



ORIGINAL

Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos

Association between self-perceived health, nutritional status and quality of life of elderlies

Cássia de Almeida Merlo Sarzedo GARCIA¹  0000-0002-1866-3350

Maria Clara MORETTO¹  0000-0001-8062-5016

Maria Elena GUARIENTO¹  0000-0002-1251-8144

RESUMO

Objetivo

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre autopercepção de saúde, dados sociodemográficos, estado nutricional e percepção da qualidade de vida.

Métodos

A pesquisa foi realizada com 110 idosos em acompanhamento em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Vinhedo, São Paulo. A coleta de dados consistiu em: mensuração das medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura),

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. R. Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, 13083-887, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: CAMS GARCIA. E-mail: <cassia_sarzedo@hotmail.com>.

Artigo elaborado a partir da dissertação de CAMS GARCIA, intitulada “Autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde do município de Vinhedo (SP)”. Universidade Estadual de Campinas; 2015.

Como citar este artigo/How to cite this article

Garcia CAMS, Moretto MC, Guariento ME. Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. Rev Ciênc Med. 2018;27(1):11-22. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a3959>



aplicação de questionário semiestruturado sobre características sociodemográficas, autopercepção de saúde, Mini Avaliação Nutricional e questionário abreviado de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life-bref*. Foi realizada análise de conglomerados pelo método de partição, estabelecendo a priori a criação de dois *clusters*. A análise comparativa da composição dos conglomerados obtidos foi feita a partir dos testes Qui-Quadrado e Mann-Whitney.

Resultados

Os resultados indicaram que as variáveis que mais contribuíram na formação dos clusters foram domínio psicológico ($R^2=0,4319$), domínio meio ambiente ($R^2=0,3403$) e qualidade de vida global ($R^2=0,5604$). A composição dos conglomerados, no *Cluster 1*, foi de idosos com pior autopercepção de saúde, do gênero feminino, com menor escolaridade (analfabetos + até oito anos), acentuada ou moderada redução da ingestão alimentar, inadequado consumo de líquidos (até cinco copos/dia) e menor pontuação nos quatro domínios e na qualidade de vida global do questionário *World Health Organization Quality of Life-bref*. Já o *Cluster 2* foi composto por idosos com melhor autopercepção de saúde, do gênero masculino, com escolaridade superior a oito anos, adequada ingestão alimentar, consumo de líquidos maior que cinco copos/dia e maior pontuação nos quatro domínios e na qualidade de vida global do questionário *World Health Organization Quality of Life-bref*.

Conclusão

A pesquisa concluiu ser importante avaliar a autopercepção de saúde em idosos, bem como os fatores que a influenciam, como o estado nutricional e a percepção da qualidade de vida, a fim de realizar ações sociais e de saúde que satisfaçam os desejos e necessidades desse grupo populacional.

Palavras-chave: Estado nutricional. Idoso. Percepção. Qualidade de vida. Saúde.

ABSTRACT

Objective

To evaluate the association between self-perceived health, sociodemographic data, nutritional status and perception of quality of life in a sample of elderly individuals in the city of Vinhedo (São Paulo State, Brazil).

Methods

This study comprised 110 elderly individuals attended by two Basic Health Units in the city of Vinhedo (São Paulo State, Brazil). Data collection: anthropometric measurements (weight, height and waist circumference), application of a semi-structured questionnaire regarding sociodemographic data and self-perceived health, and application of the Mini Nutritional Assessment and the World Health Organization Quality of Life-BREF questionnaires. A cluster analysis was performed by partitioning method, establishing a priori two clusters. Chi-square and Mann-Whitney tests were used to compare both clusters.

Results

The variables that most contributed to explain the clusters were psychological domain ($R^2=0.4319$), environment domain ($R^2=0.3403$) and global quality of life ($R^2=0.5604$). The clusters obtained were: (1) Elderly women with poorer self-perception of health, less educated (illiterates + up to 8 years of schooling), with severe or moderate decrease in food intake and decreased fluid intake (up to 5 cups/day), and those with lower scores in the four domains and in global quality of life according to the World Health Organization Quality of Life-BREF questionnaire; (2) Elderly men with better self-perceived health, more educated (more than 8 years of schooling), with adequate food intake and increased fluid intake (more than 5 cups/day), and those with higher scores in the

four domains and in global quality of life according to the World Health Organization Quality of Life-BREF questionnaire.

Conclusion

It is important to evaluate self-perceived health in elderly individuals, as well as the factors that influence this variable, such as nutritional status and self-perceived quality of life, in order to carry out social and health actions that satisfy the desires and needs of this population.

Keywords: *Nutritional status. Aged. Perception. Quality of life. Health.*

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a alteração do perfil demográfico mundial – caracterizada pelo aumento de idosos, proporcionalmente maior nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos [1] – tem representado uma conquista, embora tenha trazido também novos desafios à sociedade, como a demanda crescente por serviços de saúde e a complexidade na formulação e aplicação de políticas públicas específicas para a população idosa.

Segundo dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos encontra-se em torno de 11%, o que corresponde a aproximadamente 20,5 milhões de pessoas [2]. Estima-se que, de 2000 para 2020, a população idosa brasileira cresça de 13,9 para 29,3 milhões de pessoas, e que até 2050 esse número aumente para 66,4 milhões, passando para 73,5 milhões em 2060 [3].

A busca pelo envelhecimento bem-sucedido tem levado à distinção entre associá-lo apenas ao declínio fisiológico, ou tomá-lo como um processo que cursa com as limitações decorrentes de doenças crônico-degenerativas. Um dos recursos empregados para medir os efeitos desses dois processos de envelhecimento é a aplicação do constructo qualidade de vida e a avaliação da *autopercepção de saúde*, cuja utilização é cada vez maior em investigações com idosos [4].

Segundo o Instituto Americano de Medicina, a *autopercepção de saúde* representa um dos vinte indicadores chave para a mensuração e acompanhamento do estado de saúde dos indivíduos [5].

Entre os idosos, o conceito de saúde percebida (ou autoavaliação de saúde) evidencia a forma como eles descrevem e avaliam a própria saúde, por meio da comparação social e temporal. Questões relacionadas à forma como as pessoas idosas percebem sua saúde, abrangem não somente aspectos relacionados com presença ou ausência de doenças [6], mas também dimensões subjetivas da vida, que incluem aspectos culturais, psicológicos e sociais, visto que a saúde é uma condição complexa e multifatorial [7].

O estado nutricional representa uma condição importante para os determinantes de saúde e doença, visto que diagnósticos nutricionais extremos (desnutrição e obesidade) relacionam-se a múltiplas morbidades em idosos, principalmente quando se trata da obesidade. Esta pode interferir de maneira significativa nos gastos com saúde nessa população, que apresenta uma longevidade cada vez maior, porém com mais morbidades, como hipertensão, diabetes e doenças cardíacas [8]. Dessa forma, a avaliação nutricional desses indivíduos é de grande relevância, pois direciona o atendimento dessa população de maneira adequada e satisfatória, considerando a propensão a tais distúrbios nutricionais em decorrência de fatores clínicos, sociais, culturais e econômicos [9].

Em termos de composição corporal e de alterações diretamente ligadas à ingestão alimentar, os idosos apresentam diminuição progressiva da altura (1-2cm/década); aumento de peso e Índice de Massa Corporal (IMC) até 65-70 anos, diminuindo após essa idade; alterações da composição corporal, com redistribuição da gordura, que diminui periféricamente e aumenta no interior do abdômen; diminuição da massa magra, com consequente

diminuição do metabolismo basal. Também apresentam alterações no sistema digestivo, na percepção sensorial e diminuição da sensibilidade à sede [9].

Além disso, a população idosa é propensa a distúrbios nutricionais em decorrência de fatores relacionados com: alterações fisiológicas; presença de doenças crônicas; multimorbidades; polifarmácia; comprometimento da ingestão alimentar, com dificuldades de mastigação, digestão, disfagia e xerostomia; depressão; alterações da mobilidade, com dependência funcional; comprometimento da capacidade cognitiva – além de interferência de fatores sociais, culturais e econômicos [10].

Dentre os métodos de avaliação do estado nutricional utilizados em idosos, destaca-se a Mini Avaliação Nutricional (MAN), reconhecida como uma ferramenta completa de triagem nutricional para a avaliação do risco de desnutrição, e de aplicação em diversos ambientes, como hospitais, instituições de longa permanência e comunidade. É um instrumento prático, não invasivo, de baixo custo e que inclui, dentre diversos aspectos, a autopercepção de saúde e do estado nutricional [11].

Frente ao envelhecimento populacional, o objetivo dos governos e gestores das áreas sociais e de saúde deixou de ser apenas o de prolongar a vida, e passou a buscar estratégias que possibilitem um envelhecimento mais saudável e ativo, visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, autonomia na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica [12].

Dessa forma, a qualidade de vida destaca-se como uma medida de impacto em saúde [13]. Previamente, o conceito de saúde era mensurado exclusivamente por parâmetros objetivos, como aspectos clínicos, sintomas e doenças. Entretanto, observou-se que aspectos subjetivos influenciavam a forma como os indivíduos percebiam a sua saúde, passando-se assim a valorizá-los, de modo a contribuir para o surgimento do conceito de qualidade de vida, com suas diferentes definições e utilizações [4].

O desenvolvimento do constructo qualidade de vida pode influenciar positivamente as práticas

assistenciais e a concepção do processo saúde-doença, promovendo mudanças nos modelos de atendimento estritamente biomédicos, que excluem aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, os quais passam a ser abordados pelos instrumentos de avaliação de qualidade de vida [14].

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o WHOQoL-bref (ou versão abreviada do WHOQoL 100) para avaliar a qualidade de vida de indivíduos. Estudos demonstram a aplicação do WHOQoL-bref para avaliar a percepção da qualidade de vida em idosos com boa viabilidade e resultados [4].

O presente estudo teve por objetivo avaliar a relação entre autopercepção de saúde, dados sociodemográficos, estado nutricional e percepção da qualidade de vida, em uma amostra de idosos do município de Vinhedo (SP), tendo em vista a escassez de dados nacionais que relacionam tais variáveis.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo e transversal, realizado com idosos acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Vinhedo (SP). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº 1.140.509). O presente artigo representa um recorte do projeto de mestrado intitulado “Autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde do município de Vinhedo (SP)”.

Considerando-se a realização de cinco entrevistas por semana pelo tempo de estudo de oito meses, a população disponível nas duas Unidades Básicas de Saúde era de 160 idosos. Para um erro amostral de 5% e índice de confiança de 95%, chegou-se a um tamanho amostral de 110 idosos.

O convite para a participação na pesquisa foi realizado por contato direto na sala de espera das Unidades Básicas de Saúde, sendo uma amostra de conveniência não probabilística. Foram abordados 134 idosos de forma aleatória, não sistemática, dos

quais 24 se recusaram a participar ou se encontravam nos critérios de exclusão.

Para participar do estudo, os idosos (de ambos os gêneros) deveriam apresentar idade igual ou superior a 60 anos, serem residentes do município de Vinhedo (SP), serem usuários da Atenção Primária de Saúde do município e serem acompanhados em uma das duas Unidades Básicas de Saúde. Os critérios de exclusão utilizados foram: presença de doença crônica não controlada ou agudizada; comprometimento cognitivo, observado pelo entrevistador ou informado por acompanhante; *deficit* sensorial acentuado (visão e audição); e dificuldade para comunicação, por qualquer causa, que impedisse a participação no estudo.

Foi realizada entrevista direta e mensuração das medidas antropométricas para coleta de dados, com duração de 30-40 minutos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada conforme as seguintes etapas: (a) aplicação de questionário semiestruturado sobre características sociodemográficas, autopercepção de saúde e mensuração da Circunferência de Cintura (CC); (b) aplicação da Mini Avaliação Nutricional (MAN) para avaliação de peso, altura, IMC e ingestão alimentar; (c) aplicação do instrumento WHOQoL-bref (versão em português) para avaliação da qualidade de vida.

A variável dependente foi a *autopercepção de saúde*, obtida por questão de autorrelato, e classificada como "muito boa", "boa", "regular" ou "ruim", sendo que para a realização das análises, foi dicotomizada em "boa" (muito boa e boa) e "ruim" (regular e ruim). As variáveis independentes foram: (a) Sociodemográficas: idade, gênero e escolaridade, coletadas a partir de questões de autorrelato; (b) Estado nutricional: IMC e CC (avaliação antropométrica) e domínio "avaliação dietética", da MAN: número de refeições realizadas por dia, ingestão proteica, ingestão de frutas e vegetais, diminuição da ingestão alimentar nos últimos três meses e ingestão de líquidos; (c) Qualidade de vida: WHOQoL-bref.

O peso foi mensurado em balança plataforma, tipo mecânica, da marca Welmy (Santa Bárbara D'Oeste, SP), com capacidade para 150kg e precisão de 100g. A altura foi aferida utilizando-se o estadiômetro vertical fixo à balança, com precisão de 0,1cm, com o idoso em posição ortostática, com os pés unidos, de costas para o marcador e com o olhar no horizonte. O IMC foi obtido pelo cálculo $IMC = \text{peso(kg)} \div \text{altura(m}^2\text{)}$, e classificado de acordo com os pontos de corte recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no projeto *Salud Bienestar y Envejecimiento* (SABE) [15].

A circunferência da cintura foi aferida com o indivíduo em pé, na posição ereta, utilizando-se fita métrica inelástica e flexível (marca TBW Importadora Ltda (São Paulo, SP), com extensão de 2 metros, dividida em centímetros e subdividida em milímetros. A medida anotada foi a obtida ao final do movimento expiratório, no ponto médio da borda inferior da última costela e da crista ilíaca anterior, e classificada conforme valores recomendados pela OMS [16].

A MAN foi aplicada na sua totalidade conforme orientação do "Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional[®]" da *Nestlé Nutrition Institute* [17]. Para a avaliação da ingestão alimentar dos idosos, foram consideradas, para efeito de análise deste trabalho, cinco questões do domínio "avaliação dietética", descritas a seguir:

- MAN 11: "Quantas refeições completas o paciente realiza diariamente?". Para a análise, essa variável foi dicotomizada em "1-2 refeições por dia" e "3 refeições por dia", considerando a primeira resposta inadequada e a segunda resposta adequada.
- MAN 12: "Consumo de alimentos proteicos?". As possibilidades de resposta eram: pelo menos uma porção de produtos lácteos (sim ou não); duas ou mais porções semanais de grãos ou ovos (sim ou não); carne, frango ou peixe diariamente (sim ou não). Para avaliação considerou-se "nenhuma ou uma resposta sim", "2 respostas sim" e "3 respostas sim"; consideraram-se inadequadas as duas primeiras possibilidades de resposta, e adequada a última possibilidade de resposta.

- MAN 13: “Consome duas ou mais porções de frutas e vegetais por dia?”, com possibilidades de respostas “não” e “sim”.

- MAN 14: “Nos últimos três meses houve redução da ingestão alimentar devido a perda do apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?”. Essa variável foi dicotomizada em “acentuada ou moderada diminuição da ingestão alimentar” e “não houve redução da ingestão alimentar”.

- MAN 15: “Qual a quantidade de líquidos consumida por dia?”. Essa variável foi dicotomizada em “até cinco copos” e “mais que cinco copos por dia”.

Para a avaliação da qualidade de vida, por meio de entrevista direta, utilizou-se o WHOQoL-bref, na versão brasileira, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil. Esse instrumento é composto por 26 questões, sendo 2 delas gerais sobre qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQoL-100). É composto por quatro domínios, cujos objetivos analisam a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além disso, há um outro domínio que analisa a qualidade de vida global. Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam de 1 a 5. Os escores de cada domínio foram calculados por uma sintaxe, resultando em escores finais numa escala de 0 a 100, em que, quanto mais elevada a pontuação obtida, melhor a qualidade de vida. No entanto, não há ponto de corte para sua classificação [4].

Os dados coletados foram incluídos em banco de dados no programa *Microsoft Office Excel*, versão 2007, e as análises foram realizadas utilizando-se o *software Statistical Analysis System*, versão 9.2 (Carolina do Norte, Estados Unidos).

Para esse tamanho de amostra, aplicou-se para os testes estatísticos o método de reamostragem *Bootstrap* não paramétrico, que usa a função de distribuição empírica dos dados para gerar amostras

a partir dos dados coletados, o que permite também estimar o poder dos testes.

Foi realizada a análise de conglomerados pelo método de partição, estabelecendo a *priori* a criação de dois *clusters*. Para a comparação da composição dos conglomerados obtidos, foram utilizados os testes Qui-Quadrado e Mann-Whitney. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Dentre os 110 indivíduos do estudo, 71 eram do gênero feminino (64,5%). A média de idade foi de 70,8 anos \pm 6,5 anos. A maioria dos idosos referiu ter nível de escolaridade formal de até oito anos (69,1%), havendo cerca de 14,5% de analfabetos. A autopercepção de saúde classificada como ruim (regular e ruim) foi relatada por 44,5% dos participantes (n=49).

A média do IMC foi de 28,87kg/m² \pm 6,06 e da CC foi de 94,92cm \pm 12,47, sendo que 51,8% da amostra apresentavam sobrepeso ou obesidade, e somente 11,8% apresentavam baixo peso. Quanto à classificação para obesidade abdominal, avaliada pela CC, 83 indivíduos (75,4%) apresentaram risco elevado ou risco muito elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas (Tabela 1).

Verificou-se que a maioria dos idosos realizava três refeições completas ao dia (69,1%), consumia duas ou mais porções de frutas e vegetais/dia (62,7%) e negava redução da ingestão alimentar nos últimos três meses (74,5%). No entanto, 56,4% referiram consumo inadequado de alimentos proteicos, e quase metade dos entrevistados consumiam apenas cinco copos de líquidos/dia ou menos.

Os tamanhos dos conglomerados contando as variáveis analisadas podem ser observados na Tabela 2. A formação dos dois *clusters* explicou 16,2% de variabilidade dos dados, sendo que as variáveis que mais contribuíram na formação dos grupos foram: domínio psicológico ($R^2=0,4319$), domínio meio ambiente ($R^2=0,3403$) e qualidade de vida global ($R^2=0,5604$) (Tabela 3).

Tabela 1. Frequência de idosos conforme as variáveis autopercepção de saúde, gênero, escolaridade, circunferência da cintura, IMC, MAN 11, MAN 12, MAN 13, MAN 14 e MAN 15. Vinhedo (SP), 2014.

| Variável | Categoria | Amostra total | | Conglomerados (%) | | |
|---------------------------|-----------------------|---------------|------|-------------------|-----------------|------------------|
| | | N | % | 1 ^{G1} | 2 ^{G2} | p-valor* |
| Autopercepção de saúde | Boa | 61 | 55,5 | 29,4 | 78,0 | <0,001 |
| | Ruim | 49 | 45,5 | 70,6 | 22,0 | |
| Gênero | Masculino | 39 | 35,5 | 15,7 | 52,5 | <0,001 |
| | Feminino | 71 | 64,5 | 84,3 | 47,5 | |
| Escolaridade | Analfabeto | 16 | 14,5 | 19,6 | 10,2 | 0,015 |
| | Até 8 anos | 76 | 69,1 | 74,5 | 64,4 | |
| | >8 anos | 18 | 16,4 | 5,9 | 25,4 | |
| Circunferência da cintura | Sem risco | 27 | 24,6 | 19,6 | 28,8 | 0,283 |
| | Risco elevado | 25 | 22,7 | 19,6 | 25,4 | |
| | Risco muito elevado | 58 | 52,7 | 60,78 | 45,8 | |
| IMC | Baixo peso | 13 | 11,8 | 9,8 | 13,6 | 0,336 |
| | Peso normal | 40 | 36,4 | 29,4 | 42,4 | |
| | Sobrepeso | 22 | 20,0 | 25,5 | 15,2 | |
| | Obesidade | 35 | 31,8 | 35,3 | 28,8 | |
| MAN 11 | 1-2 refeições/dia | 34 | 30,9 | 35,3 | 27,1 | 0,355 |
| | 3 refeições/dia | 76 | 69,1 | 64,7 | 72,9 | |
| MAN 12 | Inadequada | 62 | 56,4 | 62,7 | 50,8 | 0,210 |
| | Adequada | 48 | 43,6 | 37,3 | 49,2 | |
| MAN 13 | Não | 41 | 37,3 | 43,1 | 32,2 | 0,237 |
| | Sim | 69 | 62,7 | 56,9 | 67,8 | |
| MAN 14 | Acentuada ou moderada | 28 | 25,5 | 43,1 | 10,2 | 0,237 |
| | Adequada | 82 | 74,5 | 56,9 | 89,8 | |
| MAN 15 | Até 5 copos/dia | 50 | 45,5 | 56,9 | 35,6 | 0,026 |
| | > 5 copos/dia | 60 | 54,5 | 43,1 | 64,4 | |

Nota: *Teste Qui-quadrado; Caracteres em negrito indicam diferença significativa; IMC: Índice de Massa Corporal; MAN: Mini Avaliação Nutricional.

Tabela 2. Tamanho dos *clusters* conforme análise das variáveis autopercepção da saúde, idade, gênero, escolaridade, circunferência da cintura, IMC, MAN 11, MAN 12, MAN 13, MAN 14 e MAN 15, domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e qualidade de vida global. Vinhedo (SP), 2014.

| Grupos | Frequência | RMS ² (desvio padrão) | Distância máxima observada do centro | Distância entre os centroides do grupo |
|--------|------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1 | 51 | 0,9194 | 5,0019 | 3,2097 |
| 2 | 59 | 0,9203 | 4,8102 | 3,2097 |

Nota: IMC: Índice de Massa Corporal; MAN: Mini Avaliação Nutricional.

Os conglomerados apresentaram a seguinte composição: *Cluster 1* (n=51 – 46,4%): idosos com pior autopercepção de saúde, do gênero feminino,

com menor escolaridade (analfabetos + até oito anos), acentuada ou moderada redução da ingestão alimentar, inadequado consumo de líquidos (até cinco

copos/dia) e menor pontuação nos quatro domínios e na qualidade de vida global do WHOQoL-bref. *Cluster 2* (n=59 – 53,6%): idosos com melhor autopercepção de saúde, do gênero masculino, com escolaridade maior que oito anos, adequada ingestão alimentar, consumo de líquidos maior que cinco copos/dia e maior pontuação nos quatro domínios e na qualidade de vida global do WHOQoL-bref.

De acordo com as Tabelas 1 e 4, o maior percentual de idosos com boa autopercepção de saúde encontrou-se no *cluster 2*. Em relação ao gênero, o *cluster 1* apresentou maior quantidade de mulheres, sendo que no *cluster 2* a proporção de homens e mulheres foi similar.

A escolaridade até oito anos apresentou-se em maior proporção nos dois *clusters*, sendo que

Tabela 3. Resultados da análise de conglomerados conforme as variáveis autopercepção da saúde, idade, gênero, escolaridade, circunferência da cintura, IMC, MAN 11, MAN 12, MAN 13, MAN 14, MAN 15 e domínios de qualidade de vida WHOQoL-bref. Vinhedo (SP), 2014.

| Variável | Desvio padrão | Coefficiente de determinação | RSQ/(1-RSQ) |
|---------------------------|---------------|------------------------------|-------------|
| Autopercepção de saúde | 0,88469 | 0,224512 | 0,289511 |
| Idade | 1,00395 | 0,001334 | 0,001336 |
| Gênero | 0,92751 | 0,147611 | 0,173173 |
| Escolaridade | 0,95788 | 0,090886 | 0,099972 |
| Circunferência da cintura | 0,99399 | 0,021053 | 0,021506 |
| IMC | 0,99614 | 0,016803 | 0,017090 |
| MAN 11 | 1,00070 | 0,007783 | 0,007844 |
| MAN 12 | 0,99740 | 0,014312 | 0,014520 |
| MAN 13 | 0,99821 | 0,012716 | 0,012879 |
| MAN 14 | 0,93032 | 0,142439 | 0,166098 |
| MAN 15 | 0,98156 | 0,045375 | 0,047532 |
| Domínio físico | 0,81808 | 0,336890 | 0,508044 |
| Domínio psicológico | 0,75715 | 0,431980 | 0,760503 |
| Domínio relações sociais | 0,90369 | 0,190838 | 0,235846 |
| Domínio meio ambiente | 0,81591 | 0,340396 | 0,516062 |
| Qualidade de vida global | 0,66602 | 0,560491 | 1,275264 |

Nota: Caracteres em negrito indicam as variáveis que mais contribuíram na formação dos conglomerados; IMC: Índice de Massa Corporal; MAN: Mini Avaliação Nutricional; WHOQoL-bref: *World Health Organization Quality of Life-bref*.

Tabela 4. Frequência de idosos conforme a idade e domínios de qualidade de vida WHOQoL-bref. Vinhedo (SP), 2014.

| Variável | N | | Média | | DP | | Mín | | Mediana | | Máx | | p-valor* |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | 1 ^{G1} | 2 ^{G2} | 1 ^{G1} | 2 ^{G2} | 1 ^{G1} | 2 ^{G2} | 1 ^{G1} | 2 ^{G2} | 1 ^{G1} | 2 ^{G2} | 1 ^{G1} | 2 ^{G2} | |
| Idade | 51 | 59 | 70,4 | 70,0 | 6,6 | 6,5 | 60,0 | 60,0 | 69,0 | 69,0 | 90,0 | 87,0 | 0,699 |
| Domínio físico | 51 | 59 | 58,4 | 76,7 | 15,3 | 10,5 | 21,4 | 57,1 | 64,3 | 75,0 | 82,1 | 100,0 | <0,001 |
| Domínio psicológico | 51 | 59 | 61,6 | 78,2 | 10,4 | 8,7 | 37,5 | 58,3 | 62,5 | 79,2 | 83,3 | 91,7 | <0,001 |
| Domínio relações sociais | 51 | 59 | 67,0 | 78,5 | 12,6 | 11,4 | 41,7 | 58,3 | 66,7 | 75,0 | 100,0 | 100,0 | <0,001 |
| Domínio meio ambiente | 51 | 59 | 62,6 | 74,1 | 7,5 | 8,5 | 40,6 | 56,2 | 62,5 | 75,0 | 78,1 | 90,6 | <0,001 |
| Qualidade de vida global | 51 | 59 | 62,4 | 76,9 | 6,5 | 6,5 | 44,2 | 66,8 | 64,2 | 76,1 | 73,9 | 90,5 | <0,001 |

Nota: *Teste Qui-quadrado; Caracteres em negrito indicam diferença significativa; DP: Desvio Padrão; WHOQoL-bref: *World Health Organization Quality of Life-bref*.

o analfabetismo foi menor no *cluster 2*. O risco muito elevado para doenças metabólicas pode ser observado em maior proporção nos dois *clusters*, e a eutrofia foi mais prevalente no *cluster 2*. Os dois *clusters* apresentaram maior porcentagem de indivíduos que realizavam três ou mais refeições ao dia, e que apresentavam maior inadequação de ingestão proteica, maior consumo de frutas e vegetais e adequada ingestão alimentar. Quanto à ingestão de líquidos, a maior porcentagem de inadequação esteve no *cluster 1*.

A média de idade, nos dois grupos foi de 70 anos e, todos os domínios de qualidade de vida e qualidade de vida global apresentaram maior média no Grupo 2.

Quanto à variável qualidade de vida, o domínio referente às relações sociais apresentou a maior mediana no *cluster 1* (66,7), enquanto o domínio psicológico apresentou a maior mediana (79), no *cluster 2* (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A autopercepção de saúde representa aspectos físicos, emocionais e sociais da saúde e bem-estar [18]. Os idosos podem vincular a autoavaliação de saúde com a autonomia e a presença de relações familiares e sociais, considerando a capacidade de agir sobre o ambiente [19].

O Grupo 1 foi predominantemente composto por indivíduos com pior autopercepção de saúde, do gênero feminino, com menor escolaridade, acentuada ou moderada redução da ingestão alimentar, inadequado consumo de líquidos (até 5 copos/dia) e menor pontuação nos quatro domínios e na qualidade de vida global do questionário WHOQOL-bref.

Estudos têm demonstrado associação entre pior autopercepção de saúde e menor nível de escolaridade e gênero feminino entre os idosos [6,20], aspectos que podem estar associados às condições de saúde, estilo de vida e acesso aos cuidados na área da saúde [21].

As mulheres, apesar de apresentarem maior expectativa de vida, relatam pior condição de saúde

do que os homens, possivelmente por considerarem mais as limitações e condições de vida não fatais [22]. Além disso, as mulheres são mais vulneráveis do que os homens quanto ao estado de saúde, fato associado à pior condição socioeconômica e ao menor nível de escolaridade [23]. Este último fator interfere na forma como o indivíduo avalia a sua condição de saúde, uma vez que o nível de instrução facilita o acesso a informações para o autocuidado, condicionado a outros fatores como estilo de vida, exposições ambientais diferenciadas, desigualdade social e condição socioeconômica [24].

Já o Grupo 2 foi predominantemente formado por idosos com melhor autopercepção de saúde, do gênero masculino e com escolaridade superior a oito anos, dados corroborados por um estudo brasileiro realizado em Florianópolis, que identificou associação entre o gênero masculino e maior escolaridade (mais do que cinco anos) com avaliação positiva da saúde, em amostra composta por 1.705 idosos [20].

A redução da ingestão alimentar entre idosos pode ser modulada por: fatores fisiológicos, como perda do apetite, comprometimento da mastigação e deglutição, distúrbios de má absorção, disgeusia, alterações da saúde bucal, edentulismo; fatores psicossociais, como recusa do alimento ou falta de motivação para prepará-lo, características depressivas, perdas significativas, demência e comprometimento cognitivo; fatores sociais, como pobreza, isolamento social e dificuldades para a compra de alimentos; fatores médicos, como limitações funcionais que prejudicam a aquisição, preparo e consumo dos alimentos, uso de medicamentos que alteram o apetite e doenças crônicas. O menor consumo alimentar pode interferir no estado nutricional dos idosos, podendo levar à desnutrição proteico-energética, distúrbio associado a sarcopenia, síndrome da fragilidade, imunossupressão, úlceras de pressão, anemia, quedas, comprometimento da função cognitiva e osteopenia. Tais condições comprometem a funcionalidade do idoso, bem como sua qualidade de vida, afetando conseqüentemente a percepção de sua própria saúde [25].

Para que se mantenha o consumo alimentar em quantidades adequadas e o prazer de comer dos idosos, é importante o incremento dos sabores no preparo das refeições, pois os limiares de detecção e reconhecimento do sabor aumentam nesta fase [26]. Além disso, é importante oferecer refeições com variedade de cores e tipos de alimentos, de preferência na consistência sólida e com maior quantidade de fibras [27].

Outra investigação, conduzida com portugueses (75 anos ou mais), encontrou associação estatisticamente significativa entre autopercepção de saúde negativa e desnutrição ou risco nutricional (avaliados pela MAN), presentes, respectivamente, em 10,5% e 41,9%, desses idosos da comunidade [28].

Da mesma forma, a redução da ingestão de líquidos por parte dos idosos também não é rara, considerando que esses indivíduos são vulneráveis à desidratação, por apresentarem menor quantidade de água no organismo, menor capacidade dos rins para concentrar urina e menor sensação de sede [26]. Destaca-se, assim, a relevância das ações de promoção à saúde, que incluem a educação e o engajamento em comportamentos saudáveis, que auxiliem os idosos a compreenderem a importância da hidratação e as consequências da baixa ingestão de líquidos, como fadiga, *delirium*, infecção do trato urinário, agravamento da incontinência urinária e constipação intestinal. Tais ações podem interferir na melhor percepção de saúde e de qualidade de vida dessa população [29].

Os domínios de qualidade de vida e qualidade de vida geral podem relacionar-se a diversos aspectos, entre idosos, sendo que pontuações mais baixas para esses itens se associam com relato de doenças, percepção negativa de saúde, menor escolaridade, maior dependência para atividades de vida diária e de lazer, e menor idade [30].

Já se verificou que os determinantes para o relato de qualidade de vida positiva foram, principalmente, saúde, relação com família e amigos, e renda. Por outro lado, o aspecto que mais influenciou negativamente a avaliação da qualidade de vida foi

o estado de saúde do indivíduo [31], assim como a autopercepção de saúde negativa [32].

Foi verificado também que, entre idosas, no município de Curitiba (PR), a autopercepção de saúde negativa associou-se com a percepção negativa de todos os domínios do questionário de qualidade de vida WHOQoL-bref, com associação de maior magnitude nos domínios físico, psicológico e meio ambiente [33].

A autopercepção de saúde e da qualidade de vida, bem como o estado nutricional, associam-se com o estado de saúde e os aspectos sociais e psicológicos dos idosos, o que influencia na elaboração e forma da atenção e assistência prestadas a essa população em vários âmbitos.

As limitações do presente estudo incluem o seu caráter transversal e a sua amostra reduzida, fatores que não permitem realizar inferências em relação à população, e tampouco estabelecem relação de causalidade entre as variáveis estudadas, necessitando-se, para tanto, de outras pesquisas nesse sentido. A pesquisa se valeu de uma amostra não probabilística, que é subjetiva e se baseia nas decisões pessoais do pesquisador. Além disso, é possível que os idosos que tenham aceitado participar do estudo tivessem maior interesse pela pesquisa por apresentarem maior nível de escolaridade. Também, os achados deste estudo referem-se a participantes independentes ou com baixo nível de dependência, não permitindo generalizações para todos os idosos.

CONCLUSÃO

Os dados explanados remetem à influência dos determinantes socioeconômicos (gênero e escolaridade) na avaliação da saúde, não apenas quanto aos indicadores objetivos, mas também envolvendo a percepção dos idosos. Tais dados reforçam a necessidade de maior atenção aos segmentos mais vulneráveis da sociedade. Um melhor nível educacional deve favorecer o acesso à educação em saúde e modificações no estilo de vida, com a adoção de hábitos saudáveis e maior comprometimento com a própria saúde.

Destaca-se a importância de se avaliar a autopercepção de saúde nos idosos e de se identificarem os fatores relacionados a ela, os quais abrangem diversas dimensões da vida. Da mesma forma, a avaliação do estado nutricional, a educação nutricional e a prevenção de distúrbios nutricionais são importantes, considerando as alterações metabólicas e as influências culturais e sociais que os idosos sofrem em relação aos hábitos alimentares. Em vista disso, a educação nutricional deve ocorrer não somente entre os indivíduos dessa faixa etária, mas iniciar-se em etapas mais precoces da vida.

Já a avaliação da percepção da qualidade de vida também se torna relevante à medida que se relaciona com a autopercepção de saúde dos indivíduos idosos e do estado nutricional, a fim de direcionar ações sociais e de saúde que satisfaçam seus desejos e necessidades.

COLABORADORES

CAMS GARCIA participou da concepção e desenho do trabalho, elaboração do trabalho, coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, levantamento bibliográfico, redação do artigo, revisão e aprovação do artigo final. MC MORETTO foi responsável pela análise estatística, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação do artigo final. ME GUARIENTO participou da concepção e desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação do artigo final.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Current status of the social situation, wellbeing, participation in development and rights of older persons worldwide. New York: United Nations; 2011 [cited 2014 Apr 4]. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/publications/current-status-older-persons.pdf>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população por sexo e idades. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso 2013 mar 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso 2013 maio 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
4. Chachamovich E. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-bref em uma amostra de idosos brasileiros [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
5. Institute of Medicine. State of the USA Health Indicators: Letter Report. Washington (DC): The National Academies Press; 2009 [cited 2014 Jan 28]. Available from: http://scholar.harvard.edu/files/davidrwilliams/files/2008-the_state_of-williams.pdf
6. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(1):49-62.
7. Najas MS, Andrezza R, Souza ALM, Sachs A, Guedes ACB, Sampaio LR, et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1994;28(3):187-91.
8. Lakdawalla DN, Goldman DP, Shang B. The health and cost consequences of obesity among the future elderly. *Health Aff.* 2005;24(Suppl 2):30-41.
9. Campos MTFs, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr.* 2000;13(3):157-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-5273200000300002>
10. Ferriolli E, Moriguti JC, Paiva CE, Miranda SC, Tannus AFS, Rigo R, et al. Aspectos do metabolismo energético e proteico em idosos. *Rev Soc Bras Alim Nutr.* 2000;19/20:19-30.
11. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev.* 1996;54(1Suppl):59-65.
12. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):793-8.
13. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics.* 2000;17(1):13-35.
14. Campos MO, Neto Rodrigues JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2008;32(2):232-40.
15. Peláez M, Palloni A, Pinto G, Arias, E. Encuesta Multicêntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe: Informe preliminar. *Anales da XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones en Salud;* 2001 Jul 9-11; Kingston, Jamaica. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2001 [acesso 2014 abr 15]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/paho-salud-01.pdf>

16. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000 [cited 2014 Mar 21]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
17. Nestlé Nutrition Institute. Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®. Nestlé Nutrition Institute [acesso 2013 nov 6]. Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf
18. Federal Interagency Forum on Ageing-Related Statistics. Older Americans 2012: Keys indicators of well-being. Washington (DC): Government Printing Office; 2012 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.aarp.org/content/dam/aarp/livable-communities/learn/demographics/older-americans-2012-key-indicators-of-well-being-aarp.pdf>
19. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Filho AIL, Uchôa E. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(1):159-65.
20. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Auto percepção de saúde positiva em idosos: estudo populacional no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(5):1049-60.
21. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(8):1593-602.
22. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. SABE-Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003 [acesso 2014 abr 15];73-92. Disponível em: http://www.ciape.org.br/artigos/projeto_sabe.pdf
23. Spitzer DL. Engendering health disparities. *Can J Public Health.* 2005;96(Suppl 2):S78-96.
24. Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci SRB, Figueiredo VC, Lozana JA. Autoavaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(4):741-9.
25. Abreu WC, Franceschini SCC, Tinoco ALA, Pereira CAS, Silva MMS. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no programa municipal da terceira idade de Viçosa (MG). *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2008;32(2):190-202.
26. Elmadfa I, Meyer AL. Body composition, changing physiological functions and nutrient requirements of the elderly. *Ann Nutr Metab.* 2008;52(Suppl 1):2-5.
27. Van der Meij BS, Wijnhoven HAH, Finlayson GS, Oosten BSH, Visser M. Specific food preferences of older adults with a poor appetite: A forced-choice test conducted in various care settings. *Appetite.* 2015;90:168-75.
28. Santos ALM, Amaral TMSPF, Borges NPGFB. Undernutrition and associated factors in a Portuguese older adult community. *Rev Nutr.* 2015;28(3):231-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000300001>
29. Palmer MH, Marquez CS, Kline KV, Morris E, Linares B, Carlson BW. Hydrate for health: Listening to older adult's need for information. *J Gerontol Nurs.* 2014;40(10):24-30.
30. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Rev.* 2009;56(1):109-15.
31. Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(1):31-9.
32. Borglin G, Jakobsson U, Edberg A, Hallberg IR. Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: Their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Heal Soc Care Community.* 2006;14(2):136-46.
33. Vagetti AL, Moreira NB, Barbosa Filho VC, Oliveira V, Cancian CF, Mazzardo O, *et al.* Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(12):3483-93.

Recebido: junho 2, 2017
Versão final: maio 2, 2018
Aprovado: maio 24, 2018