

# PERFIL ANTROPOMÉTRICO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INDEPENDENTES INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS, NO MUNICÍPIO DE ERECHIM, RS

Anthropometric profile and quality of life of independent institutionalized and non-institutionalized elderly in the municipality of Erechim, RS

SEGALLA, R.  
SPINELLI, R. B.  
ZANARDO, V. P. S.  
ZEMOLIN, G. P.

Recebimento: 13/02/2013 – Aceite: 09/04/2013

**RESUMO:** O envelhecimento submete o organismo a alterações que repercutem no estado nutricional e na qualidade de vida. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil antropométrico e qualidade de vida de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados no município de Erechim, RS. Foram avaliados 30 idosos de ambos os sexos, 15 institucionalizados e 15 não institucionalizados. O estado nutricional foi verificado através do peso, estatura, Índice de Massa Corporal, circunferências do braço, cintura e panturrilha; quanto à qualidade de vida foi aplicado o questionário *World Health Organization Quality of Life Old*; verificou-se também a influência do estado nutricional sobre a qualidade de vida. Os dados foram analisados através do Software BioEstat 5.0, teste “t” de *Student* e correlação linear de *Pearson*, com nível de significância ( $p \leq 0,05$ ). Os institucionalizados apresentaram maiores desvios nutricionais, tanto para magreza, como para excesso de peso. Os não institucionalizados apresentaram maiores diagnósticos de eutrofia, seguida de excesso de peso; demonstraram escores superiores em todos os domínios da qualidade de vida, quatro domínios e o total apresentaram diferença significativa: autonomia, atividades passado-presente-futuro, participação social e intimidade; apenas neste grupo identificou-se correlação entre estado nutricional e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idoso. Antropometria. Qualidade de Vida.

**ABSTRACT:** Due to aging the human body suffers changes which cause impact on the nutritional status and quality of life. The aim of this study was to evaluate the anthropometric profile and quality of life of independent institutionalized and non-institutionalized elderly in the municipality of Erechim, RS. A total of 30 patients of both genders were analyzed, 15 institutionalized and 15 non-institutionalized. The nutritional status was checked through weight, height, body mass index, arm circumference, waist and calf; it was applied the World Health Organization Quality of Life questionnaire in order to check quality of life; the influence of nutritional status on quality of life was also analyzed. The data was analyzed using the BioEstat 5.0 Software, the “t” test of Student and the Pearson’s linear correlation with level of significance ( $p \leq 0.05$ ). The institutionalized elderly showed higher nutritional problems, both for thinness, and overweight. The non-institutionalized elderly showed higher diagnoses of eutrophy, then overweight; they showed higher scores in all domains of quality of life, and the total four areas showed significant differences: autonomy, past-present-future activities, social participation and intimacy; only this group presented correlation between nutritional status and quality of life.

**Keywords:** Elderly. Anthropometry. Quality of Life.

## Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde são considerados idosos, nos países em desenvolvimento, os indivíduos com faixa etária acima de 60 anos (WHO, 1995). Embora seja um processo natural, o envelhecimento submete o organismo a diversas alterações. Entre elas, o peso e a estatura tendem a diminuir, bem como a massa magra, há aumento de tecido adiposo na região abdominal e diminuição desse tecido na região dos braços, relaxamento da musculatura abdominal, cifose, além de outras. Tais alterações repercutem nas condições de saúde e no estado nutricional do indivíduo (CHUMLEA et al., 1995).

Desse modo, a avaliação nutricional é de grande importância, pois se realizada periodicamente pode detectar mudanças precoces, possibilitando a intervenção de forma adequada, com o objetivo de prevenir doenças, promover uma vida mais saudável,

mantendo ou recuperando o estado nutricional (RAMOS, 2008).

A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida (LEBRÃO; LAURENTI, 2003). O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal, abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade (SANTOS et al., 2002).

O local onde o indivíduo vive é uma das variáveis que pode interferir na qualidade de vida. O lar é o ambiente em que é possível sentir-se fazendo parte, sendo importante, aceito, útil, único, desempenhando o papel destinado a cada um. E esse é hoje um dos tantos desafios frente às questões da institucionalização na velhice (RAMOS, 2008).

Dentro desta perspectiva, o objetivo geral desse estudo foi avaliar o perfil antro-

ométrico e a qualidade de vida de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados no município de Erechim, RS.

## Material e métodos

O presente estudo é de caráter transversal, do tipo quantitativo. Fizeram parte deste, idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Erechim, RS. Foram avaliados 30 indivíduos independentes, excluíram-se os permanentemente acamados, cadeirantes, com doenças neuro-degenerativas, com sequelas de doença neurológica e aqueles que não tiveram condições de responder o questionário de qualidade de vida.

Os avaliados tinham idade igual ou superior a 60 anos e foram divididos em dois grupos: 15 idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) e 15 idosos não institucionalizados que frequentavam um grupo de terceira idade, no período de janeiro a abril de 2012. Para obter o número de participantes independentes propostos, foram utilizados os critérios de exclusão, observados no prontuário dos institucionalizados e interrogado os não institucionalizados, sobre possíveis condições/patologias que poderiam interferir no estudo. A escolha dos participantes se deu através de sorteio, partindo de uma população de 20 idosos de cada grupo. Os sorteios foram efetuados por um dos idosos de cada local.

As coletas foram realizadas, nas dependências da ILP para os institucionalizados, e na sala das reuniões do grupo da terceira idade para os não institucionalizados, com encontros previamente agendados. Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa possui aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI – Erechim, sob o número 143/TCH/11.

Na avaliação da qualidade de vida (QV) foi aplicado o questionário WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life Old*). (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Este instrumento compreende vinte e quatro itens, os quais são divididos em seis domínios, onde cada item segue uma escala de um a cinco pontos. Cada um dos seis domínios possui quatro questões, que geram um escore independente, que pode variar de quatro a vinte pontos (convertidos em uma sintaxe de 0-100). Os resultados dos seis domínios, combinados com as vinte e quatro questões resultam no escore total do instrumento. Quanto maior forem os escores, melhor a qualidade de vida. (RAMOS, 2008).

Os domínios do WHOQOL-OLD sugerem: 1) Habilidade Sensorial, funcionamento sensorial, impacto da perda de habilidades sensoriais; 2) Autonomia, independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões; 3) Atividades do passado, presente e futuro, satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia; 4) Participação Social, participação nas atividades cotidianas, especialmente na comunidade; 5) Morte e morrer, preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer; 6) Intimidade, capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos (RAMOS, 2008).

O estado nutricional dos pacientes foi definido através da antropometria, incluindo verificação do peso atual (PA), estatura, circunferência do braço (CB), da cintura (CC) e da panturrilha (CP). O PA foi verificado com uma balança digital da marca Plenna®, com capacidade máxima de 150 kg e divisões de 100g. Os idosos foram pesados em posição vertical, no centro da balança, com o mínimo de roupa, descalços, sem se movimentar e com os braços relaxados ao longo do corpo (KAMIMURA et al., 2005).

A estatura foi aferida com um estadiômetro móvel, da marca Altorexata®. No mo-

mento da aferição, os idosos ficaram em pé, descalços, com o corpo e a cabeça eretos, olhando para frente, com as costas, os ombros e nádegas encostadas ao estadiômetro, e com a parte interna dos joelhos e pés unidos (KAMIMURA et al., 2005). A partir dos dados mencionados, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) através da relação (peso (kg)/ estatura (m)<sup>2</sup>), que classifica o estado nutricional do indivíduo, os pontos de corte utilizados foram de acordo com Lipschitz (1994).

Foi aferida a CC para verificar risco de doenças cardiovasculares (DCV). Utilizou-se uma fita métrica não extensível, posicionada horizontalmente no ponto médio entre a última costela e crista ilíaca. Nos indivíduos obesos, a circunferência foi aferida sobre a cicatriz umbilical. O idoso permaneceu em pé e a leitura foi realizada no momento da expiração. A fita foi posicionada de forma ajustada, sem comprimir a pele (KAMIMURA et al., 2005). Os resultados obtidos foram classificados de acordo com a WHO (1998).

Foi verificada a CP, aferida com fita métrica não extensível, posicionada horizontalmente ao redor da parte de maior circunferência da panturrilha. Para a realização da medida, o idoso permaneceu com a perna relaxada, formando um ângulo de 90° com o joelho (BUSNELLO, 2007). De acordo com Najas e Pereira (2006), os valores de circunferência da panturrilha inferiores a 31 cm são marcadores de desnutrição no idoso.

Foi aferida a CB, com fita métrica não extensível, posicionada horizontalmente ao redor do ponto médio entre o acrômio e o olécrano. Para obter o ponto médio, o braço ficou flexionado num ângulo de 90° sobre o tórax. Para efetuar a medida, o indivíduo permaneceu em pé, com braço relaxado ao longo do corpo e a mão voltada para a coxa. (KAMIMURA et al., 2005). Os resultados

obtidos da CB foram comparados aos valores de referência do NHANES III (*National Health and Nutrition Examination Survey*). (KUCZMARSKI; KUCZARISK; NAJJAR, 2000); e o estado nutricional foi classificado de acordo com Blackburn e Thornton (1979).

Os dados do estudo foram analisados mediante métodos estatísticos, com utilização da estatística descritiva, através do Software Excel (2007), e a comparação entre os grupos através do Software BioEstat 5.0. Aplicou-se o teste “t” de *Student* e o teste de correlação linear de *Pearson*. Foram consideradas diferenças significativas para valores de  $p \leq 0,05$  (AYRES et al., 2007).

## Resultados

O presente estudo avaliou 30 indivíduos de ambos os sexos, sendo 15 (50%) institucionalizados (I) e 15 (50%) não institucionalizados (NI). Quanto ao sexo, dos idosos I, oito foram mulheres (53,33%) e sete homens (46,47%), já o grupo NI onze foram mulheres (73,33%) e quatro homens (26,67%). No total, participaram do estudo 19 mulheres (63,33%) e 11 homens (36,67%). A idade mínima foi de 62 anos e a máxima de 85 anos. A média de idade dos idosos I foi de  $73,67 \pm 6,95$  anos e dos NI foi de  $73,27 \pm 6,49$  anos, com  $p = 0,8717$ . A média de idade das mulheres foi de  $72,84 \pm 5,81$  anos, e dos homens  $74,54 \pm 7,98$  anos, com  $p = 0,5057$ .

Nas medidas antropométricas, a média de peso foi  $67,81 \pm 12,86$  kg para os I e  $71,10 \pm 14,57$  kg para os NI ( $p = 0,5107$ ). A estatura, em média, foi  $159 \pm 10$  cm para os I e para os NI foi  $157 \pm 08$  cm ( $p = 0,6220$ ), não apresentando diferenças significativas. Na média do IMC, não foram obtidos valores significativos entre os grupos ( $p = 0,3330$ ). A Tabela 1 demonstra a classificação do estado nutricional dos dois grupos de idosos, segundo o IMC.

**Tabela 2** - Classificação do estado nutricional de idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI), segundo o Índice de Massa Corporal (IMC).

Classificação	I		NI	
	n (15)	%	n (15)	%
Magreza	02	13,33	0	0
Eutrofia	05	33,33	08	53,33
Excesso de peso	08	53,33	07	46,67

**Nota:** (I) Institucionalizados; (NI) Não institucionalizados.

Os idosos I demonstraram predomínio de desvio nutricional (66,67%) sobre eutrofia (33,33%). Na população NI, estavam eutróficos mais da metade dos indivíduos (53,33%). Avaliando a população no geral, pela medida do IMC, a metade estava com excesso de peso (50%), seguido de eutrofia (43,33%) e magreza (6,67%).

Analisando o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, com base na CC, não se obtiveram dados significativos na média entre os grupos ( $p = 0,6372$ ). A Tabela 2 apresenta a classificação do risco DCV segundo a CC, em ambos os grupos de idosos.

**Tabela 3** - Classificação do estado nutricional dos idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI), segundo a circunferência do braço.

Considerando a população total, percebeu-se que mais da metade (60%) estava com risco muito elevado de doenças associadas à obesidade, seguido de risco elevado (23,33%) e baixo risco (16,67%).

Na medida da CB, não se obteve valores significativos entre os grupos ( $p = 0,1639$ ). Na Tabela 3 pode-se visualizar a classificação do estado nutricional pela medida da CB.

**Tabela 3** - Classificação do estado nutricional dos idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI), segundo a circunferência do braço.

Classificação	I		NI	
	n (15)	%	n (15)	%
Desnutrição grave	0	0	0	0
Desnutrição moderada	01	6,67	0	0
Desnutrição leve	04	26,67	0	0
Eutrofia	08	53,33	11	73,33
Sobrepeso	01	6,67	01	6,67
Obesidade	01	6,67	03	20

**Nota:** (I) Institucionalizados; (NI) Não institucionalizados.

A maioria dos idosos estava em eutrofia pela medida da CB. Entre os I 33,33% estavam abaixo da eutrofia e 13,34% acima da eutrofia. Nos idosos NI não foi encontrado diagnósticos de desnutrição, sendo que 26,67% dos indivíduos estavam com excesso de peso. Na média dos dois grupos, verificou-se que 63,33% estavam em eutrofia, seguido de 20% com excesso de peso e 13,33% com desnutrição. Em nenhum grupo foi encontrada desnutrição grave.

Classificação	I		NI	
	n (15)	%	n (15)	%
Não possui risco de DCV	04	26,67	01	6,67
Risco elevado de DCV	0	0	07	46,67
Risco muito elevado de DCV	11	73,33	07	46,67

**Nota:** (I) Institucionalizados; (NI) Não institucionalizados.

De acordo com as medidas de CC, a maior parte dos I apresentou risco muito elevado para DCV (73,33%), enquanto que entre os NI observou-se um número menor de indivíduos com este diagnóstico (46,67%).

Na média da CP obtiveram-se valores significativos entre I ( $34,35 \pm 2,96$  cm) e NI ( $37,45 \pm 3,78$  cm) com  $p = 0,0185$ . Ambos os grupos apresentaram maior percentual de indivíduos não desnutridos (93,33%). Apenas

dois (6,67%) idosos, no total, apresentaram desnutrição por esta medida, sendo um I e um NI. A Tabela 4 apresenta a comparação dos módulos do questionário de QV aplicado aos idosos.

**Tabela 4** - Comparação dos escores dos módulos WHO-QOL-OLD entre os grupos de idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI).

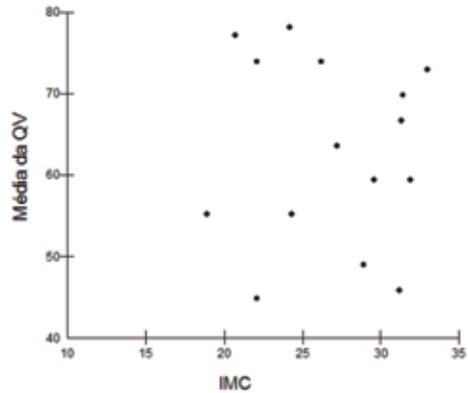
Módulos (0-100)	I n (15)		NI n (15)		Valor de p
	Média	DP	Média	DP	
Habilidade Sensorial	75,42	21,84	86,25	8,25	0,0900
Autonomia	55,42	19,89	80,00	8,25	<b>0,0003</b>
At. Pass.- Pres.- Fut.	61,25	12,98	71,25	8,11	<b>0,0173</b>
Participação Social	61,67	13,95	79,17	9,64	<b>0,0004</b>
Morte e Morrer	74,58	20,52	80,42	16,85	0,4020
Intimidade	49,58	14,84	74,17	4,64	<b>0,0001</b>
Total	61,16	12,63	78,54	5,24	<b>0,0001</b>

**Nota:** (I) Institucionalizados; (NI) Não institucionalizados; (DP) desvio padrão; (At. Pass. Pres. e Fut.) – atividade passado-presente-futuro; Teste “t” de Student para amostras independentes.

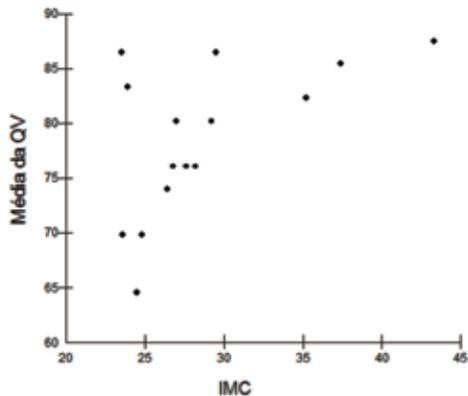
Percebeu-se que todos os domínios apresentaram maiores escores no grupo NI, em média, 16 pontos em cada campo. Entre as mulheres, na média total, a QV foi maior (72,75 ± 11,88) do que nos homens (67,33 ± 12,47), porém sem diferença significativa (p = 0,2462).

Na correlação entre IMC e QV, de acordo com os parâmetros de Callegari-Jacques, (2003), verificou-se que idosos I não apresentaram correlação estatisticamente significativa, com r = 0,0562 e p = 0,8423, conforme a Figura 1. Diferentemente dos NI, que apresentaram correlação significativa, com r = 0,5598 e p = 0,0299, conforme Figura 2.

**Figura 1** - Correlação entre Índice de Massa



**Figura 2** - Correlação entre Índice de Massa Corporal IMC e qualidade de vida Corporal (IMC) e qualidade de vida (QV) dos institucionalizados. (QV), dos não institucionalizados.



## Discussão

Verificou-se maior participação de mulheres no estudo, tanto do grupo I, quanto do NI. De acordo com Reis et al. (2007), a predominância de idosas tem sido atribuída à menor exposição a determinados fatores de risco, como no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto a atitude frente à doenças e incapacidades e, por último, uma maior cobertura de assistência gineco-obstétrica.

A média de idade entre os grupos pesquisados foi semelhante. No geral, obteve-se

uma média maior para o sexo masculino, do que para o sexo feminino, sem dados significativos. Galesi et al. (2008), também verificou que a média etária dos idosos foi maior entre os homens, não havendo diferença significativa entre os sexos.

Na média do IMC, conforme a classificação observou-se que apenas os I apresentaram diagnósticos de magreza (13,33%), sugerindo que a institucionalização pode favorecer a perda de peso e a desnutrição em alguns indivíduos. Segundo Busnelo (2007), o idoso institucionalizado por longo período tem maior prevalência de desnutrição entre 25% e 60%. Além do que, na admissão nas instituições, com frequência encontra-se história de perda de peso, sinais de desidratação e baixo IMC. (RAMOS, 2008).

Na população I também foi encontrado percentual elevado de excesso de peso (53,33%), podendo ser indicativo de inatividade física deste grupo ou mesmo de alimentação inadequada. Gobbi et al. (2008) verificaram que a maioria dos idosos institucionalizados, cognitivamente preservados, além de não adotarem comportamento fisicamente ativo, sequer cogitam em adotá-lo, mesmo reconhecendo os benefícios da atividade física regular. O grupo NI apresentou maior diagnóstico de eutrofia (53,33%), neste sentido, pode-se dizer que idosos que residem fora de ILP demonstraram melhor perfil de IMC.

Na totalidade dos idosos, ainda com relação ao IMC, houve predomínio de desvio nutricional (magreza e excesso de peso) sobre eutrofia. Bueno et al. (2008) verificaram entre idosos, segundo dados do IMC, maior prevalência de sobrepeso (52,4%), seguido de eutrofia (28%) e de baixo peso (19,5%). No presente estudo, porém, houve um maior percentual de idosos em eutrofia.

Com relação à CC, percebeu-se que os I apresentaram maior percentual de risco muito

elevado para DCV (73,33%). Ramos (2008) constatou independentemente do sexo, com base na CC, que os idosos I demonstraram maior percentual de risco de complicações metabólicas associadas à obesidade (57,5%), resultado semelhante ao presente estudo. Para Frank e Soares (2004), o acúmulo de gordura abdominal tem sido associado com o aumento de processos mórbidos, como doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão.

Na avaliação da CB houve predomínio de eutrofia em ambos os grupos, para os I 53,33% e para os NI 73,33% dos indivíduos encontravam-se com este diagnóstico. Ramos (2008) verificou a maioria dos idosos eutróficos pela medida da CB (67,2%), entre os I encontrou o mesmo número de indivíduos tanto acima quanto abaixo do P50, já entre os NI, verificou um número elevado de idosos acima do P50.

Na medida da CP, os idosos no geral estavam com baixo risco de desnutrição. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a CP é considerada a melhor e mais sensível medida de massa muscular em idosos, por ser de grande precisão nessa faixa etária, sendo superior a CB. Indica mudanças de massa livre de gordura que ocorrem com a idade e com a redução da atividade. (WHO, 1995). Na média da medida da CP pode-se visualizar significância estatística entre os grupos, sendo que os NI apresentaram uma circunferência mais elevada, comparado aos I. Campos et al. (2006) verificaram que, quando comparado os dois grupos, I e NI, os valores de CP são menores para o primeiro grupo, sugerindo maior perda de massa muscular.

Com relação à QV no idoso, ela pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos (muito bom e péssimo), depende da interpretação emocional que cada indivíduo

faz dos fatos e eventos, e está relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida (XAVIER et al., 2003).

Este estudo demonstrou que, com relação à diferença da qualidade de vida entre os sexos, o grupo feminino apresentou maiores escores do que o grupo masculino, porém sem dados significativos. Semelhante ao observado por Celich (2008), onde os escores obtidos pelas mulheres idosas (72,2), participantes de grupo da terceira idade, foram superiores aos dos homens (70,4).

Comparando os grupos foi visualizado maiores escores, em todos os domínios, para os idosos NI, sugerindo uma maior QV para este grupo. Sendo que, quatro domínios e o total do instrumento apresentaram diferenças significativamente superiores. Neste sentido, verificou-se que os indivíduos asilados possuem menos liberdade para tomar decisões, controlar o próprio futuro e ter a sua liberdade respeitada pelas pessoas que os cercam; estão menos satisfeitos com as possibilidades de continuar alcançando realizações pessoais, com o reconhecimento pela família e com o que alcançaram em suas vidas; utilizam menos o tempo livre e participam menos de atividades na comunidade; lidam com menos companheirismo e capacidade de amar e ser amado.

Nijs et al. (2006) refere que, os idosos residentes em instituições geriátricas encaram a perda da independência, privacidade e ambiente familiar, fatores estes, que levam a uma alta prevalência de solidão, depressão e baixa qualidade de vida. Para Messora (2006), os asilos, geralmente, dificultam as relações interpessoais no contexto comunitário, indispensáveis à manutenção da vida e construção da cidadania do idoso. Estes locais têm como inconveniente, favorecer seu isolamento, sua inatividade física e mental, apresentando, dessa forma, consequências negativas à sua QV.

Segundo Davim et al. (2004), os institucionalizados vivem, na maioria das vezes, como se estivessem em reformatórios ou internatos, com regras de entradas e saídas, poucas possibilidades de vida social, afetiva e sexual. Alguns formam novos elos, mas a falta da estrutura familiar é muito marcante, sendo um fato que interfere na qualidade de vida. (FALLER et al., 2010).

Para os domínios de morte e morrer e habilidade sensorial, os idosos NI apresentaram escores superiores ao grupo I, mas sem diferença significativa. Percebeu-se que questões relacionadas ao primeiro domínio estão associadas à espiritualidade, uma vez que, a maioria dos idosos entrevistados acredita que a morte é a única coisa certa que temos na vida, sendo assim, não devemos temê-la e sim aceitá-la, segundo eles. Os déficits de habilidades sensoriais apesar de presentes nos idosos, não são, muitas vezes, percebidos, não trazendo impacto direto em sua QV até que se tornem mais evidentes. Essas limitações parecem não afetar a percepção subjetiva do idoso com sua saúde, porém devem ser valorizadas pelos profissionais, com vistas a retardar suas manifestações (FALLER et al., 2010).

Paskulin et al. (2010), verificaram a percepção de idosos sobre a QV e identificaram principalmente, ter saúde, viver bem, conviver bem com a família e amigos, ter o que comer e dispor de uma alimentação saudável, poder realizar atividades de lazer e ter recursos para manter suas necessidades.

Ramos (2008), em um estudo com idosos, verificou, em todos os domínios do WHO-QOL-OLD, e na qualidade de vida total, uma média superior no grupo dos NI, demonstrando que eles possuem melhor qualidade de vida que os idosos que se encontram em ILP, fato que obteve significância estatística para todos os domínios. Sendo que, o total do instrumento representou  $60,5 \pm 9,2$  para os

NI e  $48,2 \pm 9,7$  para os idosos I, com  $p < 0,001$ .

A correlação entre IMC e QV mostrou-se estatisticamente significativa apenas no grupo NI, porém com correlação regular ( $r = 0,5598$ ). O que demonstra que os idosos NI têm maior qualidade de vida, conforme aumenta os parâmetros de IMC. Wachholz, Rodrigues e Yamane (2011), em um estudo com idosos homens, avaliaram que, a pontuação média dos domínios que compõem o WHOQOL-bref e as questões gerais de QV, foram maiores para os idosos que apresentavam estado nutricional considerado como sobrepeso, quando analisados segundo o IMC.

## Considerações finais

Na classificação das variáveis antropométricas, percebeu-se um predomínio de desvio nutricional sobre eutrofia, evidenciado principalmente pelo IMC e circunferência da cintura. Uma vez que, esse desequilíbrio do estado nutricional foi mais evidente nos

idosos institucionalizados. Com relação à qualidade de vida, as mulheres apresentaram maiores escores, o que sugere maior QV para este sexo. Na comparação dos grupos, foi verificado que os NI apresentaram todos os escores mais elevados que os I, com dados significativamente superiores para os domínios: autonomia, atividades passado-presente-futuro, participação social e intimidade, sugerindo que os idosos não asilados possuem maior qualidade de vida.

A relação entre o estado nutricional e a qualidade de vida foi observada com maior significância nos idosos NI. Verificou-se que conforme aumentou os parâmetros de IMC, aumentava a qualidade de vida destes indivíduos. Ressalta-se a escassez de estudos que verificam a qualidade de vida na população idosa, institucionalizada ou não, e também os que correlacionam qualidade de vida e estado nutricional, sendo necessárias maiores investigações, uma vez que a QV influencia na sobrevivência e nas condições de saúde do indivíduo.

## AUTORES

Raieli Segalla - Graduada em Nutrição pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI - Erechim, RS. E-mail: raielisegalla@yahoo.com.br.

Roseana Baggio Spinelli - Nutricionista, Mestre em Gerontologia Biomédica - PUCRS. Docente dos Cursos de Nutrição, Fisioterapia e Pedagogia da URI - Erechim. E-mail: roseanab@uricer.edu.br.

Vivian Polachini Skzypek Zanardo – Nutricionista, Mestre em Gerontologia Biomédica - PUCRS. Docente do curso de Nutrição da URI -Erechim. E-mail: vzanardo@uricer.edu.br.

Gabriela Pegoraro Zemolin - Nutricionista, Mestre em Engenharia de Alimentos - URI – Erechim. Docente do Curso de Nutrição URI – Erechim. E-mail: gabiinutri@uricer.edu.br.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, M. et al. **BioEstat 5.0**: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas. Sociedade Civil de Mamirauá. Belém. Pará. Brasil, 2007.
- BLACKBURN, G. L.; THORNTON, P. A. "Nutritional assessment of the hospitalized patients". **Med Clin North Am.** 63: 103-15, 1979.
- BUENO, J. M. et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciênc. saúde coletiva.** 13(4):1237-1246, 2008.
- BUSNELLO, F. M. **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento.** São Paulo: Atheneu, 2007.
- CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Editora Artmed, Porto Alegre, 2003.
- CAMPOS, M. A. G. et al. Estado Nutricional e Fatores Associados em Idosos. **AMB Rev. Assoc. Med. Bras.**52(4): 214-21, 2006.
- CELICH, K. L. S. **Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade.** 2008, 107f. Dissertação (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- CHUMLEA, W. C. et al. Techniques of assessing muscle mass and function (sarcopenia) for epidemiological studies of the elderly. **J. gerontol.** 50 (Spec):45-51, 1995.
- DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. latinoam. enferm.,** maio-junho; 12(3):518-24, 2004.
- FALLER, J. W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** out-dez; 14 (4):803-810, 2010.
- FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL- OLD module. **Rev. Saúde Pública.** 40:785-91, 2006.
- FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer.** São Paulo: Atheneu, 2004.
- GALESI, L. F. et al. Perfil alimentar e nutricional de idosos residentes em moradias individuais numa Instituição de Longa Permanência no leste do estado de São Paulo. **Aliment. Nutr.,** Araraquara. 10 (3): 283-290, 2008.
- GOBBI, S. et al. Comportamento e Barreiras: Atividade Física em Idosos Institucionalizados. **Psicol. teor. pesqui.** 24 (4): 451-458, 2008.
- KAMIMURA, M. A. et al. Avaliação Nutricional. In: CUPPARI, L. (Coord.). **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto.** 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2005. p. 89 -127.
- KUCZMARSKI, M. F.; KUCZARISK, R. J.; NAJJAR, M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. **J Am Diet Assoc.** 100:59-66, 2000.
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: Lebrão M. L., Duarte Y. A. O. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; p. 73-91, 2003.
- LIPSCHITZ, D. A. **Screening for nutritional status in the elderly.** Primary care, v.21(1), pág. 55-67, 1994.

MESSORA, L. B. **Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do sul de Minas Gerais**. 2006. 40f. Dissertação (Especialização em Atenção Farmacêutica) – Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, Alfenas, 2006.

NAJAS, M.; PEREIRA, F. A. I. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NIJS, K. A. N. D. et al. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomized controlled trial. **BMJ**, 2006.

PASKULIN, L. M. G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta paul. enferm.** 23(1):101-7, 2010.

RAMOS, L. J. **Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS**. 2008. 68f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

REIS, L. A. et al. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Rev. baiana saúde pública**. 31(2):324-32; 2007.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev. latinoam. enferm.** 10 (6):757-64, 2002.

VITOLLO, M. R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WACHHOLZ, P. A.; RODRIGUES, S. C.; YAMANE, R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. **Rev. bras.geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro; 14(4):625-635, 2011.

WHO. World Health Organization. **Physical Status**: The use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995.

\_\_\_\_\_. Organización Mundial de la Salud. **Promoción de la salud**. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.

XAVIER, F. M. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Rev. bras. psiquiatr.** 25(1):31-9, 2003.

