--	10	6,7	56	37,3	2	1,3	26	17,3	56	37,3
3. No global, sinto-me satisfeito(a) com o meu corpo* ^a	--	--	8	5,3	58	38,7	2	1,3	21	14,0	60	40,0
4. Apesar dos defeitos, aceito o meu corpo como ele é	--	--	3	2,0	63	42,0	--	--	4	2,7	80	53,3
5. Sinto que o meu corpo tem algumas qualidades positivas* ^a	3	2,0	6	4,0	57	38,0	--	--	19	12,7	65	43,3
6. Eu tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo	1	0,7	3	2,0	62	41,3	--	--	8	5,3	76	50,7
7. Dou atenção às necessidades do meu corpo	--	--	9	6,0	57	38,0	--	--	15	10,0	69	46,0
8. O meu valor é independente da forma física do meu corpo (aparência) e do meu peso	--	--	6	4,0	60	40,0	--	--	14	9,3	70	46,7
9. Não gasto muita energia preocupado(a) com a forma física do meu corpo (aparência) ou com o peso do meu corpo	--	--	7	4,7	59	39,3	--	--	19	12,7	65	43,3
10. Os meus sentimentos relativamente ao meu corpo são na sua maioria, positivos* ^b	--	--	1	0,7	65	43,3	--	--	9	6,0	75	50,0
11. Tenho hábitos saudáveis para proteger o meu corpo	--	--	12	8,0	54	36,0	--	--	18	12,0	66	44,0
12. Não permito que as imagens irrealistas de (mulheres magras (para as mulheres) e homens musculados (para os homens) apresentadas pelos media afetem as minhas atitudes relativamente ao meu corpo	--	--	5	3,3	61	40,7	--	--	14	9,3	70	46,7
13. Apesar das suas imperfeições, continuo a gostar do meu corpo	--	--	1	0,7	65	43,3	--	--	4	2,7	80	53,3

Legenda: *p <0,05; ^a) Teste do Qui-quadrado, ^b) Teste exato de Fisher

A Tabela 17 descreve a EAC de acordo com o gênero e a área de residência e está organizada em três categorias: nunca, raramente ou às vezes e frequente ou sempre.

Tabela 17 – Apreciação corporal por gênero, área de residência e categorias de resposta

	Masculino						Feminino					
	Nunca		Raramente ou às vezes		Frequente ou sempre		Nunca		Raramente ou às vezes		Frequente ou sempre	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1. Respeito o meu corpo												
Área de residência rural	--	--	2	50,0	15	53,6	--	--	2	50,0	13	46,4
Área de residência urbana	--	--	5	45,5	44	41,1	--	--	6	54,5	63	58,9
2. Sinto-me bem com o corpo que tenho^a												
Área de residência rural	--	--	5	62,5	12	52,2	1	100	3	37,5	11	47,8
Área de residência urbana	--	--	5	17,9	44	49,4	1	100	23	82,1	45	50,6
3. No global, sinto-me satisfeito(a) com o meu corpo												
Área de residência rural	--	--	2	50,0	15	55,6	1	100	2	50,0	12	44,4
Área de residência urbana	--	--	6	24,0	43	47,3	1	100	19	76,0	48	52,7
4. Apesar dos defeitos, aceito o meu corpo como ele é												
Área de residência rural	--	--	1	33,3	16	55,2	--	--	2	66,7	13	44,8
Área de residência urbana	--	--	2	50,0	47	41,2	--	--	2	50,0	67	58,8
5. Sinto que o meu corpo tem algumas qualidades positivas												
Área de residência rural	2	100	--	--	15	55,6	--	--	3	100	12	44,4
Área de residência urbana	1	100	6	27,3	42	44,2	--	--	16	72,7	53	55,8
6. Eu tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo												
Área de residência rural	1	100	--	--	16	53,3	--	--	1	100	14	46,7
Área de residência urbana	--	--	3	30,0	46	42,6	--	--	7	70,0	62	57,4
7. Dou atenção às necessidades do meu corpo												
Área de residência rural	--	--	3	60,0	14	51,9	--	--	2	40,0	13	48,1
Área de residência urbana	--	--	6	31,6	43	43,4	--	--	13	68,4	56	56,6
8. O meu valor é independente da forma física do meu corpo (aparência) e do meu peso												
Área de residência rural	--	--	1	20,0	16	59,3	--	--	4	80,0	11	40,7
Área de residência urbana	--	--	5	33,3	44	42,7	--	--	10	66,7	59	57,3
9. Não gasto muita energia preocupado(a) com a forma física do meu corpo (aparência) ou com o peso do meu corpo												
Área de residência rural	--	--	2	33,3	15	57,7	--	--	4	66,7	11	42,3
Área de residência urbana	--	--	5	25,0	44	44,9	--	--	15	75,0	54	55,1
10. Os meus sentimentos relativamente ao meu corpo são na sua maioria, positivos												
Área de residência rural	--	--	--	--	17	56,7	--	--	2	100	13	43,3
Área de residência urbana	--	--	1	12,5	48	43,6	--	--	7	87,5	62	56,4
11. Tenho hábitos saudáveis para proteger o meu corpo												
Área de residência rural	--	--	3	42,9	14	56,0	--	--	4	57,1	11	44,0
Área de residência urbana	--	--	9	39,1	40	42,1	--	--	14	60,9	55	57,9
12. Não permito que as imagens irrealistas de (mulheres magras (para as mulheres) e homens musculados (para os homens) apresentadas pelos media afetem as minhas atitudes relativamente ao meu corpo												
Área de residência rural	--	--	2	50,0	15	53,6	--	--	2	50,0	13	46,4
Área de residência urbana	--	--	3	20,0	46	44,7	--	--	12	80,0	57	55,3
13. Apesar das suas imperfeições, continuo a gostar do meu corpo												
Área de residência rural	--	--	--	--	17	54,8	--	--	1	100	14	45,2
Área de residência urbana	--	--	1	25,0	48	42,1	--	--	3	75,0	66	57,9

Legenda: *p <0,05; ^a Teste exato de Fisher; as AMU e APU foram agrupadas para esta análise.

A comparação das categorias da apreciação corporal por gênero e área de residência, mostrou que há diferenças significativas na questão 2, onde se questiona se os participantes se sentem bem com o corpo que têm. Dos que vivem na área rural, são as mulheres que apresentam uma menor proporção de se sentirem bem com o corpo que têm (47,8% vs 50,6%), sendo a diferença estatisticamente significativa. O contrário verificou-se na área urbana, em que a proporção dos homens que se sente bem com o seu corpo é menor (49,4 vs 52,2%, $p < 0,05$).

4.4. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

4.4.1. Resultados da aplicação do Mini-Nutritional Assessment

I) Avaliação Antropométrica

Na Tabela 18 pode observar-se as características antropométricas dos participantes. Os homens apresentam em média um peso mais elevado do que as mulheres (78,9 vs 68,7 Kg, $p < 0,001$). Situação semelhante se verifica para a altura, onde os homens são mais altos (1,7 vs 1,6 m, $p < 0,001$). Independentemente do sexo, todos os participantes deste estudo apresentam excesso de peso.

Tabela 18 – Características antropométricas dos participantes

	Gênero			
	Masculino		Feminino	
	Média	±DP	Média	±DP
Peso (kg)*^a	78,9	10,6	68,7	12,6
Altura (m) *^a	1,7	0,1	1,6	0,1
IMC (kg/m²)	28,0	3,2	28,2	4,9

Legenda: * $p < 0,05$; ^aTeste U de Mann Whitney.

A Tabela 19 mostra os resultados da avaliação antropométrica, de acordo com as classes constantes do MNA.

O valor médio da pontuação do MNA foi 24,9 e corresponde ao estado nutricional normal.

A classe de IMC igual ou superior a 23 foi a mais representativa na amostra do estudo, englobando 92% dos participantes, dos quais 47,1 % são homens e 52,9% são mulheres. De entre os participantes que pertencem a esta classe de IMC proposta pela escala MNA, 14,7% têm peso normal e 85,3% têm excesso de peso. Ao contrário dos homens em que apenas um participante tem IMC entre 19 e 21, as mulheres repartem-se pelas diversas classes, contribuindo para que as

proporções entre homens e mulheres na repartição de acordo com o IMC sejam estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabela 19 – Resultados da avaliação antropométrica por gênero

	Gênero			
	Masculino		Feminino	
	n	(%)	n	(%)
Total	66	44	84	56
IMC**a				
IMC<19	--		1	100
19≤IMC<21	1	33,3	2	66,7
21≤IMC<23	--		8	100
IMC≥23	65	47,1	73	52,9
PMB				
PMB<21	--		--	
21≤PMB≤22	--		--	
PMB>22	66	44,0	84	56,0
CP				
CP<31	5	26,3	14	73,7
CP≥31	61	46,6	70	53,4
PP				
PP>3 Kg	5	45,5	6	54,5
Não sabe	5	29,4	12	70,6
PP entre 1 e 3 Kg	18	48,6	19	51,4
Sem PP	38	44,7	47	55,3

Legenda: * $p < 0,05$; ^{a)}Teste exato de Fisher; PMB – Perímetro Médio Branquial; CP- Circunferência da Perna; PP – Perda Ponderal; medidas em centímetros.

Correlacionou-se o IMC com a idade dos participantes tendo-se verificado a existência duma correlação negativa e significativa ($rs = -0,181$, $p < 0,05$), evidenciando que à medida que a idade aumenta o valor do IMC diminui.

Em relação à medida do PMB todos os participantes estão alocados na mesma categoria, cujo valor é superior a 22 cm, no entanto, 20% dos participantes estão em risco de desnutrição e 1,3% estão desnutridos. De entre os participantes que apresentam CP<31 as mulheres estão numa proporção superior aqueles que apresentam CP>31 (73,7% vs 53,4%).

II) Avaliação Global

Os resultados da avaliação global do MNA encontram-se na Tabela 20.

Tabela 20 – Análise descritiva dos itens do MNA por gênero

	Gênero			
	Masculino		Feminino	
	n	(%)	n	(%)
Total	66	44	84	56
Vive independente				
Não	1	20,0	4	80,0
Sim	65	44,8	80	55,2
Toma + de 3 medicamentos				
Sim	39	39,8	59	60,2
Não	27	51,9	25	48,1
Stresse psicológico/ Doença aguda				
Sim	16	41,0	23	59,0
Não	50	45,0	61	55,0
Mobilidade				
Limitado à cama ou cadeira de rodas		--		--
Sai da cama/ cadeira mas não sai à rua		--	4	100
Sai à rua	66	45,2	80	54,8
Problemas neuropsicológicos				
Demência severa ou depressão	6	30,0	14	70,0
Demência ligeira	3	33,3	6	66,7
Sem problemas psicológicos	57	47,1	64	52,9
Úlceras de pressão				
Sim		--		--
Não	66	44,0	84	56,0

A maioria das pessoas idosas deste estudo vive de forma independente, sendo que apenas cinco participantes não vivem de forma independente. Apesar de não haver diferenças significativas, as mulheres apresentam uma proporção de toma de mais de 3 medicamentos por dia, superior aqueles que não tomam (60,2% vs 48,1%), e as mulheres que têm demência severa ou depressão também numa proporção superior aos restantes problemas neuropsicológicos.

A variável “toma mais de três medicamentos por dia”, revelou estar associada significativamente ao risco de desnutrição (OR=3,31, IC 95% 1,18-9,26), significando que os participantes que estão em risco nutricional têm 3 vezes mais probabilidade de tomarem mais de 3 medicamentos por dia.

III) Avaliação Dietética

A Tabela 21 mostra os principais resultados da avaliação dietética por género.

A maioria dos participantes refere tomar 3 refeições completas diariamente, não se tendo observado diferenças significativas entre os dois géneros (46,2% vs 53,8%).

A proporção de mulheres que fazem 2 refeições é bastante superior à proporção das que fazem 3 refeições completas por dia (70,6% vs 53,8%).

Tabela 21 – Resultados da avaliação dietética por género

	Género			
	Masculino		Feminino	
	n	(%)	n	(%)
Total	66	44	84	56
Nº Refeições completas				
1	--		1	100
2	5	29,4	12	70,6
3	61	46,2	71	53,8
Consumo diário de lacticínios				
Sim	50	44,6	62	55,4
Não	16	42,1	22	57,9
Consumo semanal de 2 ou mais porções feijão/grão, ovos				
Sim	48	45,7	57	54,3
Não	18	40,0	27	60,0
Consumo diário carne, peixe ou aves				
Sim	65	44,8	80	55,2
Não	1	20,0	4	80,0
Consumo diário de fruta ou vegetais				
Sim	55	44,0	70	56,0
Não	11	44,0	14	56,0
Redução da ingestão nos últimos 3 meses por anorexia, problemas digestivos ou dificuldades na deglutição				
Anorexia severa	1	100	--	
Anorexia moderada	9	45,0	11	55,0
Sem anorexia	56	43,4	73	56,6
Consumo de líquidos (em copos)				
Menos de 3	5	55,6	4	44,4
Entre 3 e 5	27	39,1	42	60,9
Mais de 5	34	47,2	38	52,8
Modo de se alimentar				
Só com ajuda	--		--	
Sozinho mas com dificuldade	1	100	--	
Sozinho, sem problemas	65	43,6	84	56,4

IV) Avaliação Subjetiva

A Tabela 22 traduz os resultados obtidos na avaliação subjetiva por género.

Tabela 22 – Resultados da avaliação subjetiva do MNA por género

	Género			
	Masculino		Feminino	
	n	(%)	n	(%)
Total	66	44	84	56
Considera ter algum problema nutricional				
Malnutrição major	--		--	
Não sabe/ malnutrição moderada	1	8,3	11	91,7
Sem problema nutricional	65	47,1	73	52,9
Em comparação com pessoas da mesma idade, como considera o seu estado de saúde				
Não tão bom	12	34,3	23	65,7
Não sabe	--		--	
Tão bom	18	36,7	31	63,3
Melhor	36	54,5	30	45,5

A partir da avaliação subjetiva, verificou-se que cerca de metade dos participantes homens (47,1%) e a maioria das mulheres (52,9%) considera que não tem nenhum problema nutricional. Quando as pessoas idosas participantes no estudo se comparam com outras pessoas da mesma idade, são os homens que referem estar melhor do que os seus pares (54,5 % vs 45,5%).

4.4.2. Avaliação nutricional e características sociodemográficas

Na Tabela 23 resume-se a análise dos resultados da aplicação do MNA em função das variáveis sociodemográficas.

Cerca de 1/4 dos participantes encontra-se em risco de desnutrição nomeadamente: as mulheres (25,0%), as pessoas com idades no intervalo 65-74 anos (21,6 %), os não casados (29,3%), os que têm escolaridade superior a 4 anos (26,3%) e os que vivem sós (24,2%). Mais de 1/3 dos participantes que referem um rendimento insuficiente no fim do mês apresentam também risco de desnutrição (34,6%). As mulheres apresentam-se mais vulneráveis a estados de desequilíbrio nutricional, uma vez que os únicos dois participantes desnutridos são mulheres e do total de participantes em risco de desnutrição, 25,0% também são mulheres.

Tabela 23 – Estado nutricional e características sociodemográficas dos participantes

	Estado nutricional					
	Desnutrido		Em risco de desnutrição		Estado nutricional normal	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total	2	1,3	30	20,0	118	78,7
Gênero						
Masculino	--		9	13,6	57	86,4
Feminino	2	2,4	21	25,0	61	72,6
Grupo etário						
[65-74]	--		16	21,6	58	78,4
≥75	2	2,6	14	18,4	60	78,9
Área de residência						
APU	2	3,6	11	20,0	42	76,4
AMU	--		13	20,6	50	79,4
APR	--		6	18,8	26	81,3
Estado Civil^{*a}						
Casado	--		13	14,1	79	85,9
Não casado	2	3,4	17	29,3	39	67,2
Escolaridade						
≤4 anos	2	1,5	25	19,1	104	79,4
>4 anos	--		5	26,3	14	73,7
Percepção do rendimento (final do mês)						
Insuficiente para as necessidades	--		9	34,6	17	65,4
À justa para as necessidades	1	1,2	15	17,4	70	81,4
Sobra algum dinheiro	1	2,6	6	15,8	31	81,6
Agregado (com quem vive)						
Em família	--		22	18,8	95	81,2
Sozinho	2	6,1	8	24,2	23	69,7
Situação Profissional						
Reformado	2	1,3	30	21,1	110	77,5
Outra situação	--		--		8	100

Legenda: * $p < 0,05$; ^a) Teste do Qui-Quadrado. Foi retirada a variável "Desnutrido" nesta análise devido ao número reduzido de pessoas nesta categoria.

Comparando com os indivíduos quanto ao seu estado nutricional, uma maior proporção dos que apresentam um estado nutricional normal são casados (66,9% vs 43,3%, $p < 0,05$).

Na Tabela 24 estão contidos os resultados relativos ao cruzamento da variável número de refeições completas que os participantes tomam, com as características sociodemográficas.

Tabela 24 – Número de refeições completas e características sociodemográficas

	Número de refeições completas					
	1		2		3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total	1	0,7	17	11,3	132	88,0
Género						
Masculino	--		5	7,6	61	92,4
Feminino	1	1,2	12	14,3	71	84,5
Grupo etário						
65-74	--		8	10,8	66	89,2
≥ 75	1	1,3	9	11,8	66	86,8
Área de residência						
APU	1	1,8	7	12,7	47	85,5
AMU	--		4	6,3	59	93,7
APR	--		6	18,8	26	81,3
Estado civil*^a						
Não casado	1	1,7	12	20,7	45	77,6
Casado	--		5	5,4	87	94,6
Escolaridade						
≤4 anos	1	0,8	15	11,5	115	87,8
>4 anos	--		2	10,5	17	89,5
Perceção do rendimento						
Insuficiente para as necessidades	--		2	7,7	24	92,3
À justa para as necessidades	--		13	15,1	73	84,9
Sobra algum dinheiro	1	2,6	2	5,3	35	92,1
Agregado (com quem vive) *^a						
Em família	--		7	6,0	110	94,0
Sozinho	1	3,0	10	30,3	22	66,7
Situação Profissional						
Reformado	1	0,7	17	12,0	124	87,3
Outra situação	--		--		8	100

Legenda: * $p < 0,05$; ^aTeste exato de Fisher; Área predominantemente urbana; AMU – Área mediantemente urbana; APR – Área predominantemente rural.

Observou-se que a proporção de pessoas casadas que fazem três refeições completas diariamente, é superior aos participantes não casados (94,6% vs 77,6%, $p < 0,05$).

De entre as 33 pessoas que moram sozinhas uma toma apenas uma refeição por dia, e 10 tomam duas refeições por dia, valores superiores em comparação com quem mora com a família (30,3% vs 6,0%).

4.5. ESTADO NUTRICIONAL E IMAGEM CORPORAL

Na Tabela 25 descreve-se o nível de satisfação e apreciação corporal dos participantes no estudo em função do estado nutricional.

Tabela 25 – Pontuação média na EAC em relação à satisfação corporal e ao estado nutricional

	Estado nutricional (MNA)					
	Em risco de desnutrição			Estado nutricional normal		
	Escala de Apreciação Corporal					
Escala de Satisfação Corporal	n	Média	± DP	n	Média	± DP
Satisfeito	9	4,3	0,5	34	4,6	0,3
Insatisfeito* ^a	10	4,1	0,6	45	4,5	0,4
Muito insatisfeito	11	4,4	0,4	39	4,6	0,4

Legenda: * $p < 0,05$; ^aTeste U de Mann Whitney. A análise foi efetuada com os estados nutricionais dominantes (em risco de desnutrição e estado nutricional normal).

As pessoas idosas que se manifestaram insatisfeitas com a sua imagem corporal (37,3%) obtiveram também uma pontuação média inferior na EAC, sendo significativa a diferença para este grupo de participantes ($p < 0,05$) em comparação com os restantes níveis de satisfação.

Apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa, os participantes em risco de desnutrição têm valores médios inferiores na EAC, quando comparados com os participantes em estado nutricional normal.

Na Tabela 26 expõem-se os resultados do cruzamento das variáveis estado nutricional com a satisfação com a imagem por grupo etário.

Tabela 26 – Estado nutricional e satisfação (ESS) com a imagem por grupo etário

Satisfação com a imagem	Estado nutricional (MNA)					
	Estado nutricional normal		Em risco de desnutrição		Desnutrido	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Satisfeito						
[65-74]	18	78,3	5	21,7	--	
≥75	16	80,0	4	20,0		
Insatisfeito						
[65-74]	24	88,9	3	11,1	--	
≥75	21	72,4	7	24,1	1	3,4
Muito insatisfeito						
[65-74]	16	66,7	8	33,3	--	
≥75	23	85,2	3	11,1	1	3,7

De entre os participantes que estão em risco de desnutrição destacam-se os que têm idade entre os 65 e os 74 anos e que se manifestam muito insatisfeitos com a sua imagem corporal (33,3%). De entre os participantes que se encontram num estado nutricional normal destacam-se os insatisfeitos com idades entre os 65-74 anos (88,9%) e os muito insatisfeitos com 75 ou mais anos (85,2%).

A Tabela 27 mostra a relação entre a satisfação com a imagem corporal e o IMC.

São os participantes que têm excesso de peso que manifestam maior satisfação com a imagem corporal (33,3%). Ao mesmo tempo de entre os 31 participantes que têm peso normal, apenas sete (22,6%) estão satisfeitos com a sua imagem.

A satisfação com a imagem corporal e a classe de IMC estão associadas significativamente ($p < 0,05$).

Tabela 27 – Satisfação com a imagem corporal (ESS) e o IMC

	Satisfação com a imagem					
	Satisfeito		Insatisfeito		Muito insatisfeito	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total	43	28,7	56	37,3	51	34
IMC	$\chi^2= 39,265; p<0,001$					
Baixo peso	--		--		1	100,0
Peso normal	7	22,6	11	35,5	13	41,9
Excesso de peso	25	33,3	27	36,0	23	30,7
Obesidade	11	25,6	18	41,9	14	32,6

Legenda: O teste do Qui-quadrado foi calculado apenas para os IMC predominantes (peso normal, excesso de peso e obesidade).

A Tabela 28 - Percepção do peso corporal de acordo com o IMC das pessoas idosas traduz a avaliação subjetiva dos participantes em relação ao seu peso (resultado da escolha da silhueta com a qual se identificam no momento atual e respetivo IMC) e o IMC real dos participantes.

Tabela 28 - Percepção do peso corporal de acordo com o IMC das pessoas idosas

	IMC									
	Baixo peso		Peso normal		Excesso de peso		Obesidade		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1	0,7	31	20,7	75	50	43	28,7		
Número das Silhuetas										
1 e 2	1	100	9	29,0	11	14,7	1	2,3	22	14,7
3 e 4 ^{*a}	--		15	48,4	38	50,7	4	9,3	57	38,0
5,6 e 7 ^{*a}	--		7	22,6	26	34,7	34	79,1	67	44,7
8 e 9 ^{*a}	--		--		--		4	9,3	4	2,7

Legenda: *p<0,05; ^{a)} Teste exato de Fisher; as silhuetas de Stunkard correspondem às seguintes classificações do peso: 1 e 2- Baixo peso; 3 e 4 - Peso normal; 5,6 e 7 - Excesso de peso e 8 e 9 – Obesidade (Bhuiyan et al., 2003).

É na categoria dos participantes com excesso de peso que a percentagem de participantes que tem efetivamente excesso de peso e se percebe como tal é mais aproximada (50,0% e 44,7% respetivamente). Nas restantes categorias as diferenças entre o IMC real e a forma como as pessoas se percebem são elevadas: baixo peso (0,7% vs 14,7%, p<0,05); peso normal (20,7% vs 38,0%, p<0,05); obesidade (2,7% vs 28,7%, p<0,05).

Capítulo 5 Discussão dos Resultados

5.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objetivo geral determinar a prevalência da satisfação e apreciação da imagem corporal e a sua associação com o estado nutricional e fatores sociodemográficos, numa população de pessoas com 65 ou mais anos.

A prevalência da insatisfação com a imagem encontrada neste estudo, variou entre 28,7% (satisfeitos), 37,3% (insatisfeitos) e 34,0% (muito insatisfeitos). Contudo, as mulheres mostraram-se menos insatisfeitas do que os homens, sendo a prevalência da insatisfação nas mulheres de 64,3% e nos homens 80,3%. A prevalência de insatisfação nas mulheres é superior à encontrada noutros estudos, cuja avaliação da satisfação com a imagem corporal foi, também, feita com recurso à escala de silhuetas de Stunkard. No estudo realizado por Tribess e colaboradores (2010), com uma amostra apenas constituída por mulheres idosas, a prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi de 54,0%.

Contrariamente ao verificado na satisfação corporal, na apreciação corporal (escala EAC) foram os homens que revelaram maiores valores médios de apreciação corporal, sendo significativas as diferenças em algumas questões, quando comparados com o género feminino. Os valores médios globais obtidos no presente estudo (4,6 para os homens e 4,5 para as mulheres) foram mais elevados do que os obtidos por Tylka (2013), numa amostra de mulheres jovens adultas, onde o valor médio total para os homens foi de 3,8 e para as mulheres foi de 3,5. Alguns autores justificam que a superioridade média na apreciação corporal dos homens, se deve ao facto destes terem atitudes mais positivas e flexíveis em relação à imagem corporal, por escolherem modelos de comparação diversos e que são mais facilmente atingíveis (Buote, Wilson, Strahan, Gazzola, & Papps, 2011; Tylka, 2013).

Neste estudo, as mulheres que selecionaram a silhueta número 4, como sendo a que melhor representava a sua silhueta atual, apresentam na sua maioria excesso de peso com um IMC médio de 26,2 Kg/m² e 27,1 Kg/m² respetivamente para os grupos etários 65-74 anos e 75 ou mais anos. No estudo de Bulik (2001), as mulheres que selecionaram com maior frequência a silhueta 4 tinham peso normal com o valor médio de IMC de 23,1 Kg/m². Relativamente aos homens que selecionaram a silhueta número 4 no presente estudo, verificou-se que estes têm excesso de peso ao apresentarem um IMC médio de 27,6 Kg/m² e 26,9 Kg/m², para os grupos etários 65-74 anos e 75 ou mais anos, respetivamente. Os homens participantes no estudo de Bulik (2001), e que selecionaram a silhueta 4, tinham peso normal, com IMC médio de 24,0 Kg/m² para o grupo etário 61-80 anos e 23,6 Kg/m² para maiores de 80 anos. A comparação entre as

escolhas das silhuetas por parte dos homens e das mulheres no presente estudo e no estudo de Bulik, permite dizer que as pessoas idosas que participaram neste estudo subestimam mais a sua percepção corporal, em relação ao peso, do que os participantes do estudo mencionado.

Relativamente à escolha da figura ideal, os homens e as mulheres escolheram uma figura mais magra do que aquela que consideram parecer-se no momento atual. Este resultado era expectável principalmente em relação às mulheres, atendendo a que noutros estudos onde também foi avaliada a satisfação com a imagem corporal utilizando a escala de silhuetas de Stunkard, as mulheres têm tendência a escolher para figura ideal um corpo mais magro do que o seu atual (Grogan, 2008).

Apesar deste estudo ter sido realizado com uma amostra de conveniência, a prevalência de peso normal para as pessoas de ambos os sexos no grupo etário dos 65-74 anos, é bastante aproximada da prevalência verificada no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 para a região Centro, para as mesmas características (43,2% vs 41,9%) (Instituto Nacional de Estatística, 2009d). No entanto, metade dos participantes neste estudo tem excesso de peso e mais de um quarto (28,7%) é obesa. A elevada proporção de pessoas idosas com excesso de peso tem sido verificada noutros estudos, com utilização do MNA (Tur et al., 2005). Estes resultados vão ao encontro daquilo que têm sido as preocupações da OMS, referindo que a prevalência da obesidade é uma realidade crescente e a epidemia do século XX. Vários investigadores têm afirmado que se não forem tomadas medidas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 (Carmo et al., 2008).

A avaliação nutricional da pessoa idosa é uma questão importante da sua avaliação global e que, entre outros objetivos, permite diagnosticar precocemente fatores de risco de desnutrição (Afonso et al., 2012; Enzi et al., 2001). A realização da avaliação nutricional neste estudo, permitiu verificar a existência de relações entre algumas variáveis e condições de vida das pessoas idosas, e o estado nutricional.

O resultado da avaliação nutricional, indica uma prevalência elevada de pessoas idosas em estado nutricional normal (78,7%), independentemente do género ou do grupo etário.

Contrariamente ao verificado noutros estudos e noutros países (Ramage-morin & Garriguet, 2013; Tur et al., 2005), a prevalência de pessoas desnutridas neste estudo foi bastante reduzida (1,3%). No entanto, verificou-se, que de entre as pessoas que estão em risco de desnutrição 25,0% são mulheres. A prevalência de mulheres desnutridas ou em risco de desnutrição, tem-se verificado noutros estudos. Em Portugal, num estudo realizado na população idosa, verificou-se que 15% das mulheres a viver na comunidade se encontravam em risco médio

ou alto de desnutrição, e que esta prevalência baixou para 9% nos participantes do sexo masculino (Afonso et al., 2012). Atendendo às estatísticas da população, que mostram o aumento do número de mulheres com 65 ou mais anos em 19,1% e 37,6% com 75 ou mais anos na última década (Instituto Nacional de Estatística, 2012c), estas prevalências de mulheres em risco de desnutrição ou desnutridas, reforçam a importância de se estar atento a este grupo, pois pode estar a tornar-se num grupo com potencial de risco nutricional.

Como este estudo se realizou em contexto de CSP o número de pessoas participantes e que residem em instituição foi muito reduzido (3,3%). Este facto pode estar a mascarar a desnutrição na comunidade dado que as investigações têm mostrado que o risco de desenvolver um estado de desnutrição é mais elevado em pessoas institucionalizadas (Payette et al., 2000).

As variáveis estado civil e agregado familiar estão associadas ao estado nutricional das pessoas idosas, neste estudo. A prevalência das pessoas em risco de desnutrição que não são casadas era mais elevada do que nos participantes casados (29,3% vs 14,1%). Há autores que tentam dar algumas explicações para estes resultados aonde argumentam que os comportamentos alimentares podem ser influenciados pelo estado civil, associando-se o casamento (ou coabitação) ao ganho de peso, por as pessoas sentirem menos pressão para atingir e manter o corpo ideal, mas também pela partilha de refeições e de tentações alimentares (Klos & Sobal, 2013). Também a viuvez e estados de luto são referidos na literatura como determinantes sociais de desequilíbrios nutricionais (Brownie, 2006; Ramage-morin & Garriguet, 2013).

As pessoas que moram sozinhas, participantes do presente estudo, tomam em média menos refeições completas do que as restantes. Esta tendência verificou-se também num estudo realizado nos Estados Unidos da América em que homens idosos e com baixos rendimentos a viverem sozinhos, praticavam hábitos alimentares inadequados (Charlton, 1999). Também no Canadá, pessoas idosas a morar sozinhas revelaram prevalências superiores de estados de desnutrição (49% vs 28%), diagnosticados a partir da avaliação nutricional SCREEN (Ramage-morin & Garriguet, 2013). Como em Portugal, o número de pessoas idosas a morar sozinhas tem crescido nos últimos anos, nomeadamente as mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2012c), esta situação de vulnerabilidade e de isolamento social, que contribuam para estados nutricionais desequilibrados deve ser vigiada, nomeadamente pelos CSP através da avaliação e registo periódico destas variáveis.

Tal como referido na literatura, a toma de medicação em pessoas idosas é um fator determinante das deficiências nutricionais (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Brownie, 2006). Neste estudo também se verificou essa associação, verificando-se que as participantes que estão

em risco nutricional têm três vezes mais de probabilidade de tomarem mais de três medicamentos por dia.

As pessoas idosas participantes neste estudo consideraram o seu estado de saúde melhor do que o das pessoas da mesma idade, apesar de não ser significativa, a prevalência foi mais elevada nos homens, do que nas mulheres (54,5% vs 45,5%, respetivamente). Verificou-se no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, que a autoperceção do estado de saúde decresce com a idade, tendo as pessoas com 65 ou mais anos de idade reportado o seu estado de saúde como mau ou muito mau (41,4%) (Instituto Nacional de Estatística, 2009c).

Alguns autores listam um conjunto de parâmetros a considerar na avaliação do estado nutricional. Contudo, não se deve efetuar a avaliação do estado nutricional com recurso a um único método, pois nenhum tem sensibilidade e especificidade para fazer o diagnóstico do tipo e gravidade da desnutrição (Afonso et al., 2012). Em termos de parâmetros antropométricos é referido que um IMC < 20 é um indicador de desnutrição (Enzi et al., 2001). Neste estudo, verificou-se que dos três participantes que tinham IMC inferior a 20, dois estavam em risco de desnutrição e um estava em estado nutricional normal. Em relação ao PMB cujo valor de referência, indicador de desnutrição, é PMB <21, nenhum dos participantes se inclui nesta categoria e no entanto a prevalência de risco de desnutrição é de 20,0%.

Os participantes neste estudo não se diferenciaram entre si, em relação à área de residência. De entre todas as variáveis em análise, só em relação à apreciação corporal, se verificaram evidências significativas e em questões pontuais. Nas residentes em áreas rurais, verificou-se que há uma menor proporção de mulheres que se sentem bem com o corpo que têm. Nos homens, foi nas áreas urbanas que a proporção dos que se sentem bem com o seu corpo é menor. Este resultado vem ao encontro do que alguns autores têm vindo a referir sobre a necessidade de se repensar a dicotomia rural vs urbano (Cravidão & Fernandes, 2003), na medida em que fruto da dispersão da informação, dos acessos a bens e serviços, à capacidade de deslocação e condições de trabalho, “urbanos e rurais diferenciam-se cada vez menos” (Beaujeu-Garnier, 1997).

Capítulo 6 Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Limitações do estudo

A realização de um estudo desta natureza tem associado a si, algumas limitações, que não o tornam menos válido, mas das quais devemos ser conscientes.

Em relação à metodologia desenhada para a concretização do estudo, optou-se por uma amostra de conveniência, recrutada nos CSP do Concelho de Aveiro. Apesar de se tratar de uma amostra de conveniência, esta é representativa da população idosa inscrita nos CSP neste concelho. No entanto, atendendo à dimensão da amostra, torna-se difícil a generalização dos resultados.

No que respeita aos instrumentos de recolha de dados utilizados, alguns participantes consideravam as perguntas da EAC muito repetitivas, dizendo que se estava *sempre a perguntar a mesma coisa*. Contudo este instrumento tem sido aplicado em estudos com participantes adultos e idosos (Swami, Hadji-Michael, & Furnham, 2008; Marika Tiggemann & McCourt, 2013; Tylka, 2013).

Outra limitação está associada ao facto de que este estudo foi desenvolvido com pessoas que recorrem aos CSP, mas que se deslocavam sozinhas ou com familiares a acompanhar. O número de participantes a residir em instituições foi muito reduzido, devido ao facto de serem acompanhadas às consultas por funcionários das instituições, e após a sua consulta médica, eram de novo e rapidamente transportados para a instituição. Deste modo, conseguiu-se que a amostra deste estudo fosse maioritariamente de pessoas a viverem na comunidade, onde as questões associadas ao estado nutricional estão menos estudadas. Apesar das limitações apontadas, a comparação realizada entre a amostra deste estudo e a populações de origem (dados fornecidos pelas USF e UCSP) mostrou proporções semelhantes na distribuição por sexo.

Atendendo a que o estudo foi desenvolvido numa área territorial restrita (concelho de Aveiro), e a amostra reduzida, as características dos participantes são pouco diversas, o que dificulta o estabelecimento de relações entre as variáveis, e a consequente generalização dos resultados. No entanto, o desenvolvimento deste estudo neste contexto, foi uma primeira abordagem às questões da satisfação/ apreciação corporal e estado nutricional em pessoas, que pode futuramente, servir de base de comparação a outros estudos semelhantes.

Principais conclusões

Os principais resultados que emergiram da realização deste estudo com a participação de 150 pessoas idosas utentes dos CSP do Concelho de Aveiro são:

- a) As mulheres estão mais satisfeitas com a sua imagem corporal do que os homens sendo que os homens com idades até aos 75 anos, estão muito insatisfeitos com a sua imagem corporal;
- b) Homens e mulheres idealizam uma silhueta mais magra do que aquela que têm atualmente e ambos os sexos têm tendência a subestimar o seu peso corporal;
- c) A satisfação e apreciação da imagem corporal não estão relacionadas com a idade, nem como a área de residência dos participantes;
- d) Metade das pessoas idosas tem excesso de peso e mais de um quarto é obesa;
- e) A apreciação com a imagem corporal não se mostrou associada aos valores de IMC, nem ao estado nutricional.
- f) A satisfação com a imagem corporal revelou estar associada com o nível de IMC;
- g) A prevalência de risco de desnutrição é superior nas mulheres e o risco de desenvolver este estado está associado ao consumo de mais de três medicamentos por dia.

Implicações e sugestões para estudos futuros

O desenvolvimento deste estudo permitiu verificar que uma grande parte das pessoas idosas estão satisfeitas com a sua imagem corporal, no entanto, têm uma imagem desajustada da sua imagem real, nomeadamente do seu peso.

Os resultados obtidos vão ao encontro das preocupações manifestadas pela OMS em relação à necessidade de se obterem as prevalências de excesso de peso e obesidade na população a fim de se poderem delinear as estratégias mais adequadas para a sua diminuição. Neste sentido, espera-se que este estudo contribua para reforçar a necessidade de estar atendo ao controle do peso e hábitos alimentares das pessoas idosas, nomeadamente a nível de CSP.

Após o desenvolvimento deste estudo, e das aprendizagens decorrentes do seu desenvolvimento, seria pertinente a sua replicação noutros Concelhos do país, por forma a estabelecer comparações e verificar se as prevalências de pessoas idosas com excesso de peso, satisfação e apreciação corporal são semelhantes.

Referências Bibliográficas

Abd-El-Gawad, W. M., Abou-Hashem, R. M., Maraghy, M. O. El, & Amin, G. E. (2013). The validity of Geriatric Nutrition Risk Index: Simple tool for prediction of nutritional-related complication of hospitalized elderly patients. Comparison with Mini Nutritional Assessment. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*. doi:10.1016/j.clnu.2013.12.005

Abreu, A., & Peixoto, J. (2009). Demografia , mercado de trabalho e imigração de substituição : tendências , políticas e prospectiva no caso português. *Análise Social, XLIV*(193), 719–746. Retrieved from <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1260461201Q1sGZ3kf5Hp17AW8.pdf>

Afonso, C., Morais, C., & Almeida, M. D. V. de. (2012). Alimentação e Nutrição em Gerontologia. In Lidel (Ed.), *Manual de Gerontologia* (pp. 41–69). Lisboa.

Alma-Ata, D. de. (1978). Declaração de alma-ata. In *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata. Retrieved from <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>

Amaral, T. F., Matos, L. C., Tavares, M. M., Subtil, A., Martins, R., Nazaré, M., & Sousa Pereira, N. (2007). The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 26(6), 778–84. doi:10.1016/j.clnu.2007.08.002

Assembleia da República. (2013). Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro. *Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 28 de janeiro de 2013*. Retrieved February 05, 2014, from [http://www.anafre.pt/noticias/Lei no 11-A-2013_28jan.pdf](http://www.anafre.pt/noticias/Lei%20no%2011-A-2013_28jan.pdf)

Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–97. doi:10.1016/j.bodyim.2005.06.002

Baldaia, A. (2013). A atratividade física e o seu contributo para o envelhecimento. In *Actas de Gerontologia* (Vol. 1).

Bandeira, M. L. (2012). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa: Evolução e Perspectivas* (pp. 1–37). Retrieved from https://ffms.pt/upload/docs/manual-de-trabalho-dinamicas-demograficas-e-envelh_HKPOXD0b0SUiAcWIS-uEA.pdf

Baugh, E. J. (2009). Body Image and the Aging Female. *University of Florida, Department of Agriculture, UF/IFAS Extension Service*. Retrieved April 18, 2014, from <https://edis.ifas.ufl.edu/fy1090>

Beaujeu-Garnier, J. (1997). *Geografia Urbana*. (F. C. Gulbenkian, Ed.) (2ª Ed.). Lisboa.

Beck, M., Ovesen, L., & Osler, M. (1999). The “Mini Nutritional Assessment” (MNA) and the “Determine Your Nutritional Health” Checklist (NSI Checklist) as predictors of morbidity and mortality in an elderly Danish population. *The British Journal of Nutrition*, 81(1), 31–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10341673>

Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bernstein, M., & Luggen, A. S. (2011). *Nutrition For The Older Adult*. Jones & Bartlett Publishers.

- Berscheid, E., Walster, E., & Bohrnstedt, G. (1973). The happy American body: A survey report. *Psychology Today*, 7, 119–131.
- Bhuiyan, A. R., Gustat, J., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (2003). Differences in Body Shape Representations among Young Adults from a Biracial (Black-White), Semirural Community: The Bogalusa Heart Study. *American Journal of Epidemiology*, 158(8), 792–797. doi:10.1093/aje/kwg218
- British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. (2003). *A Guide to the “Malnutrition Universal Screening Tool” (“MUST”) for Adults*.
- Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice*, 12(2), 110–8. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x
- Bulik, C. M., Wade, T. D., Heath, a C., Martin, N. G., Stunkard, a J., & Eaves, L. J. (2001). Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(10), 1517–24. doi:10.1038/sj.ijo.0801742
- Buote, V. M., Wilson, A. E., Strahan, E. J., Gazzola, S. B., & Papps, F. (2011). Setting the bar: divergent sociocultural norms for women’s and men’s ideal appearance in real-world contexts. *Body Image*, 8(4), 322–34. doi:10.1016/j.bodyim.2011.06.002
- Cardim, J. C. (1999). O sistema educativo e o seu desenvolvimento. In *O Sistema de Formação Profissional em Portugal*. Retrieved from http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/213/7009PT_0.pdf
- Carmo, I., Dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., ... Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 9(1), 11–9. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S., & Sacadura, M. J. (2012). O Envelhecimento da População : Dependência , Ativação e Qualidade. *Centro de Estudos Dos Povos E Culturas de Expressão Portuguesa*. Retrieved from http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Carrilho, M., & Craveiro, M. L. (2013). Revista de Estudos Demográficos- A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Instituto Nacional de Estatística*, 50, 45–90.
- Carrilho, M., & Gonçalves, C. (2001). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Instituto Nacional de Estatística, Departamento de Estatísticas*.
- Carrilho, M., & Gonçalves, C. (2007). Revista de Estudos Demográficos - A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Instituto Nacional de Estatística*, 40, 39–75.
- Cash, T. F. (2011a). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In T. G. Press (Ed.), *Body Image A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed.). New York.

Cash, T. F. (2011b). Crucial Considerations in the Assessment of Body Image. In T. G. Press (Ed.), *Body Image A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed., pp. 129–137). New York.

Cash, T. F., & Labarge, A. S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory : A New Cognitive Body-Image Assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20(L), 37–50.

Cash, T. F., Morrow, J. a, Hrabosky, J. I., & Perry, A. a. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1081–9. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1081

Cash, T. F., & Smolak, L. (2011a). *Body Image A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. (T. G. Press, Ed.) (2nd ed.). New York.

Cash, T. F., & Smolak, L. (2011b). Understanding Body Images - Historical and Contemporary Perspectives. In T. G. Press (Ed.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed.). New York. doi:10.1007/SpringerReference_223404

Charlton, K. (1999). Elderly men living alone: are they at high nutritional risk? *J Nutr Health Aging*, 3 (1), 42–7.

Chen, C. C., Schilling, L. S., & Lyder, C. H. (2001). A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 131–142.

Chumlea, W., Guo, S., Roche, A., & Steinbaugh, M. (1988). Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *Journal of American Dietetic Association*, 88(5), 564–8.

Clarke, D. M., Wahlqvist, M. L., & Strauss, B. J. (1998). Undereating and undernutrition in old age: integrating bio-psychosocial aspects. *Age and Ageing*, 27(4), 527–34. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9884014>

Cohane, G. H., & Pope, H. G. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *The International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 373–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11285574>

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro. (2014). A aplicação da tipologia de áreas urbanas à região Centro. Retrieved May 14, 2014, from http://datacentro.ccdrc.pt/Uploads\Docs\RC_Nota_Metod_TIPAU.pdf

Commission of the European Communities. (2006). Commission Communication The demographic future of Europe – from challenge to opportunity. Brussels. Retrieved January 27, 2014, from http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_en.htm

Costa, C., Ramos, E., Barros, H., Torres, A. R., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas do Eating Disorders Inventory em Adolescentes Portugueses. *Acta Med Port*, 20, 511–524.

- Cravidão, F. D., & Fernandes, J. L. (2003). Urbano e Rural: a convergência de dois conceitos ou outros modos de “olhar” o território? *Revista Portuguesa de História*, 2, 417–429.
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário Da República 1.ª Série*, 1.ª série(N.º 38).
- Enzi, G., Sergi, G., Coin, A., Inelmen, E., Busetto, L., Pisent, C., & Peruzza, L. (2001). Clinical Aspects of Malnutrition. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 5, 284–287.
- European Commission. (2007). *Europe 's demographic future: Facts and figures on challenges and opportunities*.
- Eurostat. (2013). *Eurostat regional yearbook 2013* (No. 2) (pp. 31–50).
- Fernández-Ballesteros, Rocío Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: a global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 298012. doi:10.1155/2013/298012
- Ferry, M., & Alix, E. (2004). *A Nutrição da pessoa idosa*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations, J., & Consultation, U. E. (2001). Human energy requirements: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. *Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation Rome, 17–24 October 2001*. Retrieved February 06, 2014, from <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5686e/y5686e00.pdf>
- Fortin, M.-F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.).
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173–206.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2014). Índice de longevidade nos Municípios. *Índice de longevidade nos Municípios*. PORDATA. Retrieved February 05, 2014, from <http://www.pordata.pt/Municipios/Indice+de+longevidade-457>
- Fundación Española de la Nutrición. (2013). *Libro Blanco de la Nutrición en España*. (F. E. de la N. (FEN), Ed.).
- Fundo de População das Nações Unidas. (2012). Envelhecimento no Século XXI : Celebração e Desafio. Retrieved February 03, 2014, from <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>
- Gaby, A. (2013). A Review of the Fundamentals of Diet. *Global Advances in Health and Medicine : Improving Healthcare Outcomes Worldwide*, 2(1), 58–63. doi:10.7453/gahmj.2013.2.1.010
- Graça, P. (1999). Dietary guidelines and food nutrient intakes in Portugal. *The British Journal of Nutrition*, 81 Suppl 2, S99–103. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10999033>
- Grigg, D. (1995). The nutritional transition in Western Europe. *Journal of Historical Geography*, 21(3), 247–261. doi:10.1006/jhge.1995.0018

- Grippe, K. P., & Hill, M. S. (2008). Self-objectification, habitual body monitoring, and body dissatisfaction in older European American women: exploring age and feminism as moderators. *Body Image, 5*(2), 173–82. doi:10.1016/j.bodyim.2007.11.003
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. (Routledge, Ed.) (2nd ed.). New York.
- Grogan, S. (2011). Body Image Development in Adulthood. In *Body Image A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 93–100).
- Guerreiro, D. (2003). Pessoas sós: múltiplas realidades. *Sociologia, Problemas E Práticas, 43*, 31–49.
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 10*(6), 466–85; discussion 485–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17183419>
- Haveman-Nies, A., Groot, L. de, & VanStaveren, W. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and Ageing, 32*(4), 427–34. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12851188>
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). O Envelhecimento em Portugal : Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos, 185* – 208. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1
- Instituto Nacional de Estatística. (2003). Projecções de população residente em Portugal 2000-2050. *Destaque - Informação à Comunicação Social*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009a). Projecções de população residente em Portugal 2008-2060. *Destaque - Informação à Comunicação Social*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009b). Retrato Territorial de Portugal 2009. Retrieved January 28, 2014, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=118877009&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2011a). Censos 2011 – Resultados Provisórios. Retrieved January 28, 2014, from http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=OCDIQjBAwAQ&url=http%3A%2F%2Fcensos.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D131010986%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=VafnUt68NMT70gXv8oDADw&usg=AFQjCNEdo bEaXlfk1EIB_1v7sl117bsbrA
- Instituto Nacional de Estatística. (2011b). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011c). INE, Recenseamento da População e Habitação. Retrieved February 04, 2014, from <http://www.ine.pt>

- Instituto Nacional de Estatística. (2012a). Censos 2011 - Resultados definitivos. *Destaque - Informação à Comunicação Social*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012b). Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. *Destaque - Informação À Comunicação Social*, 1–7.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012c). Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014a). População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001 e 2011). Retrieved March 10, 2014, from www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2014b). Tipologia de áreas urbanas. Retrieved March 13, 2014, from www.ine.pt ? Sistema de metainformacao
- Instituto Nacional de Estatística, I. N. de S. D. R. J. (2009c). Anuário estatístico de Portugal 2008.
- Instituto Nacional de Estatística, I. N. de S. D. R. J. (2009d). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.
- Izawa, S., Kuzuya, M., Okada, K., Enoki, H., Koike, T., Kanda, S., & Iguchi, A. (2006). The nutritional status of frail elderly with care needs according to the mini-nutritional assessment. *Clinical Nutrition*, 25(6), 962–7. doi:10.1016/j.clnu.2006.05.006
- Jelliffe, D. B., & World Health Organization. (1966). The assessment of the nutritional status of the community. World Health Organization monograph series; no. 53. Geneva: Geneva : World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41780>
- Kim, T. N., & Choi, K. M. (2013). Sarcopenia: Definition, Epidemiology, and Pathophysiology. *Journal of Bone Metabolism*, 20(1), 1–10. doi:10.11005/jbm.2013.20.1.1
- Kinsella, K., Victoria, A., Way, P. O., Scott, F., Sweeney, J., Adams, B., & Butler, A. C. (2001). An Aging World : 2001, (November).
- Klos, L. a, & Sobal, J. (2013). Marital status and body weight, weight perception, and weight management among U.S. adults. *Eating Behaviors*, 14(4), 500–7. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.07.008
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauthy, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415–421. doi:10.1016/S0261-5614(03)00098-0
- Lee, K. S., Cheong, H.-K., Kim, E. A., Kim, K. R., Oh, B. H., & Hong, C. H. (2009). Nutritional risk and cognitive impairment in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1), 95–9. doi:10.1016/j.archger.2007.11.001
- Loureiro, M. H. (2008a). *Validação do “Mini-Nutricional Assesment” em Idosos. Tese de Mestrado*. Universidade de Coimbra. Retrieved from https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/10439/1/TESE_MHVSL.pdf

Loureiro, M. H. V. (2008b). *Validação do “ MINI-NUTRICIONAL ASSESSEMENT ” EM IDOSOS*. Universidade de Coimbra.

Maitre, I., Van Wymelbeke, V., Amand, M., Vigneau, E., Issanchou, S., & Sulmont-Rossé, C. (2014). Food pickiness in the elderly: Relationship with dependency and malnutrition. *Food Quality and Preference*, 32, 145–151. doi:10.1016/j.foodqual.2013.04.003

Miguel, L. S., & Sá, A. B. de. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016 : reforçar , expandir.

Mission Australia. (2012). Mission Australia, 2012. *Mission Australia*. Retrieved from <https://www.google.pt/#q=Mission+Australia,+2012>

Morais, C., Oliveira, B., Afonso, C., Lumbers, M., Raats, M., & de Almeida, M. D. V. (2013). Nutritional risk of European elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, (August), 1–5. doi:10.1038/ejcn.2013.175

Morley, E. (1997). Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66, 760–773. Retrieved from <http://www.ajcn.org/cgi/reprint/66/4/760?maxtoshow=&HITS=10&hits>

Muhlbauer, V., & Chrisler, J. C. (2007). *Women Over 50 Psychological Perspectives*. (Springer, Ed.). New York.

Murnen, S. K. (2011). Gender and Body Images. In T. G. Press (Ed.), *Body Image A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed., pp. 173–179). New York.

Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência : Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8(1), 21–36.

Neto, F. (2011). Avaliação psicométrica da Escala de Apreciação Corporal. In *VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e contextos*. Lisboa.

Netto, M. P. (1996). *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. (Atheneu, Ed.).

Omran, M. L., & Morley, J. E. (2000a). Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition*, 16(1), 50–63. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674236>

Omran, M. L., & Morley, J. E. (2000b). Assessment of protein energy malnutrition in older persons, Part II: Laboratory evaluation. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 16(2), 131–40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10696638>

Payette, H., Coulombe, C., Boutier, V., & Gray-Donald, K. (2000). Nutrition risk factors for institutionalization in a free-living functionally dependent elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(6), 579–87. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10880776>

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. (Edições Sílabo, Ed.) (3ª Edição.).
- Póinhos, R., Franchini, B., Afonso, C., Correia, F., Teixeira, V., & Moreira, P. (2009). Alimentação e Estilos de Vida da População Portuguesa: Metodologia e Resultados Preliminares. *Revista Da SPCNA, 15*(3), 43–60.
- Ramage-morin, P. L., & Garriguet, D. (2013). Article Nutritional risk among older Canadians, (82).
- República, A. da. (1998). Lei da Protecção de Dados Pessoais - Lei n.o 67/98, 5536–5546.
- Rodrigues, S., Franchini, P., Graça, P., & Almeida, M. (2006). A new food guide for the Portuguese population: development and technical considerations. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 38*(3), 189–95. doi:10.1016/j.jneb.2006.01.011
- Runfola, C. D., Von Holle, A., Trace, S. E., Brownley, K. a, Hofmeier, S. M., Gagne, D. a, & Bulik, C. M. (2013). Body dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) studies. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association, 21*(1), 52–9. doi:10.1002/erv.2201
- Santinha, G., & Marques, S. (2013). Repensando o fenómeno do envelhecimento na agenda política das cidades: a importância da promoção da mobilidade de pedestres. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia, 16*(2), 393–400. doi:10.1590/S1809-98232013000200019
- Santos, C. (2011). *Validação Transcultural das escalas ZKPQ-50-CC (personalidade), BAS (imagem corporal) e AS (ambivalência na decisão de ter relações sexuais) para adolescentes*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Schmidhuber, J., & Shetty, P. (2005). The nutrition transition to 2030 Why developing countries are likely to bear the major burden. *Seminar of the European Association of Agricultural Economists, 1–26*. Retrieved from http://www.fao.org/fileadmin/templates/esa/Global_persepctives/Long_term_papers/JSPStransition.pdf
- Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral, & Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. (2007). *Valoración nutricional en el anciano - Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición*. (G.-N. Trea, Ed.). Retrieved from http://www.senpe.com/IMS/publicaciones/consenso/senpe_valoracion_nutricional_anciano.pdf
- Stein, C. E., & Kalache, A. (1999). Ageing: A Global Perspective. *Community Eye Health, 12*(29), 1–4.
- Stunkard, A., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Research Publications–Association for Research in Nervous and Mental Disease, 60*, 115–120.
- Swami, V., Frederick, D. a, Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., ... Zivcic-Becirevic, I. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world

regions: results of the international body project I. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 36(3), 309–25. doi:10.1177/0146167209359702

Swami, V., Hadji-Michael, M., & Furnham, A. (2008). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image*, 5(3), 322–5. doi:10.1016/j.bodyim.2008.03.007

Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1(1), 29–41. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144503000020>

Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). *Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction*. *Body Image* (Vol. 10, pp. 624–627). Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144513000818>

Tiggemann, M., & Williams, E. (2011). The Role of Self-Objectification in Disordered Eating, Depressed Mood, and Sexual Functioning Among Women: A Comprehensive Test of Objectification Theory. *Psychology of Women Quarterly*, 36(1), 66–75. doi:10.1177/0361684311420250

Tribess, S. (2006). *Percepção da Imagem Corporal e Factores Relacionados à Saúde em Idosas*. Universidade Federal de Santa Catarina.

Tribess, S., Sindra, J., & Junior, V. (2010). Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 31–38.

Tur, J., Colomer, M., Bonnin, T., Llompert, I., & Pons, A. (2005). Dietary intake and nutritional risk among free-living elderly people in Palma de Mallorca. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 9(6), 390–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16395510>

Turner, A. (2009). Population ageing: what should we worry about? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 364(1532), 3009–21. doi:10.1098/rstb.2009.0185

Tylka, T. L. (2011). Positive Psychology Perspectives on Body Image. In T. G. Press (Ed.), *Body Image A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed., pp. 56–64). New York.

Tylka, T. L. (2013). Evidence for the Body Appreciation Scale's measurement equivalence/invariance between U.S. college women and men. *Body Image*, 10(3), 415–8. doi:10.1016/j.bodyim.2013.02.006

United Nations. (2001). *World Population Ageing 1950-2050* (Vol. 26). New York.

United Nations. (2010). *World Population Ageing 2009. Economic and social affairs*. New York. Retrieved January 30, 2014, from http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf

United Nations. (2013). *World Population Prospects The 2012 Revision*. New York.

van't Riet, J., Sijtsema, S. J., Dagevos, H., & De Bruijn, G.-J. (2011). The importance of habits in eating behaviour. An overview and recommendations for future research. *Appetite*, 57(3), 585–96. doi:10.1016/j.appet.2011.07.010

Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M. E., Rolland, Y., Guigoz, Y., ... Garry, P. (2006). Overview of the MNA--Its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(6), 456–63; discussion 463–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17183418>

World Health Organization. (2002). Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons. doi:10.1177/146642400312300228

World Health Organization. (2003). DIET, NUTRITION AND THE PREVENTION OF CHRONIC DISEASES. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf

World Health Organization. (2014a). BMI classification. Retrieved May 19, 2014, from http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

World Health Organization. (2014b). WHO | Nutrition. World Health Organization. Retrieved February 10, 2014, from <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>

Apêndices

APÊNDICE 1 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000 e Seul 2008)

Perceção da imagem corporal e nutrição em pessoas idosas

Esta investigação, tem como objetivo identificar a associação da perceção da imagem corporal (IC) com o estado nutricional das pessoas, está sob a orientação académica da Prof. Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão (mpiedade@ua.pt) e co-orientação da Prof. Doutora Ana Maria Timóteo Félix, da Universidade de Aveiro e será desenvolvido pela Dr^a Sara Rita Pereira Marques, licenciada em Planeamento Regional e Urbano e estudante do Mestrado em Gerontologia da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Eu, abaixo-assinado,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada e garantido que todos os dados relativos à minha identificação são confidenciais e que será mantido o anonimato. Por isso, consinto que me seja aplicado o método e o inquérito propostos pelo investigador.

Nome completo do participante do estudo (ou seu representante legal):

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

Nome completo da responsável pelo desenvolvimento do estudo:

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

Caso surja alguma dúvida da sua parte, ou queira desistir do estudo, agradeça que contactasse:

Sara Rita srita@ua.pt; TM: ou Piedade Brandão, mpiedade@ua.pt, TM:

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Código:

Data: ___/___/___ (dia/mês/ano)

1. Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> (1) Feminino <input type="checkbox"/> (2)
2. Data de Nascimento:	___/___/___
3. Área de residência:	Rural <input type="checkbox"/> (1) Urbana <input type="checkbox"/> (2) Semiurbana <input type="checkbox"/> (3) Qual: _____
4. Estado civil atual:	Solteiro(a) <input type="checkbox"/> (1) Casado(a) / União de facto <input type="checkbox"/> (2) Separado(a) / Divorciado(a) <input type="checkbox"/> (3) Viúvo(a) <input type="checkbox"/> (4)
5. Anos de educação formal:	Não tem <input type="checkbox"/> (1) 1-4 anos <input type="checkbox"/> (2) 5-12 anos <input type="checkbox"/> (3) Mais de 12 anos <input type="checkbox"/> (4)
6. De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês?	Não chega para as necessidades <input type="checkbox"/> (1) É mesmo à justa para as necessidades <input type="checkbox"/> (2) Sobra algum dinheiro <input type="checkbox"/> (3)
7. Com quem vive?	Em casal <input type="checkbox"/> (1) Com família alargada <input type="checkbox"/> (2) Quantas pessoas incluindo-o(a) a si? _____ Em instituição <input type="checkbox"/> (3) Sozinho <input type="checkbox"/> (4) Outra situação <input type="checkbox"/> (5) Qual? _____
8. Situação profissional:	Empregado(a) a tempo inteiro <input type="checkbox"/> (1) Empregado(a) a tempo parcial <input type="checkbox"/> (2) Desempregado(a) <input type="checkbox"/> (3) Doméstica <input type="checkbox"/> (4) Pensionista <input type="checkbox"/> (5) Reformado(a) <input type="checkbox"/> (6) Estudante <input type="checkbox"/> (7)

Anexos

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELA COMISSÃO DE ÉTICA



ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exma. Senhora
Dra. Maria da Piedade Moreira Brandão

mpiedade@ua.pt

003401 '14 02-04 09:25

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: “Perceção da imagem corporal e estado nutricional das pessoas idosas do concelho de Aveiro”

Serve o presente para informar V. Ex^a., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

Dr. Fernando Lopes de Almeida
Vice-Presidente do Conselho Directivo
da A.R.S. Centro, I.P.

AL

Na respetiva endicar e "hoias referências". Em cada ofício referir-se ao um assunto.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Face ao apresentado, o parecer desta Comissão é favorável.</p>	<p>DESPACHO: <i>Homologação o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde 20.1.2014</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p>
--	---

ASSUNTO: Estudo 3/2014 - Perceção da imagem corporal e estado nutricional das pessoas idosas do concelho de Aveiro

Dr. José Manuel Azeiteira Teresa
Presidente,

Dr. Fernando José F. Lopes de Almeida
Vice-Presidente,

Dr. Luís Manuel Milhão Mendes Cobre
Vogal,

Dr. Maria Augusta Mata
Vogal,

Projeto pertinente e relevante nos Cuidados de Saúde Primários, centrado na avaliação do estado nutricional e na percepção da auto-imagem corporal, numa população de pessoas idosas.
Tem cariz epidemiológico, transversal.
São definidos os critérios de inclusão/exclusão.
É garantido o anonimato e a confidencialidade na recolha e tratamento dos dados.
É apresentado documento para informação aos pais e obtenção do consentimento na forma escrita.
São apresentados os instrumentos de recolha de dados.
Não haverá custos para o ACES. Não haverá custos para os participantes para além do tempo necessário à recolha dos dados.

O Relator,

Luís Augusto Lima

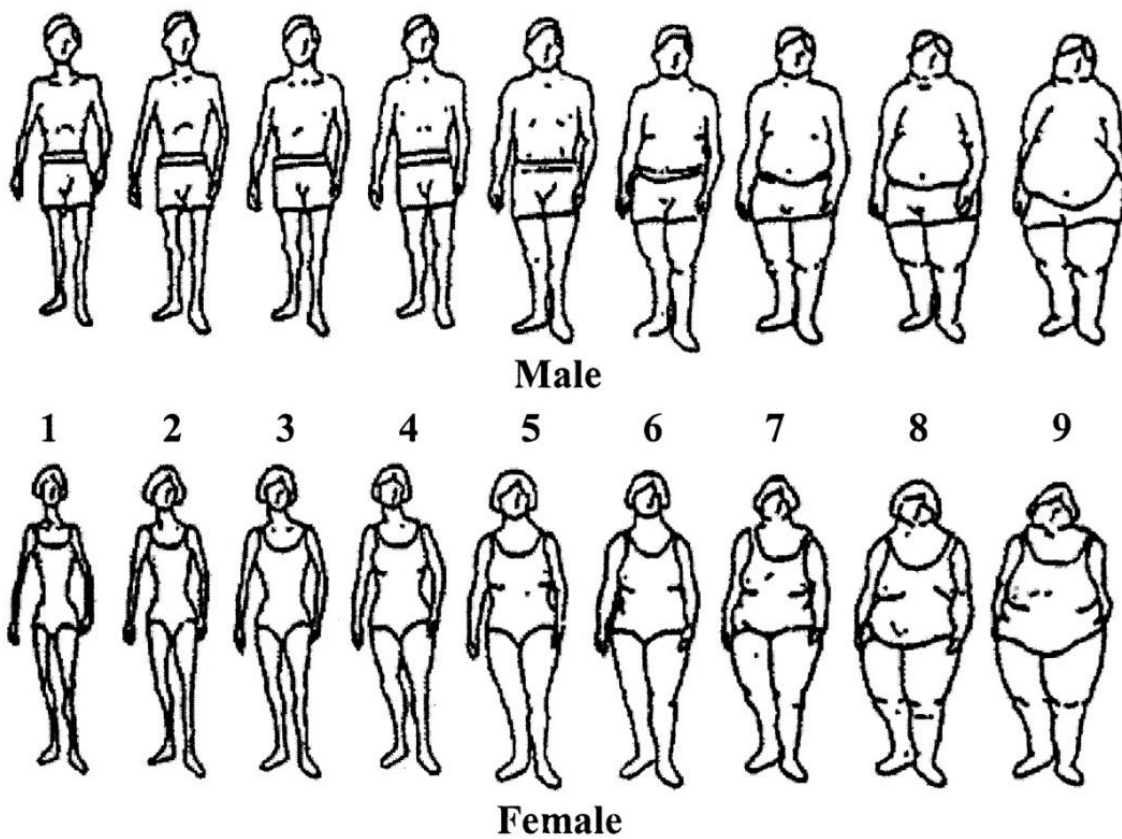
23/01/2014

Liberto

ANEXO 2- APRECIÇÃO CORPORAL - ESCALA DE APRECIÇÃO CORPORAL (EAC-PT)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Respeito o meu corpo.					
2. Sinto-me bem com o corpo que tenho.					
3. No global, sinto-me satisfeito(a) com o meu corpo.					
4. Apesar dos defeitos, aceito o meu corpo como ele é.					
5. Sinto que o meu corpo tem algumas qualidades positivas.					
6. Eu tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo.					
7. Dou atenção às necessidades do meu corpo.					
8. O meu valor é independente da forma física do meu corpo (aparência) e do meu peso.					
9. Não gasto muita energia preocupado(a) com a forma física do meu corpo (aparência) ou com o peso do meu corpo.					
10. Os meus sentimentos relativamente ao meu corpo são na sua maioria, positivos.					
11. Tenho hábitos saudáveis para proteger o meu corpo.					
12. PARA MULHERES: Não permito que as imagens irrealistas de mulheres magras apresentadas pelos media afectem as minhas atitudes relativamente ao meu corpo.					
PARA HOMENS: Não permito que as imagens irrealistas de homens musculados apresentadas pelos media afectem as minhas atitudes relativamente ao meu corpo.					
13. Apesar das suas imperfeições, continuo a gostar do meu corpo.					

ANEXO 3 – SATISFAÇÃO CORPORAL - ESCALA DE SILHUETAS DE STUNKARD (ESS)



1. Indique o número da silhueta mais parecida consigo no momento atual: []

2. Indique o número da silhueta com a qual gostaria de se parecer: []

ANEXO 4 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL - “MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT”

Idade: _____

Altura (m): _____

Peso (kg): _____

Altura do joelho (se altura

Sexo: _____

impossível): _____

I. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

1) Índice de Massa Corporal

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

2) Perímetro Médio Braquial (PMB- em cm)

0,0 = PMB < 21

0,5 = 21 ≤ PMB ≤ 22

1,0 = PMB > 22

3) Circunferência da perna (CP- em cm)

0 = CP < 31

1 = CP ≥ 31

4) Perda ponderal nos últimos 3 meses (PP- em Kg)

0 = perda ponderal > 3 Kg

1 = não sabe

2 = perda ponderal entre 1 e 3 Kg

3 = sem perda ponderal

II. AVALIAÇÃO GLOBAL

5) O doente vive independentemente (em contraponto de viver num lar)?

0 = não 1 = sim

6) O doente toma mais de 3 medicamentos prescritos (por dia)?

0 = sim 1 = não

7) Nos últimos 3 meses, o doente foi vítima de stress psicológico ou doença aguda?

0 = sim 1 = não

8) Mobilidade

0 = limitado a uma cadeira ou à cama

1 = consegue sair da cama/ cadeira, mas não sai à rua

2 = sai à rua

9) Problemas neuropsicológicos?

0 = demência severa ou depressão

1 = demência ligeira

2 = sem problemas psicológicos

10) Te úlceras da pressão/ escaras?

0 = sim

1 = não

III. AVALIAÇÃO DIETÉTICA

11) Quantas refeições completas o doente come/dia?

0 = 1 refeição 1 = 2 refeições 2 = 3 refeições

12) O doente consome:

- Pelo menos uma porção de lacticínios (leite, queijo) /dia?

Sim

Não

- Duas ou mais porções de feijão/grão, ovos por semana?

Sim

Não

- Carne, peixe ou aves diariamente?

Sim

Não

0,0 = se 0 ou 1 respostas sim

0,5 = se 2 respostas sim

1,0 = se 3 respostas sim

13) Consome duas ou mais porções de fruta ou vegetais diariamente?

0 = não 1 = sim

14) A ingestão alimentar do doente foi reduzida nos últimos 3 meses devido a anorexia, problemas digestivos ou dificuldades na deglutição?

0 = anorexia severa

1 = anorexia moderada

2 = sem anorexia

15) Quantos copos/ chávenas de bebida (água, sumo, café, chá, leite, cerveja, vinho...) o doente consome/dia?

0,0 = menos de 3 copos

0,5 = 3 e 5 copos

1,0 = mais de 5 copos

16) Modo de se alimentar

0 = alimenta-se só com ajuda

1 = alimenta-se sozinho, mas com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho, sem problemas

IV. AVALIAÇÃO SUBJETIVA

17) O doente considera ter algum problema nutricional?

0 = malnutrição major

1 = não sabe/ malnutrição moderada

2 = sem problema nutricional

18) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como é que o doente considera o seu estado de saúde?

0,0 = não tão bom 1,0 = tão bom

0,5 = não sabe 2,0 = melhor

TOTAL (máximo de 30 pontos)

RESULTADO

≥ 24 pontos: Estado nutricional normal

17 a 23,5 pontos : Em risco de desnutrição

< 17 pontos : Desnutrido