

PERFIL DE IDOSOS DA SEDE DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE FIGUEIREDO/AMAZONAS

Márcio José Souza de Menezes

Rita Maria dos Santos Puga Barbosa

Priscila Trapp Abbes

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever indicadores de saúde, perfil sócio-econômico, demográficos e prática de atividade física de idosos de Presidente Figueiredo (AM). A amostra foi composta de 102 Idosos. O instrumento foi o IPAC (Questionário Internacional de Atividade Física, versão curta). O sexo feminino foi 57%, 39%. A média de idade entre os homens foi 71,2 anos e entre as mulheres foi de 70,7 anos. apresentam hipertensão arterial 32%, 18% referem hipertensão associada ao diabetes. Um grande número não relatou nenhuma doença. 2% relataram hábito de fumar, 4% referem uso de bebida alcoólica. Cerca de 14%, usam um tipo de medicação. Um número expressivo referiu não ter frequentado a escola, o nível escolar predominante foi a antiga 4ª série do primário. A maioria tem renda de um salário mínimo, de aposentadoria. Do total, 58 são irregularmente ativos. Do que se conclui que é necessário sensibilizar para a prática e atividade física, esclarecer sobre doenças.

Palavras-chave: Idosos; envelhecimento atividade física de gerontes.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe health indicators, socio-economic profile, demographic and physical activity of Presidente Figueiredo elderly (AM). The sample consisted of 102 elderly. The instrument was IPAC (International Physical Activity Questionnaire, short version). Females were 57%, 39%. The average age for men was 71.2 years and for women was 70.7 years. hypertension have 32%, 18% reported hypertension associated with diabetes. A large number did not report any disease. 2% reported smoking, 4% reported alcohol use. About 14% use a type of medication. A significant number reported not having attended school, the predominant school level was the former 4th grade of primary. Most have income identified with a minimum salary, retirement. Of the total, 58 are irregularly active. From that it follows that it is necessary to raise awareness of the practical and physical activity, shed light on disease.

Keywords: Elderly; aging physical activity gerontes.

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo projeções demográficas, estima-se um crescimento de 16 vezes o número de idosos no período de 1950 a 2020 (WHO, 1989). Projeções apontam que em 2025 essa população será o dobro (WHO, 2004). Em muitos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina e Ásia é esperado um aumento de 300% na população idosa chegando a 2 bilhões de pessoas acima de 60 anos até 2025.

O envelhecimento se refere a um fenômeno fisiológico de comportamento social ou cronológico (GUEDES, 2001). É um processo biopsicossocial de regressão, observável em todos os seres vivos expressando-se na perda de autonomia ao longo da vida, devido à influência de diferentes variáveis genéticas, danos acumulados e estilo de vida, além de alterações psicoemocionais.

Na sede do município de Presidente Figueiredo é observado que o número de pessoas acima de 60 anos de idade, vem aumentando consideravelmente e os dados do IBGE comprovam. Por isso, a necessidade de realizar um levantamento de dados, no qual até a presente data não contempla estudos que esclareçam qual o perfil da população idosa na sede do município de Presidente Figueiredo. Levando em consideração as variáveis (saúde, socioeconômicos e demográficos, ambientais e pratica de atividade física).

O objetivo deste estudo foi: Descrever através das variáveis: indicadores de saúde, perfil sócio-econômico, demográficos, ambientais e pratica de atividade física o perfil do idoso na sede do município de Presidente Figueiredo – Amazonas.

O primeiro inquérito domiciliar visando descrever o perfil do idoso residente em zona urbana no Brasil foi realizado em São Paulo, em 1984. Foi utilizado um instrumento multidimensional - versão brasileira do questionário OARS para avaliação multidimensional do estado funcional - BOMFAQ (RAMOS et al apud RAMOS, 1987) com dados sobre a situação socioeconômica, estrutura familiar, condições de saúde física e mental e grau de autonomia no dia-a-dia dos idosos. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos em São Paulo vive em condições de extrema pobreza, fato que pareceu estar associado com a alta frequência de domicílios multigeracionais (convivência do idoso com filhos e netos). Na avaliação do estado de saúde foi observada chamadas atividades da vida diária (RAMOS et al apud RAMOS, 1987; RAMOS e SAAD,1990).uma elevada prevalência de doenças crônicas

(auto referidas) e de distúrbios mentais, sendo que mais da metade dos entrevistados referiu necessidade de ajuda parcial ou total para executar as

Os idosos possuem uma ampla variação das condições de saúde e de fatores de riscos. Deste modo, descrever as características de saúde dos idosos é uma tarefa complexa porque pouco se sabe sobre como as várias condições se agrupam nessas populações (ALVES et al 2008).

A saúde dos idosos brasileiros em setores como a alimentação, auxílio domiciliar, assistência médica e serviços de orientação, entre outros; 2) o tamanho das famílias no Brasil vem diminuindo devido à queda da fecundidade; se em 1960 as famílias eram constituídas em média por 5,1 indivíduos, em 1995 a média já era 3,6, uma redução de quase 30% no período; e 3) mais de metade dos idosos que residem em famílias no Brasil pertencem a domicílios cuja renda total não ultrapassa três salários-mínimos. O sistema de suporte formal obviamente não tem sido capaz de substituir o papel da família ou na realização de suas atividades pessoais ou domésticas (SANTOS, C.; A.; S, DANTAS, E.; H.; M, MOREIRA, M.; H.; R. 2010).

No Brasil foi estimada que nos próximos 20 anos a população de idosos poderá alcançar e até mesmo ultrapassar a cifra dos 30 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente 13% da população. Em 2000, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 14.536.029, contra 10.722.705 em 1991 (IBGE, 2000).

Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que referiram ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% tinham mais de 65 anos, sendo que esse grupo, no ano anterior, apresentou 14,8 internações por 100 pessoas, representando o maior coeficiente de internação hospitalar. Mais da metade dos idosos (53,3%) apresentou algum problema de saúde, e 23,1% tinham alguma doença crônica. Em pesquisa realizada nas cinco regiões do município de São Paulo no início dos anos 90, foi verificado que 86% dos entrevistados apresentavam pelo menos uma doença crônica, fato este confirmado em estudo de seguimento de dois anos desses indivíduos, mostrando que 94,4% dos idosos avaliados apresentavam mais de uma doença crônica. Nesse mesmo estudo foi demonstrado que 32% dos idosos entrevistados eram dependentes para suas atividades rotineiras e instrumentais de vida diária (MENDES et ali 2005).

Para tornar-se ou manter-se saudável, o nosso corpo precisa de oferta adequada de alimentos saudáveis. Uma boa nutrição fornece ao organismo, nutrientes para produzir ou reparar tecidos, manter o sistema imunitário saudável e permite ao corpo executar tarefas diárias com facilidade. A alimentação pouco saudável e a falta de atividade física são, pois, as principais causas das doenças não transmissíveis mais importantes, como as cardiovasculares, a diabetes tipo 2 e determinados tipos de câncer, e contribuem substancialmente para a carga mundial de morbidade, mortalidade e incapacidade. Outras doenças relacionadas com a má alimentação e a falta de atividade física, como a cárie dental e a osteoporose, são causas muito maiores de morbidade (VICENTE et al 2004).

O padrão alimentar da população urbana no Brasil, sem dúvida, está progressivamente absorvendo as novidades criadas pela indústria, tornando-se cada vez mais homogêneo. Num mundo globalizado, isto parece inevitável, gerando graves consequências para a saúde pública, associadas ao aumento das doenças crônicas e aos desvios ponderais (MONTEIRO et al 2004).

Modificações nos hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos podem ter grande influência sobre a qualidade e expectativa de vida, reduzindo ou retardando mudanças e doenças que surgem com o envelhecimento (ROBERTO VILARTA et al, 2007).

Durante o processo de envelhecimento podem surgir eventos incapacitantes devido a mudanças psicológicas, fisiológicas e anatômicas, conferindo aos idosos características próprias e peculiares (MAZO *et al.*, 2007). Partindo do ponto de vista funcional, há um decréscimo do sistema musculoesquelético, pela redução de massa muscular, diminuição de força, flexibilidade e resistência; porém, não se sabe qual a proporção de perda do tecido muscular é devido ao envelhecimento em si e qual proporção reflete uma restrição da atividade física habitual (DAVINI & NUNES, 2003). As articulações tornam-se mais rígidas, devido à diminuição do colágeno, levando ao prejuízo da elasticidade das cápsulas articulares, tendões e ligamentos (MAZO *et al.*, 2004).

O envelhecimento é também um processo natural que pode ocorrer de maneira saudável, e com menores perdas, se algumas alterações no estilo de vida forem introduzidas. Dentre os hábitos a serem adquiridos, a participação em atividade física regular desempenha importante papel. Já está estabelecido que a maior parte dos efeitos negativos atribuídos ao envelhecimento deve-se, na verdade, ao sedentarismo, que leva ao desuso das funções

fisiológicas por imobilidade e má adaptação, e não ao avançar dos anos, nem ao desenvolvimento das doenças crônicas prevalentes neste grupo etário (OLIVEIRA et al, 2001).

Ainda, Monteiro (2005) aponta que os velhos que diminuem suas atividades físicas por não conseguirem reciclar os seus objetivos perdem a motivação e começam a apresentar sinais de declínio físico, psicológico e social. Desse modo, os objetivos são essenciais à manutenção da qualidade de vida nos idosos. Constituindo uma relação de troca com o meio, onde será possível agregar significados à sua construção pessoal.

A diminuição do envolvimento de pessoas idosas em programas de atividades físicas, levam ao decréscimo da capacidade física e está associado com o aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão, diabetes tipo 2, doença coronariana, acidente vascular cerebral, osteoartrite, problemas respiratórios e desvios posturais (PAFFENBARGER, 1999).

Okuma (1998) enfatiza que os benefícios das atividades físicas são evidentes igualmente para o domínio das capacidades cognitivas e psicossociais cujo impacto da velhice dependerá de seus recursos internos e das normas e relações sociais às quais está vinculada.

Existem alguns questionários utilizados para mensurar o nível de atividade física em idosos, dentre eles, destaca-se o Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ que é um instrumento que permite estimar o dispêndio energético semanal de atividades físicas relacionadas com o trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, realizadas por, pelo menos, 10 minutos contínuos, com intensidade moderada e vigorosa, durante uma semana normal/ habitual. O IPAQ apresenta as formas longa e curta e pode ser aplicado pelo telefone ou ser auto administrado, como recordatório da última semana normal/habitual.

O IPAQ foi desenvolvido a partir das dificuldades encontradas para se obter medidas de atividades físicas internacionalmente comparáveis. A Organização Mundial de Saúde, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e o Instituto Karolinska, na Suécia, reuniram os pesquisadores da área de atividade física e saúde para desenvolver e testar um instrumento de medida da atividade física para uso internacional. Em 2001, o Comitê Executivo responsável por desenvolver o IPAQ publicou um relatório parcial desta aplicação experimental.

No Brasil, o estudo de validade e reprodutibilidade do IPAQ, em adultos, foi coordenado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, em São Paulo, tendo sido aplicado em adultos. Os resultados foram similares ao internacional e a outros instrumentos que mensuram o nível de atividade física (MAZO, BENEDETTI, 2010).

Paralelamente a esse estudo, outros foram conduzidos no Brasil, visando avaliar as versões correntes do IPAQ quanto a reprodutibilidade (teste-reteste) e validade (face e concorrente). Em geral, os resultados encontrados nesses estudos demonstraram que o IPAQ é um instrumento com boa estabilidade de medidas e precisão aceitável para uso em estudos populacionais com adultos jovens e de meia idade (BENEDETTI, T.B., MAZO, G.Z., BARROS, M.V.G. 2004).

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi caracterizada como do tipo descritiva, pois teve por objetivo demarcar as características ou determinar o perfil de determinado grupo ou população (GAYA, 1994). Constituíram a amostra 102 idosos na faixa etária de 60 anos em diante, de ambos os gêneros, moradores da zona urbana do Município de Presidente Figueiredo - Estado do Amazonas. Esse município apresenta as seguintes características: a) possuir número significativo de idosos; b) viabilidade de acesso às pessoas idosas para coleta de dados; c) nunca ter sido realizado um estudo com as características e delineamento da população idosa da sede do município de Presidente Figueiredo; d) desconhecimento de perfil de idosos da sede do município de Presidente Figueiredo.

Para levantamento dos dados foi utilizado um questionário adaptado de ANDREOTTI & OKUMA (1999) com informações das variáveis pesquisadas com fácil resposta. As perguntas foram feitas pelo investigador tendo o entrevistado no máximo 4 (quatro) respostas objetivas. No caso de perguntas subjetivas o mesmo teve o número suficiente de resposta que fosse conveniente à resposta. Todos os participantes do estudo assinaram um termo de livre consentimento.

Para avaliar o nível de atividade física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ (versão curta), validado em amostra da população brasileira. As

questões avaliam a frequência (número de dias na semana) e duração (minutos por dia) da caminhada e das atividades físicas moderadas e vigorosas.

Quanto à classificação do nível de atividade física foi utilizado o consenso realizado em parceria do CELAFISCS e Center for Disease Control (CDC) de Atlanta em 2002, classificando em cinco diferentes categorias, tendo como critérios frequência e duração nas diferentes intensidades de atividade:

Muito ativo: aquele que cumpriu as recomendações de atividade física: a) Vigorosa: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão e/ou b) Vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + moderada e/ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.

Ativo: aquele que cumpriu as recomendações de: a) Vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; e/ou b) Moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; e/ou c) Qualquer atividade somada (caminhada + moderada + vigorosa): ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem.

Irregularmente ativo: aquele que realiza atividade física, porém insuficientemente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequências e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa).

Irregularmente ativo A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade: a) Frequência: 5 dias/semana ou; b) Duração: 150 min/semana.

Irregularmente ativo B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

Sedentário: aquele que não reportou ter realizado nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

A coleta de dados foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e visita domiciliar, no município de Presidente Figueiredo, no período diurno e noturno. A escolha desses locais foi devido serem os mais frequentados pela população idosa do município. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas - UFAM para análise e aprovação. Para a entrevista os avaliados foram selecionados de forma aleatória.

O tratamento dos dados foi realizado através do pacote Office Microsoft Excel 2007. Visando atender aos objetivos propostos neste estudo a primeira técnica estatística utilizada para o tratamento dos dados foi através de análise descritiva.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 102 idosos, sendo 57% mulheres, homens 43%. Cerca de 39% são naturais do estado do Amazonas, 39% dos idosos são oriundos da região Nordeste e 22% são de outros Estados da Federação. A média de idade entre os homens foi 71,2 anos, feminino ficou em torno de 70,7 anos, o que demonstra pequena diferença entre os gêneros.

As diferenças de expectativa de vida entre os sexos mostram que em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos e em 2000, passaram para 55,1%, sendo que para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens e constituem a maioria da população idosa (IBGE, 2000).

Em conformidade com os dados da literatura, a grande maioria dos idosos (62%) referiu ter problemas de saúde. Dentre as queixas atuais, destacam-se: hipertensão arterial (32%), hipertensão aliada à diabetes (18%), mal de Parkinson e câncer de estômago (2%) e outras patologias (8%). Vale ressaltar que um grande número de idosos (38%) não relatou nenhuma doença. Cerca de 50% das pessoas idosas apresentam Hipertensão Arterial (HA). O risco da doença nos idosos é três vezes maior do que nos jovens, ocorrendo o aumento da morbi-mortalidade na HA não tratada. Por isso, observando esses fatores, conclui-se que a prevenção educativa e o tratamento sempre se justificam (ARAÚJO et al 2003).

Quanto ao tabagismo e uso de bebida alcoólica, Somente 2% dos idosos relataram hábito de fumar, o que pode ser atribuído às diferenças socioculturais que reconhecidamente influenciam o hábito de fumar: quanto menor o poder aquisitivo e o nível cultural, maior a incidência e a prevalência de tabagismo. Por outro lado, 4% dos idosos avaliados referiram fazer uso de bebida alcoólica e 94% afirmam não ter nenhum tipo de vício.

Os resultados revelam que 100% dos idosos entrevistados afirmaram ter feito visitas às Unidades Básicas de Saúde periodicamente. Dos que se consultou a maioria 95% utilizou a rede pública, enquanto 5% recorreram à rede privada. A média em anos em que essa população realiza acompanhamento médico ficou em torno de 8 anos. A importância da

prevenção de doenças na terceira idade constitui um dos principais objetivos nessa faixa etária, no sentido de se evitar o adoecimento, em sua forma múltipla e de longa duração, que irá requerer maiores recursos para tratamento. Portanto, a prevenção deve ser estimulada, objetivando melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, para que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas (ANDERSON et al 1999).

Cerca de 14% dos idosos referiram estar usando regularmente pelo menos um tipo de medicação, sendo que 40% usavam 2 tipos e 41% três ou mais medicações concomitantemente. Dentre as medicações mais utilizadas estavam as indicadas para o controle da Hipertensão arterial, diabetes, Mal de Parkinson, entre outras patologias.

Relativamente a família a grande maioria dos entrevistados (53%) são casados, 9% são viúvos, 21% são solteiros, 2% separados e 15% divorciados. A situação familiar das pessoas nesta fase da vida reflete o efeito acumulado de eventos sócio-econômico-demográficos e de saúde ocorridos em etapas anteriores do ciclo vital. O tamanho da prole, a renda familiar, as migrações, a viuvez, vão confirmando, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, os quais, com o passar da idade, adquirem características específicas, que podem colocar o idoso do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade (ARAÚJO et al 2003).

É provável que os idosos que não estão casados experimentem características que muitas vezes são reprimidas durante a vida em união conjugal, ou seja, mais autonomia, independência e liberdade, o que pode estar contribuindo para uma melhor auto-estima em relação à saúde (ALVES, 2004, apud CAMPOS et al, 2009).

Quanto às informações sobre a atenção familiar, 40% dos entrevistados referem que são muito apoiados. Apesar desse expressivo percentual, merece atenção o fato de que cerca de 21% referiram não receberem nenhuma forma de atenção, e que 17% responderam que recebem cuidados dos filhos. Além disso, 22% relataram que não recebem nenhum tipo de atenção, e não mantêm relação com a família.

No que diz respeito a Religião, 68% professam o catolicismo, 27% são evangélicos, 4% são ecumênicos e somente 1% referiu não ter religião. A religiosidade parece aumentar com o envelhecimento. A maturidade, a experiência, os problemas da vida e a maior disponibilidade de tempo conduzem para uma maior aproximação com a espiritualidade.

Segundo Silva Júnior et al, 2007 apud Goldstein & Sommerhalder, 2002, a religiosidade fornece crenças, símbolos, rituais, tradições e intuições que ajudam a articular a percepção de significado, enquanto para outros, a religião pode desencorajar ou mesmo destruir o sentido de ligação ou integração consigo mesmo e com outras pessoas, com o mundo e, mesmo, com Deus.

Sobre a Moradia 77% referiram ter moradia própria, enquanto 13% residem em imóveis alugados e 10% em casa cedida pelos parentes ou pessoas conhecidas. Na análise do tipo de moradia, a predominância do imóvel é de alvenaria (69%), madeira (18%) e mista (13%), o que resulta em condições favoráveis neste aspecto da qualidade de vida.

O saneamento básico foi referido como disponível e adequado por todos os entrevistados, em sua maioria salientaram ter água regularizada da rede pública, luz, banheiro e providos de infraestrutura urbana básica.

A composição no domicílio mostra que 15% moram sozinhos, resultado próximo ao encontrado por (ANDERSON et al,1998 apud VIDELA (1994), entre 6% e 28%, estimada na análise sobre as políticas de serviços para idosos na América Latina. Aproximadamente 85% dos idosos pesquisados moram com o cônjuge, filhos ou outros componentes da família, para Silva et al, 2008, a habitação é um dos indicadores sociais de qualidade de vida, pois forma parte de um conjunto de aspectos da vida da pessoa e recomenda como meta de qualidade de vida, que as pessoas possam dispor de uma habitação digna e adequada.

Morar sozinho não significa um problema em si, já que pode ser uma consequência da situação conjugal em que se encontra. Entretanto, é considerada uma situação de risco pela Organização Mundial da Saúde, tendo em vista a possibilidade de perda da autonomia e inadequado suporte familiar (ANDERSON et al, 1998 apud OMS 2000).

d) Escolaridade

No grupo estudado, a escolaridade apresentou-se baixa. Do total de 102 entrevistados 27% dos idosos referiram não ter ido à escola, 26% de 5ª a 8ª séries, 7% o ensino médio, 5% ainda estão cursando a modalidade de Ensino de Jovens e Adultos e 1% apenas completou o curso superior. O nível predominante é o primário: 34% declararam ter cursado até a 4ª série do primário, dado ainda assim bem abaixo da média de 80% encontrada para o Brasil (ANDERSON, 1997). O nível educacional dos idosos, como afirma Anderson (1997), tem

papel importante no planejamento de programas e ações de saúde, tanto no nível coletivo quanto no individual.

Dizendo respeito ao trabalho e recursos econômicos foi encontrado:

Quanto a situação previdenciária 71% conseguiram se aposentar, os que recebem pensão representam 2%. Aproximadamente 21% dos idosos não recebem benefício previdenciário ou não tem rendimento, porém cerca de 3% referiram ter renda vinda do trabalho remunerado mensal. Aproximadamente 2% dos idosos recebem ajuda financeira de familiares ou exercem atividades, sobretudo no mercado informal. As atividades mais comuns são ligadas a tarefas domésticas, tais como: costurar, fazer trabalhos manuais, passar roupas, fazer doces ou salgados, cuidar de netos, entre outras.

A distribuição dos rendimentos mensais em salários mínimos mostra um padrão esperado da média da população idosa, 71% tem renda de um salário mínimo, proveniente da aposentadoria, 3% do emprego remunerado mensal e cerca de 1% recebem mais que um salário mínimo, e 3% tem outras fontes de renda.

As condições econômicas dos entrevistados são equiparáveis às dos idosos do país como um todo, considerando-se que cerca de 50% da população idosa no Brasil têm renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo (ALVES et al, 2008 apud IBGE, 1998).

Chaimowicz (1998) vem há um bom tempo afirmando que o baixo poder aquisitivo é uma das características marcantes da população idosa no Brasil: e as aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimento.

Em média esse grupo realiza 3,7 refeições diárias, a ingestão de água ficou aproximadamente em 1,8 litros. Conforme estudo realizado por Filho et al (2008) era de se esperar, grande parcela dos idosos fazem em média de três e quatro refeições, ao dia.

A ingestão de água é controlada pela sensação de sede. O centro de controle da sede, localizado no hipotálamo é ativado com o aumento da pressão osmótica dos fluidos corpóreos e, quando há uma diminuição do volume extracelular, a sensação de sede ocorre quando o organismo necessita de mais fluido. A média diária de ingestão oral de água, pelo adulto, é de 1.500 a 3.000L ou em torno de 30 a 40ml/kg de peso corpóreo (PHILIPPI, apud 2008 CARVALHO et al 2010) .

Nos idosos o balanço hídrico é extremamente importante porque eles são propensos a desenvolver desidratação. Como uma regra geral, a ingestão hídrica diária deve ser 1 ml/Kcal ou 30 ml/Kg.

Desidratação é extremamente prevalente em idosos em hospitais e é causa muito comum de estado confusional agudo. Isto é fundamentalmente relatado pelo bem descrito declínio na sensação de sede relacionado à idade. Estudos tem demonstrado uma habilidade diminuída para responder a uma privação de líquido (CUPPARI, 2005 apud FELIPE et al 2009).

O consumo diário de alimentos foi pesquisado mediante inquérito alimentar, onde foi analisado a frequência alimentar, tendo como alimentos mais citados: no grupo dos energéticos, os cereais e derivados o arroz, farinha, macarrão e o pão. Em relação aos alimentos proteicos: o feijão, o leite, queijo. No grupo dos construtores a carne de frango e bovina, o peixe e o fígado em menor proporção respectivamente. No grupo dos reguladores as verduras merecem destaque em relação ao consumo de frutas. A ingestão de doces e sanduíches são menos consumidos em razão das doenças crônicas que essa população apresentou. Constatou-se que há consumo de diversos grupos alimentares, não foi identificado nenhum dado significativo de ingestão deficiente, já que a grande maioria ingere alimentos de todos os grupos cinco vezes por semana, e que é mínima a diferença de consumo alimentar entre os gêneros.

Na literatura especializada, os estudos sobre consumo alimentar em sua maioria estão focalizados na análise dos nutrientes. Sichieri, (1998) considera fundamentais as abordagens que levem em conta os alimentos e não só os nutrientes, porque as pessoas consomem os alimentos e não os nutrientes, especificamente. A autora ainda refere que as recomendações nutricionais são mais facilmente transformadas em práticas de saúde pública.

Uma dieta variada refere-se à seleção de alimentos ricos em diferentes nutrientes, devendo-se variar ao máximo a alimentação diária, pois nenhum alimento (exceto o leite materno) possui todos os nutrientes em quantidades suficientes para atender as necessidades do organismo (CUPPARI, 2005 apud FELIPE et al 2009).

O nível de atividade física referidas pelos idosos mostra a seguinte classificação: 57% são irregularmente ativo (n=58), irregularmente ativo A representa 11% com 11 idosos,

considerados ativos 27% (n=28), muito ativo 2% (n=2) e sedentários 3% (n=3) do total de 102 entrevistados.

É importante destacar que no Brasil o número de estudos que abordam o nível de atividade física e a capacidade funcional vem aumentando. Entretanto ainda são necessárias investigações sobre as necessidades reais da população idosa com relação ao nível de atividade física e suas limitações funcionais, principalmente em grupos diferenciados para se destacar quais suas reais necessidades a fim de se obter um melhor resultado em intervenções com esses grupos (BORGES et al, 2011).

Diante da análise do tipo de atividade física, 12% dos entrevistados relataram fazer caminhada e aeróbica leve, 4% andam de bicicleta com frequência de até 3 vezes por semana. Na questão relacionada às atividades da vida diária, ou seja, aquelas realizadas em seu cotidiano, 71% fazem serviços do lar, 10% cuidam do sítio em pequenas proporções e 3% dos idosos referiram não realizar nenhum tipo de atividade física e nem atividades da vida diária.

As atividades da vida diária (AVD) são referidas como: tomar banho vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar a uma pequena distância; ou seja, atividades de cuidados pessoais básicos e, as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como: cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem; ou seja, atividades mais complexas da vida cotidiana (OKUMA,1998).

O nível reduzido de atividade física e o número crescente de doenças crônicas que acompanham o envelhecimento, frequentemente propiciam um círculo vicioso: doenças e incapacidades reduzem o nível de atividade física, o que por sua vez, tem efeito negativo na capacidade funcional, aumentando as incapacidades decorrentes das doenças (GUIMARÃES et al, 2008).

CONCLUSÃO

Foi constatado que a maioria da amostra foi do gênero feminino, casados, aposentados, com rendimentos de um salário mínimo, recebem atenção e cuidados da família, de religião católica em expressivo número, estudaram até a 4ª série, antigo primário, e que 39% são oriundos da Região Nordeste, e apresentavam uma pequena média de idade acima do padrão nacional em relação ao gênero masculino.

Fazem acompanhamento médico em Unidades Básicas de Saúde. A grande maioria apresentava doenças crônicas, confirmando a literatura, merecem destaque a hipertensão e diabetes, 38% não relataram nenhuma doença. Dentre as medicações mais utilizadas estavam

às para o controle da Hipertensão arterial, diabetes, Mal de Parkinson. Poucos fumam ou consomem bebida alcoólica. Ou seja, há necessidade de medidas de alteração do estilo de vida

A maioria referiu ter moradia própria, o que demonstra um aspecto muito bom, com predominância do imóvel de alvenaria, provido de saneamento básico, o que resulta, em condições favoráveis a melhor qualidade de vida e bem-estar.

Realiza em média 3,7 refeições diárias, alimentam-se de diversos grupos alimentares, cinco vezes por semana. O consumo de feijão e arroz dessa população, demonstra que ainda se mantêm a tradição familiar. Alimentos considerados essenciais e saudáveis para a sobrevivência do ser humano. O peixe foi pouco consumido. Os níveis de atividade física referido pelos idosos apresentaram dados abaixo do recomendado.

A maioria consegue realizar suas atividades da vida diária, ou seja, aquelas realizadas em seu cotidiano, estas que não substituem os benéficos dos exercícios físicos.

Do que se conclui que é necessário sensibilizar para a prática e atividade física, esclarecer sobre doenças, em suma, apesar disto, os resultados indicaram um bom perfil de idosos da sede do município de Presidente Figueiredo/Amazonas.

REFERENCIAS

ANDERSON, M.; I.; P.; et al.; Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos sobre Envelhecimento** | UNATI / UERJ | Rio de Janeiro | n° 1 p. 1-44 | 2° semestre 1998.

ANDERSON, M. I. P. **Saúde e Condições de Vida do Idoso no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

ANDREOTTI, R.A.; OKUMA, S.S.; validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Rev. Paul. Educ. Fís.**, São Paulo, **13**(1): 46-66, jan./jun. 1999.

ALVES, L.; C.; LEITE, I.; C.; MACHADO, C.; J.; Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):535-546, mar, 2008.

ALVES, M.; J.; M.; RIBEIRO, L.; C.; MILANE, J.; L.; ALMEIDA, A.; M.; Perfil da Capacidade Funcional do Idoso. **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil**, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

ARAÚJO, M. A. S.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M. - **Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO**. *Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003 on line (www.proec.ufg.br.)*

BALESTRA, C.; M.; **A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividades Físicas**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas: [s.n], 2002.

BENEDETTI, T.B., MAZO, G.Z., BARROS, M.V.G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **R. bras. Ci e Mov.** 2004; 12(1): 25-34.

BORGES, G.; F.; BENEDETTI, T.; R.; B.; FARIAS.; S.; F.; Atividade física habitual e capacidade funcional percebida de idosas do sul do Brasil. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 1-11, jan./abr. 2011

CARMO, N.; M.; MENDES, E.;L.; BRITO, C.; J.; Influência da atividade física nas atividades da vida diária de idosas. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 16-23, jul./dez. 2008.

CARVALHO, A.; P.; L.; ZANARDO, V.; P.; S.; Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes no município de Erechim – Rio Grande do Sul. **Perspectiva, Erechim**. v.34, n.125, p. 117-126, março/2010.

CHAIMOWICZ, F.; A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, A saúde dos idosos brasileiros 31 (2), 1997.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. - **Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003 on line (www.proec.ufg.br).**

DAVINI, R.; & NUNES, C.V. Alterações no sistema neuromuscular decorrentes do envelhecimento e o papel do exercício físico na manutenção da força muscular em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 7:201-207, 2003.

FELICIANO, A.; B.; MORAES, S.; A.; FREITAS, I.; C.; M.; **O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1575-1585, nov-dez, 2004

FERREIRA, M.; MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; BRAGGION, G.; Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. **Rev. Bras. Med. Esporte** _ Vol. 11, Nº 3 – Mai/Jun, 2005.

GAYA, A. C. A. **As ciências do desporto nos países de Língua Portuguesa. Uma abordagem epistemológica.** Tese de Doutorado, FCDEF, UP, Porto, 1994.

GOMES, K.; V.; ZAZÁ, D.; C.; **Motivos de adesão a prática de atividade física em idosas.** Revista Brasileira de atividade física & saúde • volume 14, número 2, 2009.

GUEDES, R.M.L. Motivação de idosos praticantes de atividades físicas. In: Guedes O C (org.). **Idoso, Esporte e Atividades Físicas.** João Pessoa: **Idéia**: 2001.

GUIMARÃES, A. C. et al. Efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos participantes do programa de saúde da família. **Fit Perf J.**; v.7, n. 1, p.5-9, 2008.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – 2000.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, 21:200-10, 1987.

MATSUDO, S.; M.; Envelhecimento, atividade física e saúde. **R. Min. Educ. Fís., Viçosa**, v. 10, n. 1, p. 195-209, 2002.

MATSUDO, S.; M.; MATSUDO, V.; K.; R.; NETO, T.; L.; B.; Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev. Bras. Med. Esporte** _ Vol. 7, Nº 1 – Jan/Fev, 2001.

MATSUDO SM et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Movimento**. 2002; 10: 41-50.

MAZO, G.Z.; LIPOSCKI, D.B.; ANANDA C.; & PREVÊ, D. Condições de saúde, incidências de quedas e nível de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 11:437-442, 2007.

MAZO, G.Z.; LOPES, M.A.; & BENEDETTI, T.B. **Atividade Física e o Idoso**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MAZO, G.; Z, BENEDETTI, T; R; B. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum** 2010, 12(6):480-484.

MENDES et ali . A situação social do idoso no Brasil. **Acta Paul Enferm**. 2005;18(4):422-6.

MONTEIRO, P.P. **Envelhecer - Histórias. Encontros. Transformações**. 3a ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

MONTEIRO, R.; C.; A.; RIETHER, P.; T.; A.; BURINI, R.; C.; **Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério**. Revista de Nutrição, Campinas, 17(4):479-489, out./dez., 2004

OKUMA, S.S. **O idoso e a atividade física**: Fundamentos e pesquisa. Campinas: Papirus, 1998.

PAFFENBARGER, R.S.; HYDE, R.; WING, A.; LEE, I.; JUNG, D.; KAMPERT, J. **The association of changes in Physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men**. N Engl j Med 1993; 328; 538-45.

PAFFENBARGER, R.S.J.R.; HYDE, R.T.; WING, A.L.; HSIEH, C.C. **Physical activity, all-cause mortality and longevity of college alumni.** N Engl J Med 1986; 314:605-13.

RAMOS, L.; R.; ROSA, T.; E.; C.; OLIVEIRA, Z.; M.; MEDINA.; M.; C.; G.; SANTOS.; F.; R.; G.; **Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar.** Revista Saúde Pública, 27(2): 87-94, 1993.

VILARTA, ROBERTO et al, 2007. **Alimentação saudável e atividade física para a qualidade de vida.** Campinas, ipes editorial , 2007. 229p.: il.

SANTOS, C.; A.; S, DANTAS, E; H; M, MOREIRA, M; H; R. 2010. **O impacto do programa de atividades físicas menopausa em forma na qualidade de vida de idosos.** Salusvita, Bauru, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2010.

SILVA, C.; B.; D.; C.; A.; **Qualidade de vida de idoso atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande, RS.** Dissertação (mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande/RS, 2008

VICENTE, A.; N.; C.; PICOLO, A.; F.; O.; GOMES, C.; M.; VIEBIG, R.; F.; Aplicabilidade do pentágono do bem-estar como ferramenta para nutricionistas. [http://www.efdeportes.com/Revista Digital - Buenos Aires - Año 13 - Nº 129 - Febrero de 2009.](http://www.efdeportes.com/Revista%20Digital%20-%20Buenos%20Aires%20-%20Año%2013%20-%20Nº%20129%20-%20Febrero%20de%202009)

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Non communicable Disease Prevention and Health Promotion. Physical Activity for various population groups – Aging Population.** [artigo online] [capturado em 26 de fev. 2004]. Disponível em <http://www.who/inf-fs/en/factl35.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Growth of the elderly population of the world.** Geneva; 1989 (WHO – Technical Report Series, 779).