UNI-RN

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE NUTRIÇÃO

ANDREZZA RÉGIA C. PROTÁSIO DE LIMA

PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS EM UM GRUPO DE IDOSOS DE UMA UBS DE NATAL

NATAL/RN
2012

ANDREZZA RÉGIA C. PROTÁSIO DE LIMA

PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS EM UM GRUPO DE IDOSOS DE UMA UBS DE NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Nutrição do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI/RN. Como requisito final para obtenção do título de Nutricionista

Orientadora: Prof[a]. Ms. Juliana Padilha Ramos Neves

NATAL/RN
2012

Catalogação na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Lima, Andrezza Régia C. Protásio de.
Relevância de sobrepeso e fatores de risco associado em um grupo de idosos de uma UBS de Natal / Andrezza Régia C. Protásio de Lima. - Natal, 2012.

f.

Orientador: Profª. Juliana Padilha Ramos Neves (Msc.)
Monografia (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Nutrição - Monografia. 2. Obesidade - Monografia. 3. idosos - Monografia. 4. Fatores de Risco - Monografia. I. Neves, Juliana Padilha Ramos. II. Título.

RN/UNI-RN/BC CDU 612.39

UNI-RN

ANDREZZA RÉGIA C. PROTÁSIO DE LIMA

PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS EM UM GRUPO DE IDOSOS DE UMA UBS DE NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI/RN. Como requisito final para obtenção do título de Nutricionista.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Profª. Ms. Juliana Padilha Ramos Neves

2º Membro (Bianca Arnoud)

3º Membro (Célia Regina)

UNI-RN
BIBLIOTECA
Nº 36018
Cód de Barra H0029T2
Data 29 / 05 / 13

UNI-RN

Dedico este trabalho "in memorian" aos meus avós maternos Adelino e Maria e minha inesquecível tia Josefa e aproveito também para agradecê-los, estejam onde estiverem. Saudades eternas!
Grata a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele nada sou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Cleanton e Francisca, meus maiores exemplos. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho correto.

Agradeço as minhas irmãs, Ana Paula, Andréa e Simone, que por mais difícil que fossem as circunstâncias, sempre tiveram paciência e confiança. Aos meus cunhados Hélio e Cleber. Aos meus sobrinhos queridos Lucas, Maria Clara e Sofia e ao meu amado filho Leonardo. Ele foi com certeza meu maior incentivador.

Agradeço à minha querida e amável orientadora, Juliana, pela paciência e por ser uma excelente professora e profissional, a qual me espelho.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

Agradeço aos meus colegas de classe e com certeza futuros excelentes profissionais.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa e para a Andrezza que sou hoje.

"Que todo o meu ser louve ao Senhor, e que eu não esqueça nenhuma das suas bênçãos!" Salmos 103:2.

UNI-RN

"Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar... As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito." Emmanuel sempre me ensinou assim: "Chico, se as críticas dirigidas a você são verdadeiras, não reclame; se não são, não ligue para elas..."

(Chico Xavier)

RESUMO

A obesidade é um distúrbio do estado nutricional traduzido por um aumento de tecido adiposo, associado a defeitos de regulação do peso corporal. Apesar das muitas intervenções da saúde pública instituídas nas últimas décadas, a obesidade se agrava com a idade. O declínio acentuado e rápido da taxa de fecundidade, associado com a redução da mortalidade, ocasionou um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população. Em idosos, torna-se mais complexa a análise do estado nutricional em virtude da maior heterogeneidade entre os indivíduos deste grupo e do fato de seu valor preditivo estar atrelado a um conjunto de fatores não apenas relacionado às mudanças biológicas da idade, doenças e mudanças seculares, como também às práticas ao longo da vida e aos fatores sócio-econômicos. À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica. Pode-se dizer que envelhecer sem doença crônica é uma exceção, entretanto ter a doença não significa necessariamente exclusão social. Objetivando Identificar a prevalência do sobrepeso e fatores de risco associados em um grupo de idosos da Unidade Básica de Saúde de Mirassol – Natal/ Rn, foram avaliados 24 idosos, com 60 anos de idade ou mais, sendo 87,5% do gênero feminino e 12,5% do gênero masculino no período de 01 de agosto a 30 de Setembro de 2012. Para esta pesquisa foram realizadas, avaliação antropométrica e aplicação de um questionário sobre fatores de risco associados ao sobrepeso. A média de idade da clientela avaliada foi de 70 anos. De acordo com o IMC, houve prevalência de estado nutricional inadequado, sendo 54,2% com excesso de peso e observou-se que a medida da CC dos idosos apresentava-se elevada. Das doenças crônicas referidas pelos idosos, as mais prevalentes foram hipertensão (33,3%), hipertensão associada ao diabetes (16,8%) e dislipidemia (12,5%). Verificou-se uma maior prevalência de indivíduos praticantes de atividade física. Os resultados enfatizam a necessidade de mais ações voltadas para promoção da saúde no grupo.

Palavras-chaves: obesidade. Idosos. fatores de risco.

ABSTRACT

The obesity is a disorder of the nutritional status related by an increase of adipose tissue, associated with defects of regulation of body weight. Despite of many public health interventions in the recent decades, obesity gets worse with the age. The sharp and fast decline of fertility rate, associated with the mortality reduction, caused a population aging process and increased longevity of the population. In elderly becomes more complex analysis the nutritional status due to greater heterogeneity among the people of this group and the fact that its predictive value be linked to a number of factors not only related to biological changes of age, diseases and secular changes but also to lifelong practices and socio-economic factors. As a person ages, greater are the chances to get a chronic disease. We can say that getting older without a chronic disease is an exception, however get a disease doesn't mean social exclusion. Aiming to identify the prevalence of overweight and risk's factors associated in a group of elderly from the Basic Health Unit of Mirassol – Natal/RN, were checked 24 elderly, with 60 years old or older, being 87% female and 12,5% males in the period from 01 August to 30 September 2012. To this research were done, anthropometric assessment and a questionnaire on risk factors related with overweight. The average age of the customers was 70 years old. According to BMI, there was a prevalence of inadequate nutritional status, being 54,2% overweight and observed that the measure of the CC of the elderly were higher. The chronic diseases related by the elderly, hypertension were the most common (33%), hypertension associated with diabetes (16,8%) and dyslipidemia (12,5%). The results emphasize the need to have more actions to promote and keep a better health in the group.

Keywords: obesity. Elderly. Risk factors.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Caracterização dos idosos segundo gênero dos participantes do grupo em estudo ----------20

Gráfico 2. Distribuição da clientela segundo faixa etária dos idosos participantes do grupo em estudo ----------21

Gráfico 3. Distribuição dos idosos segundo a prática de atividade física regular ----------22

Gráfico 4. Distribuição dos idosos segundo a presença de doenças crônicas ----------24

Gráfico 5. Distribuição dos idosos segundo estado nutricional classificado pelo IMC proposto por Lipschitz ----------25

Gráfico 6. Distribuição dos idosos de acordo com o risco de doenças crônicas e complicações metabólicas através da medida da circunferência da cintura ----------26

Gráfico 7. Distribuição dos idosos de acordo com a circunferência da panturrilha ----------27

UNI-RN

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO ----------10

2 OBJETIVOS ----------12

3 REFERENCIAL TEÓRICO ----------13

3.1 POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL ----------13

3.2 FISIOPATOLOGIA DO SOBREPESO ----------14

3.3 SOBREPESO X FATORES DE RISCO ----------15

3.4 SOBREPESO X DCNT ----------16

4 METODOLOGIA ----------18

4.1 TIPO DE PESQUISA ----------18

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA ----------18

4.3 COLETA DE DADOS ----------18

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA ----------19

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO ----------20

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA ----------20

5.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA ----------25

6 CONCLUSÃO ----------29

REFERÊNCIAS ----------30

APÊNDICE A ----------32

APÊNDICE B ----------33

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um distúrbio do estado nutricional traduzido por um aumento de tecido adiposo, associado a defeitos de regulação do peso corporal (LEÃO; GOMES, 2010). Segundo Mann e Truswell (2009), o sobrepeso e a obesidade são condições muito comuns nas sociedades desenvolvidas e estão se tornando cada vez mais prevalentes nos países em desenvolvimento e naqueles em transição. Na verdade, a prevalência crescente desses transtornos em muitas sociedades e países tem sido acompanhada por um risco aumentado de muitas doenças associadas e distúrbios da saúde, bem como mortalidade prematura.

Apesar das muitas intervenções da saúde pública instituídas nas últimas décadas, a obesidade se agrava com a idade, e, no mundo desenvolvido a prevalência é mais alta nos grupos socioeconômicos extremos. Em todas as idades, e em todo o mundo, as mulheres geralmente apresentam IMC médio mais alto e taxas de obesidade mais altas que os homens. No total, a prevalência da obesidade nos homens, nas sociedades desenvolvidas ou ocidentais, é de aproximadamente 20%, enquanto nas mulheres tende a apresentar alguns pontos percentuais mais altos (MANN; TRUSWELL, 2009).

A existência de indivíduos na faixa etária > 65 anos está aumentando em todo o mundo, principalmente nos países desenvolvidos, e se estima que a proporção de indivíduos americanos adultos com idade igual ou superior a 65 anos irá aumentar de 12% para 20% até o ano de 2050. No entanto, é de certa forma espantoso o fato de que não se esteja dando a importância necessária para este aumento da população idosa, especialmente porque a obesidade nessa fase da vida pode vir a apresentar diferentes efeitos em termos quantitativos, quando comparado ao seu efeito na população adulta (BUSNELLO, 2007).

A obesidade é considerada, em países desenvolvidos, um importante problema de saúde pública, e, uma epidemia global (WHO, 2003) pela

organização mundial de saúde. Esta condição cresce no Brasil, aliada ao aumento da globalização e ao progresso do país, substituindo o problema da desnutrição pelos problemas do excesso de peso e suas comorbidades. Fenômeno conhecido como transição nutricional (MONTEIRO, et al., 2000; POPKIN, 2001). Os países da América Latina estão em estágios diferentes de transição nutricional: os países mais pobres ainda enfrentam concomitantemente os problemas da desnutrição e da obesidade, enquanto nos países mais desenvolvidos ou em desenvolvimento a desnutrição está em declínio e a obesidade em ascensão (Kain e cols., 2003).

Diante do exposto acima, este trabalho visa avaliar a prevalência do sobrepeso e seus fatores de risco em um grupo de idosos de uma Unidade Básica de Saúde de Natal-RN.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar a prevalência do sobrepeso e fatores de risco associados em um grupo de idosos da Unidade Básica de Saúde de Mirassol de Natal/RN.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o estado nutricional dos idosos de uma UBS;
- Investigar fatores de risco ambientais associados ao sobrepeso;
- Identificar doenças crônicas não-transmissíveis associadas.

UNI-RN

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

Desde as últimas décadas do século passado, o Brasil se depara com um declínio acentuado e rápido da taxa de fecundidade, fenômeno este que se sobressai mesmo em comparação com outros países, seja do mundo desenvolvido ou entre aqueles que estão em desenvolvimento. Como aconteceu na maioria destes países, esse declínio, associado com a redução da mortalidade, ocasionou um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população (ALVES et al., 2007).

A partir da década de 1940, iniciou-se o processo de declínio rápido da mortalidade, que se prolongaria até a década de 70. Na década de 40 a taxa de mortalidade caiu 13% contra 16% nas quatro décadas anteriores. A expectativa de vida aumentou quatro anos para homens e 6,8 anos para as mulheres. A combinação de taxas menores de mortalidade e elevadas taxas de fecundidade determinou o aumento do crescimento vegetativo e a população brasileira saltou de 41 para 93 milhões de pessoas entre 1940 e 1970, crescendo em média 2,8% ao ano. No entanto, a estrutura etária da população não se alterou, uma vez que a redução da mortalidade deveu-se, principalmente, à queda das taxas de mortalidade específicas da infância. Sendo preservadas mais crianças, o efeito sobre a distribuição etária foi semelhante ao aumento da fecundidade, levando a um rejuvenescimento da população. Nessas três décadas as proporções de jovens e de idosos representaram, em média, respectivamente 42,3% e 2,5% do total, caracterizando assim uma população extremamente jovem (CHAIMOWICZ, 1997; CARVALHO; GARCIA, 2003).

Em 1960 o número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil passou de 3 milhões e em 1975 atingiu 7 milhões. Em 1980 a proporção de pessoas idosas aumentou de 6,1% para 8,6% em 2000 correspondendo a um aumento absoluto de 7,3 milhões de indivíduos (GIATTI; BARRETO, 2003; CORRAL, 2005).

Segundo projeções da Organização Mundial de Saúde para 2025, o Brasil estará entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com idade igual ou maior que 60 anos (OMS, 2003).

3.2 FISIOPATOLOGIA DO SOBREPESO

O sobrepeso é prioritariamente causado por alterações nutricionais e no gasto energético, que desencadeiam desequilíbrios funcionais responsáveis pelo aumento do acúmulo do tecido adiposo (visceral ou subcutâneo) ou até mesmo pela resistência a sua perda (PASCHOAL et al., 2007).

Desequilíbrios nutricionais, tais como alimentação de má qualidade, dietas restritas, excesso ou carência de micronutrientes e alterações gastrointestinais, podem desencadear sintomas (alergias, intolerâncias, ansiedade, depressão, compulsão, enxaqueca, e outros) com a possibilidade de culminar no desequilíbrio funcional dos sistemas fisiológicos e levar a complicações metabólicas que favoreçam o acúmulo desordenado de tecido adiposo e, posteriormente, a resistência à perda de peso (KATER, 2000).

Segundo Marques-Lopes et al. (2004), os genes apresentam ação direta na manutenção do peso e gordura corporal estável ao longo do tempo, devido a sua participação no controle das vias eferentes que englobam (leptina, nutrientes, sinais nervosos, entre outros), nos mecanismos centrais (neurotransmissores hipotalâmicos) e nas vias aferentes (insulina, catecolaminas, sistema nervoso autônomo). Consequentemente, o balanço energético, do qual participam a energia ingerida e a energia gasta, parece depender cerca de 40% da herança genética, podendo afetar ambas as partes da equação energética.

Além dos fatores genéticos e ambientais, o sobrepeso também pode estar ligado a transição dos hábitos alimentares que cada vez mais mostram um aumento no consumo de gorduras e açúcares na densidade energética das dietas e redução das fibras na alimentação (PINHEIRO et al., 2004).

Algumas evidências demonstram a influência genética no aparecimento da obesidade. Observando que essas influências relacionam-se com o consumo, o gasto energético controle de apetite e o comportamento alimentar. Ainda mais, que estudos enfatizam que a taxa de metabolismo basal (TMB) teve modificação pelo fato que o componente genético atua sobre o gasto energético. Levando em conta que a TMB é diferenciada pela quantidade de massa magra (FRANCISCHI et al., 2007).

O peso corporal é uma função do balanço de energia e de nutrientes ao longo de um período de tempo. O balanço energético é determinado pela ingestão de macronutrientes, pelo gasto energético e pela termogênese dos alimentos. Assim, o balanço energético positivo por meses resultará em ganho de peso corporal na forma de gordura, enquanto o balanço energético negativo resultará no efeito oposto (HALPERN et al., 2004).

3.3 SOBREPESO X FATORES DE RISCO

Segundo Barbosa; Franceschini; Priore (2006), as sociedades industrializadas, imersas no contexto da "ocidentalização" dos hábitos de vida, caracterizados por práticas alimentares inadequadas e muitas vezes associadas à redução na prática de atividades físicas, são inseridos em um processo de transição nutricional manifestando crescente prevalência de sobrepeso.

Encontram-se na literatura, referências a vários componentes dietéticos que poderiam contribuir para o ganho crônico de peso, como macronutrientes, variedade da dieta, frequência alimentar micronutrientes, adoçante/gordura artificial, álcool. Além disso, a literatura tem apontado inter-relações desses fatores como o grupo etário ao qual o individuo pertence, sexo, presença de obesidade prévia, comportamento habitual de controle de consumo alimentar, além da atividade física (SAMPAIO; SABRY, 2007).

A atividade física tem importante papel na regulação do peso e na estocagem de gordura. Não se sabe se os obesos praticam menos atividade física ou se foi a baixa atividade física que levou à obesidade, embora os estudos apontem a última hipótese. (SAMPAIO; SABRY, 2007).

Segundo Mann; Truswell (2009), Outros possíveis fatores etiológicos incluem cessação do tabagismo (ganho ponderal de 1 a 4kg é habitual), gestação ou início de tratamento com alguns medicamentos, particularmente alguns hipoglicemiantes, alguns antiepilépticos e antipsicóticos. As alterações hormonais são, com freqüência, culpadas pela obesidade, mas, na verdade, esses distúrbios raramente provocam obesidade. Alguns autores colocam o ganho ponderal associado às condições endócrinas é, em geral, da ordem de 5 a 10kg.

Em idosos, no entanto, torna-se mais complexa a análise do estado nutricional em virtude da maior heterogeneidade entre os indivíduos deste grupo (Goodwin, 1989; WHO, 1989) e do fato de seu valor preditivo estar atrelado a um conjunto de fatores não apenas relacionado às mudanças biológicas da idade, doenças e mudanças seculares, como também às práticas ao longo da vida (fumo, dieta, atividade física) e aos fatores sócio-econômicos (WHO, 1995).

3.4 SOBREPESO X DCNT

O sobrepeso, conforme relatos, provoca ou exacerba grande número de problemas de saúde, que possuem impacto tanto sobre a expectativa quanto sobre a qualidade de vida. O sobrepeso é acompanhado de importantes alterações fisiopatológicas, em conseqüência dos efeitos metabólicos associados ao sobrepeso corporal, como diabetes melito tipo 2, dislipidemia, doença cardiovascular, hipertensão, acidente vascular cerebral, doença da vesícula biliar, infertilidade, dificuldades respiratórias, apnéia do sono, certas formas de câncer, osteoartrite, problemas psicossociais etc., que levam a uma redução da qualidade e expectativa de vida e a um aumento da mortalidade.

O câncer e a doença cardiovascular constituem as co-morbidades diretamente responsáveis pela mortalidade. Outras afecções, como diabetes tipo 2, síndrome X, dislipidemia, aterotrombose, hipertensão e alterações pulmonares, são responsáveis pela morbidade direta relacionada à obesidade, contribuindo também indiretamente para a mortalidade. Por outro lado, a osteoartrite, a formação de cálculos biliares, as alterações gastrintestinais e os problemas psicossociais representam transtornos que têm mais tendência a causar morbidade do que mortalidade. (KRAUSE, 2010)

As dislipidemias secundárias são comuns nos obesos, especialmente naqueles com circunferência da cintura ou relação C/Q aumentadas. Essas dislipidemias são caracterizadas por níveis elevados de lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL), triglicerídeos elevados, baixos níveis de colesterol ligado à lipoproteína de alta densidade (HDL) e partículas atípicas de lipoproteína de baixa densidade (LDL), que tendem a ser menores e mais densas que o habitual. Os níveis de LDL também podem estar aumentados. As arnomalidades do metabolismo dos carboidratos, que se manifestam como resistência à insulina, tolerância à glicose comprometida (TGC) e, com freqüência, diabetes tipo 2, estão associados à adiposidade central, assim como os níveis elevados das transaminases hepáticas. Na ausência de consumo excessivo de álcool, as transaminases hepáticas elevadas sugerem o diagnóstico de esteatose hepática/esteato-hepatite não-alcoólica (NASH). Essa condição está associada a taxas cada vez mais altas de cirrose hepática. Esse grupo de anormalidades metabólicas, junto com a hipertensão que está associada à obesidade central, é, com freqüência, denominada síndrome metabólica e, embora não conheçamos seu mecanismo preciso, acredita-se que a resistência à insulina tenha função importante.

A hipertensão arterial associa-se a vários fatores familiares, genéticos, ambientais, sobretudo prevalece cerca de seis vezes mais em indivíduos obesos do que em eutróficos (MARIATH et al., 2007). A hipertensão é prevalente em cerca de 50% dos indivíduos obesos, devido ao ganho de peso

que pode ocasionar à elevação da pressão, sendo o desenvolvimento dessa hipertensão complexa e multifatorial, destacando-se as alterações hemodinâmicas sistêmicas e renais, resistência a insulina com hiperinsulinemia compensatória, ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina e efeitos de leptina plasmática (MATAVELLI; MION JR, 2002).

Risco cardiovascular, entende-se que os casos de mortalidade que está relacionados à obesidade resulta de lesões no sistema cardiovascular. Portanto, a obesidade é considerada um fator de risco independente para ocorrência de doença cardiovascular, sobretudo em mulheres (CARVALHO, 2005).

À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica. Basta verificar que somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças. Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, esta proporção cai para 19,7%

Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica e, no subgrupo de 75 anos ou mais de idade, a proporção atingia mais da metade (54,0%). Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50%. Doenças como dores de coluna (ou costas) e artrite ou reumatismo aparecem, também, com bastante frequência entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade: 35,1% e 24,2%, respectivamente.

Pode-se dizer que envelhecer sem doença crônica é uma exceção, entretanto ter a doença não significa necessariamente exclusão social. Se o idoso continua ativo na sociedade, mantendo sua autoestima, é considerado "saudável" pelos estudiosos. Nas avaliações sobre o seu estado geral de saúde, os idosos, além de considerar propriamente a doença, levam em conta, também, sua participação na sociedade.

A atenção à saúde dos idosos é primordial para preservar a sua autonomia pelo maior tempo possível. O envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano. As doenças crônicas tendem a acelerar este processo, principalmente, se não houver acompanhamento médico.(IBGE, 2010)

O Brasil destaca-se por apresentar uma das maiores taxas de crescimento desta população, com projeções para 2025 de cerca de 32 milhões de pessoas idosas (Kalache et al., 1987). A questão da terceira idade emerge como problema para investigação e planejamento de políticas públicas, em razão do inevitável crescimento de demanda ao sistema de saúde (Veras et al., 1987).

A nutrição é um aspecto importante neste contexto pela modulação das mudanças fisiológicas relacionadas com a idade e no desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, osteoporose e alguns tipos de câncer (Dirren, 1994).

4 **METOLOGIA**

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo é de caráter transversal e descritivo. Segundo Viera e Hossne (2001), que relatam que estudos transversais são feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em determinado momento.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo desse estudo trata-se dos idosos que integram o grupo de idosos da UBS Mirassol em Natal/RN, sendo a amostra representada pelos participantes desse grupo que estiverem presentes no local no momento da coleta dos dados realizada entre 01 de Agosto de 2012 a 30 de Setembro de 2012 e que aceitarem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Como critério de inclusão, os idosos deveriam ser lúcidos, orientados, capazes de manter uma entrevista e estar dispostos a participar da pesquisa e não cadeirantes.

4.3 COLETA DE DADOS

Para esta pesquisa foram realizadas, avaliação antropométrica e aplicação de um questionário sobre fatores de risco associados ao sobrepeso com perguntas abertas e fechadas elaboradas pela própria pesquisadora (Apêndice A).

Na avaliação antropométrica do idoso a altura foi verificada através da altura dos joelhos. Esta medida, atualmente, vem sendo utilizada como preditora da estatura por não ser alterada com a idade e por estar fortemente relacionada com a estatura (FRANK; SOARES, 2004). Fórmula segundo CHUMLEA (1985):

UNI-RN

Homens = 64, 19 + (0,04 x idade) – (2,02 x altura do joelho)

Mulheres = 84, 88 + (0,24 x idade) – (1,83 x altura do joelho)

A utilização deste método alternativo de determinação da estatura garante maior segurança na realização de métodos ou razões que busquem determinar um índice de obesidade ou a porcentagem total de gordura em idosos. Sobre o peso, os idosos foram pesados em uma balança digital da própria UBS. Com relação à estimativa de reserva muscular, foi utilizada a circunferência da panturrilha (CP) de acordo com a OMS que tem sido considerada a medida mais sensível em idosos. Esta medida indica alterações na massa magra que ocorrem com a idade e com o decréscimo na atividade (FRANK; SOARES, 2004). Em estudo realizado na França por Rolland et al. (2003) apontaram que uma medida de circunferência da panturrilha menor que 31 cm pode ser relacionado à perda de capacidade.

Através das medidas de Peso e Altura foram calculados o IMC segundo parâmetros adotados por Lipschitz, (1994) < 22 = baixo peso/ 22 – 27 = eutrófico/ > 27 sobrepeso. No questionário constam informações como: identificação, hábitos, histórico clínico e antropometria da população estudada.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados na pesquisa foram listados, avaliados e posteriormente correlacionados com os parâmetros desejados para o estado nutricional adequado dos idosos e apresentados em gráficos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO:

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA:

A amostra avaliada no estudo foi constituída por 24 idosos, sendo 87,5% (n=21) do gênero feminino e 12,5% (n=3) do gênero masculino. A diferença entre homens e mulheres observada neste estudo pode ser atribuída às atividades oferecidas pelos organizadores durante os encontros do grupo, que consistem principalmente em dança, roda de conversas, atividades manuais, palestras entre outras, que são atividades mais aceitas pelo público feminino.

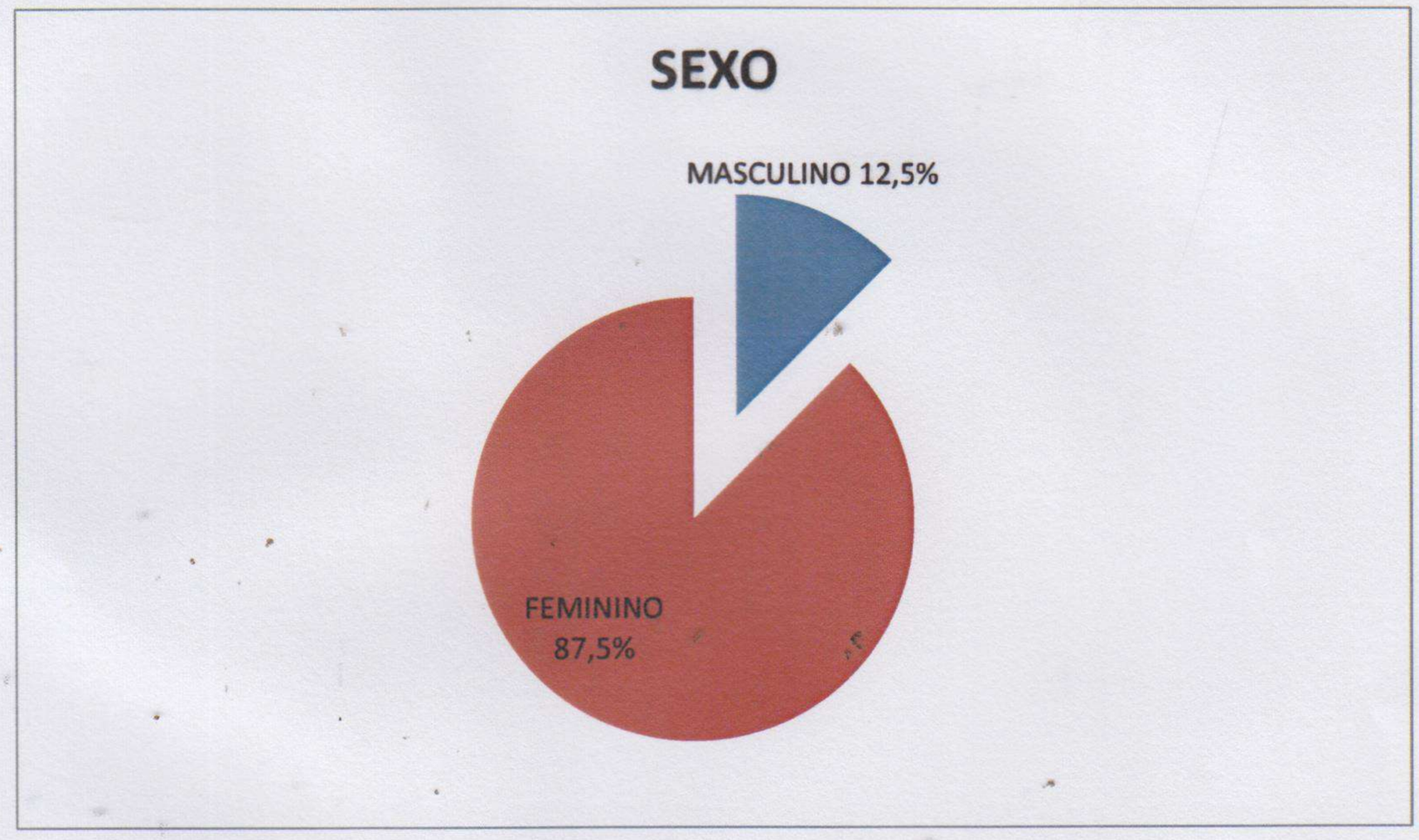


Gráfico 1. Caracterização dos idosos segundo gênero dos participantes do grupo em estudo.

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Vários estudos tem demonstrado uma maior prevalência do gênero feminino em grupos de idosos. Em um estudo envolvendo idosos matriculados na universidade aberta à terceira idade (UNATI) da UNIFAL-MG, na população composta por 82 indivíduos de 60 a 87 anos, 90,2% eram do sexo feminino e 9,8% do sexo masculino. Cervato et al., (2005) relatam elevada participação de

mulheres em programas voltados para a terceira idade e a maior sensibilidade destas as necessidades demandadas para a promoção da saúde.

O gráfico 2 mostra a distribuição da faixa etária da amostra 54% (n=13) tinham entre 60 – 69 anos, 37,5% (n=9) tinham entre 70 – 79 anos e 8,5% (n=2) dos idosos do estudo tinham idade igual ou maior que 80 anos. Esse estudo está de acordo com o estudo de Bueno et al (2008) onde, dos 82 idosos que participaram do estudo, 90,2% era do sexo feminino e 73,2% dos indivíduos se encontravam na faixa etária dos 60 a 69 anos.

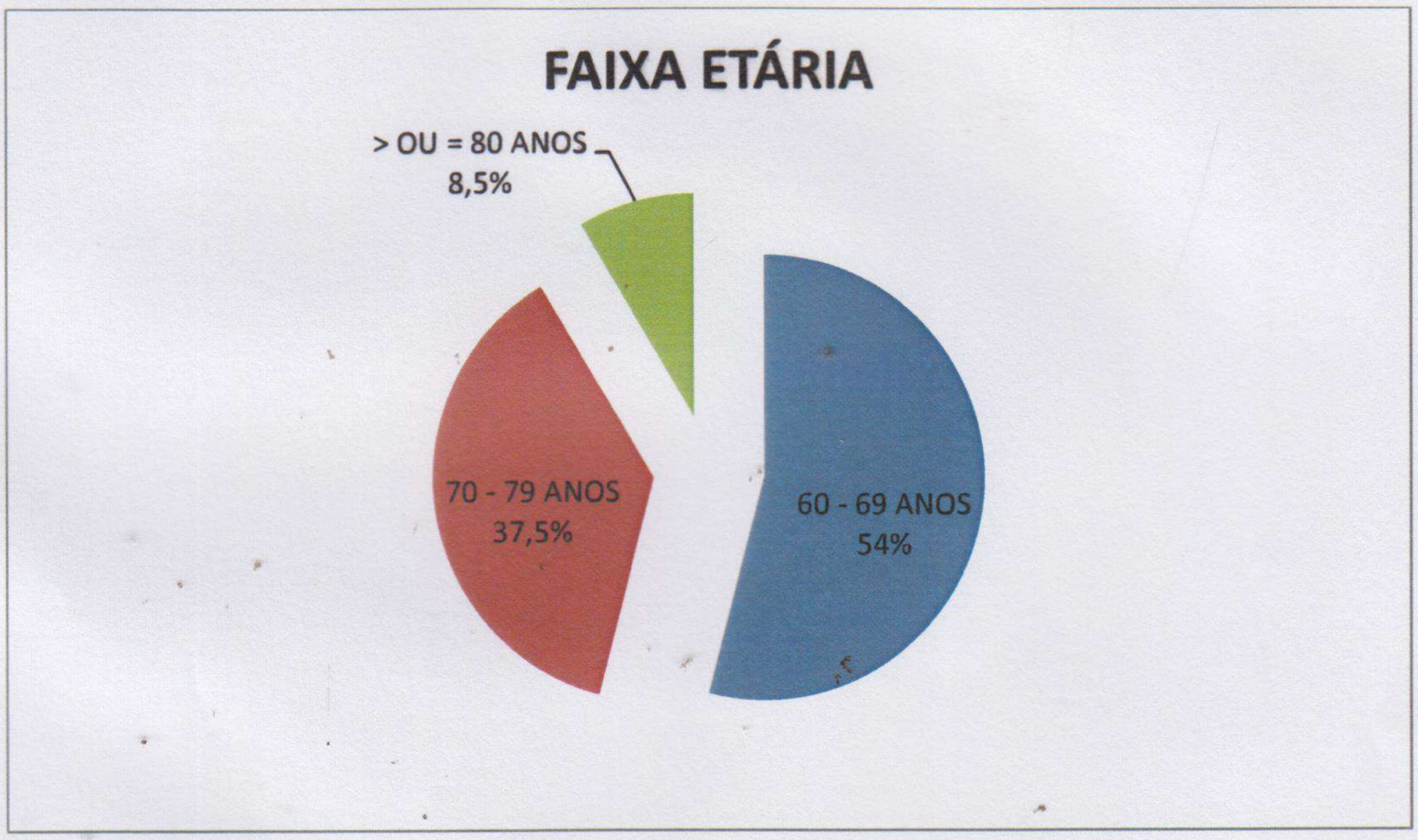


Gráfico 2. Distribuição da clientela segundo faixa etária dos idosos participantes do grupo em estudo.

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

A média de idade dos idosos desse estudo foi de 70 anos. Machado et al (2006) estudou 35 idosos que frequentavam um ambulatório de nutrição e a média de idade obtida foi de 66,5 anos. E a pesquisa de Tavares e Anjos (1999) também encontrou resultados semelhantes, onde pouco mais de 60%

da população estudada encontrava-se no intervalo de 60 a 69 anos, corroborando com os dados deste trabalho.

O gráfico 3 apresenta a distribuição percentual dos idosos do estudo considerando a prática ou não de atividade física. Com relação a esses dados foi possível verificar que mais da metade do grupo praticavam algum tipo de atividade física regularmente, ou seja, pelo menos 3x na semana. As atividades referidas pelos idosos foram caminhada, hidroginástica e dança. A participação regular em atividade física, como exercícios aeróbios e treinamentos de força, promove respostas orgânicas favoráveis que contribuirão para um envelhecimento mais saudável. Além da manutenção da aptidão física, idosos inseridos em programas de atividade física tendem a prolongar o tempo de incidência de diversas doenças crônicas e degenerativas como: hipertensão, diabetes mellitus, distúrbios cardíacos e moléstias osteo-mio-articulares, principalmente a osteoporose, que neste caso vem sendo classificada como grande mal deste século em mulheres, ainda mais quando o envelhecer vier acompanhado por hábitos alimentares inadequados (FREITAS et al., 2007; MACIEL; ENES, 2006).

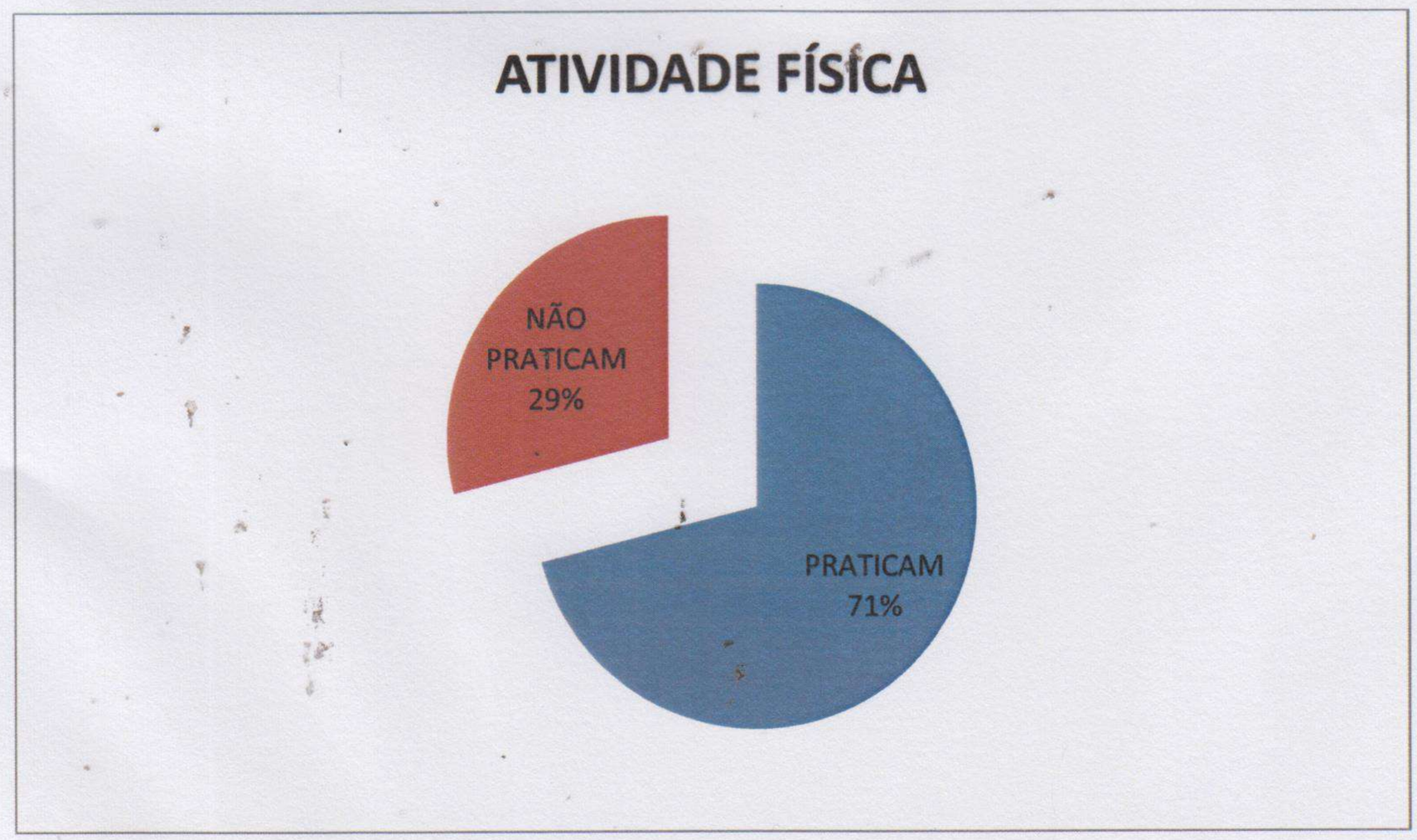


Gráfico 3. Distribuição dos idosos segundo a prática de atividade física regular.
Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Outro grande benefício da atividade física para pessoas idosas é o ganho de força e massa muscular, o que diminui a incidência e quedas e oferece autonomia para suas atividades de vida diária. Além disso, a atividade física para idosos promove o convívio social do indivíduo, reduzindo os problemas psicológicos como a ansiedade e a depressão, comuns nesta fase da vida (COROMANO; IDE; KERBAUT, 2006; MACIEL; ENES, 2006).

O gráfico 4 apresenta o percentual de doenças crônicas referidas pelos idosos, sendo as mais prevalentes hipertensão (33,3%) , hipertensão associada a diabetes (16,8%) e dislipidemia (12,5%). O percentual de diabéticos foi de (8,3%), os que já tiveram algum tipo de câncer (8,3%) e outras doenças (8,3%). Ressalta-se (12,5%) do grupo referiu não possuir nenhum tipo de doença.

O estudo de Penteado (2004) mostrou que a maior parte da sua amostra de idosos apresentava alguma doença crônica, sendo a mais frequente o grupo das doenças degenerativas como as doenças circulatórias e, em destaque, a hipertensão e o diabetes mellitus que, frequentemente, são ocasionadas por fatores como modo de vida, fumo, a alimentação inadequada e inatividade física.

Já no estudo de Machado et al. (2006) as principais doenças relatadas, foram a hipertensão arterial, a dislipidemia mista e alterações de glicemia, confirmando os dados deste estudo.

Com o envelhecimento populacional, há um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, ocasionando uma mudança de paradigma na saúde pública. Constata-se que juntamente com o aumento do número de idosos houve o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não

transmissíveis. Os idosos constituem a população mais acometida pelas doenças crônicas. (MARTINS; RIBEIRO; SILVA, 2008).

Assim como no presente estudo, vários autores verificaram a hipertensão como a doença mais prevalente em idosos. Um estudo realizado por Firmo; Uchoa e Lima-Costa (2004) observaram que 61,5% de uma população de idosos foram classificados como hipertensos. Investigando a influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos, Alves et al. (2007) constataram que a hipertensão arterial foi a doença crônica mais frequente com 53,4%. Lebrão; Laurenti (2005) verificaram que a hipertensão, também prevaleceu em um grupo de idosos correspondendo a 53,3% da amostra estudada.

Os fatores que determinam a longevidade bem sucedida, ou seja, aqueles em que adiam ao máximo o aparecimento de doenças e incapacidade são múltiplas e complexas. Um dos mais relevantes e plenamente modificáveis é, sem dúvida, a nutrição. Refere-se aqui a nutrição não somente na idade avançada, mas também aquela que cultiva ao longo da vida, ou mesmo antes do nascimento, na vida intrauterina (SAMPAIO; SABRY, 2008).

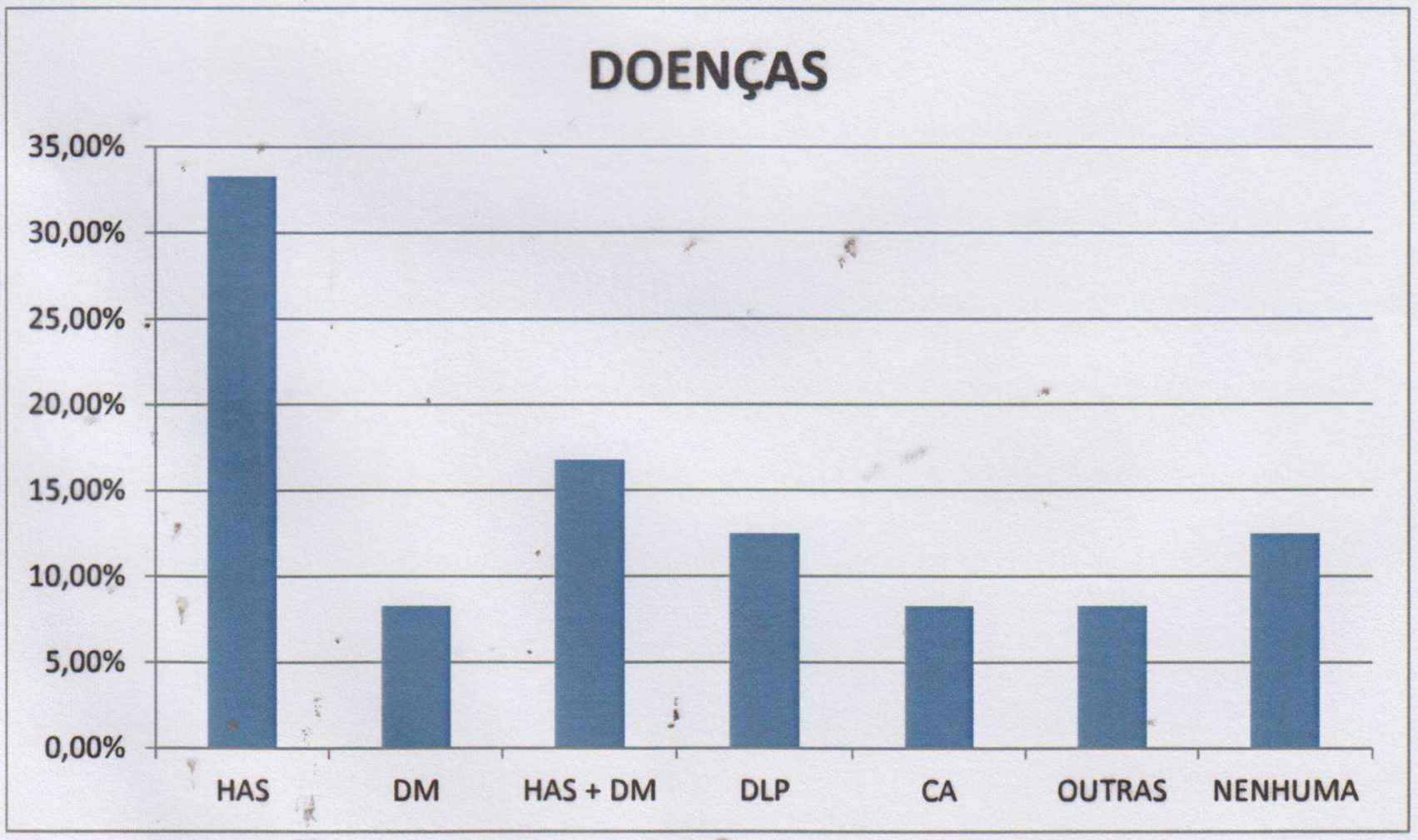


Gráfico 4. Distribuição dos idosos segundo a presença de doenças crônicas.

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

UNI-RN

5.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A classificação do estado nutricional, a partir do índice de massa corporal (IMC), pode ser observada no gráfico 5, que apresenta alta prevalência de desvios nutricionais, sobretudo excesso de peso (54,2%). Esse resultado se assemelha com o resultado da pesquisa realizado por Cardoso et al, (2006) que analisou 29 idosos entre homens e mulheres e constatou-se que 48% deles encontravam-se com excesso de peso.

A elevada prevalência de desvio nutricional na população idosa vem sendo demonstrada em vários estudos de diferentes países, onde a desnutrição e o sobrepeso predominam sobre os indivíduos eutróficos. Estes fatores podem ser decorrentes das condições peculiares em que os idosos se encontram, seja no ambiente familiar, vivendo sozinho ou em instituições geriátricas, agravadas pelas condições socioeconômicas, pelas alterações fisiológicas inerentes à idade e pela progressiva incapacidade de realizar sozinho suas atividades cotidianas (ACUNÃ; CRUZ, 2004; SAMPAIO, 2004).

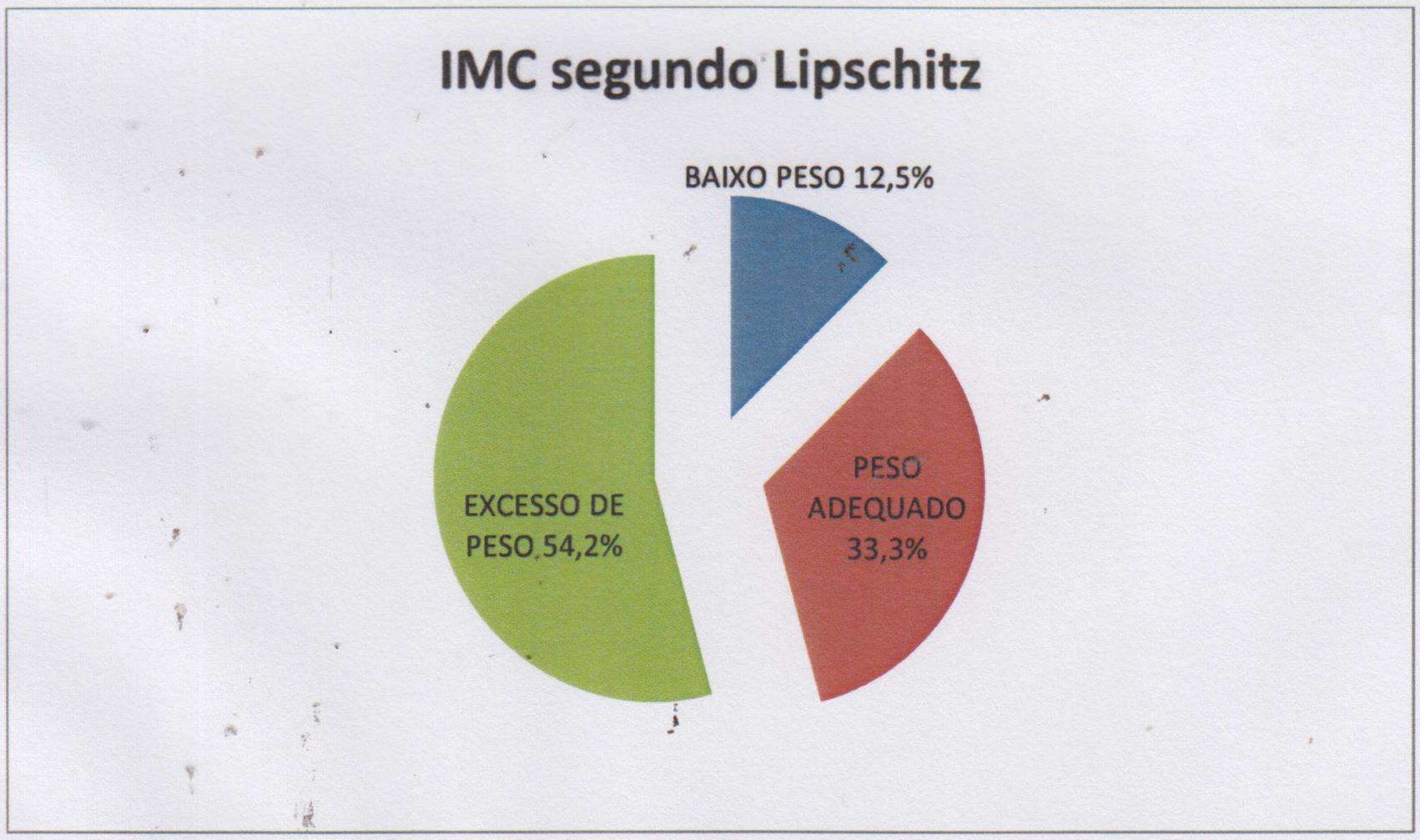


Gráfico 5. Distribuição dos idosos segundo estado nutricional classificado pelo IMC proposto por Lipschitz.

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

O gráfico 6 apresenta a distribuição percentual segundo a classificação da circunferência da cintura. Verificou-se que boa parte do grupo estudado está em risco elevado (29,2%) ou muito elevado (62,5%) para desenvolver complicações metabólicas associadas à obesidade e apenas (8,3%) estão na faixa da normalidade. A média encontrada nesse estudo foi de 93,8cm. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Machado et al, (2006) e Fiore et al (2006), onde a maior parte das mulheres idosas estavam com risco muito elevado de desenvolver complicações metabólicas associadas à obesidade. No primeiro estudo a média da circunferência da cintura foi 87,7cm entre as mulheres e 98,2cm entre os homens, ambos os resultados se encontram na zona de risco cardiovascular. Já no segundo estudo verificou-se elevada prevalência de risco para as doenças cardiovasculares e para os distúrbios metabólicos na população estudada.

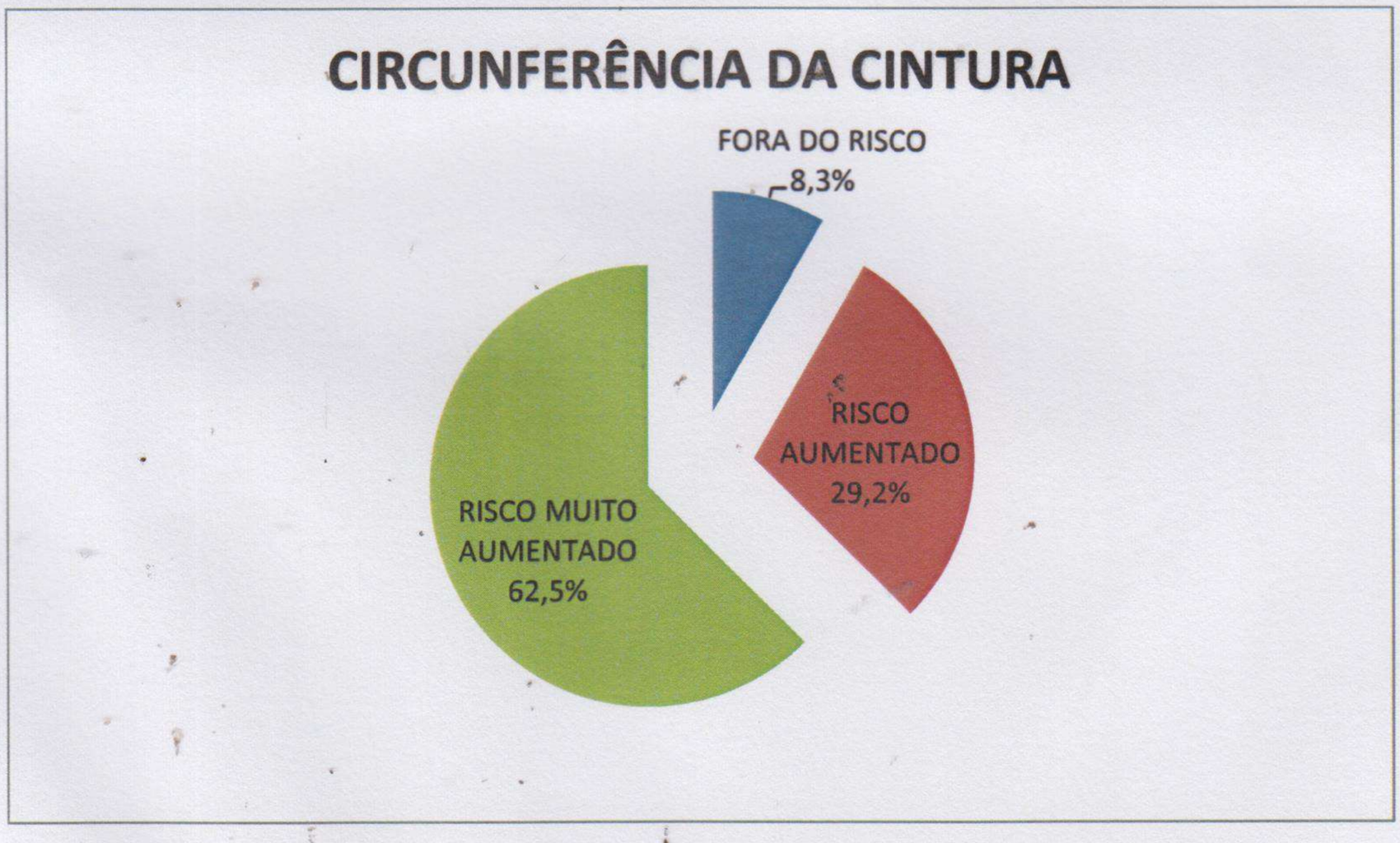


Gráfico 6. Distribuição dos idosos de acordo com o risco de doenças crônicas e complicações metabólicas através da medida da circunferência da cintura.

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Quanto a circunferência da panturrilha, os resultados estão apresentados no gráfico 7 observou-se que a grande maioria dos idosos estudados apresentou perda de massa muscular, caracterizando 62,5%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a circunferência da panturrilha é aquela que fornece a medida mais sensível da massa muscular e também um bom indicador de desnutrição em idosos. Esta medida indica alterações na massa magra que ocorrem com a idade e com o decréscimo na atividade física. (NAJAS; NEBULONI, 2005).

No estudo de Brandão (2008) em relação à avaliação antropométrica, a maioria dos idosos apresentou circunferência da panturrilha menor que 31cm. Menezes e Maruci (2005) referem que com o aumento da idade cronológica há uma modificação na gordura corporal, há diminuição do tecido gorduroso dos braços e pernas e aumento do tronco.

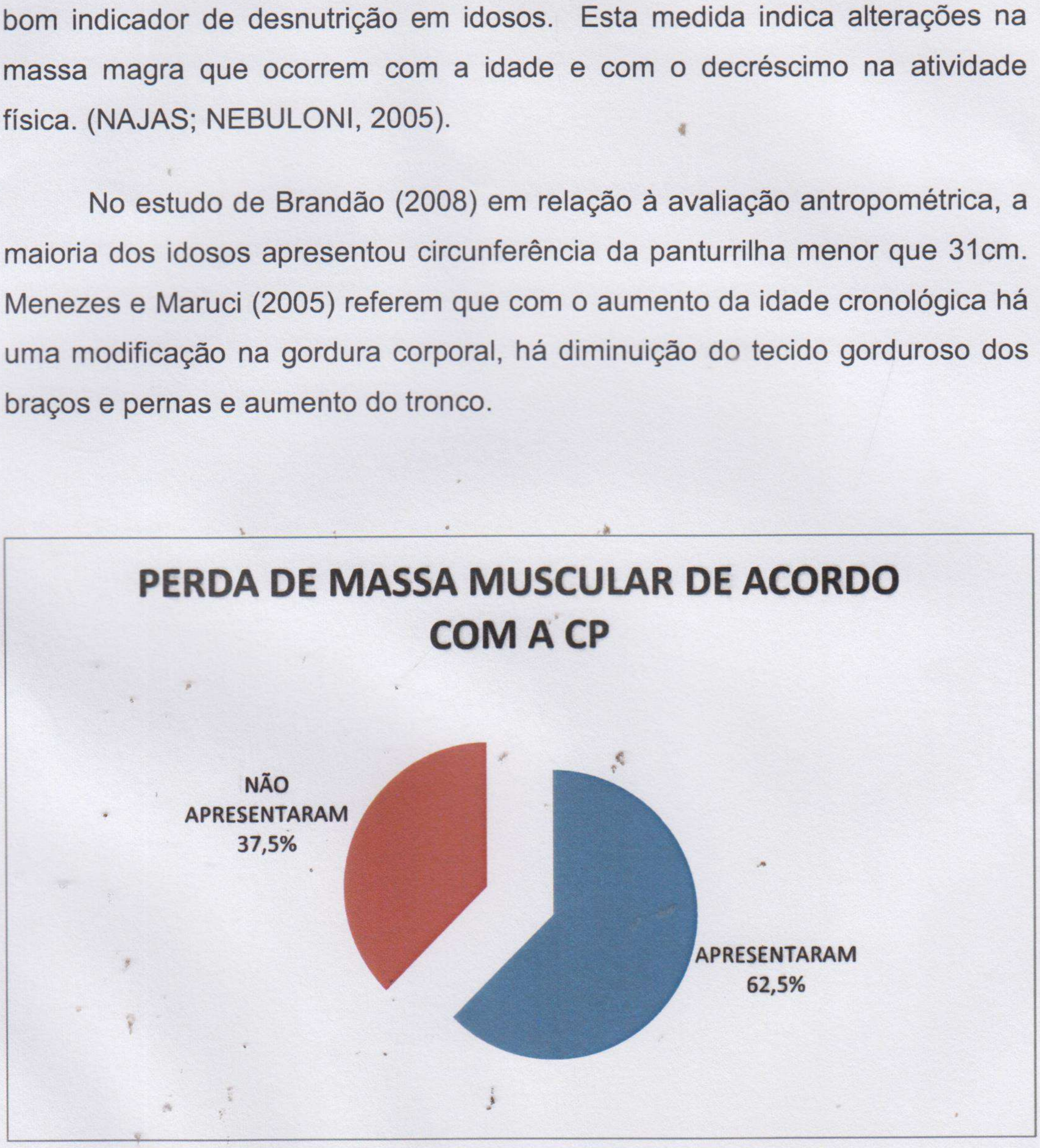


Gráfico 7. Distribuição dos idosos de acordo com a circunferência da panturrilha.

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

UNI-RN

A avaliação antropométrica é essencial para a avaliação nutricional, entretanto algumas alterações que ocorrem no envelhecimento podem comprometer a determinação de um diagnóstico antropométrico acurado e preciso (CABISTANI, 2007). Como não existe um instrumento preciso para a avaliação é necessário uma abordagem conjunta de indicadores que possibilitem uma avaliação nutricional mais fidedigna.

6 CONCLUSÃO:

- ✓ Conclui-se que a maioria dos idosos avaliados pertencia ao gênero feminino dentro da faixa etária de 60 a 69 anos;

- ✓ A doença predominante na população estudada foi hipertensão, seguida de hipertensão associada a diabetes mellitus;

- ✓ Verificou-se uma maior prevalência de indivíduos praticantes de atividade física;

- ✓ No que se refere ao estado nutricional antropométrico, houve prevalência de desvios nutricionais com mais da metade da amostra com excesso de peso e ainda uma parcela com baixo peso;

- ✓ Em relação à circunferência da cintura constatou-se um maior percentual de idosos com risco elevado ou muito elevado para desenvolver complicações metabólicas associadas à obesidade;

- ✓ A respeito da circunferência da panturrilha foi verificada uma maior prevalência de participantes com perda de massa muscular;

Assim, recomenda-se que sejam realizadas mais ações voltadas para a manutenção de um bom estado nutricional, visando à promoção da saúde nos idosos avaliados.

REFERÊNCIAS:

ALVES, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007.

BARBOSA, K. B. F.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Instrumentos de avaliação do consumo alimentar na adolescência. **Nutrire**: revista da sociedade brasileira de alimentação e nutrição, São Paulo. V. 31, n. 2. ago, 2006.

BUSNELLO, F. M. **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento.** São Paulo: Atheneu, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai/jun 2003.

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

CORRAL, L. R. Epidemiologia da terceira idade no Brasil. In: MAGNONI, D.; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P. A. **Nutrição na terceira idade.** São Paulo: Sarvier, 2005. P. 53-56.

CUPPARI, Lilian. **Nutrição** – nas doenças crônicas não-transmissíveis. 1º edição Barueri, SP: Manole, 2009.

DOUGLAS, Carlos R. **Fisiologia aplicada à nutrição.** 2º edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

UNI-RN

FRANCISCHI, Rachel Pamfilio Prado de; PEREIRA, Luciana Oquendo; FREITAS, Camila Sanchez et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev. Nutr. V. 13, n. 1, p. 17-28, Jan./Abr., 2007.

FRANK, Andréa A.; SOARES, Eliane A. **Nutrição no envelhecer.** 1º edição São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, mai/jun 2003.

HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. D. B.; COSTA, R. F. D. Determinantes fisiológicos do controle de peso e apetite. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 150-153, abr. 2004.

KAIN, J.; VIO, F.; ALBALA, C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. Cad Saúde Públ, v. 19(1 supl), p. S77-S86, 2003.

LEÃO, Leila S. C. S.; GOMES, Maria C. R. **Manual de nutrição clínica.** 10º edição Petrópolis, RJ: Editora vozes, 2010.

MANN, Jim; TRUSWELL, A. Stewart. **Nutrição humana.** 3º edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

MARQUES-LOPES, I. et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Revista de Nutrição,** Campinas. V. 17, n.3, p. 327-338, jul/set 2004.

MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.H.D.A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. Shifting obesity trends in Brazil. Eur J Clin Nutr, v. 54, p. 342-346,2000b.

PHILIPPI, Sônia T. **Pirâmide dos alimentos** – fundamentos básicos da nutrição. 1º edição Barueri, SP: Manole, 2008.

PINHEIRO, A. R. de O.; FREITAS, S. F. T. de; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição,** Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, Out./Dez. 2004.

ROMERO, Carla. E. M.; ZANESCO, A. O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. **Revista de Nutrição**, vol. 19, n. 1, p. 85-91, Jan./Feb. 2006.

SAMPAIO, Helena A. C.; SABRY, Maria O. D. **Nutrição em doenças crônicas** – Prevenção e Controle. São Paulo: Atheneu, 2007.

SILVA, S. M. C. S. da; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação nutrição e dietoterapia.** 1 ed. São Paulo: Roca, 2007.

TIRAPEGUI, J. **Nutrição fundamentos e aspectos atuais.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

VIERA, Sonia; HOSSNE, Willian Saad. **Metodologia científica para area da saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VITOLO, Márcia R. **Nutrição** – da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Genebra: WHO, 2003.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

NOME:
IDADE:
SEXO:

- ✓ ANTROPOMETRIA:

P=
A=
IMC=
CC=
CQ=
RCQ=
CP=

- ✓ HISTÓRICO CLÍNICO:

( ) HAS
( ) DM
( ) DLP
( ) CARDIO
( ) CA
( ) OUTRAS:

MEDICAÇÃO:

- ✓ HÁBITOS:

EXERCÍCIO FÍSICO?

( ) NÃO, PQ?
( ) SIM, QUAL? FREQUÊNCIA?

HORAS DE SONO?

( ) < 6hs
( ) 6 – 8 hs
( ) > 8 hs

HORAS DE TRABALHO?

TEM LAZER?

( ) NÃO
( ) SIM; QUAL? FREQUÊNCIA?

FUMA?

( ) NÃO
( ) SIM, QUANTOS CIGARROS/DIA?

BEBE?

( ) NÃO
( ) SIM, FREQUÊNCIA? QUAL TIPO DE BEBIDA?

APENDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: **PREVALÊNCIA DA OBESIDADE E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS EM UM GRUPO DE IDOSOS DE UMA UBS DE NATAL**
Pesquisador(es) responsável(is): **Andrezza Régia C. P. de Lima**
Instituição/Departamento: **FARN** (84) 3215-2917
Telefone para contato: **(84) 8758-4759**
Local da coleta de dados: **UBS MIRASSOL**

Prezado(a) Senhor(a):

• Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
• Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
• Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
• Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Identificar a prevalência da obesidade e fatores de risco associados em um grupo de idosos de uma UBS de Natal/RN.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

PARTICIPANTE: _____

RG.: _____