

THAIS CAROLINA BASSLER

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
DO MUNICÍPIO DE NOVA MUTUM, MATO GROSSO**

**Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para
obtenção do Título de Doutor em
Ciências.**

São Paulo

2009

THAIS CAROLINA BASSLER

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
DO MUNICÍPIO DE NOVA MUTUM, MATO GROSSO**

**Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para
obtenção do Título de Doutor em
Ciências.**

**Orientadora: Profa. Dra. Lucila
Amaral Carneiro Vianna**

São Paulo

2009

Bassler, Thais Carolina

Fatores associados à qualidade de vida dos idosos do município de Nova Mutum, Mato Grosso. / Thais Carolina Bassler. -- São Paulo, 2009. xiv, 141f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Título em inglês: Factors associated to quality of elderly in the municipality of Nova Mutum, Mato Grosso.

1. Qualidade de Vida. 2. Idoso. 3. Estado Nutricional.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Alba Lúcia Botura Leite de Barros

Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Profa. Dra. Janine Schirmer

Dedicatória

Ao responsável por tudo o que somos e por permitir que mais esta etapa fosse vencida em minha vida: Deus!

Ao meu querido esposo Cassiano, pelo contínuo incentivo, companheirismo, carinho e amor, sempre presente em meu interesse pela nutrição e respeito pela minha escolha profissional, sem cujo apoio esta tese não teria se concretizado. Amo você!

Aos meus pais, Mário e Lúcia, que sempre torceram pelas minhas conquistas e vitórias e que estiveram permanentemente próximos me reavivando de amor e ternura em seus braços. Amor simplesmente incondicional. **“A comunicação pelo amor não tem distância”** – Dr. Leocádio José Correia.

Agradecimentos

Dedico esta tese à minha querida orientadora e amiga Profa. Dra. Lucila Amaral Carneiro Vianna, que contribuiu de forma inigualável para a realização deste trabalho, compartilhando seu conhecimento e suas palavras sábias nos momentos mais importantes.

À Profa. Dra. Lisiane Paskulin, que mesmo à distância, ao longo destes três anos de doutorado compartilhou suas experiências, por meio de conselhos, sugestões e auxílios e, pela revisão da tese.

Ao Departamento de Enfermagem da UNIFESP, pela acolhida.

À Universidade de Cuiabá (UNIC), pela oportunidade de concluir este sonho profissional.

À Profa. Dra. Áurea Christina de Paula Correa da UFMT, pela atenção disponibilizada e pelo estímulo para a realização do doutorado.

A FAPEMAT, pelo apoio financeiro.

As Profas. Dra. Ana Cristina Passarela Bretas e Dra Laís Helena Ramos, pela companhia nos momentos de convívio.

A Profa. Dra. Mônica Antar Gamba, pelos conselhos, sugestões e auxílio técnico-científico durante o desenvolvimento da tese.

A Profa. Dra. Janine Schirmer, coordenadora da pós-graduação em enfermagem da UNIFESP, pela atenção.

A minha especial amiga Marta, que sempre me recebeu em sua casa de braços abertos, possibilitando meus primeiros passos deste sonho.

Aos compadres Cláudia e Carlos, a Dona Ivone, ao Cadu e ao querido afilhado Arthur, que abriram sua casa e seus corações, para que o Cassiano estivesse sempre muito bem acolhido e acompanhado nos meus momentos de ausência.

A minha família, especialmente minha irmã Ana Cristina, minha sobrinha Michelle, que me incentivaram e colaboraram, de alguma forma, durante toda a caminhada.

Ao meu pai, que vivenciou comigo as dificuldades tecnológicas, e que me auxiliou em todos os momentos, até a entrega da tese.

Ao meu sogro Adir Maia, que acompanhou todos os passos da minha trajetória, pelo apoio e acolhida.

A minha sogra e amiga Jucimara Silva Rojas, que me proporcionou momentos de reflexão para avançar ainda mais nesta caminhada profissional, sempre com muito carinho e dedicação.

Aos meus chefes Rui Fava e José Cláudio Pericin que sempre se prontificaram a me ajudar e demonstraram o verdadeiro sentido da amizade.

Aos amigos Gilmar Fava e Melissa Schirmer, pelo estímulo e por terem assumido minhas atividades durante meu afastamento com muita competência.

A Prefeitura Municipal de Nova Mutum, que cedeu espaço para a concretização desta tese, especialmente ao Secretário de Saúde João Batista e enfermeira Leila, pelo fornecimento de dados e informações necessária ao desenvolvimento da pesquisa.

A enfermeira e amiga Ignês (in memorian), pelo amor aos idosos e interesse neste trabalho, além das tardes preciosas que passamos juntas.

A toda equipe de colaboradores do hospital Albert Sabin e da Faculdade de Nova Mutum (UNINOVA), que foram sempre compreensivos em meus momentos de ausência.

A equipe de profissionais de enfermagem que me auxiliaram com dedicação na coleta de dados: Isabel, Suzy e Whashington.

Ao corpo docente e discente do curso de nutrição e gastronomia da UNIC, pela compreensão na realização deste trabalho, durante os momentos que eu estive distante.

Ao prof. Dr. Mariano Martinez Espínosa pela disponibilidade e competência com que orientou a análise estatística deste trabalho.

A Nina querida, que proporcionou momentos de alegria durante este período para a nossa família.

Aos colegas do DINTER, pela companhia durante estes três anos que passamos juntos.

A Rita de Cássia e Luísa, pelo auxílio no encaminhamento das questões administrativas.

A Andreia da Bireme, pela formatação da tese.

E, finalmente aos idosos, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho, aos quais procurei servir com profissionalismo, respeito, otimismo e admiração.



Sumário

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos	v
Lista de Figura e Quadros.....	x
Lista de Tabelas	xi
Lista de Abreviaturas.....	xiii
Resumo.....	xiv
APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO.....	2
1.1 Envelhecimento populacional.....	2
1.2 Alterações fisiológicas, psicossociais e nutricionais no envelhecimento.....	3
1.3 Qualidade de Vida do Idoso.....	9
1.3.1 Qualidade de Vida – conceitos.....	9
1.3.2 Qualidade de Vida – Instrumentos de avaliação de QV desenvolvidos pela OMS	10
1.3.3 Qualidade de Vida dos Idosos – determinantes e achados empíricos	12
1.4 Hipótese.....	14
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 MÉTODO.....	16
3.1 Desenho do Estudo.....	16
3.2 Local do Estudo	16
3.3 População do estudo e amostragem.....	19
3.4 Variáveis.....	20
3.5 Instrumentos de coleta de dados	21
3.6 Estudo piloto.....	23
3.7 Coleta de Dados.....	23
3.7.1 Avaliação do estado nutricional.....	24
3.7.2 Avaliação da Qualidade de Vida do idoso	26

3.8 Aspectos Éticos.....	26
3.9 Análise dos dados.....	27
4 RESULTADOS.....	29
4.1 RESULTADOS DA ANÁLISE DESCRITIVA	29
4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA INFERENCIAL.....	36
4.2.1 Análise Bivariada.....	36
4.2.2 Análise Multivariada – Instrumento WHOQOL-BREF.....	44
4.2.3 Análise Multivariada – Instrumento WHOQOL-OLD.....	53
5 DISCUSSÃO.....	60
5.1 O perfil dos idosos do município de Nova Mutum-MT	60
5.2 FATORES ASSOCIADOS À QV DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE NOVA MUTUM-MT	67
5.2.1 Fatores associados à QV dos idosos – instrumento WHOQOL-BREF.....	67
5.2.2 Fatores associados à QV dos idosos – instrumento WHOQOL-OLD.....	73
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXO A - INSTRUMENTO WHOQOL-BREF	103
ANEXO B – SINTAXE DO WHOQOL-BREF.....	106
ANEXO C - INSTRUMENTO WHOQOL- OLD	107
ANEXO D – SINTAXE DO WHOQOL-OLD.....	111
ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIFESP	114
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS - CARACTERÍSTICAS SOCIAIS, DEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE NOVA MUTUM – MT.	116
APÊNDICE B – PLANEJAMENTO AMOSTRAL DA PESQUISA.....	121
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	124
Abstract.....	126

Lista de Quadros

Quadro 1 - Pontos de corte do IMC proposto para população idosa.....	25
Quadro 2 - Classificação da circunferência da cintura segundo o sexo.....	26
Quadro 3 - Síntese dos modelos de regressão linear múltipla do WHOQOL-BREF quanto aos fatores associados à melhor QV dos idosos do município de Nova Mutum, 2007.	52
Quadro 4 - Síntese dos modelos de regressão linear múltipla do WHOQOL-OLD quanto aos fatores associados à melhor QV dos idosos do município de Nova Mutum, 2007.....	61

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas dos idosos, segundo sexo. Nova Mutum, 2007.	30
Tabela 2 Aspectos relacionados à saúde e ao estado nutricional dos idosos, segundo sexo. Nova Mutum, 2007.	33
Tabela 3 - Distribuição de morbidades referidas pelos idosos. Nova Mutum, 2007.....	34
Tabela 4 - Média alcançada pelos idosos em cada um dos domínios e da QV geral do instrumento WHOQOL-BREF. Nova Mutum, 2007	34
Tabela 5 - Média alcançada pelos idosos em cada uma das facetas do instrumento WHOQOL-OLD. Nova Mutum, 2007.....	35
Tabela 6 - Média e desvio padrão dos valores dos domínios de QV e QV geral do WHOQOL-BREF segundo variáveis de interesse. Nova Mutum, 2007.	37
Tabela 7 - Média e desvio padrão das facetas de qualidade de vida do WHOQOL-OLD segundo variáveis de interesse. Nova Mutum, 2007.....	42
Tabela 8 - Resultado da regressão linear múltipla para o Domínio Físico (1) do WHOQOL-BREF e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	45
Tabela 9 - Resultado da regressão linear múltipla para o Domínio Psicológico (2) do WHOQOL-BREF e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	47
Tabela 10 - Resultado da regressão linear múltipla para o Domínio Relações Sociais (3) do WHOQOL BREF e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	48
Tabela 11 - Resultado da regressão linear múltipla para o Domínio Meio ambiente (4) do WHOQOL-BREF e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	49
Tabela 12 - Resultados da regressão linear múltipla para a QV Geral do WHOQOL-BREF e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.	51
Tabela 13 - Resultado da regressão linear múltipla para a Faceta Funcionamento do Sensorio (1) do WHOQOL-OLD e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	53

Tabela 14 - Resultado da regressão linear múltipla para a Faceta Autonomia (2) do WHOQOL-OLD e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	55
Tabela 15 - Resultado da regressão linear múltipla para a Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras (3) do WHOQOL-OLD e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	56
Tabela 16 - Resultado da regressão linear múltipla para a Faceta Participação Social (4) do WHOQOL-OLD e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	58
Tabela 17 - Resultado da regressão linear múltipla para a Faceta Morte e Morrer (5) do WHOQOL-OLD e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	59
Tabela 18 - Resultado da regressão linear múltipla para a Faceta Intimidade (6) do WHOQOL-OLD e variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e estado nutricional dos idosos do Município de Nova Mutum, 2007.....	60

Lista de Abreviaturas

CC	Circunferência de Cintura
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
QVG	Qualidade de Vida Geral
RCQ	Relação Cintura Quadril
SABE	Saúde, Bem-estar e envelhecimento
SUS	Sistema Único de Saúde
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life – BREF
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life –OLD

Objetivos: caracterizar a população de idosos de Nova Mutum/Mato Grosso, segundo variáveis sócio-demográficas e condições de saúde; avaliar o estado nutricional, a qualidade de vida (QV) e analisar a associação entre variáveis do estudo e a QV percebida pelos idosos. **Método:** estudo epidemiológico com desenho transversal em que foram entrevistados por meio de amostra probabilística, 210 indivíduos acima de 60 anos, de maio a agosto de 2007. Os dados foram coletados por inquérito domiciliar. Um instrumento continha questões sócio-demográficas, de saúde e do estado nutricional, o instrumento para avaliação de QV - WHOQOL-BREF com os quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente e QV geral e o módulo WHOQOL-OLD com as seis facetas: Funcionamento do Sensório, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade. **Resultados:** 50,9% do sexo masculino; 68,6% do grupo etário 60 a 69 anos; 78,0% apresentaram escolaridade inferior a 4 anos; e 61,9% aposentados. Quanto à saúde e ao estado nutricional, 77,2% dos idosos consideravam-se saudáveis e o sobrepeso em 42,9% deles. Por meio de regressão linear múltipla, utilizada em cinco modelos do WHOQOL-BREF, verificou-se associação positiva e estatisticamente significativa entre os idosos que se consideravam saudáveis com QV nos Domínios Físico ($p < 0,001$) e QV geral ($p < 0,001$), e os que eram autônomos, empregados e os que não trabalhavam percebiam-se com melhor QV do que os que eram aposentados / pensionistas nos Domínios Físico ($p = 0,009$, $p = 0,018$ e $p = 0,019$, respectivamente). Aqueles com idade entre 70 e 79 e 80 anos ou mais apresentaram melhores índices de QV do que os idosos com 60 a 69 anos no Domínio Meio Ambiente ($p = 0,032$ e $p = 0,043$, respectivamente); os idosos naturais da região Sul do país reportaram melhores índices do que os naturais da região Centro-Oeste no Domínio Meio Ambiente ($p = 0,033$). Os que praticavam atividade física relataram melhores escores de QV no Domínio Meio Ambiente ($p = 0,043$) e aqueles com estado nutricional normal e sobrepeso, apresentaram melhores escores de QV do que os com baixo peso nos Domínios Relações Sociais e Meio Ambiente ($p = 0,009$ e $p = 0,011$) e ($p = 0,004$ e $p = 0,011$), respectivamente. A regressão linear múltipla utilizada em seis modelos com as facetas do WHOQOL-OLD mostrou a associação positiva e estatisticamente significativa entre os idosos que se percebiam saudáveis com QV na Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras ($p = 0,006$). Os idosos que utilizavam um serviço de saúde particular apresentaram melhores escores de QV do que os que buscavam o SUS na Faceta Participação Social. Os idosos que praticavam atividade física reportaram melhores escores de QV na Faceta Autonomia ($p = 0,027$) e os que não trabalhavam no período da pesquisa, demonstraram melhores escores de QV do que os aposentados na Faceta Funcionamento do Sensório ($p = 0,031$) do instrumento WHOQOL-OLD. Os resultados do estudo apresentaram a complexidade dos fatores associados à QV dos idosos e a importância em respeitar a heterogeneidade da população idosa. A QV mostrou-se importante ferramenta para propostas de intervenções e avaliação de saúde dos idosos.

Descritores: Qualidade de Vida, Idoso, Estado Nutricional.

Apresentação

Este projeto teve sua origem na necessidade de conhecer o estado nutricional e os fatores associados à qualidade de vida dos idosos residentes no município de Nova Mutum/MT, uma vez que o município possui apenas 20 anos desde a sua fundação e tende a apresentar a mudança do perfil demográfico resultando no aumento do número de idosos. O município de Nova Mutum foi escolhido para o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que eu era moradora do mesmo e trabalhava no único hospital da cidade, como nutricionista. Existia um grupo da terceira idade, que era apoiado pela Secretaria Municipal de Promoção e Ação Social, que desenvolvia atividades com profissionais multidisciplinares, onde eu já havia sido convidada a participar de algumas atividades e era conhecedora do grande número de idosos que havia no município. Dentro deste prisma, surgiu mais uma vez o interesse em conhecer a qualidade de vida dos idosos do município.

Este tema vem de encontro às pesquisas desenvolvidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia (GEPE) ligado ao programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFESP, que desenvolve investigações sob o eixo temático de Qualidade de Vida e Saúde, do qual faço parte desde outubro de 2006. Minha inserção no GEPE surgiu da intenção de aprofundar meus conhecimentos na área de envelhecimento humano e qualidade de vida.

Um dos membros do GEPE desenvolveu sua tese de doutorado sobre fatores associados à qualidade de vida em idosos, no município de Porto Alegre, em 2006. Esta pesquisa, desenvolvida no município de Nova Mutum-MT, está replicando o estudo realizado no Rio Grande do Sul, com algumas modificações de variáveis independentes pesquisadas (Paskulin, 2006; Paskulin, Vianna, 2007; Paskulin, Vianna, Molzahn, 2009). Neste estudo de Mato Grosso foi utilizado o WHOQOL-OLD enfatizando o estado nutricional, além de outros fatores associados à qualidade de vida dos idosos residentes na área urbana do município.

1. INTRODUÇÃO

A expectativa de vida tem aumentado no mundo inteiro e, associada à queda dos coeficientes de fecundidade e de mortalidade, tem conduzido ao envelhecimento populacional. Esse fenômeno é característico de países desenvolvidos e também, de modo mais crescente, de países em desenvolvimento, como o Brasil, onde esse é o grupo etário que mais cresce (Ramos et al., 1987; Schoueri et al., 2000). De acordo com a Política Nacional do Idoso, é considerado idoso, o indivíduo com 60 anos ou mais (Brasil, 2003).

1.1 Envelhecimento Populacional

O Brasil destaca-se por apresentar uma das maiores taxas de crescimento da população idosa. As projeções para 2025 indicam que o Brasil terá cerca de 32 milhões de pessoas idosas, podendo atingir 14% da população (Brasil, 2003). A velocidade com que o quadro etário está mudando é muito rápida, pois haverá uma diminuição de 42,6% para 20,6% de jovens e um aumento de 2,7% para 14,7% de idosos, podendo passar do 16º país em números absolutos de idosos para o 6º lugar até 2025, mudando significativamente a pirâmide populacional (OPAS, 1999).

Com o processo de envelhecimento populacional, dá-se o fenômeno das chamadas transições demográficas e epidemiológicas (Figueiredo, 2002; Ramos et al., 1987). De acordo com Cotta et al. (2002), a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas.

A transição epidemiológica pode ser denominada como evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados pela alta prevalência e mortalidade por doenças infecciosas, para um estado em que passam a predominar doenças não-infecciosas (também denominadas crônico-degenerativas ou crônicas não transmissíveis - DCNT) como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outras; por tratar-se de enfermidades de longa duração, acumulam-se na população, ocorrendo

uma combinação paradoxal de declínio da mortalidade com aumento da morbidade (Patarra, 2000).

Vários fatores interferem no processo de aparecimento de DCNT, entre eles, pode-se citar os de natureza genética, que não são passíveis de intervenção, além do excesso de estresse, qualidade de vida, mudança de hábitos alimentares e poluentes ambientais, decorrentes do processo de urbanização (OPAS, 1999; Ramos, 2002). Tais fatores demonstram a necessidade da sociedade e do governo ir além das políticas voltadas para o tratamento das doenças crônico-degenerativas, pois o crescente aumento da população idosa no país é preocupante e é preciso garantir, através de programas multidisciplinares na área da saúde, a qualidade de vida a essa parcela da população.

1.2 Alterações Fisiológicas, Psicossociais e Nutricionais no Envelhecimento

Muitos são os fatores que afetam a qualidade de vida e a longevidade saudável dos idosos (Novaes, 1997). Com o aumento da idade, ocorre diminuição na percepção do sabor, devido à diminuição na capacidade de detecção e reconhecimento do mesmo (Schiffman, 1994). Assim como sabor, a percepção de odor, visão, audição e tato diminuem de modo individual e em diferentes níveis. A perda de audição assim como a perda da visão, podem trazer várias conseqüências, como: o isolamento social, dificuldades de comunicação e manter-se informado, depressão e prejuízo nas relações interpessoais do indivíduo (Cerqueira; Oliveira, 2002; Fellingner et al., 2007; Teixeira et al., 2008).

Estudos disponíveis demonstraram que os idosos, de uma forma geral, são portadores de múltiplos problemas de saúde coexistentes. Veras (1994), em amostra probabilística de 242 idosos de baixo poder aquisitivo do Rio de Janeiro, mostrou que 42% dos entrevistados relataram “má visão”, 17% relataram “má audição”, 63% relataram problemas dentários e 35% relataram depressão. Rosa et al. (1992), num inquérito sobre saúde oral realizado no município de São Paulo, demonstrou que indivíduos idosos possuíam apenas dois dentes sadios e, especialmente dentre os de baixa renda, era elevado os problemas relacionados ao uso de prótese.

O estilo de vida moderno, que também atinge o grupo etário dos idosos, propicia a maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como fazer trabalhos manuais, assistir televisão, cozinhar, entre outros. Dessa forma, a inatividade física, associada a uma dieta não adequada, é um dos fatores de risco para o aparecimento das DCNT. Os benefícios da prática de atividade física são muitos, como por exemplo: melhor funcionamento corporal, favorecendo a preservação da independência do idoso, melhora na postura e no equilíbrio, melhora do controle da pressão arterial, melhora no perfil lipídico, melhor utilização da glicose, entre outros (Brasil, 2007).

As quedas em idosos, têm como conseqüências, além do prejuízo psicológico e físico, o declínio na saúde, a restrição de atividades e o aumento do risco de institucionalização (Close et al., 1999; Rizzo et al., 1998). Nos países ocidentais, cerca de 30% dos idosos sofrem pelo menos uma queda ao ano (King; Tinetti, 1995).

Podem ainda somar-se fatores psicossociais, como perda do poder aquisitivo com a aposentadoria ou depressão conseqüente do isolamento familiar e social (Silva, 2000). De acordo com estudos prévios realizados em vários países, a prevalência de transtornos mentais varia de três (3%) a 52,20%, sendo a ansiedade e principalmente a depressão os mais freqüentes distúrbios psiquiátricos em idosos (Almeida, Santana, Pinho, 1984; Coelho Filho; Ramos, 1999; Eisenberg, 1997; Ramos et al., 1993; Vorcaro et al., 2001). No Brasil, a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as mulheres idosas e está associada com o maior consumo de medicamentos (Brasil, 2007).

Em relação à questão social, é importante destacar o apoio social nessa faixa etária. Muitas são as classificações em relação às redes de apoio, que podem ser formais ou informais. Em relação as informais, as principais redes de apoio ao idoso são os familiares, amigos e vizinhos. Já a rede de apoio social formal, de acordo com (Sanchez Ayendez, 1994), pode ser definida como igrejas, instituições da comunidade e serviços governamentais. Estudo realizado por Finfgeld-Connett (2005) aponta que os cuidados prestados pelas redes de apoio informais, constituem a mais importante e preferida fonte de suporte a idosos.

Para Robles et al. (2000); Guzman, Huenchuan, Montes de Oca (2003), as redes de apoio social constituem suporte nas questões emocionais, financeiras e instrumental. Robles et al. (2000), em seu estudo, classifica a rede de apoio social da seguinte forma: apoio emocional, que se refere a expressões de amor, visitas, companhias, conselhos, afeição e orientações; apoio instrumental, que está relacionado

ao auxílio na execução de tarefas; e apoio econômico, que está ligado a ajuda financeira.

Além das alterações fisiológicas e psicossociais, ocorrem também alterações nutricionais influenciadas por vários fatores. O sistema gastrointestinal é acometido por alterações durante o envelhecimento, ocorrendo diminuição na secreção salivar, o que torna a mastigação e a deglutição dos alimentos mais difíceis. Outro agravante é o desempenho mastigatório do idoso, que muitas vezes é debilitado, devido à ausência total de dentes, ou ao número diminuído deles, ou ao uso de próteses, das quais apenas 65% são satisfatórias. Geralmente, as pessoas que usam dentaduras mastigam 75% a 85% menos eficientemente que aquelas com dentes naturais, o que pode levar à diminuição do consumo de carnes bovinas e frutas e vegetais frescos (Laurin, 1994).

Outro aspecto relacionado ao processo de envelhecimento é a redução da secreção ácida produzida pela mucosa gástrica. Uma conseqüência da hipocloridria é a deficiência de ferro, responsável pelo desenvolvimento de anemia ferropriva (Papaléo Netto; Salles, 2001). A hipocloridria pode também ser a causa da gastrite atrófica em qualquer parte do sistema digestório de 24 a 50% das pessoas com mais de 60 anos de idade. As conseqüências fisiológicas da gastrite atrófica incluem um aumento do PH do estômago e intestino delgado e crescimento bacteriano excessivo no intestino delgado. Isso pode alterar a absorção da vitamina B₁₂ a partir de fontes dietéticas, resultando em anemia perniciosa (Russell, 1990).

Em relação ao intestino delgado, as alterações mais encontradas são alargamento e achatamento das vilosidades intestinais e diminuição da área de superfície da mucosa (Papaléo Netto; Salles, 2001). A constipação pode ser resultado da motilidade gastrointestinal alterada e tônus muscular diminuído, ingestão inadequada de líquidos, inatividade física, além dos fatores de sofrimentos psicológicos e baixo consumo de fibras (Sullivan; Walls, 1994).

O uso de medicamentos, freqüente entre idosos, pode alterar o apetite, paladar, absorção e metabolismo de nutrientes.

“No Brasil, estudos populacionais sobre o consumo de produtos farmacêuticos evidenciam o uso crescente com a idade, tanto em pequenos povoados do interior (Haak, 1989), como em grandes centros urbanos (Barros, 1983; Franco et al., 1986/1987). O número médio de produtos consumidos oscila entre dois (Barros, 1983) e 3,24 (Miralles, 1992). No Rio de Janeiro (Veras, 1994), 80,19% dos idosos do município usam regularmente medicamentos prescritos, uso este mais acentuado

entre as mulheres e após os 70 anos de idade. Quase 30% consomem medicamentos não-prescritos, sem diferenças entre os gêneros, sendo a maioria dos consumidores mais jovem, entre 60 a 69 anos.” (Rozenfeld, 2003).

Um dos fatores relacionados ao envelhecimento saudável é a boa nutrição durante toda a vida. O estado nutricional adequado aumenta o número de pessoas que se aproxima do seu ciclo máximo de vida. No entanto, manter um estado nutricional adequado no idoso é um desafio frente às doenças crônicas, muitas vezes associado ao uso de medicamentos e às alterações fisiológicas que interferem no apetite, no consumo e na absorção dos nutrientes. (Rush, 1997; Schlienger, Predignac, Grunenberger, 1995; Tavares, Anjos, 1999; WHO, 1995).

As alterações do estado nutricional contribuem para aumento da morbimortalidade. Assim sendo, a desnutrição predispõe uma série de complicações graves, incluindo tendência à infecção, deficiência de cicatrização, falência respiratória entre outras (Nicolaus et al., 1995). Por outro lado, o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para variado número de agravos à saúde, dos quais os mais freqüentes são doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e acidente vascular cerebral (WHO, 1995; WHO, 1998).

Dentre as várias formas de avaliação do estado nutricional, em estudos clínicos e principalmente em estudos populacionais, as medidas antropométricas (massa corporal, estatura, circunferência e dobras cutâneas), são as mais utilizadas, podendo estimar a gordura subcutânea ou a reserva muscular, em determinados locais do corpo, de forma razoavelmente acurada (Tavares, Anjos, 1999). No âmbito da saúde pública, os dados antropométricos de populações são de grande utilidade na identificação de grupos que necessitam de intervenção nutricional, na avaliação de respostas a uma intervenção, no estabelecimento de fatores determinantes do baixo peso e sobrepeso e como um instrumento de vigilância nutricional (WHO, 1995).

Na determinação do estado nutricional do idoso a partir da antropometria, medidas simples como peso, estatura, circunferência e dobras cutâneas são muito utilizadas pela sua simplicidade, baixo custo e por ser aplicável em todos os ciclos de vida, além de permitir a classificação de indivíduos e grupos em graus de nutrição. As medidas do corpo são capazes de refletir as manifestações do contexto social sobre a qualidade de vida do indivíduo (capacidade de acesso aos alimentos; qualidade da ingestão alimentar; efeito das doenças e da atividade ou esforço físico).

Os estudos têm mostrado que, com o avançar da idade, o peso e a estatura apresentam alterações. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995), o ganho de peso em homens tende a atingir o platô por volta dos 65 anos e geralmente declina com o tempo. Em mulheres, porém, esse platô ocorre dez anos mais tarde que nos homens, sendo por volta dos 75 anos. O peso corporal varia não apenas entre os indivíduos, mas também no mesmo indivíduo, conforme evolui o processo de envelhecimento. O peso declina com a idade (1,0 kg/década), o qual varia com o sexo. As mudanças associadas a essa perda de peso incluem o declínio na massa muscular celular, na massa celular em geral e do conteúdo de água corporal, a qual é mais pronunciada em homens (Chumlea, Baumgartner, 1989).

Das alterações corpóreas que ocorrem no processo de envelhecimento, a estatura parece ser a medida mais afetada, conseqüência provável de sifose, escoliose, lordose e osteoporose que acometem muito freqüentemente esta população (OPAS, 1999). O declínio da altura é observado com o avançar da idade e pode ocorrer em decorrência da compressão vertebral, mudança nos discos intervertebrais, perda do tônus muscular e alterações posturais (Brasil, 2004).

Não há um consenso quanto à proporção de perda de estatura, mas estima-se que a perda possa ser de 0,5 a 2 cm/década, sendo esta diminuição mais acentuada em pessoas mais idosas e em ambos os sexos (Chumlea, Roche, Steinbaugh, 1985; Chumlea, Baumgartner, 1989; WHO, 1995).

A partir das medidas de peso e estatura, pode-se calcular o Índice de Massa Corporal – IMC [peso (kg)/estatura (m²)], que tem sido largamente utilizado para classificar o estado nutricional de adultos e idosos devido sua relação com morbimortalidade. Esses fatores justificam a utilização do IMC como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos em associação (ou não) a outras medidas antropométricas (Anjos, 1992).

Os limites de normalidade, ou os pontos de corte, são identificados por limites inferiores e superiores e estabelecem um intervalo de normalidade entre eles. Quando adotamos pontos de corte para os índices antropométricos, estamos constituindo indicadores, e, estes sim, permitem o diagnóstico nutricional. Como os pontos de corte de um indicador limitam um intervalo de normalidade, os valores encontrados fora dos limites têm uma probabilidade grande de representar alteração do estado nutricional (Silva, 2002).

A classificação do estado nutricional de idosos segundo IMC é, ainda, bastante discutida, havendo divergência, entre vários estudos, quanto aos valores empregados (Al Snih et al., 2002; Melton et al., 2000; Tavares, Anjos, 1999).

Para Lipschitz (1994), os idosos apresentam grandes variabilidades do peso e da estatura corporal. Estas variabilidades podem ser minimizadas pelo IMC. Para o autor, é geralmente recomendável que as pessoas acima de 65 anos de idade, apresentem um IMC entre 24 e 29kg/m². Como regra geral, IMC < 22kg/m² indica que o paciente está significativamente abaixo do peso.

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) e o Initiative Nutrition Screening – NSI (1994), o IMC está entre os principais indicadores para avaliação nutricional em idosos. Os pontos de corte significativos para este grupo etário são ≤ 22 , > 22 e < 27 e ≥ 27 , classificando os idosos com baixo peso, peso adequado ou eutrófico e sobrepeso, respectivamente (Brasil, 2004, NSI, 1994).

Para Frank e Soares, 2002, na meia idade (50 a 65 anos), o maior problema nutricional é o sobrepeso. Valores elevados de IMC estão associados com várias doenças crônicas e acima dos 80 anos, magreza e perda de massa magra são os maiores problemas. Os estudos longitudinais têm demonstrado que tanto sobrepeso quanto magreza consiste em risco de morte, mas no idoso a magreza consiste em risco maior.

Troiano et al. (1996), com o objetivo de estimar a relação entre o IMC e causas de mortalidade, encontradas na literatura científica, analisaram 19 estudos prospectivos de coorte; constatou-se que os riscos de mortalidade aumentaram quando o IMC apresentava-se abaixo de 23 e acima de 28 em grupos de não fumantes e sem evidências de patologias antes de entrar no estudo.

Landi et al. (1999), utilizando estes mesmos cortes, verificaram que o IMC é um forte preditivo de mortalidade em pacientes idosos institucionalizados e hospitalizados e preditivo de mortalidade num estudo longitudinal epidemiológico.

A pesquisa sobre Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE, proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2001), desenvolvida no município de São Paulo em 2003 com indivíduos de 60 anos e mais, estabeleceu baixo peso IMC < 23; peso normal IMC de 23 a 28; sobrepeso IMC de 28 a 30 e obesidade IMC ≥ 30 .

Recentemente, outra medida que vem sendo utilizada para a avaliação do estado nutricional é a medida da circunferência da cintura (CC). O Brasil ainda não dispõe de dados nacionais de circunferência da cintura que permita maiores análises.

Esta medida deve sempre ser analisada em associação com outros parâmetros e mostra-se bem correlacionada com a gordura intra-abdominal ou visceral, demonstrando ser um bom indicador do desenvolvimento de doenças crônicas como as cardiovasculares e o diabetes mellitus (Brasil, 2004).

1.3 Qualidade de Vida do Idoso

1.3.1 Qualidade de Vida – conceitos

A Qualidade de Vida (QV) tem sido uma preocupação freqüente entre as pessoas, que buscam cada vez mais a prática de exercícios físicos, alimentação equilibrada, um trabalho agradável e com bom retorno financeiro, um companheiro para compartilhar suas experiências, manutenção da saúde, entre outros compromissos individuais, com o intuito de viverem felizes e realizados em todos os aspectos da vida. É importante ressaltar que esta é uma visão de QV dentro dos valores individual da pesquisadora, e não necessariamente esta é a visão do mundo de quem busca QV. As exigências e as demandas de cada pessoa no seu modo de perceber a vida e os valores individuais podem variar de indivíduo para indivíduo.

Na mesma proporção e velocidade, surgem interesses em pesquisas científicas sobre QV nas diversas áreas do conhecimento, entre elas a área de saúde, tanto a nível nacional quanto internacional. Dessa forma, há duas grandes conceituações em relação à QV: uma mais ampla, mais geral e a outra relacionada à saúde: “Qualidade de vida relacionada à saúde”, tradução da expressão inglesa Health-related Quality of Life (Fayers; Machin, 2000; Seidl; Zannon, 2004).

A QV é um construto bastante complexo de ser definido pelo fato de não haver uma definição consensual sobre o seu significado (Sarvimaki; Stenbock-Hult, 2000; Veenhoven, 2000). Alguns estudos (Bowling, Brazier, 1995; Browne et al., 1994) têm indicado que idosos mais jovens (<65 anos), quando comparados a idosos mais velhos (> 65 anos), definiram diferentes valores como importantes para sua QV. Para os idosos mais jovens, relacionamento, felicidade, trabalho e finanças foram os termos mais importantes para a qualidade de vida; enquanto os idosos mais velhos davam mais ênfase em sua própria saúde. Para Zhan (1992), o bem-estar é o termo utilizado

para definir QV, enquanto para Ferrans (1996) a percepção de satisfação com a vida é o consenso utilizado para definição de QV.

Apesar das diferentes conceituações para o termo, vários estudos demonstraram que a QV inclui várias dimensões, ou seja, para avaliar QV é necessário uma abordagem multidimensional. Farquhar (1995), em seu estudo qualitativo com 210 idosos com idade entre 65 a 85 anos, obteve como respostas diferentes aspectos importantes para definir QV, entre eles: saúde, independência, relação familiar e contatos sociais, mobilidade e atividade física. Browne et al. (1994), ao investigar 56 idosos, 95% mencionaram as atividades sociais o aspecto mais importante da QV, seguido da saúde (91%) e da família (89%).

Além da multidimensionalidade, a partir da década de 90, parece haver um outro aspecto relevante no conceito de QV: a subjetividade, isto é, baseada na percepção pessoal em relação a todas as dimensões da QV (The WHOQOL Group, 1995). Nesse sentido, existe uma preocupação quanto às pesquisas em QV, que devem levar em consideração a perspectiva individual/pessoal e não com base no significado proposto por profissionais de saúde e cientistas (Leplège, Rude, 1995; Slevin et al., 1999).

1.3.2 Qualidade de Vida – Instrumentos de Avaliação de QV Desenvolvidos pela OMS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na década de 90, desenvolveu um estudo multicêntrico para avaliar a QV. O Brasil, que fez parte de um dos 15 centros de pesquisa onde foram desenvolvidos e testados o instrumento, validou a versão em português do WHOQOL-100 (Fleck et al., 1999a; Fleck et al., 2000). O WHOQOL-100 consta de 100 questões, engloba seis (6) áreas de domínio (Físico, Psicológica, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade) e 24 facetas específicas, além da faceta da QV em geral (Fleck et al., 1999b).

O WHOQOL-BREF foi desenvolvido pelo grupo de QV da WHO (1998), com a finalidade de abreviar o instrumento WHOQOL-100. O WHOQOL-BREF é composto de 26 questões obtidas do instrumento anterior, sendo duas (2) questões referentes à QV em geral e 24 questões divididas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (Fleck et al., 2000).

Com o objetivo de avaliar a QV de pessoas mais velhas e seguindo a mesma metodologia dos instrumentos anteriores, foi finalizado recentemente o módulo WHOQOL-OLD. O projeto WHOQOL-OLD pretendeu desenvolver e testar a avaliação da QV para pessoas mais velhas. Ele teve início em 1999, como uma cooperação científica de diversos centros. O objetivo do projeto foi desenvolver e testar uma medida genérica da QV em adultos idosos para utilização internacional/transcultural. O projeto foi realizado sob os auspícios do Grupo de QV da OMS. A elaboração do questionário foi conduzida conforme o seguinte procedimento de múltiplas etapas: desenvolvimento inicial de questões (itens) relevantes sobre QV e sua tradução; trabalho de grupo focal dentro dos centros colaboradores para a geração de itens; teste-piloto do questionário com modificação apropriada (refinamento, redução de itens), teste em campo do questionário; análise final: análise estatística, relatório do projeto e publicação do manual (Fleck, Chachamovich, Trentini, 2006).

A versão final do módulo contém seis facetas de quatro itens cada; as comparações entre o WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF utilizadas no estudo-piloto e no teste de campo, respectivamente, sugerem que o módulo para adultos idosos pode ser empregado junto com o WHOQOL-100 ou com o WHOQOL-BREF, qualquer que seja o mais apropriado para um estudo (Fleck, Chachamovich, Trentini, 2006).

O módulo WHOQOL-OLD consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer”(MEM) e “Intimidade” (INT). Os escores destas seis facetas do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para QV em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD. Conforme empiricamente sustentado por análises do modelo de medição através de modelagem de equações estruturais, a QV é concebida como um fator de ordem mais elevada, subjacente à estrutura do módulo WHOQOL-OLD (Fleck, Chachamovich, Trentini, 2006).

1.3.3 Qualidade de Vida dos Idosos - determinantes e achados empíricos

Muitos estudos, no contexto nacional e internacional, vêm investigando de um modo geral, as percepções dos idosos sobre o significado de QV (Gonçalves, Dias, Liz, 1996; Joia, Ruiz, Donalisio, 2007; Moraes, Souza, 2005; Santos et al., 2002; Souza et al., 2003; Vecchia et al., 2005; Xavier et al., 2003).

Moraes e Souza (2005), com o objetivo de identificar fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre, analisaram 400 idosos, utilizando os resultados simultâneos da escala de Flanagan e do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-100. Os resultados indicaram que a manutenção da independência para as atividades de vida diária, autonomia e satisfação com relacionamento familiar e amigos foram fatores preditivos independentes do envelhecimento bem sucedido, tanto para homens como para mulheres. Conforto material, sentir-se fisicamente bem, imagem corporal e aparência, auto-estima, sentimentos positivos, relacionamentos interpessoais, suporte social, participação em atividades recreativas, sexualidade e crenças foram preditivos para as mulheres.

Joia, Ruiz, Donalisio (2007), com o objetivo de descrever os fatores associados ao grau de satisfação com a vida, entre a população de idosos, entrevistaram 365 idosos no município de Botucatu/SP e utilizaram uma composição dos questionários de Flanagan, de Nahas e o WHOQOL-100. Para a maioria desses idosos estudados, o fator associado à satisfação com a vida foi o “bem-estar”. Santos et al. (2002) avaliaram através da escala de Flanagan a satisfação dos idosos em relação à sua QV. Na amostra constituída por 128 idosos, verificou-se que a satisfação dos mesmos mostrou-se regular, pois a média dos escores obtidos entre os participantes do estudo foi de 74 pontos, numa pontuação que varia entre 15 a 105 pontos, onde o menor escore reflete menor QV. A mesma escala também foi utilizada por Gonçalves, Dias, Liz (1996) para avaliar a satisfação dos idosos em relação à sua QV, que freqüentavam uma universidade aberta à terceira idade.

Vecchia et al. (2005) investigaram a opinião dos idosos de um município do interior paulista sobre o que é QV, através de uma pergunta aberta que foi incluída como parte de um inquérito populacional sobre estilo e QV. Neste estudo, três

definições para o termo QV foram encontrados: valorização da questão afetiva e a família, obtenção do prazer e conforto e a realização prática do ideário de vida.

No estudo realizado por Xavier et al. (2003), o objetivo foi identificar a prevalência, entre octagenários de uma comunidade do Rio Grande do Sul, da avaliação positiva da qualidade de vida e os aspectos considerados determinantes para a mesma. Um pouco mais da metade dos idosos estudados, definiu sua qualidade de vida atual com avaliações positivas. Quanto aos determinantes, a qualidade de vida possivelmente seja equivalente a uma pluralidade maior de categorias como atividade, renda, vida social e relação com a família. A qualidade negativa de vida parece estar relacionada com a perda de saúde.

No âmbito internacional, Souza et al. (2003) caracterizaram a qualidade de vida e bem-estar dos idosos do ponto de vista dos próprios; a partir de uma amostra de 1.665 idosos com 75 anos ou mais residentes em 13 distritos de Portugal. O instrumento utilizado na coleta dos dados da amostra foi o EASYcare e para a maioria dos entrevistados, a qualidade de vida pode ser considerada bastante positiva, sendo que uma minoria apresentou problemas de diminuição cognitiva grave ou algum grau de dependência.

Da mesma forma como não existe um consenso sobre o conceito de QV, os fatores que influenciam a QV de idoso têm sido estudados na literatura nacional e internacional, buscando identificar o significado de uma boa QV na velhice.

A QV na velhice está ligada a critérios objetivos e subjetivos e, se dá nas relações atuais, passadas e futuras do idoso e do seu ambiente. Suporte social e variáveis relacionadas a redes sociais são freqüentemente preditores da QV de idosos (Pinquart, Sorensen, 2000; Sparks, Zehr, Painter, 2004). A saúde, também é um fator que se apresenta freqüentemente associado com QV (Kutner et al., 1992; Moore et al., 1993; Paskulin, 2006).

Dessa forma, este estudo foi realizado para conhecer os fatores associados à QV dos idosos do município de Nova Mutum, com o intuito de propor estratégias que propiciem uma melhor QV aos idosos, através de políticas públicas locais.

1.4 Hipótese

A QV dos idosos pode ser influenciada pelas variáveis independentes estudadas, como o sexo, grupo etário, estado conjugal, anos de escolaridade, situação ocupacional, religião, suporte social informal, renda do idoso e da família; além da condição de saúde e do estado nutricional.

Acredita-se que as mulheres mais jovens (60-69 anos) e que tenham um parceiro tenham uma melhor percepção de QV do que aquelas que concentram-se num grupo etário mais avançado (80 anos e mais) e que sejam viúvas e/ou sem companheiros.

Os anos de escolaridade devem interferir na QV, assim como o suporte social informal; pois ter mais anos de escolaridade e se sentir apoiado por amigos, familiares vizinhos, entre outros, deve ser um fator positivo para QV.

Se considerar uma pessoa saudável, praticar atividade física, exercer atividades na comunidade e encontrar-se com peso adequado, também devem estar associados positivamente à melhor QV.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar os fatores associados à qualidade de vida dos idosos do município de Nova Mutum, Mato Grosso.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população de idosos, segundo variáveis sócio-demográficas e condições de saúde;
- Avaliar o estado nutricional dos idosos do município;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos;
- Analisar a associação entre as variáveis sócio-demográficas, as condições de saúde, o estado nutricional e a qualidade de vida dos idosos do município de Nova Mutum - MT.

3. MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico de base populacional, com desenho transversal (Almeida; Rouquayrol, 2003; Vianna, 1998).

3.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado na área urbana do município de Nova Mutum. O município possui uma área territorial de 9.538 km², densidade demográfica de 2,92 hab/ km² e pertence ao bioma do cerrado e Amazônia. Geograficamente, pertence a microrregião de Alto Teles Pires e a mesorregião do Norte-Matogrossense, localizado a 250 Km da capital do Estado de Mato Grosso, situado na região Centro-Oeste do Brasil (IBGE, 2009).

Antes de ser colonizada, a região era conhecida como "Irmandade" e pertencia a Jorge Rachid Jaudy. Em 1966 um grupo de empresários paulistas capitaneados por José Aparecido Ribeiro, adquiriu uma extensa área de terras, de aproximadamente 169 mil hectares no município de Diamantino, constituindo a Mutum Agropecuária S/A. Conseguiram a aprovação junto a SUDAM do projeto de pecuária em área de 120 mil hectares, sendo 54 mil hectares de pastagens e 60 mil hectares para reservas florestais, restando 56 mil hectares para futuras ampliações. O projeto de pecuária consistia em cria, recria e engorda de bovinos. O projeto foi implantado definitivamente em 1981. Como a área era muito grande, houve a idéia de gerar oportunidades para novos pioneiros, sendo desenvolvidos experimentos com arroz, milho e soja em 1974, onde a empresa destacou, então, 100 mil hectares para a colonização (Prefeitura Municipal de Nova Mutum, 2009).

Uma empresa de Porto Alegre-RS ficou responsável em dimensionar a parte prática do projeto. Um agrônomo gaúcho foi o responsável pela elaboração do projeto que criou a colonização de Nova Mutum em 1977 a convite do Dr. Ribeiro.

A colonizadora construiu logo no início 10 casas e a sede da colonizadora numa vila aberta provisoriamente por trator de esteira. Em seguida uma escola e um centro comunitário, posto de saúde, um alojamento para abrigar os compradores de terra e uma hidroelétrica para a energia inicial. Foi construída uma infra-estrutura básica para que o essencial pudesse funcionar. Para o centro urbano foram reservados 551 hectares. Quem adquirisse um lote rural, recebia de bonificação dois terrenos urbanos. Como a infra-estrutura de construção não funcionava por si só, foram contratadas assim as pessoas para administrar essa infra-estrutura básica.

Nem todos os compradores de lotes os ocupavam imediatamente. As pessoas iam chegando de acordo com suas possibilidades e acerto na venda de suas posses no sul do país. Todos os primeiros moradores da região vieram do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, tendo sido praticamente todos pequenos minifundiários no oeste dos dois Estados (Prefeitura Municipal de Nova Mutum, 2009).

Em novembro de 1981 foi criado pela Lei nº 4.408 o Distrito de Nova Mutum pertencente ao município de Diamantino. Em 1988 ocorreu a emancipação política de Nova Mutum, pelo Decreto Legislativo nº 2678. O município foi oficialmente criado em 04 de julho de 1988 através da Lei nº 5321 (Prefeitura Municipal de Nova Mutum, 2009).

Segundo o censo demográfico realizado em 2000, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), Nova Mutum possuía uma população total de 14.818 indivíduos, distribuída em 10.376 habitantes na zona urbana (70,0%) e 30,0% na zona rural¹.

O nível educacional da população do município cresceu, passando de 4,8 anos de estudo em 1991 para 6,2 anos de estudo em 2000. A taxa de analfabetismo do município diminuiu, passando de 14,2% em 1991 para 6,4% em 2000 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2009).

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município são: agricultura, pecuária e atividade industrial. A agricultura é baseada no plantio de grãos e é a força motriz que move a economia municipal. Há grandes áreas territoriais plantadas e grandes estruturas de armazenamento (silos), que permitem o fortalecimento

¹ Posteriormente ao início desta pesquisa, o IBGE publicou dados da contagem populacional de 2007, sendo a população total do município de Nova Mutum de 24.368 habitantes. Nesse período o referido município apresentou um crescimento populacional acima dos outros municípios do Estado de Mato Grosso e do Brasil (www.ibge.gov.br).

econômico da cidade. O milho, arroz, algodão e principalmente a soja, são os grãos em evidência. A pecuária é baseada na bovinocultura e em fase de instalação e desenvolvimento na cidade, está a atividade industrial, aonde grandes empresas multinacionais exportadoras de suínos e aves, vem se fixando.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita do município em 2006, de acordo com o IBGE, é de R\$27.902,00 reais (IBGE, 2009).

Em relação aos serviços públicos de saúde, o município possui quatro unidades do Programa de Saúde da Família (PSF): PSF Jardim, PSF Arara, PSF Alto da Colina e PSF Parque do Sol e um posto de saúde, além de uma instituição hospitalar. As unidades de saúde encontram-se vinculadas ao Gestor Municipal no que se refere à política de saúde, incluindo-se nessa perspectiva a territorialização do município.

Os óbitos hospitalares no ano de 2007, totalizaram catorze (14), entre homens e mulheres. Causas externas de morbidade e mortalidade não foram causa de nenhum óbito, enquanto que doenças infecciosas e parasitárias, representaram dois óbitos deste montante (IBGE, 2009).

Em relação aos óbitos de mortalidade infantil para crianças até de um ano de vida, no ano de 2006, existiu 10,6 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos (Datasus, 2008).

No período de 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Nova Mutum cresceu 12,34%, passando de 0,713 em 1991 para 0,801 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a educação, com 43,4%, seguida pela renda, com 35,8% e pela longevidade, com 20,8% (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2009).

3.3 População do estudo e amostragem

De acordo com os dados do Censo de 2000 (IBGE, 2000), a população de idosos do município de Nova Mutum era de 435 indivíduos com 60 anos ou mais, correspondendo a 4,35% da população. Nesta investigação, a população estudada foi a dos idosos moradores na área urbana do Município.

Participaram deste estudo, idosos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais, que tinham condições de responder aos instrumentos utilizados na pesquisa, que eram moradores do município e que aceitaram em participar do estudo.

Foram excluídos do estudo:

- Idosos que apresentavam qualquer alteração que impossibilitasse a verificação das medidas antropométricas (problemas graves de coluna, ser usuário de cadeira de rodas ou utilizar muletas);
- Idosos que apresentavam qualquer alteração psíquica e neurológica que impossibilitasse a entrevista;
- Indivíduos que não responderam a 20% ou mais das perguntas do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. Esta decisão baseou-se na sintaxe definida pelo grupo WHOQOL (UFRGS, 1998; UFRGS, 2006), onde os questionários de respostas em branco podem ser incluídos na análise.

O número de indivíduos foi estabelecido por meio de cálculo estatístico, baseado em dois métodos de amostragem: aleatória simples e aleatória sistemática (Apêndice B).

A amostra foi estabelecida considerando nível de significância de 0,05 e poder de 95%. Considerando as possíveis perdas de idosos, por questionários não respondidos na etapa de coleta de dados ou por diversas causas tais como: mudança de cidade, falecimento do idoso, entre outras, considerou-se que o percentual de indivíduos selecionados que não responderiam ao questionário seria de 15%. Esse valor é conhecido como efeito de tamanho ou correção amostral (Da Silva, 2001). Então, a correção para uma perda potencial de 15% determinou que a estimativa do tamanho da amostra fosse de 210 idosos.

Foram entrevistados 223 indivíduos, sendo que dois idosos eram portadores de alguma deficiência física, sete idosos não conseguiram responder a mais de 20% das

questões do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD (percentual este definido como critério de exclusão) e quatro idosos não aceitaram participar da pesquisa. Portanto, participaram 210 idosos, número que atendeu ao cálculo do tamanho da amostra.

3.4 Variáveis

As informações relacionadas às variáveis do estudo foram definidas utilizando um questionário (Apêndice A). As características demográficas, sociais, de saúde e do estado nutricional do idoso, foram consideradas variáveis independentes e a qualidade de vida do idoso foi considerada como variável dependente.

Considerou-se como variáveis dependentes, os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e qualidade de vida geral do WHOQOL-BREF, medidos em escore bruto (escala de 4 a 20) e escore transformado ou índice (escala de 0 a 100).

Além dessas variáveis dependentes, há também as seis facetas (“Funcionamento do Sensório”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”) do módulo WHOQOL-OLD que podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD (escala de 4 a 20) e escore transformado ou índice (escala de 0 a 100). Como variáveis independentes, considerou-se:

- Variáveis demográficas: sexo, grupo etário e naturalidade;
- Variáveis sociais: estado conjugal, escolaridade, situação ocupacional, religião, suporte social informal, atividade na comunidade, renda individual e familiar;
- Variáveis de saúde: condição subjetiva de saúde, atividade física, problema de saúde referido, uso de medicação referida e utilização dos serviços de saúde.
- Variáveis do estado nutricional: peso (Kg), estatura (cm) e circunferência da cintura (CC) em cm.

3.5 Instrumento de coleta de dados

Nesta pesquisa foram utilizados três instrumentos: um contendo questões relacionadas às variáveis demográficas, sociais, de saúde e do estado nutricional (Apêndice A) e outros dois instrumentos para avaliação da QV proposto pela OMS, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD (Anexos A e C), com versão em português desenvolvida por Fleck et al. (2000) e Fleck, Chachamovich, Trentini (2006).

O primeiro instrumento foi construído a partir de variáveis de estudo que foram descritas anteriormente.

O segundo instrumento, o WHOQOL-BREF, é composto por 26 questões sendo 2 questões referentes à QV geral e 24 questões divididos em 4 domínios da QV, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além destes quatro domínios, o WHOQOL-BREF é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global (QVG). Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam entre 1 a 5 (Fleck et al., 2000). Abaixo, são apresentados os quatro domínios e os respectivos subdomínios e o número da questão a que correspondem.

- Domínio 1- Físico: dor e desconforto (questão 3); energia e fadiga (questão 10); sono e repouso (questão 16); mobilidade (questão 15); atividades da vida cotidiana (questão 17); dependência de medicações ou tratamentos (questão 4); capacidade de trabalho (questão 18).
- Domínio 2- Psicológico: sentimentos positivos (questão 5); pensar, aprender, memória e concentração (questão 7); auto-estima (questão 19); imagem corporal e aparência (questão 11); sentimentos negativos (questão 26); espiritualidade/religião/crenças pessoais (questão 6).
- Domínio 3- Relações sociais: relações pessoais (questão 20); suporte social (questão 22); atividade sexual (questão 21).
- Domínio 4- Meio ambiente: segurança física e proteção (questão 8); ambientes no lar (questão 23); recursos financeiros (questão 12); cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24); oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (questão 13); participação e oportunidades de

recreação/lazer (questão 14); ambiente físico: poluição, ruído, clima, trânsito (questão 9); transporte (questão 25).

As questões do instrumento foram formuladas utilizando uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom).

Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe (Anexo B e Anexo D), que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis aos do WHOQOL-100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100. Ressalta-se que a mensuração da QV é proporcional ao escore, ou seja, quanto maior o escore em cada um dos domínios (de 0 a 100), melhor a QV do idoso.

O módulo WHOQOL-OLD consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer”(MEM) e “Intimidade” (INT).

A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV. A faceta “Autonomia” refere-se à independência na velhice, portanto, descreve até que ponto é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas que se anseia. A faceta “Participação Social” delinea a participação em atividades do cotidiano. A faceta “Morte e Morrer” está relacionada com as preocupações e temores sobre a morte e morrer e a faceta “Intimidade” avalia a capacidade de se ter relações pessoais a íntimas (UFRGS, 2006).

Cada uma das facetas possui 4 itens; portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) de qualidade de vida dos adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD (Fleck, Chachamovich, Trentini, 2006). A seguir, são apresentados as seis facetas e o número das questões a que correspondem:

- Faceta 1 - Funcionamento do Sensório, ou seja, habilidades sensoriais: questões F25.1, F25.3, F25.4 e F25.2.

- Faceta 2 - Autonomia: questões F26.1, F26.2, F26.4, e F26.3.
- Faceta 3 - Atividades Passadas, Presentes e Futuras: questões F27.3, F27.4, F27.5 e F27.1.
- Faceta 4 - Participação Social: questões F28.4, F28.1, F28.2 e F28.7.
- Faceta 5 - Morte e Morrer: questões F29.2, F29.3, F29.4 e F29.5.
- Faceta 6 - Intimidade: questões F30.2, F30.3, F30.4 e F30.7.

3.6 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto para testar os instrumentos de coleta, treinar a equipe e realizar algum ajuste que fosse necessário e pertinente à pesquisa. O estudo piloto foi realizado com 20 idosos durante a semana de vacinação do idoso, em meados de abril de 2007, na Unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) Araras, que ficava localizado na região central do município. Foram realizadas pequenas alterações, relacionadas à ordem de apresentação de algumas questões do instrumento sócio- demográfico, de saúde e de estado nutricional, a fim de facilitar o entendimento dos respondentes.

3.7 Coleta de dados

O processo de coleta de dados (entrevista) foi realizado pela pesquisadora e por três auxiliares de enfermagem devidamente treinados sob sua supervisão, no período de maio a agosto de 2007. O treinamento consistiu em duas reuniões com os entrevistadores e teve por finalidade preparar os indivíduos que fariam parte da coleta dos dados por meio de: apresentação do projeto de pesquisa, salientando-se seus objetivos, fornecimento e orientação sobre a utilização do material para a realização da pesquisa. Durante o treinamento, os instrumentos foram discutidos de modo detalhado, bem como o procedimento de coleta de dados, com destaque para a importância da uniformidade na realização do levantamento.

Inicialmente foram sorteadas 70 ruas da cidade e a seguir o início de cada rua, selecionando aleatoriamente um número entre 1 e 9 para o primeiro domicílio a ser selecionado, tanto para o lado par como para o lado ímpar da rua. Prosseguia-se a cada nove (9) casas da primeira sorteada, percorrendo as ruas selecionadas até alcançar três moradores que cumpriam os critérios de inclusão na pesquisa. Caso não fossem completados três questionários no lado da rua sorteado, a pesquisa era realizada do outro lado da rua, até atingir os três idosos por rua. Caso não fossem completados três questionários na rua sorteada, as duas ruas paralelas seriam sorteadas, utilizando-se o mesmo critério.

Após a seleção das ruas e dos domicílios, nas casas em que havia idosos, verificou-se o interesse do indivíduo em fazer parte do projeto; o mesmo era investigado em relação aos critérios de inclusão e, confirmando-se essa possibilidade, o idoso recebia orientações mais detalhadas quanto aos objetivos do estudo, bem como se solicitava a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Apêndice C), onde uma dessas vias era entregue ao idoso e a outra ficava com o pesquisador. Após essa etapa os instrumentos da pesquisa eram aplicados.

3.7.1 Avaliação do estado nutricional

A avaliação do estado nutricional dos idosos foi realizada por meio de medidas antropométricas: peso (Kg), estatura (cm) e circunferência da cintura (CC) em centímetros.

As medidas foram duplicadas, utilizando-se a média aritmética (Lohman et al, 1988).

As técnicas de aferição das medidas antropométricas foram:

- **PESO**

Os idosos foram pesados em pé, descalços, com o mínimo de vestuário (sem casacos ou malhas), utilizando-se balança eletrônica digital portátil, da marca SOEHNLE, com capacidade de 150 kg e sensibilidade de 100 g.

- **ESTATURA**

A estatura foi medida utilizando-se um estadiômetro portátil (trena de metal acondicionada em um estojo de 15 x 15cm), de 2 metros e graduado em décimos de cm, comercializado pela Dexter.

- **CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA (CC)**

A circunferência de cintura foi medida, com o auxílio de uma fita métrica inelástica (TBW importadora Ltda), na cintura natural, ou seja, entre as costelas inferiores e as cristas ilíacas. A leitura foi no momento da expiração, e realizou-se no milímetro mais próximo.

A partir das medidas de peso corporal e estatura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), considerando-se a razão peso atual (Kg) e o quadrado da estatura (m^2). A estatura, que foi aferida em cm, foi transformada em m, para que fosse possível o cálculo do IMC. Os pontos de corte propostos pelo Ministério da Saúde, Brasil (2004) e pelo NSI (1994), foram utilizados como critério de diagnóstico do estado nutricional (Quadro 1) neste trabalho, pelo fato de haverem muitos trabalhos citados na literatura utilizando esses pontos de corte, o que possibilita análises comparativas com a população desse estudo. Outro aspecto, é que esses pontos de corte do IMC são recomendados atualmente nos serviços de saúde, pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004), por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Quadro 1 - Pontos de corte do IMC proposto para população idosa.

Diagnóstico Nutricional	IMC (kg/m²)
Baixo Peso	≤ 22
Adequado ou Eutrófico	> 22 e < 27
Sobrepeso	≥ 27

Fonte: Brasil, 2004; NSI, 1994

O acúmulo de gordura abdominal foi estimado segundo circunferência da cintura isolada. A cintura isolada foi analisada a partir dos pontos de corte sugeridos pela WHO (1998). Mulheres com valores de CC acima de 80 cm e homens com valores de CC superiores a 94 cm, foram classificados como apresentando um acúmulo de gordura

abdominal considerado como risco associado ao desenvolvimento de doenças ligadas à obesidade, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação da circunferência da cintura segundo o sexo.

Sexo	Risco de Obesidade associado às Complicações Metabólicas	
	Aumentado (cm)	Muito Aumentado (cm)
Masculino	≥ 94	≥ 102
Feminino	≥ 80	≥ 88

Fonte: WHO, 1998.

3.7.2 Avaliação da Qualidade de Vida do idoso

A QV do idoso foi avaliada através dos instrumentos WHOQOL-BREF e o módulo WHOQOL-OLD da OMS. Em relação ao procedimento de aplicação dos instrumentos já citados anteriormente, é importante destacar que foram seguidas as orientações propostas pelo grupo WHOQOL (UFRGS, 1998).

Os questionários eram apresentados aos idosos e informado que tinham de ser respondido por si só, ou seja, sem auxílio do entrevistador ou outra pessoa da casa. Caso o idoso não entendesse o significado de alguma pergunta, o pesquisador fazia a leitura da pergunta de forma lenta, não sendo utilizados sinônimos. Caso o idoso não tivesse condições de ler o questionário, este era lido pelo entrevistador.

É importante ressaltar que a QV não possui um ponto de corte e que cada um dos domínios e facetas avaliados formam um índice. Quanto maior o escore em cada um dos domínios e facetas (de 0 a 100), melhor a percepção da QV do idoso.

3.8 Aspectos Éticos

Todo o processo da pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde,

garantindo aos participantes, entre outros direitos, o seu consentimento livre e esclarecido, sigilo das informações e privacidade (BRASIL, 1996).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob número de protocolo 1858/06 (Anexo E).

3.9 Análise dos dados

Para análise dos dados, foram utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais. Na estatística descritiva, foi utilizado frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão, para apresentar os dados referentes ao perfil dos idosos.

Para a análise estatística inferencial, os quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) e QV geral do WHOQOL-BREF foram consideradas variáveis dependentes. As seis facetas do WHOQOL-OLD (Funcionamento do Sensório, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade) também foram variáveis dependentes. As variáveis independentes e de interesse (ou fatores de estudo) para a correlação foram: sexo, grupo etário, naturalidade, estado conjugal, anos de escolaridade, situação ocupacional, religião, ter ou não um suporte social informal, exercer atividade na comunidade, renda familiar e individual, condição subjetiva de saúde, praticar atividade física, problema de saúde referido, uso de medicação referida, utilização dos serviços de saúde, estado nutricional (IMC) e circunferência de cintura.

Para comparar as médias do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD entre variáveis de interesse, utilizou-se às técnicas de análise da variância múltipla (ANOVA), Box, Hunter, Hunter JS, 1978. A seguir, foi realizada uma análise multivariada por meio de regressão linear múltipla (Draper, Smith, 1998) a fim de identificar a contribuição única de vários fatores com o resultado de cada domínio do WHOQOL-BREF e de cada faceta do WHOQOL-OLD. Este procedimento permitiu controlar variáveis de confusão e identificar variáveis que reportassem associação de modo independente.

Para compor os modelos da análise multivariada, foram incluídas as variáveis cujas categorias tiveram um nível de significância $p \leq 0,20$ na análise

bivariada (Draper, Smith, 1998). Cabe destacar que estas variáveis tiveram a primeira categoria estabelecida como *baseline* e que foram consideradas estatisticamente significantes as associações com $p < 0,05$.

Após a coleta de dados, os mesmos foram digitados no Excel e conferidos por dois indivíduos. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa SPSS versão 11.0, sendo esse indicado pelo grupo WHOQOL de pesquisadores (UFRGS, 1998).

4. RESULTADOS

4.1 Resultados da Análise Descritiva

Antecipando a análise dos fatores associados à QV dos idosos, faz-se necessário verificar o perfil sócio-demográfico dessa população. Assim, a Tabela 1 apresenta a distribuição das características sociais e demográficas dos idosos por sexo, em que o percentual de idosos do sexo masculino (50,9%) foi levemente superior ao do sexo feminino (49,1%). Em relação ao grupo etário, a maior concentração dos idosos estava entre 60 e 69 anos (68,6%). Quanto à naturalidade, o maior número de idosos era natural da região sul do Brasil (52,4%) e dentre esses, 68,0% eram dos idosos eram naturais do Rio Grande do Sul. Em relação ao estado conjugal dos idosos, 60,9% apresentaram-se casados/unidos; enquanto 23,4% eram viúvos. Os demais (15,7%), estavam sem companheiro ou solteiros.

Ao se analisar a escolaridade, verificou-se que 19,5% eram analfabetos; 58,1% não completaram a 4ª série do ensino fundamental (antigo primário), ou seja, cerca de 78,0% dos idosos apresentaram escolaridade inferior a 4 anos de estudo. Quanto à situação ocupacional, verificou-se que 61,9% dos idosos eram aposentados; seguidos de pensionistas (12,4%). Os demais idosos foram categorizados em autônomo, empregado, não trabalha e não respondeu. Dos idosos entrevistados, a maioria (99,0%) afirmou praticar alguma religião. Desses, a maior parte (80,8%) referiu ser católica. A religião evangélica foi citada com menor frequência (16,2%). Os demais idosos relataram a prática de outras religiões (espiritismo e cristianismo - da assembleia de Deus).

Verificou-se ainda na Tabela 1 que apenas 31,4% dos idosos participavam de alguma atividade na comunidade. Entre as atividades, a mais citada foi o “grupo de convivência” (clube da terceira idade do município), relatado por 72,0% dos idosos, seguido do grupo religioso, citado por 20,6% dos entrevistados. Outras participações, tais como: trabalho voluntário (pastoral da criança), centro de tradições gaúchas e participação em associação de bairro também foram relatadas.

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas dos idosos, segundo sexo. Nova Mutum, 2007.

(Continua)

Variáveis	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	n	%	n	%
Grupo etário						
[60---69)	144	68,6	80	74,8	64	62,2
[70---79)	53	25,2	23	21,5	30	29,1
80 e mais	13	6,2	4	3,7	9	8,7
Total *	210	100,0	107	50,9	103	49,1
Naturalidade						
Sul	110	52,4	68	63,5	42	40,8
Centro-Oeste	47	22,4	27	25,3	20	19,4
Sudeste	32	15,2	03	2,8	29	28,2
Nordeste	20	9,5	08	7,5	12	11,6
Norte	1	0,5	01	0,9	-	-
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Estado conjugal						
Casado/unido	128	60,9	74	69,2	54	52,5
Viúvo	49	23,4	23	21,5	26	25,2
Sem companheiro/solteiro	33	15,7	10	9,3	23	22,3
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Escolaridade						
Sem escolaridade	41	19,5	20	18,7	21	20,4
< 4 anos	122	58,1	64	59,8	58	56,3
4 8 anos	32	15,3	14	13,1	18	17,5
8 anos ou mais	15	7,1	9	8,4	6	5,8
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Situação ocupacional						
Aposentado	130	61,9	66	61,7	64	62,2
Pensionista	26	12,4	9	8,4	17	16,5
Autônomo	26	12,4	11	10,3	15	14,5
Empregado	11	5,2	8	7,5	3	3,0
Não trabalha	16	7,6	12	11,2	4	3,8
Não respondeu	1	0,5	1	0,9	-	-
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Prática religiosa						
Sim	207	98,5	105	98,1	102	99,1
Não	2	1,0	2	1,9	-	-
Não respondeu	1	0,5	-	-	1	0,9
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Tipos de Religião						
Católica	169	80,8	80	74,8	89	87,2
Evangélica	34	16,2	27	25,2	7	6,8
Outras	6	3,0	-	-	6	6,0
Total	209	100,0	107	100,0	102	100,0
Atividades na comunidade						
Não	142	68,6	79	73,8	63	61,2
Sim	68	31,4	28	26,2	40	38,8
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Tipo de atividades						
Grupo de convivência	49	72,0	17	63,0	32	80,0
Grupo religioso	14	20,6	10	35,7	4	10,0
Outros	5	7,4	1	1,3	4	10,0
Total	68	100,0	28	100,0	40	100,0

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos idosos, segundo sexo. Nova Mutum, 2007.

(Conclusão)

Variáveis	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	n	%	n	%
Percepção de apoio social informal						
Sim	156	74,3	72	67,3	84	81,6
Não	54	25,7	35	32,7	19	18,4
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Suporte social informal						
Filho	124	59,0	55	55,5	69	62,2
Cônjuge	46	21,9	26	26,3	20	18,0
Amigo	23	11,0	11	11,2	12	10,8
Outros	17	8,1	7	7,0	10	9,0
Total	210	100,0	99	100,0	111	100,0
Tipo de apoio recebido**						
Emocional	143	53,5	64	57,7	79	50,6
Econômico	107	40,1	43	38,7	64	41,0
Instrumental	17	6,4	4	3,6	13	8,4
Total	267	100,0	111	100,0	156	100,0
Renda individual (idoso)						
≤ 1 salário mínimo	100	47,6	44	41,1	56	54,5
>1 a 2	50	23,8	31	29,0	19	18,4
3 a 4	27	12,9	15	14,0	12	11,6
5 a +	13	6,2	7	6,5	6	5,8
Não respondeu	3	1,4	1	1,0	2	1,9
Não possui	17	8,1	9	8,4	8	7,8
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Renda total das pessoas residentes no domicílio						
≤ 1 salário mínimo	34	16,2	19	17,8	15	14,5
>1 a 2	63	30,0	35	32,7	28	27,2
3 a 4	59	28,1	30	28,0	29	28,1
5 a +	45	21,4	20	18,7	25	24,4
Não respondeu	5	2,3	-	-	5	4,8
Não possui	4	2,0	3	2,8	1	1,0
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0

*Os totais da variável sexo, estão somados na linha.

** Alguns idosos contavam com mais de um tipo de apoio.

Pode-se observar que mais da metade dos idosos entrevistados (74,3%) relatou contar com apoio da rede social informal. Em relação à composição da rede de apoio, os mais citados foram os filhos (59,0%). Em relação aos outros (8,1%), a composição da rede de apoio foi constituída por irmão, vizinho, sobrinho, nora e/ou genro e neto. Quanto ao tipo de apoio recebido, predominou o apoio emocional, seguido do apoio econômico, vindo o apoio instrumental por último.

Em relação à variável renda individual dos idosos, foi possível visualizar que a grande maioria (47,6%) recebia até um salário mínimo por mês (inclusive) e somente 6,2% da população entrevistada recebia acima de cinco salários mínimos. Quanto a renda total das pessoas residentes no domicílio, foi possível observar que a maioria das famílias recebia entre um e quatro salários mínimos por mês, e que, a porcentagem de pessoas residentes no domicílio que recebiam acima de cinco salários mínimos foi de 21,4%.

Na Tabela 2 são apresentados os aspectos relacionados à saúde e ao estado nutricional dos idosos. Ao se analisar a variável condição subjetiva de saúde, 77,2% dos idosos consideravam-se saudáveis.

Afirmaram praticar algum tipo de atividade física 46,6% dos idosos, sendo mais freqüente a prática de caminhadas, relatada por 68,4% dos idosos. Foram citadas ainda, em menor proporções, a hidroginástica, a prática de exercícios de natação e bicicleta. Quanto à freqüência com que os idosos praticavam a atividade física, 19,5% dos entrevistados realizavam atividade física três vezes por semana, enquanto os demais relataram praticar exercícios físicos com menor freqüência ou de forma esporádica.

Em relação ao uso de medicação, 67,2% dos entrevistados citaram fazer uso de medicamentos diários. Em contrapartida, 32,8% não utilizavam medicação. Dos idosos que faziam uso de medicação, grande parte utilizava de três a seis medicamentos por dia, totalizando 43,8% dos entrevistados. No entanto, 6% dos indivíduos faziam uso entre sete e quinze comprimidos por dia

Da totalidade dos idosos entrevistados, 79,0% relataram procurar com mais freqüência por uma das unidades básicas de saúde do município de Nova Mutum quando precisavam de um atendimento, enquanto 19,5% eram atendidos em consultórios particulares ou convênios médicos (Tabela 2).

Em relação ao estado nutricional, o IMC ≥ 27 que aponta para o sobrepeso, prevaleceu em 44,7% das mulheres e 41,2% dos homens. Em contrapartida o baixo peso (IMC ≤ 22), acometeu 20,5% dos homens e 15,5% das mulheres. A circunferência de cintura, apresentou-se muito aumentada (≥ 102 cm para os homens e ≥ 88 cm para as mulheres) para 66,4% dos homens e 65,0% para as mulheres.

Tabela 2 Aspectos relacionados à saúde e ao estado nutricional dos idosos, segundo sexo. Nova Mutum, 2007.

Variáveis	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	n	%	N	%
Condição subjetiva de saúde						
Saudável	162	77,2	85	79,5	77	74,7
Doente	48	22,8	22	20,5	26	25,3
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Atividade física						
Sim	98	46,6	48	44,8	50	48,5
Não	112	53,4	59	55,2	53	51,5
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Tipo de atividade física						
Caminhada	67	68,4	19	48,8	48	81,4
Hidroginástica	19	19,4	10	25,6	09	15,2
Outros*	12	12,2	10	25,6	02	3,4
Medicação						
Sim	141	67,2	59	55,2	82	79,6
Não	69	32,8	48	44,8	21	20,4
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Serviços de saúde						
Público	166	79,0	83	77,6	83	77,6
Privado	41	19,5	22	20,5	19	18,4
Nunca precisou	3	1,5	02	1,9	01	4,0
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Estado nutricional						
Baixo peso	38	18,1	22	20,5	16	15,5
Normal	82	39,0	41	38,3	41	39,8
Sobrepeso	90	42,9	44	41,2	46	44,7
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0
Circunferência da cintura						
Normal	34	16,2	16	14,9	18	17,5
Aumentada	38	18,1	20	18,7	18	17,5
Muito aumentada	138	65,7	71	66,4	67	65,0
Total	210	100,0	107	100,0	103	100,0

* Outros tipos de atividade física: natação e bicicleta

Dentre as morbidades referidas por 208 indivíduos, as três mais citadas foram hipertensão arterial com 60,9%, seguida de osteoporose com 15,2% e artrite/artrose/reumatismo com 14,7%, conforme Tabela 3. Em 80% dos casos foi relatado de modo associada a outros problemas de saúde; dos 128 idosos que relatam a hipertensão, 22 referiram hipertensão arterial e diabetes mellitus e 19 relataram ter pressão alta com problemas cardíacos associados.

Tabela 3 - Distribuição de morbididades referidas pelos idosos. Nova Mutum, 2007.

Morbidades Referidas * (n=208) ^(a)	N	%
Hipertensão Arterial	128	60,9
Osteoporose	32	15,2
Artrite/Artrose/Reumatismo	31	14,7
Problema Cardíaco	25	11,9
Diabetes Mellitus	24	11,4
Doença Gastrointestinal	21	10,0
Doença respiratória	10	4,8
Embolia/Derrame	2	0,9
Câncer	1	0,5

^(a) 2 perdas sem informação.

* Alguns pacientes referiram mais de uma morbididade.

Na Tabela 4, observam-se as médias dos domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais Meio Ambiente e da QV geral do instrumento WHOQOL-BREF aplicado na amostra de idosos estudada. O domínio com escore mais alto foi o de Relações Sociais (D3) com média de 69,68 e desvio padrão de 12,21, quando comparado com os demais. Por outro lado, o domínio com escore mais baixo foi o do Meio Ambiente (D4), com a média de 58,60 e desvio padrão de 11,86.

Tabela 4 - Média alcançada pelos idosos em cada um dos domínios e da QV geral do instrumento WHOQOL-BREF. Nova Mutum, 2007

Domínios	Média ± DP
D1-Físico	62,84 ± 14,47
D2-Psicológico	66,15 ± 10,84
D3-Relações sociais	69,68 ± 12,21
D4-Meio ambiente	58,60 ± 11,86
QV Geral	67,20 ± 13,92

Na Tabela 5, observam-se as médias das facetas: Funcionamento do Sensório, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade do instrumento WHOQOL-OLD aplicada à população de estudo. A faceta com escore mais alto foi a de Morte e Morrer, com a média de 75,51 e desvio padrão de 20,83. Por outro lado, a faceta com escore mais baixo foi do Funcionamento do Sensório com a média de 51,64 e desvio padrão de 8,43.

Tabela 5 - Média alcançada pelos idosos em cada uma das facetas do instrumento WHOQOL-OLD. Nova Mutum, 2007.

Facetas	Média ± DP
Funcionamento do Sensório	51,64 ± 8,43
Autonomia	58,66 ± 12,53
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	65,92 ± 11,70
Participação Social	65,33 ± 11,70
Morte e Morrer	75,51 ± 20,83
Intimidade	67,53 ± 14,93

4.2 Resultados da Análise Estatística Inferencial

4.2.1 Análise Bivariada

As médias dos escores e os desvios padrão de cada domínio do WHOQOL-BREF são apresentados na Tabela 6 enquanto as médias dos escores e os desvios padrão de cada faceta do WHOQOL-OLD são apresentados na Tabela 7.

Tabela 6 - Média e desvio padrão dos valores dos domínios de QV e QV geral do WHOQOL-BREF segundo variáveis de interesse. Nova Mutum, 2007.

(Continua)

Variáveis	Domínio 1 Físico	Domínio 2 Psicológico	Domínio 3 R. Sociais	Domínio 4 M. ambiente	QVG*
Sexo					
Masculino	64±13	66±11	69±13	57±11	67±14
Feminino	61±14	65±10	70±10	59±11	66±13
<i>p</i> **	0,141	0,334	0,412	0,173	0,404
Grupo etário					
[60---69)	62±14	65±11	69±12	57±11	65±14
[70---79)	63±12	67±10	70±12	62±11	69±13
80 e mais	58±16	65±7	71±8	61±11	72±5
<i>p</i> **	0,462	0,602	0,759	0,017	0,108
Naturalidade					
Centro-Oeste	60±17	65±10	69±9	53±11	63±14
Nordeste	62±12	66±14	72±10	56±14	65±16
Norte	60±12	45±12	33±12	25±10	62±10
Sudeste	63±16	67±12	69±13	57±10	70±15
Sul	63±12	66±9	69±13	61±10	68±12
<i>p</i> **	0,721	0,416	0,044	0,000	0,171
Estado conjugal					
Tem companheiro	62±14	66±10	69±12	58±10	66±14
Não tem companheiro	63±14	64±11	70±11	58±13	67±12
<i>p</i> **	0,622	0,160	0,543	0,903	0,690
Escolaridade					
Sem escolaridade	58±14	63±11	70±8	54±12	64±14
< 4 anos	61±14	65±10	69±12	58±12	66±13
4 8 anos	67±13	69±10	67±13	61±10	69±14
8 anos e mais	72±10	72±8	72±13	64±8	73±10
<i>p</i> **	0,002	0,013	0,621	0,019	0,940
Situação ocupacional					
Aposentado	62±14	66±11	70±11	59±11	67±14
Pensionista	57±16	63±10	67±12	57±10	67±10
Autônomo	70±8	68±9	72±13	61±9	72±9
Empregado	67±13	66±9	74±8	61±14	70±8
não trabalha	61±10	65±10	63±15	52±10	61±16
não respondeu	41±27	47±8	50±23	34±4	37±17
<i>p</i> **	0,007	0,113	0,015	0,009	0,006
Prática Religiosa					
Sim	45±13	76±9	74±8	61±14	52±8
Não	69±10	41±10	69±15	66±10	61±16
<i>p</i> **	0,744	0,231	0,987	0,546	0,189
Percepção de apoio social informal					
Sim	61±14	66±10	68±12	58±11	65±14
Não	66±12	66±11	72±11	60±11	71±10
<i>p</i> **	0,019	0,937	0,036	0,239	0,012
Atividade na comunidade					
Sim	64±12	68±9	68±13	61±10	68±12
Não	61±15	64±11	70±11	57±12	66±14
<i>p</i> **	0,151	0,011	0,287	0,006	0,266

Tabela 6 - Média e desvio padrão dos valores dos domínios de QV e QV geral do WHOQOL-BREF segundo variáveis de interesse. Nova Mutum, 2007.

(Concluída)

Variáveis	Domínio 1 Físico	Domínio 2 Psicológico	Domínio 3 R. Sociais	Domínio 4 M. ambiente	QVG*
Condição subjetiva de saúde					
Saudável	66±12	67±10	70±12	60±11	70±11
Doente	50±14	60±11	66±10	52±12	54±15
<i>p</i> **	0,000	0,000	0,022	0,000	0,000
Atividade física					
Sim	66±12	68±9	70±11	62±10	68±14
Não	59±15	63±11	69±12	55±12	65±13
<i>p</i> **	0,001	0,000	0,422	0,000	0,167
Renda individual (idoso)					
≤ 1 salário mínimo	60±12	45±12	33±12	25±10	62±10
>1 a 2	63±16	67±12	69±13	57±10	70±15
3 a 4	62±14	66±10	69±12	58±10	66±14
5 a +	63±14	64±11	70±11	58±13	67±12
<i>p</i> **	0,622	0,160	0,543	0,903	0,690
Renda total das pessoas residentes no domicílio					
≤ 1 salário mínimo	61±14	66±10	68±12	58±11	65±14
>1 a 2	63±13	66±11	69±13	57±11	67±14
3 a 4	61±14	65±10	70±10	59±11	66±13
5 a +	62±14	65±11	69±12	57±11	65±14
<i>p</i> **	0,078	0,123	0,532	0,234	0,658
Medicação					
Sim	61±15	65±11	69±11	58±11	66±14
Não	66±12	67±10	70±13	57±12	69±12
<i>p</i> **	0,015	0,323	0,615	0,565	0,186
Serviço de saúde					
UBS	60±15	65±10	68±12	57±12	65±14
Médico particular/convênio	70±9	68±10	73±10	64±9	71±10
Nunca precisou	66±5	70±15	77±9	57±1	70±7
<i>p</i> **	0,000	0,133	0,032	0,001	0,042
Estado nutricional					
Baixo peso	56±16	63±10	64±14	52±12	64±13
Normal	66±12	67±11	71±9	60±11	69±12
Sobrepeso	62±14	66±10	70±12	59±11	66±14
<i>p</i> **	0,001	0,260	0,016	0,001	0,209
Circunferência média da cintura					
Normal	65±11	67±7	70±12	62±10	68±11
Aumentada	61±16	65±12	65±15	58±14	65±13
Muito aumentada	62±14	65±11	70±10	57±11	67±14
<i>p</i> **	0,482	0,659	0,094	0,082	0,528

* QVG=Qualidade de Vida Geral

** ANOVA

Na análise bivariada, verificou-se associações estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) em todos os domínios de QV e com QV geral do WHOQOL-BREF com a condição subjetiva de saúde. Os idosos que perceberam-se saudáveis apresentaram melhores escores em relação aqueles que percebiam-se doentes.

A situação ocupacional e a utilização do serviço de saúde, tiveram associações significativas com os domínios Físico ($p=0,007$ e $p=0,000$), Relações Sociais ($p=0,015$ e $p=0,032$), Meio Ambiente ($p=0,009$ e $p=0,001$) e QVG ($p=0,006$ e $p=0,042$). Em relação às variáveis citadas, observa-se na Tabela 6 que tiveram melhores escores os idosos que eram autônomos e aqueles que não necessitavam fazer uso de uma unidade básica de saúde quando necessário.

A percepção de apoio social informal foi uma variável que apresentou associação significativa com os domínios Físico ($p=0,019$), Relações Sociais ($p=0,036$) e com QV geral ($p=0,012$). Os idosos que relataram não contar com apoio social informal, tiveram médias significativamente superiores aos que se referiram possuir apoio social informal.

Em relação à escolaridade e atividade física, os idosos que possuíam maior escolaridade e que realizavam atividade física apresentaram de modo estatisticamente significativo melhores escores nos domínios Físico ($p=0,002$ e $p=0,001$), Psicológico ($p=0,013$ e $p=0,000$) e Meio Ambiente ($p=0,019$ e $p=0,000$), respectivamente.

A variável naturalidade teve associação estatística com os domínios Relações Sociais e Meio Ambiente ($p=0,044$ e $p=0,000$, respectivamente), ou seja, os idosos naturais da região sul e sudeste apresentaram melhores escores em relação aos idosos das demais regiões do país no domínio Meio Ambiente enquanto no domínio Relações Sociais apresentaram melhores escores de QV os idosos naturais da região Nordeste. A variável atividade na comunidade apresentou associação estatística com os domínios Psicológico e Meio-Ambiente, que os idosos que realizavam algum tipo de atividade na comunidade tiveram médias significativamente superiores aos que não desenvolviam atividade na comunidade.

Em relação ao estado nutricional, houve associação estatística com os domínios Físico, Relações Sociais e Meio Ambiente ($p=0,001$, $p=0,016$ e $p=0,001$, respectivamente). Os idosos com estado nutricional normal, ou seja, adequado, apresentaram melhores escores de QV para os domínios descritos acima, quando comparados aos idosos com baixo peso e sobrepeso.