UniCESUMAR -CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ESTADO NUTRICIONAL, COGNITIVO, EMOCIONAL E FUNCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICIPIO DO NORTE DO PARANÁ

KATIUSCIA PEREIRA ROCHA ORIENTADOR: ROSE MARI BENNEMANN CO-ORIENTADOR: MAYRA COSTA MARTINS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARINGÁ 2013

UniCESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ESTADO NUTRICIONAL, COGNITIVO, EMOCIONAL E FUNCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICIPIO DO NORTE DO PARANÁ

Dissertação de mestrado apresentada ao Centro Universitário Cesumar (UniCesumar), como requisito à obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

MARINGÁ AGOSTO DE 2013

Dedico este trabalho a todas as pessoas que desejam um envelhecimento saudável e ativo.

Em especial, aos idosos que participaram desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida, por escutar minhas orações e por mostrar que tudo tem seu tempo certo de acontecer

Aos meus pais, Nelson e Fatima, pelo amor, incentivo, pela educação que me deram e por estarem comigo desde o inicio deste projeto.

Ao meu esposo, Fernando, pelo amor, incentivo, companheirismo, compreensão e cuidado com nossos filhos na minha ausência.

Aos meus filhos, Matheus e Helena, que foram obrigados a conviver com as tensões e angustias ao longo destes anos de estudo, e por certo, afetando-os de algum modo.

Aos meus irmãos Joel, Karoline e Kássia pelo incentivo e apoio.

Aos sogros, Pedro e Ana, pelo carinho e amizade.

Aos cunhados, Ana Clara e Claudinel, pela amizade e apoio.

A amiga Fabiana Saenger e sua família pela amizade e incentivo.

A Prof^a Dr^a. Rose Mari Bennemann, pela orientação neste trabalho, pela paciência e motivação.

Aos docentes do mestrado, pela grande contribuição ao meu crescimento profissional.

Aos colegas de curso, pela convivência neste período e por compartilharem experiências de suas profissões.

Aos integrantes do Programa Saúde da Família do município de Marialva, pelo apoio durante o período das entrevistas.

A Secretaria de Saúde do Município de Marialva, pela autorização do local da pesquisa.

As instituições onde trabalho, pela compreensão e flexibilidade.

"Existe somente uma idade para a gente ser feliz. Somente uma época da vida de cada pessoa em que é possível sonhar e fazer planos e ter energia bastante para realizá-los a despeito de todas as dificuldades e obstáculos. Uma só idade para a gente se encantar com a vida e viver apaixonadamente e desfrutar tudo com intensidade sem medo nem culpa de sentir prazer... Esta idade tão fugaz na vida da gente chama-se PRESENTE e tem a duração do instante que passa."

(Mario Quintana)

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	6
2.	INTRODUÇÃO	7
3.	ARTIGO 1	10
	3.1 Resumo	10
	3.2 Abstract	11
	3.3 Introdução	12
	3.4 Metodologia	13
	3.5 Resultados	16
	3.6 Discussão	17
	3.7 Conclusão	21
	3.8 Referências	22
4	ARTIGO 2	29
	4.1 Resumo	29
	4.2 Abstract	30
	4.3 Introdução	31
	4.4 Metodologia	32
	4.5 Resultados	34
	4.6 Discussão	35
	4.7 Referências	36
5	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	ANEVOC	40

1. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é composta por uma introdução, dois artigos científicos e uma conclusão final, originados da pesquisa com idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde, do município de Marialva-PR.

Primeiro artigo, de autoria de Katiuscia Pereira Rocha e Rose Mari Bennemann, tem como título "Associação da capacidade cognitiva e funcional com estado nutricional e variáveis sociodemográficas de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família", no qual verifica-se o estado nutricional, cognitivo e funcional de idosos, visando a publicação na revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento.

Segundo artigo, de autoria de Katiuscia Pereira Rocha, Rose Mari Bennemann e Mayra Costa Martins, intitulado "Fatores associados ao estado emocional de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família", avalia o estado emocional dos idosos ao verificar a prevalência da depressão na amostra estudada e investiga a associação da depressão com estado nutricional e variáveis sociodemográficas, visando a publicação na Revista Geriatria & Gerontologia.

Em consonância com as regras do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde, os artigos foram redigidos de acordo com as normas das revistas Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento (Anexo1) e Revista Geriatria & Gerontologia (Anexo 2).

2. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem ocorrido de forma acelerada nos países em desenvolvimento, desafiando as políticas públicas. Com o aumento da população idosa, ocorrem doenças que são características do envelhecimento. As doenças que acometem o idoso, geralmente, são de caráter crônico, necessitam de acompanhamento, cuidados permanentes e uso de medicação continua, consequentemente aumentam a demanda e custos de saúde (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

No Brasil, dados do Censo Demográfico de 2010, mostram que a porcentagem de idosos atingiu 11,3% da população (IBGE, 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde, para que os países consigam custear o envelhecimento é necessária a implantação de programas e políticas de "Envelhecimento Ativo", que consiste em melhorar a qualidade de vida das pessoas que chegam a terceira idade, otimizando as oportunidades de saúde, participação e segurança (WHO,2005).

O modelo assistencial no país consiste na prática médica associada à abordagem biológica e intra-hospitalar. Desde 1994, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, busca-se o retorno ao modelo de atendimento domiciliar. Sua implantação possibilita a integralidade da assistência e criação de vínculo entre serviço de saúde e população. O profissional deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos patológicos, sejam eles de caráter físicos, mentais ou sociais, individuais ou coletivos. Deve priorizar mais a saúde do que a doença, atuando por meio do trabalho interdisciplinar. A visão do indivíduo e da família tem que ser sistêmica e integral, aplicando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma competente e humanizada (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A Política Nacional do Idoso, aprovada em dezembro de 1999, estabelece que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda da capacidade funcional, ou seja, perda das capacidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades instrumentais da vida diária, decorrentes de suas enfermidades e de seu estilo de vida. Assim, essa Política tem como propósito a promoção do

envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria da capacidade funcional do idoso, a prevenção, a recuperação e a reabilitação dos que adoecem, assegurando a permanência do idoso no meio em que vive (BRASIL, 1999).

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) define a incapacidade funcional como decorrente da disfunção apresentada pelo indivíduo, ao ter suas funções fisiológicas e/ou psicológicas comprometidas, ou acometimento das estruturas anatômicas e/ou biológicas(OMS,2003).

A capacidade funcional pode ser avaliada pelas Atividades da Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) ou Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD). As AIVDs são tarefas mais adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade. Consistem em: usar o telefone, utilizar meio de transporte, fazer compras, preparar as refeições domésticas, tomar medicamentos e manejar dinheiro (LAWTON; BRODY, 1969).

Para Neri (2010), alterações no funcionamento fisiológico, decorrente do processo de envelhecimento e características relacionadas com gênero, renda, escolaridade, ambiente físico e social, condições de saúde, história de vida e personalidade, idade e cognição, influenciam no comprometimento da capacidade funcional. A incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice (ALVES et al., 2007). Haja vista que a dependência é considerada um processo dinâmico com necessidade de ajuda à realização de atividades elementares a vida, sendo um fator possível de prevenção, modificação e redução quando existir assistência e ambientes adequados (CALDAS 2003).

Com o aumento da população idosa também é necessário entender qual o papel da nutrição na conservação da autonomia e independência do idoso (SAMPAIO 2004). Para Guedes, Gama e Tiussi (2008), uma das principais alterações observadas no envelhecimento é a modificação da composição corporal, o que resulta no aumento da redistribuição da gordura corporal e redução da massa magra. A massa magra é reduzida em todos os órgãos como consequência da redução da atividade física, alimentação inadequada e diminuição de água corporal. Desta forma, há um comprometimento da força muscular, da capacidade funcional e da autonomia dos idosos.

Da mesma forma, a capacidade cognitiva determinada pela percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação complexa do conhecimento sofre declínio com o envelhecimento. Estudos

em psiquiatria e psicologia do idoso mostram que as funções psíquicas modificam no decorrer dos anos, sendo necessárias adaptações ambientais para comparar a funcionalidade do idoso com adultos jovens (MORAES et al, 2010). Transtornos cognitivos podem ocorrer como parte do envelhecimento normal, como sintomas de várias doenças neurológicas e síndromes demenciais (VITIELLO, 2007).

Para Ramos (2003), o comprometimento da saúde do idoso não está relacionado com a quantidade ou cronicidade da patologia que acomete o idoso, mas na capacidade de controle dessas patologias, sendo este o diferencial entre idosos afetados pela mesma doença. Assim, o idoso capaz de realizá-lo pode ser considerado saudável. Ramos (2003), ainda, propõe que a manutenção da capacidade funcional dos idosos e a identificação das alterações por déficit cognitivo, devem ser prioridade no sistema de saúde, sendo fatores essenciais para o idoso viver em comunidade por mais tempo.

As mudanças e inovações nos padrões de atenção a saúde da população idosa pedem propostas de ações diferenciadas, para que o sistema seja efetivo e o idoso possa usufruir os anos adicionais de vida com qualidade (VERAS, 2007).

Assim, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar o estado nutricional, funcional, cognitivo e emocional em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do Município de Marialva-PR.

3. ARTIGO 1

ASSOCIAÇÃO DA CAPACIDADE COGNITIVA E FUNCIONAL COM ESTADO

NUTRICIONAL E VARIAVEIS SOCIODEMOGRAFICAS DE IDOSOS ATENDIDOS

NA ESTRATÉGIA SAUDE DA FAMÍLIA

ASSOCIATION OF COGNITIVE AND FUNCTIONAL ABILITY WITH NUTRITIONAL STATUS AND SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES OF ELDERLY ATTENDED BY

THE FAMILY HEALTH STRATEGY

KATIUSCIA PEREIRA ROCHA¹; ROSE MARI BENNEMANN²

3.1 Resumo

O presente estudo teve como objetivo verificar a associação entre a capacidade cognitiva e funcional com o estado nutricional e variáveis sociodemográficas de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. O estudo foi transversal, com coleta de dados primários e amostra de conveniência, realizado em seis unidades básicas de saúde do Município de Marialva-PR, nos meses de outubro a dezembro de 2012. Foram avaliados indivíduos idosos (idade ≥ a 60 anos), de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). A capacidade cognitiva foi avaliada pelo mini exame do estado mental (MEEM) e a capacidade funcional pelo índice de LAWTON-BRODY e o estado nutricional pelos indicadores nutricionais: índice de massa corporal (IMC) (kg/m²) e área muscular do braço (AMB) (cm²). A associação entre a capacidade cognitiva e funcional com o estado nutricional e variáveis sociodemográficas foi investigada por meio do teste qui-

Endereço para Correspondência:

Katiuscia Pereira Rocha – Rua Martin Afonso, n. 300 – Zona 2 – Maringá-PR;

¹ Mestranda do Curso de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Promoção da Saúde – PPGPS – UniCESUMAR.

² Orientadora Prof^a Dr^a em Saúde Pública pela FSP/USP. Docente do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Promoção da Saúde – PPGPS – UniCESUMAR.

quadrado. Foram avaliados 91 idosos, destes 64 (70,3%) eram mulheres e 27 (29,7%) homens. A média de idade foi de 67,9 \pm 4,8 anos, sendo de 67,9 \pm 4,8 anos, para as mulheres e de 67,8 \pm 4,4 anos, para os homens. Distúrbio cognitivo foi verificado em 49,5% dos idosos e dependência moderada em 46,2%. Pelo IMC, 11,0 % dos idosos estavam com baixo peso, 45,1% com peso adequado, 9,9% com excesso de peso e 34,1% com obesidade. Segundo a AMB, a maioria (82,4%) apresentou estado nutricional adequado. Associação estatisticamente significativa foi verificada entre capacidade cognitiva e estado nutricional pelo indicador AMB (p=0,03118), entre capacidade funcional, gênero (p=0,00036) e situação econômica (p=0,03987).

Palavras chave: Idoso. Nutrição. Cognição. Capacidade funcional.

3.2 Abstract

The present study aimed to investigate the association between cognitive and functional ability with nutritional status and sociodemographic variables of elderly attended by the Family Health Strategy. This was a cross-sectional study, with primary data gathering, with convenience sample, conducted in six Basic Health Units of the city of Marialva-PR, in the months from October to December 2012. Elderly (age ≥ 60 years) of both sexes enrolled in the Family Health Strategy (FHS) were evaluated. The cognitive ability was assessed by mini mental state examination (MMSE) and functional capacity was evaluated by index LAWTON-BROYDY and nutritional status was assessed by nutritional indicators: body mass index (BMI) (kg/m2) and arm muscle area (AMA) (cm2). The association between cognitive status, functional ability with nutritional status and sociodemographic variables was evaluated using the chi-squared test. From the 91 patients evaluated, 64 (70.3%) were woman and 27 (29.7%) men. The mean age was 67.9±4.8 years, 67.9±4.8 years for women and 67.8±4.4 years for men. Cognitive impairment was observed in 49.5% of the elderly and moderate dependence in 46.2%. By BMI, 11.0% of the elderly were underweight, 45.1% with adequate weight, 9.9% overweight and 34.1% obese. According to the AMA, the majority (82.4%) had adequate nutritional status. It was observed a statistically significant association between cognitive ability and nutritional status by the indicator AMA (p=0,03118) between functional capacity, gender (p=0.00036) and economic status (p=0.03987).

Keywords: Elderly. Nutrition. Cognition. Functional Ability.

3.3 Introdução

O envelhecimento populacional brasileiro é resultado da redução da mortalidade em todas as idades, da queda da fecundidade nas últimas décadas e da alta fecundidade observada nos anos 1950 a 1960 (CAMARANO, 2002).

Segundo dados do IBGE (2011), em 1960, para cada 100 crianças menores de 15 anos, havia 6,4 indivíduos de 65 anos ou mais de idade. Este índice saltou em 2010 para 30,7 pessoas acima de 65 anos, para cada grupo de 100 crianças menores de 15 anos.

Há perspectivas de que esse processo continue em função dos avanços tecnológicos da medicina e do acesso aos serviços de saúde (CAMARANO, 2002). Porém, com o aumento da expectativa de vida, as doenças não transmissíveis tornam-se mais frequentes. O prognóstico é pior nos países em desenvolvimento, onde grande parte da população, ainda, vive em estado de pobreza e desigualdades sociais (WHO, 2005).

Um grande desafio é identificar e diferenciar o envelhecimento normal do patológico, tendo em vista que muitos eventos, antes considerados como parte do envelhecimento normal, atualmente, são identificados como consequência de processos patológicos (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A presença de doenças não confere, necessariamente, ao idoso a condição de "doente", desde que ele esteja realizando o tratamento e controle adequado. Diferentemente daquele idoso portador das mesmas condições clínicas que não realiza o controle. O tratamento adequado mantém a autonomia, o bem estar e a integração social (RAMOS, 2003).

No envelhecimento ocorre declínio das funções orgânicas com alterações observadas em todos os órgãos e sistemas, atingindo de maneira significativa o estado nutricional do idoso. Ocorre redução da água corporal total, principal componente da composição corpórea, de 20 a 30 %. Diminuição da massa muscular (sarcopenia) e da massa óssea (osteopenia), em consequência de

alterações neuroendócrinas e inatividade física. Alterações fisiológicas como redução das papilas gustativas sobre a língua diminuindo o paladar, redução do olfato, redução da biodisponibilidade da vitamina D, redução na absorção de vitaminas, dificuldade no preparo e ingestão de alimentos (MORAES, 2008).

Da mesma forma, a capacidade cognitiva determinada pela percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação complexa do conhecimento sofre declínio com o envelhecimento. Estudos em psiquiatria e psicologia do idoso mostram que as funções psíquicas se modificam no decorrer dos anos, sendo necessárias adaptações ambientais para comparar a funcionalidade do idoso com adultos jovens (MORAES; MORAES; LIMA, 2010). Transtornos cognitivos podem ocorrer como parte do envelhecimento normal, como sintomas de várias doenças neurológicas e síndromes demenciais (VITIELLO, 2007).

A capacidade funcional do idoso é determinada pela manutenção das habilidades físicas e mentais, que permitem uma vida independente e com autonomia (VERAS, 2009). Quando é capaz de gerir sua própria vida e fazer suas escolhas, o idoso é considerado saudável (RAMOS, 2003). A incapacidade funcional torna o idoso vulnerável e dependente, diminuindo o bem estar e a qualidade de vida, com consequências para sua vida, para a família, a comunidade e o sistema de saúde (ALVES et al., 2007).

São necessárias mudanças e inovações nos padrões de atenção a saúde da população idosa com propostas de ações diferenciadas, para que o sistema seja efetivo e o idoso viva os anos adicionais de vida com qualidade (VERAS, 2007).

A Estratégia Saúde da Família implantada pelo Ministério da Saúde prioriza ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, de acordo com as características e problemas de cada localidade. Tem como objetivo atender à saúde do indivíduo e da família durante todo processo de saúde-doença (Araújo, Bachion, 2004).

Assim, o presente estudo teve como objetivo verificar a associação entre a capacidade cognitiva e funcional com o estado nutricional e variáveis sociodemográficas de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Esperase, deste modo, que esta pesquisa possa fornecer dados que contribuam na elaboração de programas de prevenção e promoção à saúde do idoso.

3.4 Metodologia

O estudo foi transversal, com coleta de dados primários com amostra de conveniência, realizado em seis unidades básicas de saúde do Município de Marialva-PR, no período de outubro a dezembro de 2012. Foram avaliados indivíduos idosos (idade≥ a 60 anos), de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). Inicialmente foi realizado estudo piloto, a fim de determinar a viabilidade da aplicação dos diversos testes necessários para realização da pesquisa. Foram excluídos idosos com deficiência visual e auditiva (grave ou não corrigida), com deficiência física que impossibilitasse a realização da antropometria e, ainda, aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Cesumar- UniCesumar, sob o número 99865, em 17/09/2012. Todos os idosos que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

A avaliação da capacidade cognitiva foi realizada por meio da utilização da versão do Miniexame do Estado Mental (MEEM) proposta por Brucki *et al.* (2003). Como escore indicativo de perda da capacidade cognitiva, foram utilizados pontos de corte de acordo com a escolaridade: < 20 - para idosos sem grau de escolaridade; < 25 - para idosos com um a quatro anos de escolaridade; < 27 - para idosos com cinco a oito anos de escolaridade; < 28 - para idosos com nove a 11 anos de escolaridade; < 29 - para idosos com escolaridade ≥ 12 anos. A partir dos pontos de corte, os idosos foram considerados: com distúrbio cognitivo (com DC) e sem distúrbio cognitivo (sem DC). O grau de escolaridade foi referido pelo idoso. Sendo considerados sem grau de escolaridade os indivíduos analfabetos (nunca aprenderam a ler e escrever ou que, embora tenham aprendido, nunca frequentaram qualquer tipo de curso escolar). Neste grupo, também, foram incluídos os idosos que so foram capazes de assinar ou escrever o próprio nome. Como grau de escolaridade, foi considerado o nível escolar atingido e não o número de anos de escola frequentados.

A capacidade funcional foi avaliada a partir das Atividades Instrumentais de Vida Diária pelo índice de Lawton e Brody (1969), versão Sequeira (2010). As atividades instrumentais compreendem oito tarefas: como usar telefone, fazer

compras, preparar alimentos, cuidar da casa, lavar roupa, uso de transportes, preparo de medicação e uso do dinheiro. Considerou-se como independentes os idosos que somaram oito pontos; moderadamente dependentes os que somaram de nove a vinte pontos e severamente dependentes os que somaram mais de vinte pontos.

A avaliação do estado nutricional foi realizada pelos indicadores nutricionais: índice de massa corporal (IMC) (kg/m²) e área muscular do braço (AMB) (cm²). O IMC foi calculado dividindo—se o peso corporal (kg), pela estatura (m) elevada ao quadrado: IMC (kg/m²) = P/E². O peso em quilogramas, foi aferido com a utilização de balança plataforma, digital, com capacidade de 150kg e sensibilidade de 100g da marca Bioland (série Premium). Para pesagem, o idoso ficou em pé, descalço, com o mínimo de vestuário, no centro da balança, de maneira que o peso do corpo pode ser distribuído entre os pés. A medida, foi repetida duas vezes, permitindo-se diferença entre elas de no máximo 400g até 100kg e 500g de 100 a 150kg, sendo utilizada a média das medidas.

A estatura foi mensurada com fita métrica inextensível, com dois metros de extensão, e escala em milímetros, fixada em parede sem rodapé. O idoso foi posicionado em pé, descalço, com os calcanhares e pés unidos, panturrilhas encostadas na parede, em posição ereta, olhando para frente (plano horizontal de Frankfort). A medida foi realizada quando cinco pontos encostaram-se à parede (cabeça, ombros, nádegas, panturrilha e calcanhar). A medida, também foi repetida duas vezes, aceitando-se diferença entre elas de no máximo um centímetro, sendo utilizada a média das medidas.

Para análise dos valores de IMC, utilizou-se a classificação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2002): baixo peso: IMC menor que 23 kg/m²; peso adequado: IMC maior ou igual a 23 e menor que 28 kg/m²; excesso de peso: IMC maior ou igual a 28 e menor a 30 kg/m²; obesidade: IMC igual ou maior a 30 kg/m².

A área muscular do braço (AMB) foi calculada utilizando-se equações específicas por sexo, propostas por Heymsfield *et al.* (1982): Homens = AMB= (cm2): [CB (cm) -(3,14 x DCT (mm)/10)]2/12,56-10 e mulheres = AMB = (cm²): [CB (cm) -(3,14 x DCT (mm)/10)]2/12,56-6,5. Para o cálculo da AMB, empregaram-se as medidas da circunferência do braço (CB), e dobras cutâneas tricipital (DCT).

A circunferência do braço (CB) foi medida com fita métrica inextensível. Inicialmente com os idosos em pé, tronco alinhado com as pernas, braço fletido a 90°. O ponto médio foi mensurado entre o acrômio e o olecrânio. A medida foi realizada com o braço estendido, no ponto médio obtido, inicialmente, circundando a fita métrica sem comprimir o braço. A aferição foi repetida duas vezes, permitindo-se diferença entre elas de no máximo 0,5 cm. Sendo utilizada a média das medidas.

A dobra cutânea tricipital (DCT), foi realizada com os idosos em posição ereta, braços estendidos e ombros relaxados. Para a obtenção da medida, a pele e o tecido subcutâneo foram pinçados com o dedo indicador e polegar a mais ou menos um centímetro acima do ponto médio onde foi realizada a medida da CB. A espessura, foi medida com o paquímetro de Lange, após dois a três segundos do pinçamento. Repetiu-se o processo três vezes, aceitando-se diferença entre elas de no máximo quatro milímetros, sendo usada à média delas.

Para análise da AMB, foram utilizados como referência os valores apresentados em percentis, descritos no estudo de Barbosa *et al.* (2006), de acordo com sexo e grupo etário. Com base nos valores da AMB de cada idoso, os idosos foram classificados como: subnutridos, quando apresentaram valores de AMB menores que o percentil 10, da população de referência, segundo sexo e idade; com risco para subnutrição quando apresentarem valores de AMB iguais ao percentil 10 e menores que o percentil 25, da população de referência, segundo sexo e idade e estado nutricional adequado: quando apresentaram valores de AMB maiores ou iguais ao percentil 25, da população de referência, segundo sexo e idade.

As variáveis sociodemográficas: idade (caracterizada por grupo etário: 60-69 anos e 70-79 anos), sexo (masculino ou feminino), escolaridade (sem escolaridade, com 1-4 anos de estudo; com 5-8 anos de estudo; 9-11 anos de estudo e com 12 ou de estado civil união mais anos estudo), (solteiro, consensual. separado/divorciado/desquitado e viúvo), arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado), situação ocupacional (ativo ou inativo economicamente) classe econômica de acordo com o critério de classificação econômica Brasil (ABEP, 2012) agrupadas em classe A (A1+ A2), B (B1+B2), C(C1+C2) e D (D+E), foram coletados com o auxílio de formulário.

A associação entre capacidade cognitiva, funcional com estado nutricional e variáveis sociodemográficas foi verificada por meio do teste qui-quadrado. O banco de dados foi elaborado no programa Excel versão 2010. Todas as análises estatísticas foram realizadas com auxílio do programa Statistica 8.0. Em todas as análises, foi utilizado o nível de significância de 5%.

3.5 Resultados

Dos145 idosos que compareceram nas Unidades Básicas de Saúde, 110 aceitaram participar da pesquisa e 35 recusaram. Entre os que aceitaram, 10 foram excluídos por participarem do teste piloto, 3 por apresentarem deficiência visual não corrigida, 4 por deficiência auditiva grave e 2 por apresentarem deficiência física que impossibilitava a realização da antropometria.

Assim, foram avaliados 91 idosos. Destes 64 (70,3%) eram do gênero feminino e 27 (29,7%) do gênero masculino. A média de idade ficou em $67,9\pm4,8$ anos, sendo de $67,9\pm4,8$ anos, para as mulheres e de $67,8\pm4,4$ anos para os homens.

A avaliação do estado nutricional pelo IMC (Tabela 1) mostrou que 11% dos idosos estavam com baixo peso, 45% com peso adequado, 9,9% com excesso de peso e 34,1% com obesidade. Segundo a AMB, 82,4% apresentaram estado nutricional adequado.

Distúrbio cognitivo foi observado em 49,5% (Tabela 1) dos idosos. Na tabela 2 pode-se verificar que, maiores percentuais de idosos foram observados no sexo feminino (38,5%), no grupo etário dos 60 aos 69 anos (36,3%), nos com 1 a 4 anos de estudo (35,2%),nos economicamente inativos (40,7%),nos com estado nutricional adequado (37,4%) pela AMB, dos idosos com distúrbio cognitivo.

Quanto à capacidade funcional (Tabelas 1 e 3), 46,2% dos idosos eram moderadamente dependentes, 41,8% eram do sexo feminino e 41,8% economicamente inativos. Os demais, a maioria era independente, do grupo etário dos 60 aos 69 anos (39,6%), casados (42,9%), com 1 a 4 anos de estudo (37,4%), da classe C (35,2%), estado nutricional adequado (45,1%) pela AMB e com peso adequado (25,3%) pelo IMC. Associação estatisticamente significativa foi observada, entre capacidade funcional e gênero (p=0,00036) e entre capacidade funcional e situação econômica (p=0,03987)

3.6 Discussão

A prevalência do gênero feminino, neste estudo, esta de acordo com a realidade brasileira que evidência o predomínio da população feminina entre os

idosos, caracterizando, assim, a feminização do envelhecimento. A maior expectativa de vida das mulheres deve-se ao modelo de comportamento com menor risco como não fumar, o pouco uso de bebidas alcoólicas, menor exposição à violência, aos riscos ocupacionais, além do baixo risco de suicídios (WHO, 2005).

Na avaliação do estado nutricional pelo IMC, a maioria dos idosos apresentou peso adequado, seguido de elevado percentual de idosos com obesidade e excesso de peso. Estudo realizado com idosos regularmente matriculados na Universidade Aberta à Terceira Idade (Unati), da Unifal, em Alfenas, MG, identificou que 52,4% dos idosos estavam com sobrepeso, segundo o índice de massa corporal (BUENO et al., 2008). O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade nos idosos é consequência do processo de transição nutricional que o país vem vivenciando nos últimos tempos (POF, 2008-2009). A obesidade é um problema de saúde mundial e sua associação com várias doenças não transmissíveis aumentam a morbidade e mortalidade do idoso causando grande impacto no sistema de saúde e na qualidade de vida dos idosos (SILVEIRA; KAC; BARBOSA, 2009).

Segundo a AMB, a maioria dos idosos apresentou massa muscular adequada, indicando baixo risco nutricional. Resultados semelhantes foram observados por Navarro e Bennemann (2006) ao avaliarem o estado nutricional de idosos residentes em instituição asilar, no mesmo município.

A avaliação da capacidade cognitiva, de acordo com o MEEM, mostrou percentual elevado de idosos com distúrbio cognitivo. Outros estudos realizados no Brasil encontraram proporção de distúrbio cognitivo inferior ao do presente estudo.

O Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe) da Organização Pan-

Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde investigou a prevalência de deterioração cognitiva entre idosos não-institucionalizados de grandes áreas urbanas em diversos países. No Brasil, o Projeto Sabe estudou 2143 idosos residentes em São Paulo. Os resultados mostraram predominância de deterioração cognitiva em 6,9% dos idosos, de acordo com a avaliação do MEEM (LEBRÃO; DUARTE, 2003). Outros estudos realizados no Brasil, também encontraram proporção de distúrbio cognitivo inferior ao do presente estudo, sendo de 15% no estudo de Veras e Coutinho (1994), 16,5% no estudo de Lakz et al. (2003) e 36,5% no estudo de Machado *et al.* (2007). Provavelmente essa diferença deve-se a metodologia aplicada, a utilização de diferentes escores para classificação diagnóstica, e a características demográficas e culturais diferentes. Haja vista que,

no estudo realizado na mesma região e com a mesma metodologia por Bennemann (2009), também verificou percentual elevado (65,4%) de idosos com distúrbios cognitivos. Segundo Moraes et al. (2010), o MEEM é o principal teste de triagem das encefálicas superiores. disso, são Apesar necessários complementares para estabelecer o diagnóstico definitivo de incapacidade cognitiva e ou determinar sua etiologia. As principais causas de incapacidade cognitiva são: demência, depressão, delirium e doenças mentais como esquizofrenia, oligofrenia e parafrenia (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). Entre os tipos de demência, a doença de Alzheimer (DA) é a mais comum, correspondendo a 55% dos guadros demenciais após os 65 anos, seguida pela demência vascular, 20%, e pela demência por corpúsculos de Levy, 20% (MANFRIM; SCHIMDT, 2006).

Em relação ao gênero houve predominância das mulheres, em ambos os grupos, em maior proporção no grupo com distúrbio cognitivo, fato verificado em outros estudos (ALMEIDA, 1998; LOURENÇO; VERAS, 2006).

Quanto ao grupo etário, de acordo com a literatura consultada, alguns autores (LOURENÇO; VERAS, 2006) relatam associação entre a idade avançada e capacidade funcional. Segundo Almeida (1998), quanto maior a idade, menor a pontuação no MEEM. Esta associação não foi verificada no presente estudo, provavelmente pela faixa etária mais jovem ter sido predominante nesta pesquisa.

A escolaridade é um dos fatores frequentemente associado ao desempenho do MEEM (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; HERRERA JUNIOR, 2002; HAN *et al.*, 2008; VALLE *et al.*, 2009).Todavia, no presente estudo não foi observado diferença significativa entre escolaridade e desempenho no MEEM.

De acordo com Parigi (2006), a nutrição exerce papel importante na função cognitiva. Em relação ao IMC, no grupo que apresentou disturbio cognitivo, o maior percentual foi de idosos obesos. Gustafson *et al.*(2003), ao realizaram estudo com mais de mil mulheres por dezoito anos, observaram que as mulheres que evoluíram para síndrome demencial tendem a ser mais obesas. Segundo eles cada aumento de um ponto no IMC eleva o risco de Doença de Alzheimer em 36%.

Ao verificar o estado nutricional pelo indicador AMB, no grupo com distúrbio e sem distúrbio cognitivo, foi verificado que a maioria dos idosos estava com estado nutricional adequado, no entanto elevado percentual de idosos apresentou distúrbio cognitivo.

Em relação à capacidade funcional, a maioria dos idosos relatou ser independente para realizar as atividades de vida diária, assim não foi observado, no presente estudo, dependência severa declarada. Entretanto, percentual importante de idosos declarou necessitar de ajuda para realizar algumas tarefas e foram classificados como moderadamente dependentes. As mulheres apresentaram maior percentual de idosos com dependência moderada, sendo observada associação significativa entre os gêneros. Virtuoso Junior e Guerra (2011), embora tenham avaliado apenas mulheres idosas de baixa renda, no interior da Bahia, encontraram prevalência elevada (46,8%) de incapacidade funcional. Diversos estudos tem verificado maior predominância de dependência nas mulheres do que nos homens (BARBOSA *et al.*, 2005; PARAYBA; SIMÕES ,2006).

Ao considerar capacidade funcional, o grupo etário, dos 70 aos 79 anos apresentou percentual maior de idosos dependentes. Fato já esperado, tendo em vista que o avançar da idade é relatado em outros estudos como determinante da maior dependência (CARDOSO; COSTA, 2010; FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). Rosa *et al.* (2003), em estudo realizado em São Paulo, detectaram que a chance de apresentar dependência moderada/grave aumentou de 1,9, na faixa etária 60-64 anos, para 25,5 vezes, faixa etária ≥ 80anos.

Algumas pesquisas relatam que idosos com baixa escolaridade apresentam maior incapacidade funcional (ROSA *et al.*, 2003; PARAYBA; VERAS; MELZER, 2005). No presente estudo não houve associação entre pior capacidade funcional e escolaridade, porém conforme mencionado anteriormente, a maioria dos idosos declarou baixa escolaridade. Para Maciel e Guerra (2007), a escolaridade mantém íntima relação com a problemática da saúde, uma vez que pessoas mais instruídas são mais atentas aos cuidados com a saúde.

Segundo a OMS, fatores como baixo nível de escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis estão relacionados com maiores riscos de deficiência e morte (WHO, 2005). Nesta pesquisa a maioria dos idosos pertencia às classes C e D, porém não houve associação com dependência funcional.

A prevalência de dependência moderada foi maior nos idosos economicamente inativos, observada associação, significativa, relatada também no estudo de Ferreira, Tavares e Rodrigues (2011). A ocupação com o trabalho pode garantir ao idoso a conservação de sua capacidade funcional (ROSA *et al.*, 2003).

Alguns estudos têm verificado a correlação entre estado nutricional e capacidade funcional. Galanos (1994), concluiu que quanto mais baixo ou mais elevado o IMC maior o risco de prejuízo funcional. Yan et al. (2004) verificaram que o excesso de peso foi associado a diminuição da capacidade física em mulheres idosas e que o baixo peso prejudica a capacidade funcional de idosos de ambos gêneros. O equilíbrio na nutrição é importante para a manutenção da capacidade funcional (JINGU et al., 2003). A capacidade funcional, o estado nutricional e a composição corporal estão relacionados. Uma inadequada ingestão de nutrientes ou a redução da massa magra podem causar declínios na capacidade funcional (FRANK et al., 2002). Nesta investigação, não foi verificada associação entre estado nutricional e capacidade funcional pelos indicadores antropométricos.

É considerada uma limitação deste estudo o fato de que os dados de capacidade funcional basearem-se exclusivamente no relato dos idosos, esta autopercepção pode sofrer influência de outros fatores. O fato de não existir padronização dos testes e avaliações nos estudos da população idosa também dificultou a comparação dos resultados.

3.7 Conclusão

Os resultados do presente estudo mostraram elevado percentual de idosos com distúrbio cognitivo. A associação da capacidade cognitiva com estado nutricional pelo indicador AMB, mostra a necessidade de mais estudos para verificar a influência da nutrição na capacidade cognitiva ou ao contrário.

Com relação à capacidade funcional foi verificado elevado percentual de idosos com dependência moderada, com predomínio do gênero feminino, associado à situação econômica, colaborando com outros estudos.

É essencial que se promova o envelhecimento saudável ou ativo, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que apresentam algum déficit de sua capacidade cognitiva, funcional, ou alteração nutricional de modo a garantir-lhes permanência no meio que vivem, exercendo de forma independente sua autonomia e suas funções na sociedade.

3.8 Referências

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

ALMEIDA, Osvaldo P. Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 56, n. 3B, Sept. 1998.

DE OLIVEIRA ARAÚJO, Lorena Aparecida; BACHION, Maria Márcia. Pograma Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 586-590, 2004.

BARBOSA, Aline R. et al. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1177-1185, 2005.

BARBOSA, Aline R. et al. Relação entre estado nutricional e força de preensão manual em idosos do município de São Paulo, Brasil: dados da pesquisa SABE. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 8, n. 1, p. 37-44, 2006.

BENNEMANN, Rose Mari. **Associação do estado nutricional com capacidade cognitiva, sexo e idade em idosos residentes na cidade de Maringá-PR**. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

BERTOLUCCI, Paulo H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 52, n. 1, mar. 1994.

BRUCKI, Sonia M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuro-Psiquiatr.** v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BUENO, Júlia Macedo et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1237-46, 2008.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. 2002. Disponível em: https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2013.

CARDOSO, Juliani Hainzenreder; COSTA, J. S. D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2871-2878, 2010.

FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul. Enferm.** v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.

FRANK, Andrea Abdala et al. Adequação de proteínas e lipídeos na dieta do idoso. In: FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 77-78.

GALANOS, Anthony N. et al. Nutrition and function: is there a relationship between body mass index and the functional capabilities of community-dwelling elderly?. **Journal of the American Geriatrics Society**, 1994.

GUSTAFSON, Deborah et al. An 18-year follow-up of overweight and risk of Alzheimer disease. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, n. 13, p. 1524, 2003.

HAN, Changsu et al. An adaptation of the Korean mini-mental state examination (K-MMSE) in elderly Koreans: demographic influence and population-based norms (the AGE study). **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 47, n. 3, p. 302-310, 2008.

HERRERA JUNIOR, Emilio et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002.

HEYMSFIELD, S. B. et al. A radiographic method of quantifying protein-calorie undernutrition. **Am. J. Clin. Nutr.** v. 32, p. 693-702, 1979.

IBGE 2011. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: http://www.censo2010. ibge.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2013.

JINGU, Sumie et al. Factors related to functional capacity in community dwelling elderly people. **Japanese Journal of Public Health**, v. 50, n. 2, p. 92, 2003.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LAKS, Jerson et al . O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, RJ. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 61, n. 3B, Sept. 2003.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A.O. (2003) **SABE - Saúde Bem-estar e Envelhecimento - o projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LOURENÇO, Roberto A.; VERAS, Renato P. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

MACHADO, Juliana Costa et al . Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 10, n. 4, Dec. 2007.

MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti; GUERRA, Ricardo Oliveira. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 10, n. 2, p. 178-189, 2007.

MAMFRIM, A.; SCHMIDT, S. Diagnóstico diferencial das demências. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 243-246.

MORAES, Edgar Nunes (Org.). **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopemed; 2008.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MORAES, Edgar Nunes de; ABREU MARINO, Marília Campos de; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

NAVARRO, Maria de Lourdes Brandão Assis; BENNEMANN, Rose Mari. Avaliação do estado nutricional de idosos residentes em uma instituição asilar da cidade de Marialva, Estado do Paraná. **Acta Sci., Health Sci.** v. 28, n. 2, 2006.

OPAS. Organização Pan Americana. **XXXVI Reunion del Comitê Asesor de investigaciones em salud** - Encuesta multicêntrica - Salud bienestar y envejecimiento en el caribe - informe preliminar. 2002. Disponível em: http://www.opas.org/program/sabe.htm. Acesso em: 5 fev. 2013.

PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato; MELZER, David. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 383-391, 2005.

PARAHYBA, Maria Isabel; SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PARIGI, Angelo Del et al. Nutritional factors, cognitive decline, and dementia. **Brain Research Bulletin**, v. 69, n. 1, p. 1-19, 2006.

POF. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008 2009/POFpublicacao.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2013.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-8, 2003.

SEQUEIRA, Carlos. **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa: Lidel, 2010.

SILVEIRA, Erika Aparecida; KAC, Gilberto; BARBOSA, Larissa Silva. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do

Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1569-1577, 2009.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

VALLE, Estavão Alves et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 918-926, abr. 2009.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out 2007.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra; GUERRA, Ricardo Oliveira. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2541-2548, 2011.

VITIELLO, Ana Paula P. et al. Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatórios de neurologia geral. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 65, n. 2A, p. 299-303, 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YAN, Lijing L. et al. BMI and health - related quality of life in adults 65 years and older. **Obesity Research**, v. 12, n. 1, p. 69-76, 2004.

APÊNDICE

Tabela 1. Distribuição dos idosos, segundo estado nutricional pelos indicadores antropométricos (IMC, AMB) capacidade cognitiva e funcional. Marialva-PR, 2012.

Classificações	N(91)	%
IMC (Índice de Massa Corporal)	•	
Baixo peso	10	11,0
Peso adequado	41	45,1
Excesso de peso	9	9,9
Obesidade	31	34,0
AMB (Área Muscular do Braço)		
Com risco para subnutrição	16	17,6
Estado nutricional adequado	75	82,4
Capacidade cognitiva		
Com distúrbio cognitivo	45	49,5
Sem distúrbio cognitivo	46	50,5
Capacidade funcional		
Independente	49	53,8
Moderadamente dependente	42	46,2
Severamente dependente	-	-

Tabela 2. Distribuição dos idosos, segundo a capacidade cognitiva, variáveis sociodemográficas e estado nutricional pelos indicadores antropométricos (IMC, AMB), Marialva-PR, 2012.

7 W/B/), Wallarva 1 11, 2012.	Capacidade Cognitiva				
Variáveis	Com di	stúrbio	Sem dis	stúrbio	p
_	N(45)	%	N(46)	%	
Gênero					
Masculino	10	11,0	17	18,7	0,12396
Feminino	35	38,5	29	31,6	0,12390
Idade					
60 a 69 anos	33	36,3	32	35,2	0,69076
70 a 79 anos	12	13,2	14	15,4	0,09070
Estado civil					
Casado	30	33,0	37	40,7	
Viúvo	12	13,2	8	8,8	0,28357
Solteiro	3	3,3	1	1,1	
Escolaridade					
Sem escolaridade	6	6,6	12	31,9	
De 1 a 4 anos de estudo	32	35,2	27	10,9	
De 5 a 8 anos de estudo	7	7,7	3	3,3	0,09109
De 9 a 11 anos de estudo	-	-	3	3,3	
12 anos de estudo ou mais	-	-	1	1,1	
Arranjo familiar					
Acompanhado	39	42,9	41	45,1	0,71851
Sozinho	6	6,6	5	5,5	0,7 100 1
Classe econômica					
Classe B	6	6,6	10	11,0	
Classe C	28	30,8	28	30,8	0,48122
Classe D	11	12,1	8	8,8	
Situação econômica					
Economicamente inativo	37	40,7	35	38,5	0,47156
Economicamente ativo	8	8,8	11	12,1	0,47 100
IMC					
Baixo peso	4	4,4	6	6,6	
Peso adequado	17	18,7	24	26,4	0,35096
Excesso de peso	5	5,5	4	4,4	0,55050
Obesidade	19	20,9	12	13,2	
AMB					
Com risco para subnutrição	4	4,4	12	13,2	0,03118*
Estado nutricional adequado	<u>41</u>	45,1	34	37,4	

IMC = Índice de massa corporal; AMB = Área muscular do braço

^{*}Existe associação pelo teste qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5%.

Tabela 3. Distribuição dos idosos, segundo capacidade funcional, variáveis sócios demográficas e estado nutricional pelos indicadores antropométricos (IMC, AMB). Marialva-PR, 2012

Ivialialva-i IX, 2012	C	Capacidade Funcional			p
Variáveis	Independente		Moderadamente dependente		
	N(45)	%	N(46)	%	_
Gênero					
Masculino	22	24,2	5	5,5	0,00036*
Feminino	26	28,6	38	41,8	0,00030
ldade					
60 a 69 anos	36	39,6	29	31,9	0,42557
70 a 79 anos	12	13,2	14	15,4	0,42337
Estado civil				6	
Casado	39	42,9	28	30,8	
Viúvo	6	6,6	14	15,4	0,05646
Solteiro	3	3,3	1	1,1	
Escolaridade					
Sem escolaridade	6	6,6	12	13,2	
De 1 a 4 anos de estudo	34	37,4	25	27,5	
De 5 a 8 anos de estudo	5	5,5	5	5,5	0,34914
De 9 a 11 anos de estudo	2	2,2	1	1,1	
12 anos de estudo ou mais	1	1,1	-	-	
Arranjo familiar					
Acompanhado	42	46,2	38	41,8	0.00063
Sozinho	6	6,6	5	5,5	0,89862
Classe econômica					
Classe B	9	9,9	7	7,7	
Classe C	32	35,2	24	26,4	0,29504
Classe D	7	7,7	12	13,2	
Situação econômica					
Economicamente inativo	34	37,4	38	41,8	0.02007*
Economicamente ativo	14	15,4	5	5,5	0,03987*
IMC					
Baixo peso	4	4,4	6	6,5	
Peso adequado	23	25,3	18	19,8	0.76745
Excesso de peso	4	4,4	5	5,5	0,76745
Obesidade ·	17	18,7	14	15,4	
AMB					
Com risco para subnutrição	7	7,7	9	9,9	0,42717
Estado nutricional adequado	41	45,1	34	37,4	U,42/1/

IMC = Índice de massa corporal; AMB = Área muscular do braço *Existe associação pelo teste qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5%.

4. ARTIGO 2

FATORES ASSOCIADOS AO ESTADO EMOCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FACTORS ASSOCIATED WITH EMOTIONAL STATE OF ELDERLY ASSISTED BY

THE FAMILY HEALTH STRATEGY

KATIUSCIA PEREIRA ROCHA¹; ROSE MARI BENNEMANN²; MAYRA COSTA

MARTINS³

4.1 Resumo

Objetivo: pesquisar a associação entre depressão, estado nutricional e variáveis sociodemográficas em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Metodologia**: O estudo foi transversal, com coleta de dados primários e amostra de conveniência, realizado em seis Unidades Básicas de Saúde, do Município de Marialva-PR, de outubro a dezembro de 2012. Foram avaliados indivíduos idosos (idade ≥ 60 anos), de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF).O estado emocional(depressão) foi identificado pela Escala de Depressão Geriátrica, na forma reduzida (GDS 15).O estado nutricional foi determinado pelo indicador nutricional índice de massa corporal (IMC) (kg/m²). A associação entre estado emocional, estado nutricional e variáveis sociodemográficas foi verificada por meio do teste qui-quadrado. **Resultados**: dos 91 idosos avaliados, 64 (70,3%) eram

Endereço para correspondência:

Endereço para correspondencia.

Katiuscia Pereira Rocha - Rua Martin Afonso, nº. 300, Zona 2; Maringá – PR Fone: (44) 3305 8958 (44) 9840 1422

Mestranda do curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Promoção da Saúde – PPGPS – UniCesumar.

² Orientadora Prof^a Dr^a. em Saúde Pública pela FSP/USP .Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Promoção da Saúde – PPGPS – UniCesumar.

³ Co-orientadora Prof^a Dr^a em Ciências da Saúde pela EERP/USP. Docente do UniCesumar.

do sexo feminino e 27 (29,7%) do sexo masculino. A média de idade foi de 67,9±4,8 anos. Do total de idosos , 23,1% apresentaram sintomas de depressão e destes 3,3%, depressão grave. A avaliação do estado nutricional pelo IMC mostrou que 11% dos idosos estavam com baixo peso, 45,1% com peso adequado, 9,9% com excesso de peso e 34,1% com obesidade. Em relação à escolaridade, a maioria (64,8%) tinha de um a quatro anos de estudo. Quanto ao estado civil, 73,6% eram casados, 79,1% economicamente inativos e 87,9% viviam acompanhados. A maioria (61,5%) pertencia à classe econômica C. **Conclusão**: não foi verificada associação estatisticamente significativa entre depressão, estado nutricional e variáveis sociodemográficas.

Palavras chave: idoso, depressão, nutrição.

4.2 Abstract

Objective: To investigate the association between depression, nutritional status and sociodemographic variables in elderly assisted by the Family Health Strategy. **Method**: This was a cross-sectional study, with primary data gathering, with convenience sample, conducted in six Basic Health Units of the city of Marialva-PR, from October to December 2012. Elderly (age ≥ 60 years) of both sexes enrolled in the Family Health Strategy (FHS) were evaluated. Emotional status(depression) was identified by the Geriatric Depression Scale (GDS 15). The nutritional status evaluation was performed by nutritional indicator body mass index (BMI) (kg/m²). The association between emotional status (depression), nutritional status and sociodemographic variables was assessed by the chi-squared test. Results: From the 91 patients evaluated, 64 (70.3%) were female and 27 (29.7%) were male. The mean age was 67.9±4.8 years. From the total, 23.1% had depression symptoms and in this group, 3.3% had severe depression. The assessment of nutritional status through BMI showed that 11.0% of the elderly were underweight, 45.1% with adequate weight, 9.9% were overweight and 34.1% were obese. Regarding schooling, the majority (64.8%) had 1-4 years of study. Regarding marital status, 73.6% were married, 79.1% were economically inactive and 87.9% lived accompanied. The majority (61.5%) to the economy class C. Conclusion: There

31

wasn't any statistically significant association between depression, nutritional status

and sociodemographic variables.

Keywords: elderly, depression, nutrition

4.3 Introdução

A população de idosos no Brasil vem aumentando de forma acelerada,

caracterizando o processo de transição demográfica. A expectativa de vida, hoje, no

Brasil, é de aproximadamente de 74,8 anos, sendo de 70,6 anos para os homens e

de 77,7 anos para as mulheres. Paralelamente ao aumento dos idosos na

população, observa-se o aumento da prevalência de doenças não transmissíveis²,

dentre elas as enfermidades neuropsiquiátricas, como a depressão.³

O envelhecimento, segundo Moraes⁴ (2010), é dividido em biológico e psíguico.

O envelhecimento psíquico normal está associado a alterações dos neurônios e

mudanças sistemas neurotransmissores, com diminuição nos

dopaminérgica e colinérgica. Apesar disso, durante o envelhecimento, não é comum

alterações na funcionalidade da capacidade mental do idoso. O conhecimento de

quais e como as funções psíquicas se modificam é essencial para que os idosos não

sejam tratados como indivíduos limitados cognitivamente. 4 Nesse sentido, um grande

desafio é diferenciar o envelhecimento normal do patológico.5

A depressão é definida como a presença de sintomas de humor deprimido,

diminuição do interesse e prazer na maioria das atividades (anedonia), insônia ou

hipersônia, ganho ou perda de peso acima de 5%, redução na capacidade de

concentração, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, ideia inapropriada de

menos valia ou de culpa, pensamento recorrente de morte ou de ideação suicida. A

sintomatologia deve persistir por mais de duas semanas, com perturbação ou

alteração da capacidade funcional e não pode estar relacionada com o uso de

alguma substância, condição médica ou luto.6

A investigação da depressão em idosos é de extrema importância devido o

impacto social que a mesma ocasiona, tendo em vista que aumenta os custos na

área da saúde, afeta o convívio familiar e incapacita o idoso⁷. Entretanto, o

diagnóstico da depressão é difícil, em razão da presença de múltiplas patologias no

idoso e consequente uso de diversos medicamentos⁸, que podem mascarar o quadro. Outra dificuldade se relaciona com a abordagem que é realizada de maneira fragmentada. O idoso é frequentemente avaliado por diversos profissionais, que muitas vezes não correlacionam à interação das diversas patologias e não fazem o diagnóstico do real problema que o acomete⁹.

O ato de se alimentar, bem como o preparo de refeições, pode estar prejudicado no idoso com depressão e pode justificar a baixa ingestão alimentar e o surgimento de casos de subnutrição. Por outro lado, a utilização de alimentos industrializados, de fácil preparo, de valor calórico elevado, pobres em micronutrientes pode levar ao excesso de peso¹⁰. Os nutrientes são essenciais na proteção ou na aceleração das enfermidades.¹¹

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo verificar a associação entre depressão, estado nutricional e variáveis sociodemográficas em idosos atendidos em unidades básicas de saúde pela estratégia saúde da família.

4.4 Metodologia

O estudo foi transversal, com coleta de dados primários com amostra de conveniência, realizado em seis unidades básicas de saúde, do Município de Marialva-PR, no período de outubro a dezembro de 2012. Foram avaliados indivíduos idosos (idade ≥ a 60 anos), de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). Inicialmente, realizou-se estudo piloto, a fim de determinar a viabilidade da aplicação dos diversos testes necessários para efetivar a pesquisa. Foram excluídos idosos com deficiência visual e auditiva (grave ou não corrigida), com deficiência física que impossibilitasse a realização da antropometria e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do UniCesumar - Centro Universitário Cesumar, sob o número 99865, em 17/9/2012. Todos os idosos que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

O estado emocional foi verificado pela presença de depressão. Foi utilizado a Escala de Depressão Geriátrica, desenvolvida por Yesavage et al.¹² (1983), na forma reduzida (GDS 15), na versão brasileira, conforme proposto por Almeida &

Almeida¹³ (1999). A escala consiste em 15 perguntas negativas/afirmativas: seis ou mais pontos diagnosticam depressão e 11 ou mais pontos caracterizam depressão grave.

A avaliação do estado nutricional foi realizada pelo indicador nutricional: índice de massa corporal (IMC) (kg/m²). O IMC foi calculado dividindo—se o peso corporal (kg) pela estatura (m) elevada ao quadrado: IMC (kg/m²) = P/E². O peso em quilogramas foi aferido com a utilização de balança plataforma, digital, com capacidade de 150kg e sensibilidade de 100g, da marca Bioland (série *Premium*). Para a pesagem, o idoso ficou em pé, descalço, com o mínimo de vestuário, no centro da balança, de maneira que o peso do corpo ficasse distribuído entre os pés. A medida, foi repetida duas vezes, permitindo-se diferença entre elas de no máximo 400g até 100kg e 500g de 100 a 150kg, sendo utilizada a média das medidas.

A estatura foi mensurada com fita métrica inextensível, com dois metros de extensão, e escala em milímetros, fixada em parede sem rodapé. O idoso ficou em pé, descalço, com os calcanhares e pés unidos, panturrilhas encostadas na parede, posição ereta, olhando para frente (plano horizontal de *Frankfort*). A medida foi realizada quando cinco pontos se encostaram à parede (cabeça, ombros, nádegas, panturrilha e calcanhar). A medida foi repetida duas vezes, aceitando-se diferença entre elas de no máximo um centímetro. Sendo utilizada a média delas.

Para análise dos valores de IMC, foi utilizada a classificação da Organização Pan-Americana de Saúde¹⁴: baixo peso: IMC menor a 23 kg/m²; peso adequado: IMC igual a 23 e menor a 28 kg/m²; excesso de peso: IMC maior ou igual a 28 kg/m² e menor que 30 kg/m²; obesidade: IMC maior e igual a 30 kg.

As variáveis sociodemográficas: idade (caracterizada por grupo etário: 60-69 anos, 70-79 anos e 80 e mais), sexo (masculino ou feminino), escolaridade (categorizada por anos de estudo em: sem escolaridade, 1-4 anos; 5-8 anos; 9-11 anos e maior ou igual há 12 anos), estado civil (solteiro, união consensual, separado/divorciado/desquitado e viúvo), arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado), situação ocupacional (ativo ou inativo economicamente) classe econômica de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil 15 agrupadas em classe A (A1 + A2), B (B1 + B2), C (C1 + C2) e D (D + E) foram coletados com o auxílio de formulário.

A associação entre estado emocional (depressão), estado nutricional e variáveis sociodemográficas foi verificada por meio do teste qui-quadrado. O banco

de dados foi elaborado no programa Excel, versão 2010. Todas as análises estatísticas foram realizadas com auxílio do programa *Statistica* 8.0. Em todas as análises foi utilizado o nível de significância de 5%.

4.5 Resultados

Dos145 idosos que compareceram nas Unidades Básicas de Saúde, 110 aceitaram participar do estudo e 35 recusaram. Entre os que aceitaram, 10 foram excluídos por participarem do teste piloto, 3 por apresentarem deficiência visual não corrigida, 4 por deficiência auditiva grave e 2 por apresentarem deficiência física que impossibilitava a realização da antropometria.

Dos 91 idosos avaliados, 64 (70,3%) eram do sexo feminino e 27 (29,7%) do sexo masculino. A média de idade foi 67,9±4,8 anos, sendo de 67,9±4,8 anos para as mulheres e de 67,8±4,4 anos para os homens. Do total, 23,1% apresentaram sintomas de depressão e destes 3,3%, depressão grave.

De acordo com a tabela 1, a maioria (71,4%) pertencia ao grupo etário de 60-69 anos, 19,8% não possuíam nenhum grau de escolaridade, 64,8% tinham de um a quatro anos de estudo, 73,6% eram casados, 79,1% economicamente inativos, 87,9% viviam acompanhados e 61,5% pertenciam à classe econômica C.

Em relação ao estado nutricional 45,1% dos idosos tinham peso adequado e 34,1% apresentaram obesidade. O sexo masculino apresentou o maior percentual (44,4%) de idosos com obesidade (Tabela 2).

Considerando o estado emocional, maior percentual de idosos com depressão foi verificado no sexo feminino (16,5%), no grupo etário dos 60 aos 69 anos de idade (15,4%), nos casados (18,7%), nos com um a quatro anos de estudo (9,9%), nos acompanhados (18,7%), na classe C (12,1%), nos economicamente inativos (15,4%), e nos com peso adequado (IMC). Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre depressão, estado nutricional e variáveis sociodemográficas (Tabela 4).

4.6 Discussão

No presente estudo houve predominância de idosos do sexo feminino. Fato também observado na população brasileira. Essa diferença está relacionada com a maior mortalidade por sexo e a maior expectativa de vida das mulheres¹. Da mesma forma, a prevalência de idosos jovens (60 aos 69 anos), também, é encontrada em outros estudos^{16, 17}. Idosos mais velhos frequentemente apresentam maior comprometimento de saúde e dependência¹⁸. Fatores que podem limitar a procura e o acesso às unidades básicas de saúde.

A maioria dos idosos referiu não ter escolaridade e/ou ter de um a quatro anos de estudo, indicando baixa escolaridade. No Brasil, segundo dados oficiais, 30,7% dos idosos têm menos de um ano de instrução¹. Outras investigações realizadas em diferentes regiões do país ratificam a baixa escolaridade dos idosos^{16, 19, 20}

Em relação ao estado civil, a maioria dos idosos era casada. A prevalência de idosos casados também foi observada no estudo de Menezes et al. 17 (2007), no qual 48,5% dos 483 idosos avaliados do município de Fortaleza, estado do Ceará, eram casados. Já no estudo de Paradela et al. 8 (2005) ao estudarem idosos de uma unidade de saúde pública, do Rio de Janeiro, verificaram que apenas 35,4% dos idosos eram casados e quase 60% não tinham parceiros (viúvos, separados, solteiros).

No que diz respeito à classe econômica e situação ocupacional, verificou-se percentuais elevados de idosos da classe C e economicamente inativos. Idosos economicamente inativos, ainda, foram observados na pesquisa de Feliciano et al.²¹, na qual 82,8% dos idosos entrevistados no município de São Carlos, estado de São Paulo, não exerciam nenhuma atividade de trabalho. Esses resultados não confirmam o verificado em países menos desenvolvidos, onde os idosos tendem a se manter economicamente ativos pela necessidade de subsistência³.

Em relação ao estado nutricional, embora tenha sido verificado alto percentual com estado nutricional adequado, observou-se a prevalência elevada de idosos com excesso de peso e obesidade, sendo o percentual de excesso de peso maior nas mulheres e o de obesidade nos homens.

O aumento contínuo do excesso de peso e obesidade na população, com mais de 20 anos de idade tem sido observada ao longo dos últimos 35 anos. O excesso de peso aumentou em quase três vezes entre os homens, de 18,5% em 1974-75 para 50,1% em 2008-2009. Nas mulheres, aumentou de 28,7% para 48%.

Já o déficit de peso segue em declínio (8% em 1974-75 para 1,8% entre os homens e de 11,8% para 3,6% entre as mulheres). A região Sul foi a região que apresentou as maiores frequências, tanto de excesso de peso (56,8% de homens, 51,6% das mulheres), quanto de obesidade (15,9% de homens e 19,6% de mulheres). O declínio da prevalência de baixo peso e o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade na população reflete o processo de transição nutricional que o país vem vivenciando nas últimas décadas²².

Estudos com idosos, também, mostram essa tendência^{23, 24}. A mudança no perfil antropométrico está relacionada com hábitos alimentares inadequados. Freitas et al.²⁵ (2011) ao avaliarem hábitos nutricionais de 100 idosos atendidos no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia, localizado em São Miguel Paulista, na cidade de São Paulo, verificaram elevado consumo de carboidratos refinados em detrimento ao consumo de alimentos integrais. Em Bambuí (MG), 84 idosos ao serem indagados a respeito dos hábitos alimentares, 64,3% relataram baixa ingestão protéica e 35,7% informaram consumo excessivo de ácidos graxos insaturados²⁶.

A depressão está entre as principais doenças crônicas que afetam idosos mundialmente³, porém existem poucos estudos dessa síndrome relacionada com indivíduos idosos na literatura vigente. Veras & Murphy²⁷ (1994) realizaram pesquisa em três distritos do município de Rio de Janeiro e verificaram 26% de síndrome depressiva nos idosos avaliados.

Neste estudo, o sexo feminino apresentou maior percentual de idosos com depressão. Resultado, também, verificado em outros estudos^{28,29}. As mulheres apresentam maior prevalência de transtornos de ansiedade e humor do que os homens. Já os homens apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas e transtornos de personalidade. No sexo feminino, a presença de esteróides sexuais, particularmente o estrógeno, agem na modulação do humor, o que em parte explicaria a maior prevalência de transtornos de ansiedade e humor nas mulheres. Outros fatores como a influência de pressões sociais, estresse crônico, a maneira de lidar com problemas e a facilidade da mulher em identificar sintomas e procurar ajuda³⁰, também, contribuem com essa teoria.

Em relação ao grupo etário, os idosos entre 60 a 69 anos de idade apresentaram maior percentual de depressão. Em contraponto a este estudo, Gazalle²⁹ (2004) verificou a prevalência de depressão em indivíduos idosos mais velhos.

Os idosos sem escolaridade e com um a quatro anos de estudo e baixo nível socioeconômico apresentaram maior percentual de depressão. Outros estudos, igualmente, verificaram o predomínio de depressão em idosos com nível socioeconômico²⁹ ou escolaridade baixa³¹.

Em relação ao estado nutricional e depressão, verificou-se que apenas entre os idosos com peso adequado (N=39), excesso de peso (N=39) e obesidade (N=39) a depressão foi detectada, correspondendo a 23,0%, a 22,2% e a 23,3%, respectivamente. Resultado que chama atenção, pois se esperava encontrar depressão, principalmente, entre os idosos com baixo peso, tendo em vista que um dos sintomas que se associa a depressão é a falta de apetite, com consequente diminuição na ingestão alimentar¹⁰ e perda de peso.

A identificação do que faz parte do envelhecimento normal e o que é patológico será sempre um desafio, considerando que os indivíduos possuem características específicas. O conhecimento do perfil sociodemográfico e dos eventos que acometem a saúde dos individuos são essenciais para que se possa planejar e implementar ações de promoção da saúde.

Um fator importante a ser considerado foi a ausência de idosos mais velhos nas unidades nos dias da realização da pesquisa, desta forma não foi possível comparações com este grupo etário. Embora a avaliação física e o teste aplicado serem rápidos e de fácil aplicação, nos idosos demandam mais tempo, diminuindo a disponibilidade dos que aguardavam para participar.

Os resultados desta pesquisa não encontraram associação estatisticamente significativa entre depressão, estado nutricional e variáveis sociodemográficas. Porém, os valores encontrados mostram alterações importantes no estado nutricional e na presença de depressão. Fatores que mesmo sem associação tendem a apresentar complicações e mortalidade nos idosos. O excesso de peso e a obesidade devem ser evitados e reduzidos nos indivíduos idosos, pois constituem fatores de risco para doenças como a hipertensão arterial, doenças cardio e cerebrovasculares, diabetes, câncer e osteoartrose.

É necessário estar atento às queixas que muitas vezes passam desapercebidas, ocultando quadro depressivo, visto que, quanto mais precoce o diagnóstico e tratamento, mais rápido o idoso retoma a vida normal, diminuindo o sofrimento e melhorando a qualidade de vida.

4.7 Referências

¹Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. http://www.censo2010.ibge.gov.br (acessado em 05/Fev/2013).

²Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública, 2009; 43 (3):548-54.

³World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

⁴Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Rev. Méd. Minas Gerais, 2010; 20 (1):67-73.

⁵Silvestre JA, Costa Neto, MM. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, 2003; 19 (3): 839-47.

⁶AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2002.

⁷Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev. Bras. Psiquiat., 1999; 21: 1-5.

⁸Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública, 2005; 39 (6):918-23.

⁹Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(3) 691-700.

¹⁰Florentino AM Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: FRANK AA, SOARES EA. Nutrição no envelhecer. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 3-11.

¹¹Pfrmer K, Ferrioli E. Fatores que interferem no estado nutricional do idoso. In: Vítolo MR. Nutrição da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 459-60.

¹²Yesavage JA, Brink, TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psych Res, 1983; 17(1):37-49.

¹³Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr, 1999; 57(2B): 421-6.

¹⁴ OPAS. Organização Pan Americana. XXXVI Reunion del Comitê Asesor de investigaciones em salud - Encuesta multicêntrica - Salud bienestar y envejecimiento en el caribe - informe preliminar. http://www.opas.org/ program/ sabe.htm (acessado em 05/Fev/2013).

¹⁵ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério padrão de classificação econômica. 2012.

- ¹⁶Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSDBS, Silva NND, Marucci MDFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. Rev. Bras. Epidemiol, 2007; 10 (2): 190-201.
- ¹⁷ Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Household survey of the Elderly Population of Fortaleza/CE: methodological issues and socio-demographic characteristics. Rev. Bras. Epidemiol, 2007; 10 (2):168-71.
- ¹⁸ Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev Saúde Pública, 2005; 39 (4):655-62.
- ¹⁹ Paskulin LM, Vianna LA. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. Rev Saúde Pública, 2007; 41 (5):757-68.
- ²⁰ Bennemann RM. Associação do estado nutricional com capacidade cognitiva, sexo e idade em idosos residentes na cidade de Maringá/PR. [Tese].Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.
- ²¹Feliciano AB, MORAES AS, FREITAS ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad. Saúde Pública, 2004; 20 (6):1575-85.
- ²²POF. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevi da/pof/2008 2009/POFpublicacao.pdf (acessado em 05/Fev/2013).
- ²³Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. Arq Bras Endocrinol Metab, 2001; 45 (5): 494-501.
- ²⁴Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. Cad Saúde Pública, 2009; 25 (7):1569-77.
- ²⁵ Freitas AMP, Philippi ST, Ribeiro SML. Listas de alimentos relacionados ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. Rev Bras Epidemiol, 2011; 14 (1): 161-77.
- ²⁶ Lopes ACS, Caiaffa WT, Sichieri R, Mingoti SA, Lima-Costa MF. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública, 2005; 21 (4):1201-9.
- ²⁷ Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. Intern J Geriatric Psychiatry, 1994; 9 (4):285-95.
- ²⁸Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. Rev Saúde Pública, 2006; 40 (4):734-6.

- ²⁹Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública, 2004; 38 (3):365-71.
- ³⁰ Andrade LH, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiquiatr Clin, 2006; 33 (2):43-54.
- ³¹Leite, V. M. M., Carvalho, E. D., Barreto, K. M. L., & Falcão, I. V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Rev Bras Saúde Matern Infant, 2006. 6(1), 31-8.

APÊNDICE

Tabela 1. Distribuição dos idosos, segundo gênero e características sociodemográficas Marialva-PR, 2012

sociodemograficas Marialva-PR	k, 2012	
Características	N (91)	%
Gênero		
Masculino	27	29,7
Feminino	64	70,3
ldade		
60 a 69 anos	65	71,4
70 a 79 anos	26	28,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	18	19,8
De 1 a 4 anos de estudo	59	64,8
De 5 a 8 anos de estudo	10	11,0
De 9 a 11 anos de estudo	3	3,3
12 anos de estudo ou mais	1	1,1
Estado civil		
Casado(a)	67	73,6
Viúvo(a)	20	22,0
Solteiro(a)	4	4,4
Situação econômica		
Economicamente inativo	72	79,1
Economicamente ativo	19	20,9
Arranjo familiar		
Acompanhado	80	87,9
Sozinho	11	12,1
Classe econômica		
Classe B	16	17,6
Classe C	56	61,5
Classe D	19	20,9

Tabela 2. Distribuição dos idosos, segundo estado nutricional e gênero. Marialva-PR, 2012.

	Gênero							
IMC	Masculino		Fem	ninino	Total			
	N	%	N	%	N	%		
Baixo peso	1	3,7	9	14,1	10	11,0		
Peso adequado	13	48,2	28	43,7	41	45,0		
Excesso de peso	1	3,7	8	12,5	9	9,9		
Obesidade	12	44,4	19	29,7	31	34,1		
Total	27	100,0	64	100,0	91	100,0		

IMC= Índice de massa corporal.

Tabela 3. Distribuição dos idosos, segundo estado emocional, variáveis sociodemográficas e estado nutricional Marialva - PR, 2012.

sociodemogranicas e estado	Estado emocional						_
Variáveis	Sem depressão		Depressão		Depressão grave		р
	N(70)	%	N(18)	%	N(3)	%	-
Gênero							_
Masculino	24	26,4	3	3,3	-	-	0,17918
Feminino	46	50,5	15	16,5	3	3,3	
Idade							
60 a 69 anos	49	53,8	14	15,4	2	2,2	0,79498
70 a 79 anos	21	23,1	4	4,4	1	1,1	
Estado civil							
Casado	49	53,8	17	18,7	1	1,1	0,08623
Viúvo	17	18,7	1	1,1	2	2,2	0,00023
Solteiro	4	4,4	-	-	-	-	
Escolaridade							
Sem escolaridade	12	13,2	5	5,5	1	1,1	
De 1 a 4 anos de estudo	48	52,7	9	9,9	2	2,2	0,89852
De 5 a 8 anos de estudo	7	7,7	3	3,3	-	-	0,09032
De 9 a 11 anos de estudo	2	2,2	1	1,1	-	-	
12 anos de estudo ou mais	1	1,1	-	-	-	-	
Arranjo Familiar							
Acompanhado	61	67,0	17	18,7	2	2,2	0,36132
Sozinho	9	9,9	1	1,1	1	1,1	
Classe econômica							
В	12	13,2	4	4,4	-	-	0,88545
С	43	47,3	11	12,1	2	2,2	0,00545
D	15	16,5	3	3,3	1	1,1	
Situação econômica							
Economicamente inativo	55	60,4	14	15,4	3	3,3	0,66229
Economicamente ativo	15	16,5	4	4,4	-	-	
IMC							
Baixo peso	10	11,0	-	-	-	-	
Peso adequado	30	33,0	9	9,9	2	2,2	0,68184
Excesso de peso	7	7,7	2	2,2	-	-	0,00104
Obesidade	23	25,3	7	7,7	1	1,1	

IMC = Índice de Massa Corporal

^{*} Existe associação pelo teste qui-quadrado, considerando nível de significância de 5%.

5. CONCLUSÃO

A pesquisa teve por objetivo avaliar o estado nutricional, funcional, cognitivo e emocional dos idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde, do município de Marialva-PR.

Os resultados mostraram associação estatisticamente significativa entre capacidade funcional e gênero e entre capacidade funcional e situação econômica. Já em relação a depressão, estado nutricional e variáveis sociodemográficas não foi verificada associação estatisticamente significativa.

Com o aumento cada vez mais significativo de idosos na população, é essencial que os serviços de saúde do Brasil, principalmente os de Atenção Básica, estejam preparados para acolher, avaliar e tomar medidas preventivas e curativas relacionadas a esta faixa etária. Avaliar o estado nutricional, cognitivo, investigar sintomas depressivos, avaliar a capacidade funcional e fatores associados são de grande importância para a manutenção e melhoria da qualidade de vida dos idosos em suas comunidades.

REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, Aug. 2007.

BRASIL. **Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei 8.842,de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras Providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 4 jul. 1996.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

COSTA, Maria Fernanda Lima; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, May 2003.

GUEDES, Ana Carolina Bastos; GAMA, Carolina Rebêlo; TIUSSI, Adriani Cristini Rosa. Avaliação nutricional subjetiva do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN®). **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 19, n. 4, p. 375-384, 2008.

IBGE 2011. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br. Acesso em: 5 fev. 2013.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

NERI, A. Dependência e autonomia. In: GUARIENTO, M. E.; NERI, A. (Ed). **Assistência ambulatorial ao idoso**. Campinas: Alínea, 2010. p.31-44.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2003.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

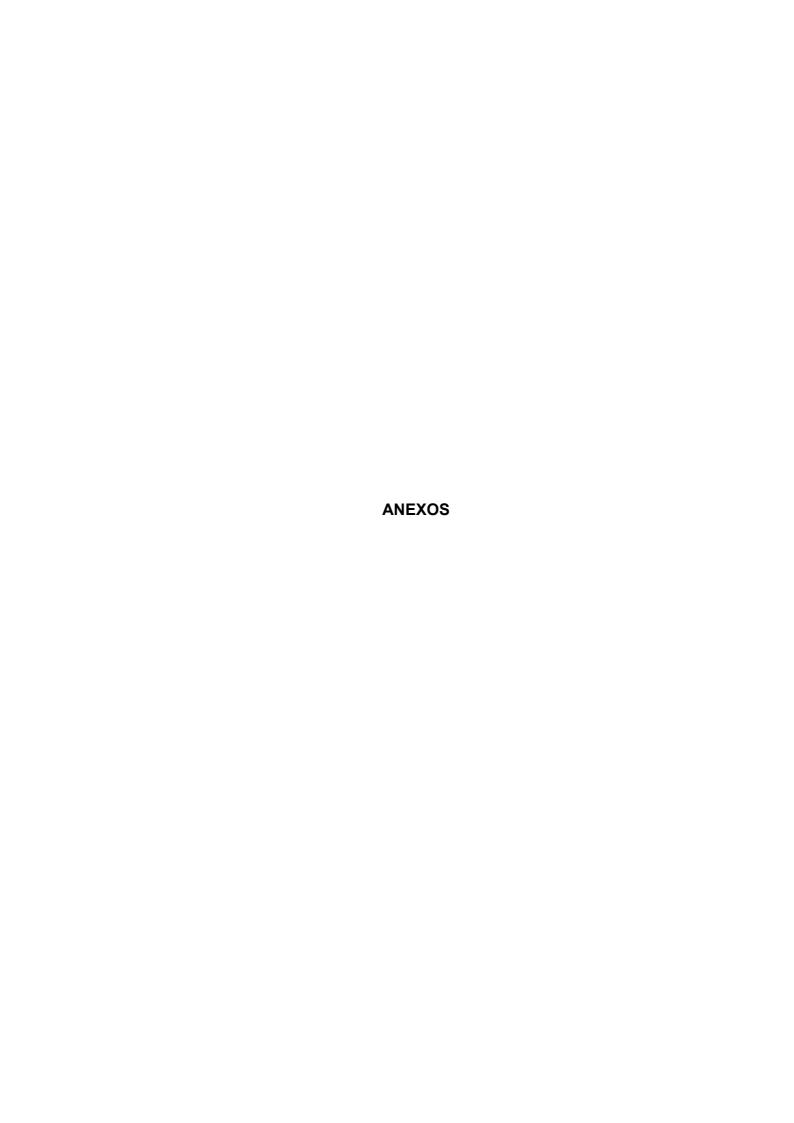
SAMPAIO, Lílian Ramos. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, Dec. 2004.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Approach to the elderly in family health programs. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2463-2466, out. 2007.

VITIELLO, Ana Paula P. et al. Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatórios de neurologia geral. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 65, n. 2A, p. 299-303, 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR



PROJETO DE PESQUISA

Título: ESTADO NUTRICIONAL, COGNITIVO E FUNCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS PELAS

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARIALVA-PR.

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05299712.4.0000.5539

Pesquisador:

katiuscia pereira rocha

Instituição:

Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer:

99.865

Data da Relatoria:

14/09/2012

Apresentação do Projeto:

O estudo será transversal e com coleta de dados primários. A amostra será composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no Município de Marialva e cadastrados na Estratégia Saúde da Família. A avaliação do estado nutricional será realizada por meio de indicadores antropométricos: índice de massa corporal (IMC) e área muscular do braço (AMB). Para a investigação da capacidade cognitiva será utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com pontos de corte diferenciados em função da escolaridade e aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Para a avaliação funcional serão utilizadas as escalas de EIAVD (Escala de Independência em Atividades da Vida Diária) e AIVD (atividades instrumentais de vida diária). Será realizado teste piloto.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o estado nutricional, funcional, cognitivo em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do Município de Marialva-PR; determinar a prevalência de idosos subnutridos, com risco para nutrição e estado nutricional adequado; determinar a prevalência de idosos com limitação funcional; determinar a prevalência de idosos com perda da capacidade cognitiva; determinar a prevalência de depressão nesses idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá risco ao idoso participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevate e de interesse à àrea uma vez que os resultados poderão propiciar à Secretaria de Saúde e às equipes da ESF, deste município, informações que poderão ser utilizadas para futuras intervenções além de poder beneficiar outros idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As autoras apresentam folha de rosto, TCLE, orçamento, ofício de encaminhamento ao CEP, instrumento de coleta de dados, declaração do local onde a pesquisa ocorrerá, curriculo das pesquisadoras bem como cronograma adequadamente preenchidos.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 ¿ Térreo

Bairro: Jardim Aclimação

CEP: 75.000-000

UF: PR

Município: MARINGA

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@cesumar.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR



Conclusões ou Pendências e List	a de Inadequações:
Não se aplica.	
Situação do Parecer:	
Aprovado	
Necessita Apreciação da CONEP:	
Não	
Considerações Finais a critério de	o CEP:
O projeto deverá ser aprovado.	
	MARINO 47 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	MARINGA, 17 de Setembro de 2012
	Assinado por:
	Joaquim Martins Junior

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 ¿ Térreo

Bairro: Jardim Aclimação UF: PR Município: MARINGA

Telefone: (44)3027-6360

CEP: 75.000-000

E-mail: cep@cesumar.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ESTADO NUTRICIONAL, COGNITIVO E FUNCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARIALVA-PR.

Eu, declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelos pesquisadores Prof. Dra. Rose Mari Bennemann (orientadora) e Katiuscia Pereira Rocha(orientanda), em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado ESTADO NUTRICIONAL, COGNITIVO E FUNCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS PELAS EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA DO MUNICIPIO DE MARIALVA-PR cujo objetivo é avaliar meu estado nutricional, funcional e cognitivo. Será realizada uma entrevista e aplicados 4 testes: 2 para avaliar a capacidade cognitiva e 2 para avaliar a capacidade funcional. Além disso, serão aferidas as medidas de estatura, peso, circunferência do braço e dobra cutânea tricipital. A pesquisa não trará nenhum risco e desconforto a saúde. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu,					, após
ter lido e er	tendido as informaçõe	s e esclarecido	toda	s as minhas dúv	idas referentes
a este e	estudo com o pro	fessor Rose	Mar	i Bennemann	CONCORDO
VOLUNTAF	RIAMENTE em particip	ar do mesmo.			
Eu, Rose M	1ari Bennemann, decla	aro que forneci	todas	s as informações	s referentes ao
estudo ao s	ujeito da pesquisa. Pa	ra maiores esc	lareci	mentos, entrar e	m contato com
	, ,				
os pesquisa	adores nos endereços	abaixo reiacion	ados.		
Nome:	Dra. Rose Mari Benr	emann			
Endereço:	Avenida Guedner 1.6	10			
Bairro:	Jardim Aclimação				
Cidade:	Maringá			UF: Paraná	
Fones:	(44) 3027 6360	e-mail:	rose	emari@cesumar.	br
Nome:	Katiuscia Pereira Ro	cha			
Endereço:	Avenida Guedner 1.6	610			
Bairro:	Jardim Aclimação				
Cidade:	Maringá			UF: Pa	araná
Fones:	(44)3027 6360	e-n	nail:	dra_kathyrocha	@hotmal.com

Marialva / / .

51

Revista: Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento

Diretrizes para Autores

3.0Procedimentos para o envio dos manuscritos:

3.1.1 Ao enviar seu manuscrito o(s) autor(es) está(rão) automaticamente: a)

autorizando o processo editorial do manuscrito; b) garantindo de que todos os

procedimentos éticos exigidos foram atendidos; c) concedendo os direitos autorais

do manuscrito à revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento; d)

admitindo que houve revisão cuidadosa do texto com relação ao português e à

digitação; título, e subtítulo (se houver) em português e inglês; resumo na língua do

texto e em inglês, com as mesmas características; palavras-chave inseridas logo

abaixo do resumo, além de keywords para o abstract; apresentação dos elementos

descritivos das referências utilizadas no texto, que permitam sua identificação

individual; observação das normas de publicação para garantir a qualidade e tornar

o processo editorial mais ágil.

3.1.2 Ao submeter o manuscrito deve ser informado (no portal SEER) nome,

endereço, e-mail e telefone do autor a contatar e dos demais autors. Forma de

Apresentação dos Manuscritos O título deverá ser apresentado em português e

inglês.

3.1.3 Os manuscritos deverão ser digitados em espaço duplo, com no máximo 20

laudas;

3.1.4 A apresentação dos originais deverá seguir as normas atualizadas da

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Recomenda-se a consulta

principalmente às normas NBR 10.520/02 – Citações em documentos; NBR 6024/03

- Numeração progressiva das seções de um documento; NBR 6023/02 -

Referências; NBR 6028/03 – Resumos; NBR 6022/03 –Artigo em publicação

periódica científica impressa - Apresentação. Nota: Os resumos que acompanham

os documentos devem ser de caráter informativo, apresentando elementos sobre as

finalidades, metodologia, resultados e conclusões do estudo.

3.1.5 Figuras, tabelas, quadros, etc., devem ser apresentadas uma em cada página,

acompanhadas das respectivas legendas e títulos. As figuras e tabelas devem ser

apresentadas em preto e branco e não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5

52

cm de comprimento. Devem ser, preferencialmente, elaboradas no Word/Windows.

Não serão aceitas figuras gráficas com cores ou padrões rebuscados que possam

ser confundidos entre si, quando da editoração da revista. As figuras e tabelas

devem vir anexadas no final do artigo, com suas respectivas legendas explicativas.

Deve ser indicado no texto a localização das mesmas, de modo a facilitar o processo

de editoração. Fotos (preto e branco) devem estar em formato TIF, com resolução

de 300 dpi.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a

conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As

submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos

autores.

Enviar em formato DOC

Figuras em formato TIFF

Declaração de Direito Autoral

Os direitos autorais para artigos publicados nesta revista são do autor, com direitos

de primeira publicação para a revista. Em virtude de aparecerem nesta revista de

acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em

aplicações educacionais e não-comerciais.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os

propósitos da Revista, não estando disponíveis para outros fins.

Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. ISSN: 1517-2473 (impresso) e

2316-2171 (eletrônico)

Qualis Capes 2013, área interdisciplinar: B1

Publicações SBGG > Revista Geriatria & Gerontologia

Revista Geriatria & Gerontologia

- Edições
- Sobre a Revista
- Corpo Editorial
- Instruções aos Autores
- Regimento da Revista
- Envio de Artigos

Instruções dos autores

Informações Gerais

A revista **Geriatria & Gerontologia** é a publicação científica da **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG**, a qual veicula artigos que contribuam para a promoção do conhecimento na área de Geriatria e Gerontologia, em suas diversas subáreas e interfaces. A revista tem periodicidade trimestral, aceitando a submissão de artigos em Português e Inglês. Seu conteúdo encontra-se disponível em uma versão impressa, distribuída a todos os associados da SBGG, e uma versão eletrônica acessada por meio do site: www.sbgg.org.br

Avaliação dos Manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista que atenderem à política editorial e às Instruções aos Autores serão encaminhados aos editores, que considerarão o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados para pelo menos dois revisores de reconhecida competência na temática abordada.

A revista adota o procedimento de avaliação por pares (peer review), realizado de forma sigilosa quanto à identidade tanto dos autores, quanto dos revisores. Para assegurar os princípios deste procedimento, é importante que os autores procurem empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito. No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o editor encaminhará o manuscrito a outro revisor.

54

Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades:

a) aceitação integral;

b) aceitação com reformulações;

c) recusa integral.

determinado.

Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de proceder ajustes de gramática necessários. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para as alterações devidas; o trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo

Após aprovação final, os autores devem encaminhar o manuscrito em disquete 3,5' ou CD, empregando editor de texto MS Word versão 6.0 ou superior. Os manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da revista. Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até três meses.

Os manuscritos publicados são de propriedade da revista, sendo proibida tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma.

Tipos de Artigos Publicados

A revista **Geriatria & Gerontologia** aceita a submissão de artigos originais, artigos de revisão, comunicações breves, artigos especiais, bem como cartas ao editor.

Editoriais e Comentários. Esta seção destina-se à publicação de artigos subscritos pelos editores ou aqueles encomendados a autoridades em áreas específicas, devendo ser prioritariamente relacionados a conteúdos dos artigos publicados na revista.

Artigos Originais. Contribuições destinadas à divulgação de resultados de

pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa. Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências. O número total de tabelas e figuras devem ser de no máximo cinco, recomendando-se incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Quanto às figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas. As referências bibliográficas estão limitadas a um número máximo de 30, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional, incluindo Introdução, Métodos, Resultados e Discussão.

Artigos de Revisão. Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, de modo a conter uma análise comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados para a revisão, como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de 5.000 palavras e o número máximo de referências bibliográficas é de 50.

Comunicações Breves. São artigos resumidos destinados à divulgação de resultados preliminares de pesquisa; de resultados de estudos que envolvem metodologia de pequena complexidade; hipóteses inéditas de relevância na área de Geriatria e Gerontologia. Devem ter de 800 a 1.600 palavras (excluindo tabelas, figuras e referências), uma tabela ou figura e no máximo dez referências bilbliográficas. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, fazendo-se exceção aos resumos, que não são estruturados e devem ter até 150 palavras.

Artigos Especiais. São manuscritos entendidos pelos editores como de especial relevância e que não se enquadram em nenhuma das categorias acima. Sua revisão

admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências pré quanto às referências bibliográficas.

Cartas ao Editor. Seção destinada a publicação de comentários, discussão ou críticas de artigos da revista. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, podendo incluir até cinco referências bibliográficas.

Orientações para a Preparação dos Manuscritos

Os manuscritos devem ser digitados em Word for Windows (inclusive tabelas e, se possível, também as figuras); páginas numeradas com algarismos arábicos; letras do tipo Arial, cor preta, corpo 12, espaço duplo, com bordas de 3 cm acima, abaixo e em ambos os lados. Os limites dos trabalhos são de 2.000 a 4.000 palavras para Artigos Originais; 5.000 palavras para Artigos de Revisão; 800-1600 palavras para Comunicações Breves; e máximo de 1000 palavras para Cartas ao Editor.

Devem ser apresentados com as seguintes partes e sequência:

Folha de rosto: Deve incluir:

- a) título completo do trabalho, em português e inglês, com até 90 caracteres;
- b) titulo abreviado do trabalho com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português e inglês;
- c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um;
- d) descrição da contribuição para o trabalho de cada um dos autores;
- e) dados do autor para correspondência, incluindo o nome, endereço, telefone(s), fax e e-mail.

Resumo: todos os artigos submetidos deverão ter resumo em português e em inglês (*abstract*), com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Para os artigos originais e comunicações breves, os resumos devem ser estruturados incluindo objetivos, métodos, resultados e conclusões. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas preferencialmente com as mesmas informações. Não devem conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS – www.bireme.br), quando acompanharem os resumos

em português, e do Medical Subject Headings- MeSH (www.nlm.nih.gov/mesl quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Artigos de Revisão ou, eventualmente, Artigos Especiais, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos, incluindo as seguintes seções:

- Introdução Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento (estado da arte) que serão abordadas no artigo.
- Métodos Deve conter descrição clara e sucinta dos procedimentos adotados; universo e amostra; fonte de dados e critérios de seleção; instrumentos de medida, tratamento estatístico, dentre outros.
- Resultados Deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações e comparações. Sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística.
- Discussão Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura. É importante assinalar limitações do estudo. Deve culminar com as conclusões, indicando caminhos para novas pesquisas ou implicações para a prática profissional.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Conflito de interesse

A declaração de conflito de interesse é um elemento importante para a integridade da pesquisa e das publicações científicas. Aplica-se a todos os autores do manuscrito. O termo Conflito de interesse abrange:

• a) conflitos financeiros: referem-se a empregos, vínculos profissionais, financiamentos, consultoria, propriedade, participação em lucros ou patentes

relacionados a empresas, produtos comerciais ou tecnologias envolvidas no manuscrito;

- b) conflitos pessoais: relação de parentesco próximo com proprietários e empregadores de empresas relacionadas a produtos comerciais ou tecnologias envolvidas no manuscrito;
- c) potenciais conflitos: situações ou circunstâncias que poderiam ser consideradas como capazes de influenciar a interpretação dos resultados.

Referências bibliográficas

As referências devem ser listadas ao final do artigo, numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de et al. As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o Medline.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita em ordem numérica, com algarismos arábicos, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) do(s) autor(es) e ano da publicação, conforme exemplificado abaixo. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "&"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão et al.

Exemplo:

Segadas et al 8 (1961) chamou a atenção para a necessidade de estudos clínicos envolvendo idosos no Brasil. Um fator que contribuiu para esta preocupação foi a publicação de investigações em outros países sobre iatrogenia na idade avançada 9,12,15.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor.

Exemplos:

Livros

Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of clinical geriatrics. 5th. ed. New York: McGraw Hill; 2004.

Capítulos de livros

Sayeg MA. Breves considerações sobre planejamento em saúde do idoso. In: Menezes AK, editor. Caminhos do envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter/SBGG; 1994. p. 25-28.

Artigos de periódicos

Ouslander JG. Urinary incontinence in the elderly. West J Med. 1981; 135 (2): 482-491.

Dissertações e teses

Marutinho AF. Alterações clínicas e eletrocardiográficas em pacientes idosos portadores de Doença de Chagas [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal da SBGG; 2003.

Trabalhos apresentados em congressos, simpósios, encontros, seminários e outros

Petersen R, Grundman M, Thomas R, Thal L. Donepezil and vitamin E as treatments for mild cognitive impairment. In: Annals of the 9th International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders; 2004 July; United States, Philadelphia; 2004. Abstract O1-05-05.

Artigos em periódicos eletrônicos

Boog MCF. Construção de uma proposta de ensino de nutrição para curso de enfermagem. Rev Nutr [periódico eletrônico] 2002 [citado em 2002 Jun 10];15(1). Disponível em: http://www.scielo.br/rn

Textos em formato eletrônico

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. http://www.ibge.gov.br (acessado em 05/Fev/2004). Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Available from URL: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm. Accessed in 1996 (Jun 5).

Programa de computador

Dean AG, et al. Epi Info [computer program]. Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers. Atlanta, Georgia: Centers of Disease Control and Prevention; 1994.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Unifc Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Edit for Medical Publication" (http://www.icmje.org).

Tabelas e Gráficos

Tabelas e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e numerados segundo a ordem de citação no texto e com algarismos arábicos. Devem estar em folhas individuais, separadas do texto, e a cada um atribuir um título breve. Não utilizar traços internos, horizontais ou verticais, nas tabelas; as bordas laterais devem estar abertas. O autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente). Em caso de tabelas, figuras ou quadros extraídos de outras publicações, deve ser enviada, juntamente com o manuscrito, a permissão para reprodução. As notas explicativas, quando necessárias. devem ser colocadas no rodapé das tabelas.

Anexos

Deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas

Deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Autoria

O número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto; o crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e

desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Deve-se incluir uma descrição da contribuição de cada um dos autores.

Pesquisas Envolvendo Seres Humanos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição de origem a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Métodos, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada.

Instruções para o Envio dos Manuscritos

Os trabalhos devem ser enviados por via eletrônica para o endereço: sbggapoio@terra.com.br. O autor para correspondência receberá mensagem acusando recebimento do trabalho; caso isto não aconteça até sete dias úteis do envio, deve-se entrar novamente em contato.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

Resumo de Documentos e Procedimentos

- Envio do manuscrito por via eletrônica
- Verificar a presença de todos os itens da folha de rosto.
- Incluir resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, em folhas separadas, português e inglês.
- Incluir resumos narrativos originais em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês.
- Verificar se o texto está apresentado em letras arial, corpo 12 e espaço duplo, com margens de 3 cm, e em formato Word for Windows (inclusive tabelas).

- Se subvencionado, incluir nomes das agências financiadoras e números do processos.
- Enviar por via postal a Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais assinadas por cada autor.
- Incluir documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica.
- Verificar se as tabelas e figuras estão numeradas sequencialmente, em folhas separadas, com títulos e notas.
- Verificar se as figuras e tabelas estão no formatos requeridos.
- A soma de tabelas e figuras não deve exceder a cinco.
- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.
- Parecer do Comitê de Ética da Instituição, para pesquisa com seres humanos
- Referência, se for o caso, de conflitos de interesse, aplicável a todos os autores do manuscrito.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, MESTRADO

Curso recomendado pela Capes, reconhecido pela Portaria MEC nº 978, de 26/07/2012, Parecer CES/CNE nº 244/2011 – D.O.U. de 29/08/2011.

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos vinte e nove dias do mês de agosto do ano de 2013, às dez horas no (a) UNICESUMAR realizou-se a prova de Defesa de Dissertação, intitulada ESTADO NUTRICIONAL, COGNITIVO, EMOCIONAL E FUNCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO PARANÁ, de autoria do(a) Candidato(a) KATIUSCIA PEREIRA ROCHA, aluno(a) do Programa/Curso de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, em nível de Mestrado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: ROSE MARI BENNEMANN- PROFESSORA ORIENTADORA, Presidente, SONIA MARIA MARQUES GOMES BERTOLINI-PRIMEIRO MEMBRO DA BANCA e GERSISLEI ANTONIA SALADO - SEGUNDO MEMBRO DA BANCA. Concluídos os trabalhos de apresentação e argüição, o(a) candidato(a) foi aprovada pela Comissão Examinadora.

(X)Aprovado(a) sem alterações	()Aprovado(a) com alterações () Reprovado(a)
E, para constar, foi lavrada a presen	te ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.
Orientador-Presidente:	Krauming
1° Examinador:	Prof ^a . Dr ^a . Rose Mari Bennemann Prof ^a . Dr ^a . Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
2º Examinador:	Prof ^a . Dr ^a . Gersislei Antonia Salado

1-1

() Vide verso: Em caso de alterações solicitadas pela Comissão Examinadora



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, MESTRADO

Curso recomendado pela Capes, reconhecido pela Portaria MEC nº 978, de 26/07/2012, Parecer CES/CNE nº 244/2011 – D.O.U. de 29/08/2011.

RELATÓRIO DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

não expedição do Diploma. As modificações exigidas na discandidato(a) foram as seguintes:	ssertação de Mestrado do(a)
KATRISCIA PEREIRA ROCHA, aluno(a), do Programa/Lucian de Sande, em pivel de Mestrado, o Comissão Evandedo	. mona do(a) Cambdato(a)
motessees: ROSE MARI BENNEMANN- PROTESSOR	acve constituída pelos
MC SONIA MARIA MARQUES COMES BERTOLI	GKILNTADORA, Preside
SANCA E GERSISIEI ANTONIA SALADO - SEGUNI	KIMEJKO WEMBRO DA
Concluidos os trabalitos de apresentação e argilição, o	LIMBRO DA BANÇA.
erocamination design participation — — — — — — — — — — — — — — — — — — —	ASSASS 101 (B) GRADE
The rough () and a substantial most () and (gatalis mae te jobuvoroji (X
Presidente da banca:	
Candidato(a): 9 Kotivina Poura Rocha	s cherval iot negenousee E
Atesto que as alterações exigidas () foram / () não foram cur	npridas.
Maringá, de de	
Orientador(a):	
Prov. Dr., Sonid Mikra N (Mucy Comes Benchim L.	
Cologiado do Draggoro do Mastrodo aus	
Colegiado do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde	
ATA HOMOLOGADA EM REUNIÃO	
N°08 DATA:04109113	
The state of the s	

Prof^a. Dr^a. Sonia Cristina Soares Dias Vermelho

INSTRUMENTOS DE PESQUISA:

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS							
Dados de identificação da pesquisa							
Data da entrevista: / /2012.							
Idoso cadastrado na estratégia saúde da família: sim() não()							
Incluído ()							
Não Incluído () -Motivo: Recusa () Portador de deficiência visual grave não corrigida () Portador de deficiência auditiva grave não corrigida () Deficiência física () Outros()							
Dados de identificação do participante							
Nome:							
Endereço:							
Data Nascimento: / / /							
Idade:							
Grupo etário: ()60-69 ()70-79 ()80 e mais							
Gênero: ()masculino ()feminino							
Estado civil: ()casado ()solteiro ()união consensual ()viúvo							
()separado/divorciado/desquitado.							
Arranjo familiar: ()mora sozinho ()mora acompanhado							

Escolaridado (considerar nível escolar atingido o não número do anos que frequentou
Escolaridade (considerar nível escolar atingido e não número de anos que frequentou
a escola)
1. ()não alfabetizado ou analfabeto*
2. ()1 a 4 anos de estudos3. ()5 a 8 anos de estudos
3. ()5 a 8 anos de estudos4. ()9 a 11 anos de estudos
(
5. ()12 anos ou mais de estudos
*considerar analfabeto aquele que nunca aprendeu a ler, ou embora tenha aprendido
nunca frequentou qualquer tipo de curso escolar. Inclui-se neste grupo as pessoas
que só forem capazes de escrever o próprio nome.
Situação ocupacional: ()ativo economicamente ()inativo economicamente
Classe econômica ()A ()B ()C ()D
(Conforme critério de classificação ABEP 2012 : A (A1+A2) B(B1+B2) C(C1+C2)
D(D+E) Conforme pontuação a seguir:
Posse de itens
Quantidade de itens

Quantidade de itens					itens
	0	1	2	3	4ou+
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe da família

Nomenclatura Antiga		Nomeno	latura at	ual			
Analfabeto/	Primário	Analfabeto/	até	3°	serie	0	
incompleto		Fundamental/	até 3° s	erie 1°	grau		
Primário completo/	Ginasial	Até 4° serie	Fundan	nental/	até 4°	1	
incompleto		serie 1°grau					
Ginasial completo/	Colegial	Fundamental	comp	leto/	1°grau	2	
incompleto		completo					
Colegial completo		Médio comple	to/2°grau	comp	leto	4	
Superior completo		Superior comp	oleto			8	

Cortes do critério Brasil: Classe A1 - 42 a 46/ A2 - 35 a 41/ B1 - 29 a 34/ B2 - 23 a 28 / C1 - 18 a 22/ C2 - 14 a 17/ D - 8 a 13/ E - 0 a 7.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Estatura (cm): Media=	1° medidacm	2°medidao	cm
Peso (Kg): Media=	1° medida Kg	2°medida	Kg
Circunferência Media=	do braço (cm): 1° medida_	cm 2°medic	dacm
Dobra cutânea 3° medida Media=	Tricipital (mm): 1° medida_ mm	mm 2°medi	damm

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM	PONTOS
1. Orientação temporal Que dia é hoje?(1 ponto) Em que mês estamos? (1 ponto) Em que dia da semana estamos? (1 ponto) Em que ano estamos? (1 ponto) Qual a hora aproximada? (1 ponto) Total 5 pontos	
2. Orientação espacial Em que local nós estamos? (1 ponto) Que local é este aqui? (1 ponto) Em que bairro nós estamos? (1 ponto) Em que cidade nós estamos? (1 ponto) Em que estado nós estamos? (1 ponto) Total 5 pontos	
 Memória imediata Repita as palavras: carro, vaso,tijolo(1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira vez) Total 3 pontos 	
4. Cálculo 100 - 7= (1 ponto) 93 - 7= (1 ponto) 86 - 7= (1 ponto) 79 - 7 = (1 ponto) 72 - 7= (1 ponto) Total 5 pontos	
 Evocação das palavras Repetir as três palavras anteriores (1 ponto cada acerto) Total 3 pontos 	
 Nomeação Mostrar 2 objetos e solicitar que sejam nomeados (1 ponto para cada acerto) Total 2 pontos 	
7. Repetição Nem aqui,nem ali,nem lá Total 1 ponto	
Comando Pedir para idoso obedecer uma ordem Total 3 pontos	
9. Leitura Mostrar uma frase escrita e pedir para o idoso fazer o que esta sendo pedido. Frase: "Feche os olhos". Total 1 ponto	
10.Frase Escrever uma frase contendo sujeito, um verbo e ter sentido. Total 1 ponto	
11.Cópia do desenho	
Total 1 ponto	
Total Escore:30	

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA GDS-15				
	NÃO	SIM	TOTAL	
Você esta basicamente satisfeito com sua vida?	(1)	(0)		
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0)	(1)		
3. Você sente que sua vida esta vazia?	(0)	(1)		
4. Você se aborrece com frequência?	(0)	(1)		
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(1)	(0)		
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(0)	(1)		
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(1)	(0)		
8. Você sente que sua situação não tem saída?	(0)	(1)		
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0)	(1)		
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0)	(1)		
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	(1)	(0)		
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0)	(1)		
13. Você se sente cheio de energia?	(1)	(0)		
14. Você acha que sua situação é sem esperança?	(0)	(1)		
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(0)	(1)		
Escore : 15				

Índice de Lawton-Brody		
	Cuida da casa sem ajuda	1
Cuidar da casa	Faz tudo exceto trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar roupas	3
Preparar comida	Planeja ,prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozidos	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir as compras	4
Uso do telefone	Usa o telefone sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Anda em transporte publico ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos	Responsável pela medicação	1
medicamentos	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de responsabilizar pela medicação	3
TOTAL	Score 30	