

Avaliação do estado nutricional e qualidade de vida de mulheres idosas institucionalizadas de Caxias do Sul – RS

Assessment of nutritional status and quality of life of institutionalized elderly women in Caxias do Sul – RS

Joana Zanotti¹, Paula Giazzon², Maria Celeste Osório Wender³

¹Nutricionista, mestra em Ciências Médicas, Docente do curso de nutrição do Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG.

²Graduanda do Curso de Nutrição do Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG.

³Docente e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Climatério e Menopausa e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Email para contato: joanazanotti@yahoo.com.br – Joana Zanotti

Palavras-chave

Idoso
Estado Nutricional
Qualidade de Vida

Objetivo: Descrever o estado nutricional (EN) e a qualidade de vida de mulheres idosas institucionalizadas da cidade de Caxias do Sul, RS. **Métodos:** Estudo epidemiológico observacional do tipo transversal, realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos, através do método de conveniência para a seleção da amostra. Para avaliação do EN foi investigado o Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetro da Panturrilha (PP), Perímetro da Cintura (PC), Perímetro do Quadril e Relação Cintura-Quadril. Para investigação da qualidade de vida (QV) foi aplicado o questionário *Short Form Health Survey-36* (SF-36). **Resultados:** Foram entrevistadas 116 mulheres idosas institucionalizadas, residentes em 36 Instituições públicas e privadas da cidade. A média de idade foi de 80,73 anos, 44,8% (n=52) apresentaram excesso de peso (IMC $\geq 27,0\text{kg/m}^2$), 77,6% (n=90) boa reserva muscular (PP $\geq 31,0\text{cm}$) e 58,6% (n=25) excesso de adiposidade central (PC $\geq 80,0\text{cm}$). Quanto a QV, os piores domínios encontrados foram limitações por aspectos físicos emocionais. **Conclusão:** Conclui-se que o excesso de peso com potencial aumento de risco cardiovascular é prevalente entre as idosas investigadas. Em relação à qualidade de vida, as limitações por aspectos físicos e por aspectos emocionais caracterizaram piores condições de saúde nestes domínios. Já os domínios aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e dor caracterizaram melhores condições de saúde.

Keywords

Elderly
Nutritional status
Quality of life

Objective: To describe the nutritional status (NS) and the quality of life of elderly institutionalized women in the city of Caxias do Sul, RS. **Methods:** A cross-sectional, observational epidemiological study was carried out in long-stay institutions for the elderly, using the convenience method to select the sample. To evaluate the nutritional status, the Body Mass Index (BMI), Calf Perimeter (CP), Waist Perimeter (WP), Hip Perimeter and Waist-hip Ratio were investigated. To investigate the quality of life (QL), the Short Form Health Survey-36 (SF-36) was applied. **Results:** Was interviewed 116 elderly institutionalized women living in 36 public and private institutions in the city. The mean age was 80,73 years, 44,8% (n=52) presented overweight (BMI $\geq 27,0\text{kg/m}^2$), 77,6% (n=90) good muscle reserve (CP $\geq 31,0\text{cm}$) and 58,6% (n=25) excess of central adiposity (WP $\geq 80,0\text{cm}$). Regarding QL, the worst domains found were limitations to physical and emotional aspects. **Conclusion:** It is concluded that overweight with a potential increase in cardiovascular risk is prevalent among the elderly women investigated. Regarding QL, the limitations to physical and emotional aspects characterized worse health conditions in these domains. On the other hand, the domains of social aspects, mental health, vitality and pain have characterized better health conditions.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é considerado um grande triunfo da humanidade e também um grande desafio, tendo em vista que a proporção de pessoas com mais de 60

anos está crescendo mais aceleradamente que a de qualquer outra faixa etária¹. Algumas projeções indicam que, no ano de 2020 o Brasil terá 14% da população total representada por idosos, os quais chegarão a atingir um número superior a 30 milhões de pessoas².

Neste contexto, buscando qualidade aos anos adicionais de vida, identificar e entender os determinantes e a etiologia de um envelhecimento saudável, tanto no âmbito de condições e desigualdades socioeconômicas, quanto nas características genéticas, biológicas, psicológicas, comportamentais, acesso e utilização de serviço de saúde, torna-se fundamental³.

Quanto às alterações nos compartimentos corporais, o avanço da idade traz inúmeras mudanças funcionais ao organismo do idoso, entre elas a redução da massa magra e o aumento do tecido adiposo⁴. Tais modificações levam ao aumento na incidência de doenças crônicas, associadas com a atual longevidade, no âmbito de saúde, estas são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades⁵.

As mudanças fisiológicas da idade juntamente com as patologias decorrentes, refletem diretamente na vida do idoso, afetando a sua saúde a qual está estreitamente associada com a qualidade de vida deste indivíduo⁶.

À medida que ocorre a senescência, as mais simples tarefas do cotidiano tornam-se dificultosas de serem realizadas, sendo assim, muitas vezes desencadeia no ingresso de idosos em casas geriátricas ou institucionalizações, acarretando em novas adaptações de diferentes condições de vida⁷.

Com base nas estimativas expostas, confirma-se a relevância da realização de estudos aprofundados no envelhecimento, já que esta população nos permite condução em diversos campos de atuação, conhecimento e multidisciplinaridade. Assim, a investigação sobre o estado nutricional e condições sociais de idosos, servem como critérios norteadores para identificação e melhorias na qualidade de vida e promoção do envelhecimento saudável⁸.

Tendo em vista os dados relatados, a atuação multiprofissional frente ao processo de senescência torna-se fundamental, desta forma, o objetivo deste estudo é avaliar e descrever o estado nutricional e a qualidade de vida de idosos institucionalizadas da cidade de Caxias do Sul/RS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal. O presente estudo utilizou o método de conveniência para a seleção da amostra, com inclusão de 116 mulheres idosas institucionalizadas com idade igual ou superior a 60 anos.

A coleta de dados ocorreu em 36 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) públicas e privadas na cidade de Caxias do Sul – RS, tendo duração de 10 meses, logo após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro

Universitário da Serra Gaúcha, sob parecer da aprovação número 1.628.941.

As ILPI foram contatadas por telefone e receberam explicações sobre os objetivos do estudo. Após a autorização das mesmas, todas as participantes foram convidadas a participar do estudo de maneira voluntária, sem fins lucrativos para as instituições e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação no estudo não foi obrigatória, e a voluntária poderia desistir de participar e retirar seu consentimento, a qualquer momento.

Participaram da pesquisa apenas idosas lúcidas e com capacidade de locomoção, critérios estritos para ILPI, considerando que a grande maioria dos idosos institucionalizados apresenta incapacidade funcional e algum tipo de demência senil. Desta forma, o total de indivíduos avaliados representa cerca de 15% dos idosos totais institucionalizados. Não houveram recusas na participação.

As variáveis investigadas foram peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da panturrilha (PP), perímetro da cintura (PC), perímetro do quadril (PQ), relação cintura quadril (RCQ), juntamente com qualidade de vida (QV). Os dados pessoais como idade, etnia, situação conjugal e escolaridade foram catalogados em documento próprio. O nível de escolaridade foi classificado em anos, até 8 anos e acima de 8 anos.

A avaliação do EN foi realizada por meio de dados antropométricos (peso, estatura, PC, PQ e PP) e IMC. Cabe mencionar que a coleta dos dados foi realizada por uma equipe de nutrição previamente treinada, visando minimizar distorções no diagnóstico final. Primeiramente foram realizadas as aferições antropométricas supraditas, o cálculo do IMC e por último foi aplicado o questionário de QV.

A massa corporal foi aferida em balança portátil digital da marca Plenna® previamente calibrada, com capacidade de aferição de 150 Kg, com precisão de 100 gramas, instalada em local afastado da parede, com superfícies planas, firmes e lisas. Para a mensuração do peso a voluntária foi orientada a utilizar vestimentas leves, retirar calçados, posicionando-se no centro da plataforma da balança, com o peso distribuído uniformemente entre os dois pés, mantendo-se ereta, sem movimentar-se e com os braços estendidos ao longo do corpo.⁹

A estatura foi obtida com o auxílio da uma fita métrica em uma superfície vertical sem rodapés e um esquadro posicionado sobre o topo da cabeça da paciente. As participantes permaneceram encostadas na parede em posição vertical, com a cabeça livre de adereços, descalças, com os pés unidos e em paralelo, com os braços estendidos ao longo do corpo e a cabeça ereta olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.¹⁰

Após obtenção da massa corporal e estatura, determinou-se o IMC (Kg/m^2). Para os critérios de avaliação do IMC foram utilizados os pontos de corte, onde se classificam os indivíduos idosos com $\text{IMC} \leq 22 \text{ kg}/\text{m}^2$ magreza ou desnutrição, entre 22 e $27 \text{ kg}/\text{m}^2$ eutrofia e $\geq 27 \text{ kg}/\text{m}^2$ excesso de peso.^{10,11}

O PP foi mensurado com a paciente em pé, com os pés ligeiramente afastados, na perna direita, sem flexão muscular, no ponto de maior circunferência da panturrilha. Foi utilizada a fita métrica não extensível, marca Sanny®. Como valor de referência, utilizou-se o ponto de corte menor que 31,0 centímetros como indicativo de baixa massa muscular esquelética.¹²

A medida do PC foi realizada com fita métrica, no ponto médio entre a crista ilíaca anterior superior e a última costela, com precisão de 0,1 cm. O acúmulo de gordura na cintura, ou obesidade abdominal, foi classificado em dois níveis. O nível 1 correspondeu aos valores de PC entre 80,0 e 87,9 centímetros para as mulheres e o nível 2 correspondeu a um $\text{PC} \geq 88,0$ centímetros. Valores $< 80,0$ centímetros foram classificados como adequados.¹⁰

A medida do PQ foi realizada com o idoso na posição ereta, com os braços ao longo do corpo, pernas fechadas e o tronco aliado com as pernas. A fita métrica inextensível circundou a região de maior saliência do quadril entre a cintura e a coxa. Foi considerado sem risco para doenças cardiovasculares as idosas em que a RCQ foi $< 0,85$ e com risco as idosas em que a RCQ foi $\geq 0,85$.¹³

Para análise da (QV) das participantes, foi utilizado o questionário *Short Form Health Survey-36 (SF-36)*. O mesmo foi desenvolvido nos Estados Unidos, no final dos anos 80 e foi validado e traduzido no Brasil.¹⁴ O SF-36 é um questionário composto por 11 questões e 36 itens que abrangem 8 componentes, representados por capacidade funcional (dez itens), limitações por aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), limitação por aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano. O indivíduo recebe um escore em cada um dos componentes do questionário que varia de 0 a 100, resultando em uma condição geral de saúde melhor (mais próximo ao 100) ou pior (mais próximo ao 0).¹⁵

Quanto a análise estatística, os dados quantitativos estão apresentados como média e desvio padrão (DP) e os dados qualitativos estão apresentados como frequência absoluta e relativa. Para comparação da diferença entre as médias dos valores antropométricos e de qualidade de vida, foi realizado o teste ANOVA e post hoc Tukey para as variáveis paramétricas e ANOVA Kruskal-Wallis para as variáveis não

paramétricas. As análises foram realizadas utilizando-se o software SPSS 22.0 for Windows.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 116 mulheres idosas institucionalizadas, lúcidas e deambulantes, residentes em 36 Instituições públicas e privadas da cidade. A média de idade foi de 80,73 anos, sendo a idade mínima 60 anos e a idade máxima 102 anos, com uma prevalência maior de idosas com idade entre 81 a 90 anos, 48,30% ($n=56$) (tabela 1).

Ainda referente aos dados sociodemográficos apresentados na tabela 1, 100% ($n=116$) das idosas possuíam a mesma situação conjugal, ou seja, sem cônjuge, 78,4% ($n=91$) demonstraram possuir até oito anos de escolaridade e 98,3% ($n=114$) eram caucasianas.

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico de Mulheres Idosas Institucionalizadas de Caxias do Sul – RS, 2017 ($n=116$).

Variáveis	N/%
Sexo	
Feminino	116 (100)
Faixa etária	
60-70 anos	19 (16,4)
71-80 anos	28 (24,1)
81-90 anos	56 (48,3)
≥ 91 anos	13 (11,2)
Etnia	
Asiática	1 (0,9)
Afrodescendente	1 (0,9)
Caucasiana	114 (98,3)
Situação conjugal	
Sem cônjuge	116 (100)
Anos de escolaridade	
Até 8 anos	91 (78,4)
Acima de 8 anos	25 (21,6)

A tabela 2 apresenta os resultados referentes ao estado nutricional, o qual 44,8 % ($n=52$) das idosas estavam com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 27,0 \text{ kg}/\text{m}^2$), 77,6 % ($n=90$) com boa reserva muscular segundo avaliação do PP, 58,6% ($n=68$) com indicador de adiposidade abdominal elevada segundo PC e por fim, 63,8% ($n=74$) com RCQ indicando risco cardiovascular.

A tabela 3 demonstra os resultados do EN conforme a faixa etária das idosas e a diferença entre as médias dos valores antropométricos. Em relação ao IMC a maior média foi entre as idosas de 60 a 70 anos, $29,31 \text{ kg}/\text{m}^2$, não representando significância estatística entre os grupos. Para a variável PP, houve significância estatística na comparação entre os grupos ($p=0,028$), sendo as idosas mais jovens (60 a 70 anos) com uma reserva muscular maior do que as idosas mais velhas (> 91 anos). Em relação ao PC e RCQ, as diferenças entre as médias também não demonstraram

resultado estatisticamente significativo, porém observou-se que as idosas de 60 a 70 anos possuem maior adiposidade abdominal de acordo com o PC e que todos os grupos apresentam potencial risco cardiovascular segundo RCQ.

Tabela 2. Estado Nutricional de Mulheres Idosas Institucionalizadas de Caxias do Sul – RS, 2017 (n=116).

Variáveis	N/%
IMC (kg/m²)	
Baixo Peso	21 (18,1)
Eutrofia	34 (37,1)
Excesso de Peso	52 (44,8)
PP (cm)	
< 31,0	26 (22,4)
≥31,0	90 (77,6)
PC (cm)	
<80 cm	23 (19,8)
≥80 a <88 cm	25 (21,6)
≥88 cm	68 (58,6)
RCQ	
<0,85	42 (36,2)
≥0,85	74 (63,8)

IMC – Índice de Massa Corporal; PP – Perímetro da panturrilha. PC – Perímetro da cintura. RCQ – Razão cintura-quadril.

Tabela 3. Medidas Antropométricas e Comparação entre os Grupos Etários de Mulheres Idosas Institucionalizadas de Caxias do Sul – RS, 2017 (n=116).

Variáveis	60-70 anos	71-80 anos	81-90 anos	≥91 anos	ANOVA
	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	Valor de p*
	(±DP)	(±DP)	(±DP)	(±DP)	
IMC	29,31 (±5,19)	26,48 (±7,06)	26,29 (±4,85)	26,32 (±5,93)	,198
PP	36,55 (±3,30)	33,91 (±3,34)	34,27 (±4,12)	32,07 (±3,92)	,028
PC	98,84 (±11,87)	90,66 (±17,21)	90,65 (±12,00)	89,63 (±9,09)	,099
RCQ	0,89 (±0,08)	0,89 (±0,10)	0,86 (±0,06)	0,87 (0,03)	,576

IMC – Índice de Massa Corporal; PP – Perímetro da panturrilha. PC – Perímetro da cintura. RCQ – Razão cintura-quadril. *Valores em negrito são estatisticamente significativos (p<0,05).

A tabela 4, descreve os escores de QV, demonstrando a média dos escores entre as faixas etárias das idosas investigadas. A análise dos dados revelou que não existem significâncias estatísticas na comparação entre os grupos, contudo, pode-se observar que a melhor condição de saúde foi relacionada com a dor, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental e a pior condição de saúde, com limitações por aspectos físicos e emocionais.

O domínio capacidade funcional apresentou uma média baixa entre os grupos (escore 39,7), sendo pior no grupo de idosas mais velhas (27,31 ± 33,57).

No domínio dor observou-se o escore médio de 63,0 entre os grupos, sendo melhor no grupo de idosas com idade ≥ 91 anos (69,54 ± 36,68). Ao avaliar o domínio

vitalidade, o escore médio observado foi de 58,15, sendo melhor no grupo de idosas mais jovens (66,32 ± 22,65). Em relação aos aspectos sociais, observou-se um escore médio de 58,9, sendo pior no grupo com idade ≥ 91 anos (52,56 ± 28,69). Quanto ao domínio saúde mental, o escore médio foi de 61,64, sendo melhor no grupo mais jovem (65,47 ± 26,57). Estes 4 domínios demonstraram uma média alta entre os grupos, indicando uma condição de saúde adequada nestes aspectos em todas as idosas, inclusive quando observados em cada grupo específico.

O domínio limitações por aspectos físicos demonstrou um escore médio de 26,95, sendo pior nas idosas com idade entre 81 e 90 anos (21,61 ± 38,77). Em relação aos aspectos emocionais, o escore médio observado foi 28,0, sendo pior no grupo mais jovem (19,3 ± 38,99). Para estes domínios, verificou-se baixos escores em todos os grupos, indicando pior condição de saúde.

No que se refere ao estado geral de saúde, a média geral encontrada foi 51,62, sendo melhor no grupo com mais de 90 anos (56,54 ± 19,03).

Tabela 4. Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e Comparação entre os Grupos Etários de Mulheres Idosas Institucionalizadas de Caxias do Sul – RS, 2017 (n=116).

Variáveis	60-70 anos	71-80 anos	81-90 anos	≥91 anos	Média geral entre os grupos	ANOVA
	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	Valor de p*	
	(±DP)	(±DP)	(±DP)	(±DP)		
Capacidade funcional	38,68 (±21,84)	51,96 (±26,39)	40,36 (±31,01)	27,31 (±33,57)	39,7	,079
Dor	66,00 (±30,69)	59,94 (±30,10)	56,46 (±31,47)	69,54 (±36,68)	63,0	,389
Vitalidade	66,32 (±22,65)	60,89 (±25,35)	55,36 (±26,10)	55,00 (±25,65)	58,15	,179
Aspectos Sociais	53,95 (±26,03)	62,50 (±31,73)	68,97 (±79,94)	52,56 (±28,69)	58,9	,587
Saúde mental	65,47 (±26,57)	60,86 (±24,13)	59,55 (±21,72)	63,69 (±20,55)	61,64	,703
Limitações por aspectos físicos	22,37 (±38,99)	37,50 (±46,39)	21,61 (±38,77)	25,00 (±43,30)	26,95	,479
Limitações por aspectos emocionais	19,30 (±38,99)	42,86 (±48,73)	26,79 (±41,88)	23,08 (±39,40)	28,0	,256
Estado Geral de Saúde	55,95 (±22,52)	51,46 (±21,61)	47,71 (±19,88)	56,54 (±19,03)	51,62	,255

*Valores em negrito são estatisticamente significativos (p<0,05).

DISCUSSÃO

No Brasil, dos mais de 206 milhões de habitantes, cerca de 1,7% são idosos longevos, ou seja, aqueles que têm idade igual ou maior que 80 anos. A projeção para o ano de 2030 é de que chegue a quase 3% de longevos em todo o país (IBGE)¹⁶. A média da idade deste estudo foi de 80,73 anos, sendo a idade mínima de 60 anos e idade máxima 102 anos,

representando similaridade com a média de idade obtida no estudo de Freitas e Scheicher¹⁷, 78,20 anos e com o estudo realizado por Santos et al.¹⁸, cujo a média de idade das idosas foi de 83,40 anos.

No que diz respeito ao estado nutricional, entende-se que uma avaliação nutricional realizada periodicamente, de forma adequada e criteriosa permite ações de prevenção às doenças crônicas e também proporciona a determinação de cuidados para o envelhecimento saudável.

No presente estudo observou-se que, de uma forma geral, a maioria das idosas investigadas apresentaram excesso de peso, corroborando com resultados encontrados por Lopes et al.,¹⁹ onde, 38% das idosas apresentaram excesso de peso e 38% obesidade. Na pesquisa realizada por Pereira et al.,²⁰ que dividiu a amostra conforme a etnia para classificar o estado nutricional, o sobrepeso demonstrou prevalência bastante expressiva em idosas de todas as etnias. No estudo de Nascimento et al.,²¹ 54,5% das idosas investigadas também manifestaram excesso de peso, tal como nos resultados de Souza et al.,²² onde o excesso de peso prevaleceu em 57,2% das idosas. Estes resultados são preocupantes, visto que o excesso de peso é um importante fator de risco para numerosos agravos à saúde.

A frequência de excesso de peso na população idosa é bastante elevada, sendo esta associada com comorbidades como Diabetes Mellitus (DM), cujas condições interferem negativamente nos hábitos de vida destes indivíduos²³.

Cerca de 85% dos idosos apresentam, pelo menos, uma morbidade crônica, sendo estas as principais responsáveis pela mortalidade, incapacidade, demanda por serviços de saúde e, por conseguinte, consideráveis gastos públicos no setor^{24,25}.

A adiposidade abdominal elevada prevaleceu neste estudo. Tal configuração é coerente com o que foi observado no estudo de Soar²⁶, no qual todos os grupos de idosas estudadas apresentaram PC elevado. Cabral et al.,²⁷ obteve resultados com PC aumentado, cujo estudo demonstrou um percentual de 67,4% das idosas com adiposidade abdominal elevada. Scherer et al.,²⁸ demonstrou a prevalência mais expressiva, de 92,5% das idosas com risco aumentando para doenças cardiovasculares, mensurados através do PC.

É importante destacar que diversos estudos conduzidos em diferentes faixas etárias têm demonstrado que o processo de envelhecimento leva à redistribuição do tecido adiposo e internalização de tecido gorduroso na região abdominal, especialmente em mulheres^{29,30}.

Esses achados evidenciam que a população idosa tende a depositar gordura na região abdominal^{29,30}, recomendando, portanto, a utilização de parâmetros antropométricos diversos como indicadores de adiposidade na população idosa, recomendando que os valores de IMC sejam

associados a outras medidas de adiposidade, como PC e RCQ.

A adiposidade abdominal elevada em mulheres é um potencial fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, entre elas DM e doenças coronarianas, estando esta condição associada com o alto índice de mortalidade, independente do IMC^{31,32}.

Conforme avaliação da medida do PP, a maioria das idosas apresentou-se com boa reserva muscular. Esses dados entram em concordância com a pesquisa feita por Rauhen³³ e Moreira et al.,³⁴ e em controvérsia com o estudo realizado por Lima et al.,³⁵ cujo, nem todas as faixas etárias apresentaram o PP igual ou superior a 31 centímetros, o grupo de 60 a 69 anos apresentou média de 31,6cm, grupo dos 70 a 79 anos com média de 29,80cm e o grupo com 80 anos ou mais, a média encontrada foi de 31,70cm.

Vale ressaltar que embora tenhamos verificado uma adequada reserva muscular na maioria das idosas estudadas, a perda de massa muscular deve ser monitorada mesmo em indivíduos com excesso de peso.

Quanto à qualidade de vida das idosas, tornou-se imprescindível realizar esta investigação dentro das instituições, para assim compreender em quais dos oito domínios há pior condição de saúde. De maneira geral, piores resultados surgiram nos domínios de limitações por aspectos físicos e emocionais, e melhores resultados foram demonstrados nos domínios de aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e dor.

Os resultados encontrados estão em uniformidade com um estudo realizado por Farzianpour et al.,³⁶ com idosas institucionalizadas no Irã, apresentando resultados equivalentes, onde o pior resultado foi encontrado no domínio de limitações por aspectos físicos, com média de 20,37 e o domínio com melhor resultado foi a dor, com média de 57,26. Entende-se com isso, que idosas institucionalizadas apresentam limitações para o desempenho das atividades diárias.

A hipótese em relação ao domínio dor, a qual nesta pesquisa mostrou um escore bom, é que as idosas recebem assistência de saúde ininterrupta nas ILPI e por vezes, utilizam medicamentos fixos que podem estar inibindo as dores.

Em estudo realizado em São Paulo, por Freitas e Scheicher¹⁷, em três ILPI, o domínio de limitações por aspectos emocionais teve um valor baixo para uma das ILPI avaliadas (escore inferior a 10), já as limitações por aspectos físicos apresentaram paridade entre todas Instituições avaliadas, porém com escore similarmente abaixo de 50.

Outro estudo em concordância, realizado por Farzianpour et al.,³⁷ também demonstrou similaridade com os resultados deste estudo. O pior domínio encontrado na qualidade de

vida das idosas investigadas foi, novamente, as limitações por aspectos físicos, apresentando uma média de 38,65, já o melhor resultado observado foi no domínio de aspectos sociais, com média de 62,53.

Em idosos institucionalizados, a ausência familiar e a privação de uma convivência social satisfatória interferem no bem-estar do idoso, pois o indivíduo institucionalizado, muitas vezes, pode ter seu estado emocional afetado pela falta dos familiares e consequentemente interferindo nas suas relações pessoais com o meio em que convive.

O estudo realizado apresentou algumas limitações quanto a sua amostra, tendo em vista que idosas portadoras de demências, Alzheimer, acamadas e analfabetas não participaram da pesquisa, sendo que estas representam um número significativo dentro das ILPI. Em contraponto, este estudo tem uma importância pois caracteriza as idosas lúcidas e deambulantes institucionalizadas da cidade de Caxias do Sul – RS, e posteriormente pode ser comparado com idosas institucionalizadas de outras cidades ou regiões.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o excesso de peso com potencial aumento de risco cardiovascular é prevalente entre as idosas investigadas. O excesso de peso pode estar diretamente relacionado com os hábitos alimentares de longa data e as alterações fisiológicas do idoso.

Em relação à qualidade de vida, as limitações por aspectos físicos e por aspectos emocionais caracterizaram piores condições de saúde nestes domínios. Já os domínios aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e dor caracterizaram melhores condições de saúde.

Torna-se necessário foco na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis que podem surgir com o excesso de peso e atenção para a qualidade de vida, visando a melhoria das condições de saúde na perspectiva de viver mais e melhor, com saúde e bem-estar físico e emocional. Por fim, há necessidade de mais estudos e investigações com uma amostra maior de idosos e principalmente com idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
2. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 548-554, 2009.
4. Pisciotano MVC, Pinto SS, Szejnfeld VL, Castro CHM. The relationship between lean mass, muscle strength and physical ability in independent healthy elderly women from the community. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. Vol. 18. Num. 5. 2014. p. 554-558.
5. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (3): 861-66.
6. Rodrigues SC, Abourihan CLS, Yamane R. Qualidade de vida e o estado nutricional em homens idosos institucionalizados. *Cadernos da Escola de Saúde*, v. 1, n. 3, 2017.
7. Araújo MO, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(3):378-85.
8. Fazzio DMG. Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar. *Revisa*. 2012; 1(1): 76-88 – Jan/Jun 2012 ISSN: 2179-0981.
9. Garcia ANM, Romani SAM, Lira PIC. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. *Rev. Nutr., Campinas*, 20(4):371-378, jul./ago., 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
11. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Vol. 21, n.1, 1994.
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the elderly. Nestle nutrition workshop series. Clinical & programme 1999; v1.
13. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: 2000.
14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:143-150.
15. Ware JE Jr, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual & Interpretation Guide. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2003.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro. [internet] 2011 [acesso em 09 mar 2017]. Disponível: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>.
17. Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2010; 13(3):395-401.

18. Santos VR, Christofaro DGD, Gomes IC, Agostinete RR, Júnior Freitas IF, Gobbo LA. Factors associated with sarcopenia in subjects aged 80 years and over. *Rev. Nutr., Campinas*, 28(3):319-326, maio/jun., 2015.
19. Lopes JB, Fung LK, Cha CC, Gabriel GM, Takayama L, Figueiredo CP, Pereira RMR. The impact of asymptomatic vertebral fractures on quality of life in older community-dwelling women: the São Paulo Ageing & Health Study. *CLINICS* 2012;67(12):1401-1406.
20. Pereira IFS, Spyrides MHS, Andrade LMB. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma bordagem multinível. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(5):e00178814, mai, 2016.
21. Nascimento MM, Maia NJS, Ramos LS, Coriolano HJA. Agreement between instruments for assessment of body balance in active elderly individuals. *J. Phys. Educ.* v. 28, e2803, 2017.
22. Souza MCM, Nóbrega SS, Tomiya MTO, Arruda IKG, Diniz AS, Lemos MCC. Adiposidade central em idosas de uma unidade geronto-geriátrica. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(5):787-796.
23. Mello APA, Belo LADO, Pontes AEB, Pagotto V, Nakatani AYK, Martins KA. Estudo de base populacional sobre excesso de peso e diabetes mellitus em idosos na região metropolitana de Goiânia, Goiás. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 10, n. 3, p. 151-157, 2016.
24. Ramos LR, Perracini M, Rpsa TE, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J Cross-Cult Gerontol* 1993;8:313-23.
25. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OMS; 2003.
26. Soar C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2015; 18(2):385-395.
27. Cabral NAL, Ribeiro VS, França AKTC, Salgado JVL, Santos AM, Filho NS, Silva AAM. Cintura hipertriglicéridêmica e risco cardiometabólico em mulheres hipertensas. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(5):568-573.
28. Scherer R, Scherer F, Conde SR, Bosco SMD. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2013; 16(4):769-779.
29. Scafoglieri A, Probyn S, Bautmans I, Van Roy P, Clarys JP. Direct relationship of body mass index and waist circumference with body tissue distribution in elderly persons. *J Nutr Health Aging* 2011; 15:924-31.
30. Kanehisa H, Miyatani M, Azuma K, Kuno S, Fukunaga T. Influences of age and sex on abdominal muscle and subcutaneous fat thickness. *Eur J Appl Physiol* 2004; 91:534-7.
31. Silveira EA, Vieira LL, Souza JD. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 903-912, 2018.
32. Canoy D, Cairns BJ, Balkwill A, Wright FL, Green J, Reeves G, Beral V; Million Women Study Collaborators. Coronary heart disease incidence in women by waist circumference within categories of body mass index. *Eur J Prev Cardiol* 2013; 20(5):759-762.
33. Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Rev. Nutrição* 2008; 21(3):303-310.
34. Moreira AJ, Nicastro H, Cordeiro RC, Coimbra P, Frangella VS. Composição corporal de idosos segundo a antropometria. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*; 2009; 12(2):201-213.
35. Lima MFS, Cabral NLA, Oliveira LP, Liberalino LCP, Spyrides MHC, Lima KC, Lyra CO. Estimativa de peso em idosos institucionalizados: qual equação utilizar? *Rev. Bras. EPIDEMIOL* Jan-Mar 2016; 19(1): 135-148.
36. Farzianpour F, Foroushani AR, Badakhshan A, Gholipour M, Hosseini M. Evaluation of Quality of Life and Safety of Seniors in Golestan Province, Iran. *Gerontology & Geriatric Medicine* January-December 2015:1-8.
37. Farzianpour F, Foroushani AR, Badakhshan A, Gholipour M, Roknabadi H. Quality of Life for Elderly Residents in Nursing Homes. *Global Journal of Health Science*; Vol. 8, No. 4; 2016.

Submissão: 18/12/2017

Aprovado para publicação: 07/02/2019