

Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida

Overweight in rural elderly:
association with health conditions and quality of life

Darlene Mara dos Santos Tavares¹
Alisson Fernandes Bolina²
Flavia Aparecida Dias¹
Pollyana Cristina dos Santos Ferreira¹
Nilce Maria de Freitas Santos¹

Abstract *This study aimed to verify the association of overweight with functional disability, self-reported morbidities and quality of life (QoL) among rural elderly dwellers. This is a domestic and cross-sectional survey conducted in the rural region of a municipality of Southeast Brazil. Three hundred seventy non-overweight elderly people and 192 overweight elderly people were evaluated with the following tools: semi-structured; Katz and Lawton and scales; World Health Organization Quality of Life – BREF and World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults. Overweight was associated with morbidities arthritis/osteoarthritis ($p = 0.002$), systemic arterial hypertension ($p < 0.001$), varicose veins ($p = 0.009$), heart problems ($p = 0.028$), diabetes mellitus ($p = 0.001$), cerebrovascular accident ($p = 0.044$) and urinary incontinence ($p = 0.032$). Overweight elderly had lower scores in the physical realm ($p = 0.005$) and higher scores in social relationships ($p = 0.033$) compared to those without this condition. Results point to the importance of monitoring the nutritional status of rural elderly to prevent comorbidities and improve the quality of life.*

Key words *Quality of life, Elderly, Overweight, Rural population's health*

Resumo *O objetivo deste estudo é verificar a associação do excesso de peso com a incapacidade funcional, morbidades autorreferidas e qualidade de vida (QV) de idosos residentes em área rural. Trata-se de um inquérito domiciliar e transversal realizado na área rural de um município do Sudoeste do Brasil. Foram avaliados 370 idosos sem excesso de peso e 192 com, por meio dos instrumentos: semiestruturado, escalas Katz e Lawton e, World Health Organization Quality of Life – BREF e World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults. O excesso de peso associou às morbidades: artrite/artrose, hipertensão arterial sistêmica ($p < 0,001$), varizes ($p = 0,009$), problemas cardíacos ($p = 0,028$), diabetes mellitus ($p = 0,001$), acidente vascular encefálico ($p = 0,044$) e incontinência urinária ($p = 0,032$). Não identificou associação entre a incapacidade funcional e o excesso de peso ($p = 0,729$). Os idosos com excesso de peso apresentaram menores escores no domínio físico ($p = 0,005$) e maiores nas relações sociais ($p = 0,033$) comparados aos sem essa condição. Os resultados remetem à necessidade do acompanhamento do estado nutricional de idosos rurais na prevenção de comorbidades e na melhoria da qualidade de vida.*

Palavras-chave *Qualidade de vida, Idoso, Sobrepeso, Saúde da população rural*

¹ Centro de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Pç. Manoel Terra 330, Centro. 38015-050 Uberaba MG Brasil. darlene.tavares@uftm.edu.br

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto SP Brasil.

Introdução

Com o processo de envelhecimento humano ocorrem algumas alterações fisiológicas e funcionais no organismo que podem predispor o acúmulo de gordura¹. Estatísticas oriundas da base de dados do Vigitel – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico apontaram um aumento do excesso de peso (42,8% a 48,5%) e obesidade (11,4% a 15,8%) na população adulta e idosa do Brasil, no período de 2006 a 2011². Especificamente entre os idosos brasileiros, estudo verificou prevalência expressiva de excesso de peso (32,7%) e obesidade (12,4%)³, o que denota a importância de se discutir os aspectos relacionados a essa condição, visando focalizar estratégias de monitoramento e acompanhamento do estado de saúde nesse seguimento populacional.

Apesar do processo de envelhecimento corroborar para a ocorrência do excesso de peso, alguns autores identificaram que, conforme a faixa etária aumenta, a proporção de idosos nessa condição diminui^{3,4}. Este dado pode ocorrer devido ao maior risco de mortalidade entre idosos com excesso de peso, antes de atingirem idades mais avançadas¹. Outra possível explicação está relacionada às alterações das medidas antropométricas que, com o passar dos anos¹, pode ocasionar uma subestimação do diagnóstico de excesso de peso em idosos mais velhos.

O excesso de peso nos idosos pode gerar condições desfavoráveis de saúde. Inquéritos realizados com essa população têm verificado associação do excesso de peso/obesidade com a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus^{5,6}, incontinência urinária⁷, doenças osteoarticulares⁸ e maiores chances de incapacidade funcional^{9,10}; porém, a maioria das investigações^{5,7-9} foi desenvolvida na zona urbana. Embora a literatura tenha sugerido impacto do excesso de peso sobre a qualidade de vida (QV) de idosos^{11,12}, até o momento não foram identificados estudos que avaliassem essa associação por meio de instrumento específico para esta faixa etária.

Cabe ressaltar que as limitações de transporte, distância dos recursos sociais e de saúde e a renda desfavorável podem dificultar o acesso dos idosos rurais ao serviço de saúde¹³. Infere-se que esse aspecto pode contribuir para mais dificuldades no cuidado direcionado à prevenção do excesso de peso corporal. Corroborando com esses achados, investigação realizada com idosos rurais residentes no mesmo município deste estudo, com o propósito de identificar a prevalência da

adequação à alimentação saudável, verificou uma tendência de padrão alimentar inadequado no tocante à ingestão de legumes, frutas e verduras e ao consumo de leite e carnes magras¹⁴. Além disso, os autores identificaram uma prevalência elevada de excesso de peso nessa população (34,4%)¹⁴.

Considerando a ocorrência significativa de excesso de peso entre idosos rurais¹⁴, bem como a possibilidade de restrições na atenção à saúde dessa população¹³, emergiu o interesse desta investigação. O conhecimento da associação do excesso de peso com as condições de saúde e qualidade de vida de idosos em áreas rurais permite dimensionar a problemática nesse contexto e, portanto, reforçar a importância de ações de saúde que considerem as peculiaridades da população rural.

O objetivo deste estudo foi verificar a associação do excesso de peso com a presença de incapacidade funcional, as morbidades autorreferidas e a QV de idosos residentes em áreas rurais.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e analítico realizado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), na zona rural do município de Uberaba-MG. Para compor a população obteve-se a lista em junho de 2010 contendo o nome, endereço e número de idosos cadastrados nas Equipes de Saúde da Família (ESFs) que possuem 100% de cobertura na área rural, neste município.

Para a presente pesquisa foram incluídos os idosos com 60 anos ou mais, sem declínio cognitivo, que residiam na área rural, cadastrados nas ESFs, que aceitaram participar do estudo e que estavam aptos à realização dos testes antropométricos.

De uma população de 1.297 idosos, foram excluídos 735, em virtude da impossibilidade de aferição do peso e/ou altura, restringindo o cálculo do índice de massa corporal (IMC) (288), mudança de endereço (117), declínio cognitivo (105), recusa (75), não encontrado após três tentativas do entrevistador (57), óbito (11), hospitalização (3) e outros motivos como não residir na cidade (79). Assim, foram entrevistados 562 idosos, dos quais 192 apresentavam excesso de peso e 370, não.

As entrevistas foram realizadas por 14 entrevistadores no período de junho de 2010 a março

de 2011. Contou-se com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde para a localização da residência dos idosos e obteve-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa.

Antes de iniciar a entrevista, foi feita a avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental, versão validada no Brasil¹⁵.

Para a coleta dos dados socioeconômicos e de saúde, aplicou-se instrumento baseado no Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ)¹⁶. Foram inseridas questões referentes a medidas antropométricas (peso e altura) para cálculo do IMC. Para mensuração do peso, foi utilizada balança eletrônica digital portátil, tipo plataforma, marca Bioland, com capacidade para 150kg e precisão de 100g, com o idoso descalço e usando roupas leves. A estatura foi aferida utilizando fita métrica flexível e inelástica, fixada na parede em um local plano e regular, sem rodapé; o idoso permaneceu descalço, em posição ortostática, com os pés unidos, de costas para o marcador, com o olhar para o horizonte. O IMC foi calculado utilizando-se a fórmula $IMC = \text{Peso (Kg)} / [\text{Estatura}]^2 \text{ (m)}$, a partir dos valores de peso e estatura. A classificação do estado nutricional foi realizada por meio do IMC, recorrendo às recomendações para a classificação de excesso de peso específica para a população idosa ($IMC > 27\text{kg/m}^2$)¹⁷.

O Índice de Katz, validado no Brasil¹⁸, foi utilizado para avaliar a capacidade funcional nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), tais como: banhar-se, vestir-se, higienizar-se, mobilizar-se, ter controle sobre as eliminações e alimentar-se. O desempenho de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) foi medido pela versão adaptada no Brasil da Escala de Lawton e Brody¹⁹, que avalia as atividades: usar o telefone, fazer compras, ir para locais distantes, fazer as refeições, arrumar a casa, realizar trabalhos manuais domésticos, lavar e passar, tomar remédios adequadamente e cuidar das finanças. Em ambas as escalas, a incapacidade funcional foi considerada quando o idoso referiu não conseguir realizar determinada atividade.

Para a QV utilizaram-se os instrumentos *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF)²⁰ e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD)²¹, ambos validados no Brasil.

O WHOQOL-BREF, instrumento genérico, é constituído por quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência

de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparências; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte)²⁰.

O WHOQOL-OLD, específico para idosos e complementar ao WHOQOL-BREF, possui seis facetas: funcionamento dos sentidos (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV); autonomia (refere-se à independência na velhice, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar as próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (descreve a satisfação sobre conquistas na vida e anseios); participação social (participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade), morte e morrer (preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer); e intimidade (avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas)²¹.

As variáveis avaliadas foram: sexo; faixa etária; estado conjugal; arranjo de moradia; escolaridade; renda individual mensal; capacidade funcional nas ABVD e AIVD; morbidades; e QV.

As entrevistas foram revisadas por supervisores de campo e, quando havia questões inconsistentes ou não preenchidas, procedeu-se à correção.

Os dados foram digitados por duas pessoas, em dupla entrada, em uma planilha eletrônica no programa Excel; a consistência entre as duas bases de dados foi analisada. Os dados foram transportados para o software *Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para o processamento e análise.

Realizou-se análise descritiva, por meio de frequências absolutas e percentuais, testes qui-quadrado e Mann-Whitney ($p < 0,05$). Para o ajuste das variáveis sexo e idade utilizaram-se as análises de regressão logística e linear múltipla ($p < 0,05$).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM. Aos idosos, abordados no domicílio, foram apresentados os objetivos da pesquisa e fornecidas as informações pertinentes. Após a assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procedeu-se a entrevista.

Resultados

A maioria dos idosos com excesso de peso era do sexo feminino, e aqueles sem excesso de peso, do masculino. Em ambos os grupos, predominaram indivíduos com 60-70 anos, casados ou que moravam com companheiro, 4-8 anos de estudo e renda mensal de um salário mínimo. Destaca-se que o percentual de idosos mais velhos sem excesso de peso foi superior àqueles com excesso de peso (Tabela 1).

O excesso de peso esteve associado às morbidades: artrite/artrose ($p = 0,002$), hipertensão arterial sistêmica ($p < 0,001$), má circulação ($p = 0,009$), problemas cardíacos ($p = 0,028$), diabetes mellitus ($p = 0,001$), acidente vascular encefálico ($p = 0,044$) e incontinência urinária ($p = 0,032$); mesmo após o ajuste (Tabela 2).

No que se refere à relação da incapacidade funcional nas ABVD, não foi possível verificar a sua associação com excesso de peso, visto que apenas sete idosos (1,2%) apresentaram esta condição. Já para a incapacidade funcional nas AIVD, verificou-se que, entre os idosos sem excesso de peso, 12,2% referiram pelo menos uma incapacidade, e 10,9% para aqueles com excesso

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos sem e com excesso de peso, residentes na zona rural. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2011.

Variáveis		Excesso de peso			
		Sem		Com	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	210	56,8	91	47,4
	Feminino	160	43,2	101	52,6
Faixa etária (em anos)	60-70	216	58,4	136	70,8
	70-80	116	31,4	47	24,5
	80 e mais	38	10,3	9	4,7
Estado Conjugal	Nunca se casou ou morou c/companheiro(a)	27	7,3	19	9,9
	Mora com o esposo(a) ou companheiro(a)	251	67,8	130	67,7
	Viúvo	64	17,3	33	17,2
Arranjo de Moradia	Separado	28	7,6	10	5,2
	Só	58	15,7	32	16,7
Moradia	Somente com o cônjuge	172	46,5	101	52,6
	Com outros de sua geração (com ou sem o cônjuge)	42	11,4	13	6,8
	Com filhos (com ou sem o cônjuge)	76	20,5	31	16,1
	Com netos (com ou sem o cônjuge)	15	4,1	13	6,8
	Outros arranjos	7	1,9	2	1
Escolaridade	Sem	82	22,2	32	16,7
	1-4	110	29,7	64	33,3
	4-8	146	39,5	79	41,1
	8	13	3,5	8	4,2
	9 e mais	19	5,1	9	4,7
Renda Individual (Em salários mínimos) *	Sem renda	28	7,6	32	16,7
	< 1	10	2,7	10	5,2
	1	180	48,6	77	40,1
	1-3	129	34,9	56	29,2
	3-5	16	4,3	14	7,3
	> 5	6	1,6	3	1,6

* Salário mínimo no período da coleta: R\$ 510,00 a R\$ 545,00²².

de peso; porém sem diferença significativa entre os grupos ($p = 0,729$).

Observou-se que a maioria dos idosos considerou a QV boa, entre aqueles sem (59,7%) e com (60,9%) excesso de peso. Ambos os grupos declararam estar satisfeitos com sua saúde – sem (62,2%) e com excesso de peso (59,4%). Quanto aos domínios e facetas da QV, observou-se que os idosos sem e com excesso de peso apresentaram maiores escores no domínio relações sociais e na faceta intimidade, e menores escores no domínio

meio ambiente e na faceta participação social (Tabela 3).

No tocante à comparação da QV, o grupo de idosos com excesso de peso apresentou menores escores no domínio físico, comparado ao que não possuía esta condição, permanecendo associado após o ajuste ($p = 0,005$) (Tabela 3). Em contrapartida, no domínio relações sociais, os idosos com excesso de peso apresentaram escores superiores em relação aos demais, mesmo após o ajuste ($p = 0,033$) (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição dos idosos da zona rural sem e com excesso de peso segundo as morbidades autorreferidas. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2011.

Morbidades	Excesso de peso				X ²	p	OR (IC 95%)	p*
	Sem		Com					
	N	%	N	%				
Reumatismo	78	22,0	47	26,1	1,11	0,293	1,33 (0,87-2,04)	0,184
Artrite/artrose	84	23,4	69	37,9	12,54	<0,001	1,94 (1,29-2,92)	0,002
Osteoporose	52	14,2	29	15,7	0,211	0,646	1,03 (0,61-1,74)	0,905
Embolia	8	2,2	4	2,1	0,00	0,979	1,14 (0,33-3,92)	0,834
Hipertensão arterial sistêmica	167	45,3	127	66,1	22,09	<0,001	2,52 (1,72-3,67)	<0,001
Má circulação (varizes)	87	23,5	69	36,3	10,24	0,001	1,71 (1,14-2,57)	0,009
Problemas cardíacos	56	23,6	60	31,4	3,99	0,046	1,56 (1,05-2,33)	0,028
Diabetes mellitus	28	7,7	32	16,8	10,98	0,001	2,46 (1,41-4,28)	0,001
Acidente vascular encefálico	9	2,4	11	5,7	4,00	0,045	2,55 (1,03-6,36)	0,044
Incontinência urinária	41	11,1	33	17,2	4,12	0,049	1,74 (1,05-2,89)	0,032
Problemas de coluna	201	54,5	117	60,9	2,15	0,143	1,23 (0,86-1,77)	0,256
Tumores malignos	7	1,9	2	1,0	0,58	0,446	0,67 (0,14-3,30)	0,667
Tumores benignos	10	2,7	6	3,1	0,08	0,775	1,04 (0,37-2,96)	0,936

*Ajustado para sexo e idade.

Tabela 3. Distribuição da média dos escores de QV, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, de idosos da zona rural sem e com excesso de peso. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2011.

	Excesso de peso		Z	p	β	p*
	Sem Média	Com Média				
WHOQOL-BREF						
Físico	70,63	67,00	-2,43	0,015	-0,12	0,005
Psicológico	70,99	71,03	-0,55	0,580	0,02	0,565
Relações sociais	72,75	75,04	-2,11	0,035	0,09	0,033
Meio ambiente	64,15	64,04	-0,11	0,909	0,00	0,963
WHOQOL-OLD						
Funcionamento dos sentidos	72,89	72,46	-0,15	0,883	-0,01	0,808
Autonomia	68,97	69,21	-0,13	0,898	0,02	0,654
Atividades passadas, presentes e futuras	70,32	70,54	-0,08	0,940	0,02	0,601
Participação social	67,33	68,88	-1,04	0,301	0,06	0,132
Morte e morrer	71,64	71,98	-0,58	0,565	0,04	0,356
Intimidade	73,88	74,61	-1,78	0,075	0,06	0,162

*Ajustado para sexo e idade.

Discussão

A predominância de excesso de peso entre as mulheres obtida, neste estudo, foi semelhante à das pesquisas nas zonas urbana e rural realizadas em Minas Gerais (54,5%)⁸, em Santa Catarina (56,6%) e na Bahia (54,7%)²³. No entanto, resultado divergente foi obtido em estudo com adultos e idosos nos Estados Unidos, no qual a obesidade foi maior para os homens na área rural²⁴.

Condizente com esta investigação, estudos conduzidos no Brasil e no mundo têm constatado diminuição do percentual de idosos com excesso de peso, à medida que a faixa etária^{3,4,8} aumenta, o que corrobora a hipótese de que indivíduos com excesso de peso apresentam menor longevidade¹.

No que concerne ao estado conjugal e arranjo de moradia, é importante mencionar que a ausência de suporte familiar pode favorecer problemas nutricionais²³. No entanto, a literatura nacional^{8,23} e internacional não tem investigado esta questão²⁴⁻²⁶. Considera-se relevante a identificação do estado conjugal e arranjo de moradia, uma vez que, na zona rural, dada à distância entre as localidades e a escassez de serviços sociais, a família eventualmente se constitui a principal fonte de recurso e apoio¹³. No presente estudo, a maioria era casada e residia acompanhada, fato que permite que os profissionais estimulem a família no cuidado nutricional.

Outro aspecto que merece atenção é a relação da escolaridade com o excesso de peso no idoso. Infere-se que a maior escolaridade possivelmente favorece o processo de entendimento acerca do estado nutricional, contribuindo para minimizar quadros de excesso de peso. Estudos prévios conduzidos no Brasil⁸ e no mundo^{25,26} corroboram esta hipótese ao identificar que a escolaridade foi um indicador de risco para a obesidade no idoso. Entretanto, embora esse aspecto não tenha sido foco de investigação, este estudo evidenciou percentuais semelhantes entre os grupos.

Resultado condizente quanto à renda foi obtido no Canadá entre adultos e idosos rurais, sendo os percentuais equivalentes²⁶. Diferentemente desses achados, em Minas Gerais houve maior proporção de excesso de peso entre os idosos com renda individual mensal superior a um salário mínimo⁸. Entretanto, outro estudo com adultos e idosos rurais na Índia, constatou que aqueles com médio e alto nível socioeconômico apresentaram maior chance de ser obesos²⁵. A divergência da relação entre a renda e a ocorrência de obesidade no idoso denota a necessidade de

aprofundamento dessa situação por meio de estudos.

No que se refere à associação entre o excesso de peso e as morbidades, um inquérito realizado com idosos das zonas urbana e rural de um município de Santa Catarina também constatou entre excesso de peso e artrite/artrose ($p = 0,002$)²³. Estes dados foram similares aos achados da literatura científica, em que a obesidade pode ocasionar uma elevação de carga nas articulações, favorecendo o surgimento da doença²⁷.

Outras complicações do excesso de peso nos idosos são os efeitos metabólicos adversos^{1,27}. Estudos no Brasil e no mundo, realizados na zona urbana, com adultos e idosos, verificaram associação entre excesso de peso/obesidade e hipertensão arterial sistêmica^{5,6,28}, diabetes^{5,6,8,28}, problemas cardíacos e acidente vascular encefálico⁶, indo ao encontro dos resultados da presente investigação.

A relação do excesso de peso com a má circulação (varizes) pode estar associada à maior compressão das veias abdominais devido ao aumento da circunferência do abdome. Outra possível explicação está relacionada aos hábitos de vida sedentários daqueles que apresentam excesso de peso, podendo ocasionar ineficiência da bomba muscular da panturrilha e contribuir para o desenvolvimento de varizes, especialmente em membros inferiores²⁹.

Concernente à associação entre excesso de peso e incontinência urinária, estudos anteriores realizados com idosos no Brasil^{7,30} e na China⁶ também evidenciaram essa relação^{7,30}. O excesso de peso pode ocasionar aumento da pressão intra-abdominal, em razão do peso provocado na cintura-quadril, que impacta na musculatura do assoalho pélvico. Consequentemente, ocorre uma mudança do mecanismo de fechamento efetivo, levando à perda involuntária de urina⁷.

Cabe considerar que hábitos alimentares inadequados podem contribuir para o surgimento de doenças crônicas³¹. Nessa perspectiva, é possível que essa situação venha acontecendo com os idosos investigados. Durante a coleta de dados, observou-se que, apesar de muitas vezes eles cultivarem hortas e pomares, não possuíam o hábito de consumi-los, sendo que, eventualmente, esses alimentos eram plantados visando a comercialização. Um estudo realizado com a mesma população dessa pesquisa verificou que os idosos residentes na zona rural não seguiam adequadamente vários dos dez passos para uma alimentação saudável, propostos pelo Ministério da Saúde para pessoas idosas, como o consumo

de legumes, frutas, verduras, leite e carnes magras¹⁴. Sendo assim, é relevante que a alimentação adequada seja objeto de discussão entre a equipe de saúde e os idosos residentes nessas áreas.

O fato de a maioria dos idosos ser independente para as ABVD difere de estudo conduzido em comunidades rurais no Rio Grande do Sul, no qual 52,9% necessitavam de ajuda para até três ABVD³². Entretanto, inquérito conduzido no México, com idosos residentes no meio rural, constatou que as atividades mais complexas, realizadas por eles, durante um maior período de tempo, no desempenho de suas funções ocupacionais, têm efeitos positivos sobre o seu equilíbrio postural e a manutenção da força muscular, levando-os a manter a independência por mais tempo, o que explica o resultado encontrado neste estudo.

A ausência de relação do excesso de peso com as AIVD, neste estudo, diverge de pesquisa conduzida com idosos de um município do nordeste brasileiro ($p = 0,025$)⁹, porém realizado na zona urbana. Esta divergência pode estar relacionada ao fato de os idosos rurais, com piores condições de saúde, como aqueles que apresentam excesso de peso e incapacidade funcional, tenderem a migrar para as cidades, contribuindo para a homogeneização entre os grupos no que tange a este aspecto. Assim, ainda que esta pesquisa não tenha encontrado relação entre excesso de peso e incapacidade funcional, é relevante que os profissionais de saúde considerem o monitoramento do estado nutricional durante a avaliação funcional de idosos rurais.

O impacto do excesso de peso na QV e na autoavaliação da saúde foi sugerido em revisão da literatura que identificou que os idosos com peso ideal, refletido por um bom estado nutricional, têm a sua QV influenciada positivamente, assim como o excesso de peso tem relevância para o aumento da morbimortalidade dessas pessoas³³. A partir desse pressuposto, infere-se que a avaliação positiva da QV e a satisfação com a saúde, para ambos os grupos, pode denotar uma falsa baixa interferência do excesso de peso no cotidiano destes idosos. É necessária atenção dos profissionais da área da saúde no que tange a este aspecto, identificando possíveis alterações precocemente e evitando o comprometimento da saúde dessa população.

É possível que a relação do excesso de peso com os menores escores de QV no domínio físico seja consequência do número elevado de morbidades associadas neste estudo, considerando que este domínio avalia a capacidade para o trabalho, dependência de medicação e tratamento de

saúde²⁰. Estudo realizado na Nova Zelândia, com idosos da comunidade, constatou que os indivíduos obesos tinham 41% maior risco de utilizar quatro ou mais medicamentos, e um risco 30% maior de sentir dor ou desconforto, o que impactou negativamente a QV³⁴. Outra pesquisa, realizada na Coreia, concluiu que a presença de comorbidades em idosos com excesso de peso alterou negativamente a QV³⁵.

Já a associação entre o excesso de peso e os maiores escores de QV no domínio relações sociais diverge do pressuposto de que a obesidade pode afetar as relações sociais, familiares e de trabalho³⁶, aspectos avaliados neste domínio²⁰. Entretanto, essa interferência parece estar mais relacionada ao estigma em torno da doença no que concerne ao padrão de normalidade³⁶, que afeta principalmente mulheres em idades mais jovens.

De maneira geral, é importante repensar a atenção à saúde que tem sido direcionada aos idosos rurais com excesso de peso. O cuidado a essa população deve ser norteado pelas necessidades visando melhoria da QV, ainda que na presença de morbidades e incapacidades físicas.

Conclusão

A partir dos achados deste estudo foi possível identificar que o excesso de peso esteve associado às morbidades: artrite/artrose, hipertensão arterial sistêmica, varizes, problemas cardíacos, diabetes mellitus, acidente vascular encefálico e incontinência urinária. A incapacidade funcional para as AIVD não apresentou diferença entre os grupos. Na comparação da QV entre os grupos, verificou-se que os idosos com excesso de peso apresentaram menores escores no domínio físico e maiores no social em relação aos que não têm excesso de peso.

A relação entre o excesso de peso e as morbidades sugere a necessidade de acompanhamento da condição de saúde, a fim de evitar complicações advindas desse evento na qualidade de vida. Considerando que a totalidade da população deste estudo apresenta cobertura pela Equipe Saúde da Família, os profissionais de saúde podem lançar mão das visitas domiciliares com o objetivo de monitorar o estado nutricional dos idosos rurais e, a partir disso, propor um plano de cuidado de acordo com o contexto de moradia. Outras estratégias fundamentais são as campanhas de educação pública que podem corroborar a sensibilização desses indivíduos a respeito do autocuidado no controle do excesso de peso.

Cabe ressaltar, como potenciais limitações da atual pesquisa, o delineamento transversal que não permite estabelecer relações de causalidade e, o fato das morbidades serem autorreferidas. Apesar dessas limitações, acredita-se que os dados evidenciados contribuem para a geração de saberes científicos sobre a temática, diante da escassez de estudos com idosos em áreas rurais. No entanto, outras pesquisas ainda são necessárias, com o intuito de conscientizar e reforçar a importância de ações de saúde pública direcionadas às especificidades desse contexto.

Colaboradores

DMS Tavares participou da concepção e delineamento do estudo e da aprovação da versão a ser publicada; AF Bolina e FA Dias contribuíram na análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final; PCS Ferreira e NMF Santos contribuíram na interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final.

Referências

- Mathus-Vliegen EM. Obesity and the elderly. *J Clin Gastroenterol* 2012; 46(7):533-544.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigitel Brasil 2006-2009*. [acessado 2015 Jan 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm>
- Silva VS, Souza I, Petroski EL, Silva DAS. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. *Atividade Física & Saúde* 2011; 16(4):289-294.
- Silveira 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 Saude Publica* 2009; 25(7):1569-1577.
- Kim IH, Chun H, Kwon JW. Gender differences in the effect of obesity on chronic diseases among the elderly Koreans. *J Korean Med Sci* 2011; 26(2):250-257.
- Cai L, He J, Song Y, Zhao K, Cui W. Association of obesity with socio-economic factors and obesity-related chronic diseases in rural southwest China. *Public Health* 2013; 127(3):247-251.
- Silva JC, Prado MC, Romão JFF, Cestári CE. Grau de força muscular do assoalho pélvico em mulheres incontinentes obesas e não obesas. *Ciência & saúde* 2011; 4(2):37-44.
- Nascimento CM, Ribeiro AQ, Cotta RMM, Acurcio FA, Peixoto SV, Priore SE, Franceschini SCC. Estado nutricional e fatores associados em idosos do município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(12):2409-2418.
- Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta paulista de enfermagem* 2012; 25(6):933-939.
- Manrique-Espinoza B, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo Solís MM, De la Cruz-Góngora VV, Gutiérrez-Robledo LM, Salinas-Rodríguez A. Short-term effect of physical activity and obesity on disability in a sample of rural elderly in Mexico. *Salud Publica Mex* 2014; 56(1):4-10.
- Han TS, Tajar A, Lean ME. Obesity and weight management in the elderly. *Br Med Bull* 2011; 97:169-196.
- Johannsen DL, Ravussin E. Obesity in the elderly: is faulty metabolism to blame? *Aging health* 2010; 6(2):159-167.
- Bertuzzi D, Paskulin LGM, Morais EP. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto & contexto enfermagem* 2012; 21(1):158-166.
- Heitor SFD, Rodrigues LR, Tavares DMS. Prevalência à adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. *Texto & contexto enfermagem* 2013; 22(1):79-88.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52(1):1-7.
- Ramos LR, Toniolo NJ, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, Paola CR, Santos FC, Bilton T, Ebel SJ, Macedo MBM, Almada FCM, Nasri F, Miranda FD, Gonçalves M, Santos ALP, Fraietta R, Vivacqua NI, Alves MLM, Tudisco ES. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saude Publica* 1998; 32(5):397-407.
- Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care* 1994; 21(1):55-67.
- Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):103-112.
- Freitas EV, Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 900-909.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
- Fleck MP, Chamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica* 2006; 40(5):785-791.
- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). *Cesta Básica Nacional. Salário mínimo nominal e necessário* [serial on the Internet] 2015 [cited 2015 Maio 11]. Available from: <http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>.
- Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(4):434-441.
- Trivedi T, Liu J, Probst J, Merchant A, Jhones S, Martin AB. Obesity and obesity related behaviors among rural and urban adults in the USA. *Rural Remote Health* 2015; 15(4):3267.
- Siddiquee T, Bhowmik B, Da Vale Moreira NC, Mujumder A, Mahtab H, Khan AK, Hussain A. Prevalence of obesity in a rural Asian Indian (Bangladeshi) population and its determinants. *BMC Public Health* 2015; 15:860.
- Chen Y, Rennie DC, Karunanayake CP, Janzen B, Hagel L, Pickett W, Dyck R, Lawson J, Dosman JA, Pahwa P; Saskatchewan Rural Health Study Group. Income adequacy and education associated with the prevalence of obesity in rural Saskatchewan, Canada. *BMC Public Health* 2015; 15:700.
- Michalakis k, Goulis DG, Vazaiou A, Mintziori G, Polymenis A, Abrahamian-Michalakis A. Obesity in the ageing man. *Metabolism* 2013; 62(10):1341-1349.
- Han TS, Tajar A, Lean MEJ. Obesity and weight management in the elderly. *Br Med Bull* 2011; 97:169-196.
- Lins EM, Barros JW, Appolônio F, Lima EC, Barbosa Júnior M, Anacleto E. Perfil epidemiológico de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de varizes de membros inferiores. *Jornal vascular brasileiro* 2012; 11(4):301-304.
- Bolina AF, Dias FA, Santos NMF, Tavares DMS. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. *Rev RENE*. 2013; 14(2):354-363.
- Marković BB, Vrdoljak D, Kranjčević K, Vucak J, Kern J, Bielen I, Lalić DI, Katić M, Reiner Z. Continental-Mediterranean and rural-urban differences in cardiovascular risk factors in Croatian population. *Croat Med J* 2011; 52(4):566-575.

32. Rigo II, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev Gaucha Enferm* 2010; 31(2):254-261.
33. Fazzio DMG. Envelhecimento e qualidade de vida: uma abordagem nutricional e alimentar. *Revisa* 2012; 1(1):76-88.
34. Mitchell RJ, Lord SR, Harvey LA, Close JCT. Associations between obesity and overweight and fall risk, health status and quality of life in older people. *Aust N Z J Public Health* 2014; 38(1):13-18.
35. So ES. Waist circumference and health-related quality of life by sex in the Korean elderly. *J Aging Health* 2014; 26(6):887-899.
36. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis* 2010; 20(2):443-457.

Artigo apresentado em 08/07/2015

Aprovado em 25/05/2016

Versão final apresentada em 27/05/2016