

ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA E DE IDOSOS QUE REALIZAM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE EM UMA CIDADE DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

Nutritional status and quality of life in elderly of a coexistence group and older who conduct hemodialysis treatment in a city of Rio Grande do Sul north

Rubia Amadigi¹; Gabriela Pegoraro Zemolin²; Roseana Baggio Spinelli³; Vivian Polachini Skzypek Zanardo⁴

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI Erechim

² Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI Erechim, Mestra em Engenharia de Alimentos pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI Erechim

³ Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI – Erechim, Mestra em Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS

⁴ Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI Erechim, Doutora em Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS

Data do recebimento: 01/08/2015 – Data do aceite: 15/06/2016

RESUMO: O objetivo do estudo foi verificar o estado nutricional e a qualidade de vida em idosos de um grupo de convivência e de idosos que realizam tratamento de hemodiálise em uma cidade do Norte do Rio Grande do Sul. Estudo transversal, do tipo quali-quantitativo, com idade média $70,83 \pm 8,06$ (20 do grupo de convivência e 20 com doença renal crônica-DRC), com dados sociodemográficos, antropométricos e questionário de qualidade de vida-*WHOQOL-OLD*. Observou-se maior frequência para o sexo feminino no grupo de convivência e nos idosos com DRC o masculino. A maioria dos participantes apresentou diagnóstico de eutrofia para IMC e conforme CC, risco muito elevado para doenças metabólicas relacionadas à obesidade. Para a adequação da circunferência braquial (CB), o grupo de convivência apresentou eutrofia (75%) e o DRC desnutrição leve (40%). Ambos apresentaram

maior frequência de circunferência da panturrilha adequada, entretanto para % de gordura, obesidade. Observou-se diferença estatisticamente significativa para adequação da CB e % de gordura. No grupo de convivência, participação social foi a faceta que mais contribuiu para a qualidade de vida e para os idosos com DRC foi a atividade passado, presente e futuro, sendo observado diferença estatisticamente significativa entre os grupos somente para duas facetas (participação social e intimidade).

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de Vida. Estado Nutricional. Insuficiência Renal Crônica. Grupo de Convivência.

ABSTRACT: The aim of the study was to evaluate the nutritional status and quality of life in nursing a group of coexistence and elderly patients undergoing hemodialysis treatment in a Northern city of Rio Grande do Sul. Cross-sectional study of qualitative and quantitative type, mean age 70,83±8,06 (20 living group and 20 with chronic kidney disease-CKD) with sociodemographic data, anthropometric and questionnaire about quality of life-*WHOQOL-OLD*. A higher rate for females in the living group and the elderly with CKD male. Most participants had a diagnosis of normal weight for BMI and CC as very high risk for metabolic diseases related to obesity. To the adequacy of the arm circumference (AC), the coexistence group had normal weight (75%) and the CKD mild malnutrition (40%). Both showed a higher frequency of circumference of the calf adequate, however for% fat, obesity. There was a statistically significant difference for adequacy of AC and % fat. In the living group, social participation facet was the largest contributor to the quality of life, and the elderly with CKD was the past, present and future activity being observed statistically significant difference between the groups only for two aspects (social participation and intimacy).

Keyword: Elderly. Quality of Life. Nutritional Status. Chronic Renal Failure. Living Group.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fato incontestável, reconhecido internacionalmente como uma conquista alcançada em meados do século XX, é uma realidade global. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária, em todo o mundo (OLIVEIRA et al., 2014). Segundo a Organização Mundial da Saúde

(OMS, 2012), entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de idosos. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a participação dos idosos com 60 anos ou mais de idade, passou de 9,7% para 13,7%, de 2004 a 2014, respectivamente, mostrando a forte tendência de aumento

da proporção de idosos na população, com estimativas para 2030, de 18,6% de idosos e em 2060, de 33,7%. Em 2014, na Região Sul, a expectativa de vida ao nascer foi 77,2 anos; e a esperança de vida de uma pessoa aos 60 anos de idade, 21,9 anos, sendo que para os homens este indicador seria de 20,0 anos e para as mulheres de 23,6 anos (BRASIL, 2015).

No envelhecimento, o cuidado com a nutrição não está apenas no manejo da doença ou terapia de nutrição clínica, ele tem se ampliado com um forte foco em estilos de vida saudáveis e prevenção de patologias. Sem o aumento da ênfase em melhores dietas alimentares e mais atividades físicas para todas as idades, os gastos relativos aos cuidados com a saúde aumentarão exorbitantemente no decorrer do envelhecimento da população. Nunca é tarde para considerar a nutrição como um fator de promoção a saúde e prevenção a doenças (WELLMAN; KAMP, 2012).

A hemodiálise (HD) é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade. De acordo com o Censo Brasileiro de Nefrologia, no ano de 2011, o número de pacientes em tratamento dialítico no Brasil era de 91.314, destes, 84,9% são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e estima-se que no Rio Grande do Sul, por ano 4.448 pessoas irão precisar deste tratamento, permanecendo atrás somente da região Norte e Sudeste (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011). Sesso et al. (2012) relatam que entre as etiologias mais comuns encontradas na DRC destacam-se, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM).

Apesar dos benefícios da HD, que permitem prolongar a vida dos pacientes com DRC, as condições impostas pela doença e pelo próprio tratamento dialítico resultam em uma série de alterações orgânicas, com complicações agudas e crônicas, e nutricionais (ARAUJO et al., 2006).

Com o envelhecimento, ocorrem importantes alterações na composição corporal. O peso e a estatura tendem a diminuir, bem como a massa magra. Há aumento da massa de gordura corporal e visceral na região abdominal e diminuição desse tecido na região dos braços (WELLMAN e KAMP, 2012). Com relação ao gênero, as mulheres apresentam maior quantidade de gordura corporal do que os homens, em todas as idades (MCARDLE; KATCH; KATCH, 2001).

Em pacientes renais, a proporção dos compartimentos corporais, como a massa corporal magra, o tecido adiposo, o osso e a água, modificam-se constantemente. Assim, medidas de peso corporal (PC), dobra cutânea tricipital (DCT) e circunferência do braço (CB) podem estar alteradas no paciente renal devido ao turgor cutâneo e a retenção hídrica. No entanto, para melhor avaliação e intervenção nutricional, devem ser realizadas sempre com o mesmo equipamento e após a sessão de diálise (NETO, 2003).

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, no sistema de valores dos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Neste contexto, qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens e serviços, ou simplesmente existindo.

Na avaliação da qualidade de vida do idoso é importante ressaltar a complexidade da tarefa e a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade,

eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (SANTOS et al., 2002).

A qualidade de vida dos pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica que realizam tratamento hemodialítico pode ser alterada pela severidade dos sintomas da doença e por intercorrências clínicas ou complicações paralelas, quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas e alteração da vida social, devido a restrições sofridas na vida cotidiana impostas pela condição crônica. Sem contar ainda que se estabelece uma relação de dependência a uma máquina, a uma equipe multiprofissional e a obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico rigoroso para a manutenção da vida (TERRA, 2007).

O objetivo geral do proposto estudo foi verificar o estado nutricional e a qualidade de vida em idosos de um grupo de convivência e de idosos que realizam tratamento de hemodiálise em uma cidade do Norte do Rio Grande do Sul.

Material e Métodos

O presente estudo foi de caráter transversal, do tipo quali-quantitativo. Fizeram parte da amostra, 40 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de uma cidade da Região Norte do Rio Grande do Sul, sendo 20 indivíduos que realizavam hemodiálise em uma clínica renal e 20 de um grupo de convivência. Excluíram-se da pesquisa os idosos cadeirantes, aqueles que não tiveram condições de fazer a avaliação antropométrica ou os que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os idosos foram escolhidos por conveniência. A pesquisa foi realizada de janeiro a maio de 2015.

A coleta de dados do grupo com DRC foi realizada no consultório para atendimento

médico e de enfermagem da Clínica Renal, nos dias em que os pacientes estavam realizando a hemodiálise, sendo sempre após a sessão. Com os idosos do grupo de convivência, a coleta foi realizada nos dias de encontro do grupo, em uma sala do salão comunitário, onde o grupo realizava as atividades.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Câmpus de Erechim, sob o número CAAE 38036514.3.0000.5351 e parecer 886.943.

Foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, estado civil, escolaridade, renda per capita, ocupação e patologias.

Para avaliação do estado nutricional foram verificadas as medidas de peso, estatura, dobras cutâneas (bicipital, tricipital, subescapular, supra ilíaca), circunferência braquial, da cintura e da panturrilha. Após, foi realizada a avaliação e diagnóstico nutricional do índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC), adequação da circunferência braquial (CB), circunferência da panturrilha (CP) e % de gordura corporal dos dois grupos de idosos. Para a classificação do IMC, foi utilizado os parâmetros conforme Lipschitz (1994), sendo considerado magreza $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$, eutrofia de $22 \text{ a } 27 \text{ kg/m}^2$ e excesso de peso $> 27 \text{ kg/m}^2$.

Para a CC, o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade foram classificados segundo WHO (1997), considerando risco aumentado (mulheres $\geq 80 \text{ cm}$ e homens $\geq 94 \text{ cm}$) e risco muito aumentado (mulheres $\geq 88 \text{ cm}$ e homens $\geq 102 \text{ cm}$). A adequação da CB foi determinada por meio da equação: Adequação da CB (%) = $(CB \text{ obtida} / CB \text{ percentil } 50) \times 100$, o percentil 50 para a CB, foi avaliado conforme a tabela de Frisancho (1990) e o estado nutricional classificado para a adequação da CB foi de acordo com a tabela de Blackburn e Thornton (1979). Os valores

de circunferência da panturrilha inferiores a 31 cm são marcadores de perda de massa muscular no idoso (GUIGOZ et al., 1999).

O percentual de gordura corporal foi interpretado pelo método de Durnin & Womersley (1974), pela soma das quatro dobras cutâneas (bicipital, tricipital, subescapular, supra ilíaca), com a faixa etária e o gênero apresentados na tabela do percentil 50 de Durnin & Womersley (1974); o diagnóstico para classificação do percentual de gordura corporal foi realizada por Lohman et al. (1991) sendo: risco de doenças e desordens associadas à desnutrição (homens $\leq 4\%$, mulheres $\leq 8\%$), abaixo da média (homens 5 a 8%, mulheres 9 a 14%), na média (homens 9 a 16%, mulheres 15 a 22%), acima da média (homens 17 a 24%, mulheres 23 a 29%), risco de doenças associadas à obesidade (homens $\geq 25\%$, mulheres $\geq 30\%$).

Para verificar a qualidade de vida dos participantes foi aplicado o *WHOQOL-OLD* (*World Health Organization Quality of Life Old*) (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006), um questionário específico para idosos, composto por 24 questões, dividido em seis facetas (habilidade sensorial, autonomia, atividades do passado, presente e futuro, participação social, morte e morrer, intimidade). A faceta “Habilidade Sensorial” avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida. A faceta “Autonomia” refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve a satisfação sobre as conquistas na vida e as coisas que se anseia. A “Participação Social” delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. A faceta “Morte e Morrer” relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, ao passo que a faceta “Intimidade” avalia a capacidade de se ter

relações íntimas. Cada faceta é composta por quatro questões, variando as respostas de 1 a 5. Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

Para a análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, com média e desvio padrão e estatística inferencial. A apresentação destes foi realizada através de tabelas e figuras. As possíveis diferenças das variáveis da antropometria (IMC, CC, ADEQ, CB, CP e % GORDURA CORPORAL) e do questionário de qualidade de vida (Habilidade Sensorial, Autonomia, Atividades Passado – Presente – Futuro, Participação Social, Morte e Morrer, Intimidade), foram comparadas pelo Teste *t Student*, para amostras dependentes e independentes com nível de significância de 5%.

Resultados e Discussão

A população do estudo foi composta por 40 idosos, sendo 20 de um grupo de convivência e 20 de um grupo com DRC. A idade dos participantes do estudo variou de 60 a 93 anos, sendo a média $70,83 \pm 8,06$.

Em relação à ocupação, no grupo de convivência 90% eram aposentados, 35% realizavam atividades em casa e 10% possuíam outras profissões. Para o grupo de idosos com DRC, 90% eram aposentados, 10% realizavam atividades em casa e 5% possuíam outras profissões.

Segundo o estudo de Santos et al. (2008), foram avaliados 50 pacientes do Programa PREVENRIM do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (NIEPEN/UFJF) e 25 pacientes do grupo-controle, constituído de pacientes do ambulatório do Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO), sendo estes, adultos

e idosos com DRC; a média de idade dos pacientes do PREVENRIM foi igual a $60 \pm 12,64$ anos, comparável à média dos pacientes do SCHDO, cujos valores foram iguais a $59,9 \pm 10,12$ anos. Neste mesmo estudo, os autores observaram que a maior parte dos participantes eram aposentados (78% no PREVENRIM e 85% no SCHDO), dados que corroboram com o nosso estudo quando comparados ao grupo de DRC.

Em relação ao sexo dos participantes, no grupo de convivência prevaleceu o feminino (80%), e nos idosos com DRC o masculino (80%). Para o estado civil observou-se maior número de idosos viúvos no grupo de convivência (60%), e casados nos participantes com DRC (65%). Ambos apresentaram maior frequência de escolaridade para fundamental incompleto e renda per capita de 1 a 2 salários mínimos. Estes dados estão demonstrados na Tabela I.

Em relação às patologias, no grupo de convivência foi observado maior frequência de HAS (65%), entretanto 20% referiram não apresentar nenhuma patologia. Nos pacientes com doença renal, além de todos apresentaram DRC, a HAS (90%) ficou em segunda posição. Estes dados são apresentados nas Figuras 1 e 2.

O estudo de Zattar et al. (2013), realizado com 1.705 idosos entrevistados (pessoas com 60 anos de idade ou mais) não institucionalizados e residentes na zona urbana do Município de Florianópolis, apontou a prevalência de pressão arterial elevada de 84,6%, sendo observada entre aqueles com idades de 70-79 anos (90,4%). A pressão arterial elevada foi mais prevalente entre os idosos com sobrepeso ou obesidade (90,5%). Em nosso estudo também encontramos maior frequência de idosos com HAS no grupo de convivência avaliado (Figura 1).

Tabela I - Apresentação da distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos do grupo de convivência e do grupo DRC participantes da pesquisa.

Variáveis	Grupo de Convivência % (N)	Grupo DRC % (N)
Sexo		
Feminino	80(16)	20(04)
Masculino	20(04)	80(16)
Estado Civil		
Casado	35(07)	65(13)
Viúvo	60(12)	15(03)
Outro	05(01)	20(04)
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	70(14)	55(11)
Fundamental Completo	15(03)	10(02)
Médio Incompleto	10(02)	15(03)
Médio Completo	05(01)	10(02)
Superior Completo	-	10(02)
Renda Per Capita		
1 a 2 Salários	85(17)	60(12)
3 a 5 Salários	15(03)	35(07)
Mais que 5 Salários	-	05(01)

DRC=Doença renal crônica.

Figura 1 - Distribuição das patologias do grupo de convivência de idosos.

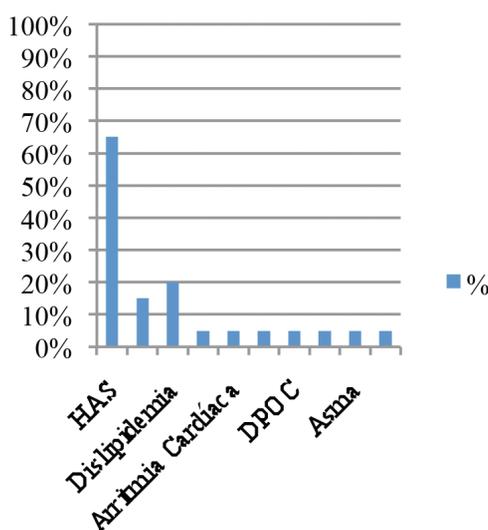
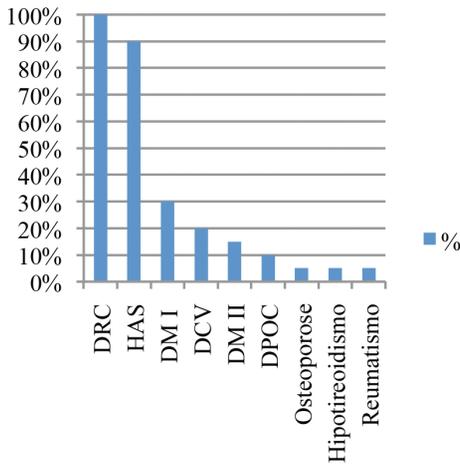


Figura 2 - Distribuição das patologias do grupo de idosos com DRC.



HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica, DM II= Diabetes Mellitus II, DCV= Doenças Cardiovasculares, DPOC= Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, DRC= Doença Renal Crônica, DM I= Diabetes Mellitus I

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), é expressivo que mais de oito em cada dez idosos são identificados com pressão arterial elevada, sendo que altas prevalências desta patologia poderiam estar associadas a fatores genéticos de predisposição à doença, maior exposição a fatores de risco ou diferenças em acesso e uso de serviços de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Conforme o diagnóstico do estado nutricional, através da avaliação do IMC, a maioria dos participantes do estudo apresentaram diagnóstico de eutrofia; para a CC, observou-se o diagnóstico de risco muito aumentado de complicações metabólicas associadas à obesidade; ambos também apresentaram maior frequência de CP adequada, e % de gordura, classificado para riscos de doenças associadas à obesidade. De acordo com o diagnóstico da adequação da CB, a maioria dos idosos do grupo de convivência

apresentaram eutrofia e para os idosos com DRC prevaleceu desnutrição leve (Tabela II).

O estudo de Scherer et al. (2013), realizado com 284 idosos participantes de grupos de convivências, em um município do interior do Rio Grande do Sul, encontrou maior frequência de sobrepeso, segundo IMC e risco muito aumentado de DCV para CC, sendo semelhante ao nosso estudo apenas para a CC, onde encontramos risco muito aumentado de complicações metabólicas para doenças associadas à obesidade, para o grupo de convivência.

Tabela II - Apresentação da distribuição das variáveis, segundo diagnóstico do estado nutricional dos grupos participantes da pesquisa.

Variáveis	Grupo de Convivência % (N)	Grupo DRC % (N)
Índice de Massa Corporal		
Magreza	-	15(03)
Eutrofia	45(09)	65(13)
Excesso de peso	35(07)	40(08)
Circunferência da Cintura		
Adequado	05(01)	40(08)
Risco aumentado	20(04)	10(02)
Risco muito aumentado	75(15)	50(10)
Adequação da Circunferência Braquial		
Desnutrição grave	-	05(01)
Desnutrição moderada	-	15(03)
Desnutrição leve	15(03)	40(08)
Eutrofia	75(15)	35(07)
Sobrepeso	10(02)	-
Obesidade	-	05(01)
Circunferência da Panturrilha		
Adequada	100(20)	90(18)
Perda de massa muscular	-	10(02)
% de Gordura Corporal		
Acima da média	05(01)	30(06)
Obeso *	95(19)	70(14)

* Risco de doenças associadas à obesidade.

Segundo a pesquisa do Primeiro Censo do Estado Nutricional de Pacientes em Hemodiálise (2010), participaram 36,9% de idosos, onde avaliou o estado nutricional de pacientes com DRC em hemodiálise; prevaleceu eutrofia para o IMC (54,9%) e risco muito elevado para DCV, conforme CC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Estes resultados coincidem com esta pesquisa, que encontrou maior frequência de eutrofia para IMC e risco muito aumentado de complicações metabólicas para doenças associadas à obesidade, segundo CC.

O estudo de Dobner et al. (2014) foi composto por 90 pacientes com diagnóstico de doença renal crônica terminal em HD de manutenção, com média de idade de 53,52 ± 16,34 anos, variando de 21 a 83 anos, onde o IMC revelou que metade da população estudada tinha alteração do estado nutricional, sendo 38 pacientes (42,2%) com excesso de peso; também apresentamos resultados diferentes neste presente estudo.

Em uma pesquisa com adultos e idosos com idade entre 18 a 88 anos, que realizavam hemodiálise, segundo o IMC, 62,5% dos participantes apresentaram-se eutróficos, enquanto 22,8% com sobrepeso ou obesidade; o % gordura corporal demonstrou eutrofia em 54,9% da população estudada; e apesar deste % gordura apontar uma maior frequência de eutrofia em ambos os sexos e uma tendência importante para o sobrepeso/obesidade (40,0% homens e 34,7% mulheres), revelou que as mulheres apresentaram uma maior frequência de desnutrição (12,0%), quando comparadas aos homens (4,1%) (CALADO et al., 2009). Em relação ao IMC, nosso estudo, também, encontrou maior frequência de eutrofia para ambos os sexos e para o % gordura corporal maior frequência de obesidade.

A Tabela III demonstra a comparação das variáveis do estado nutricional (IMC, CC, adequação CB, CP e % GORDURA COPORAL) dos participantes da pesquisa.

Foi observado uma diferença estatisticamente significativa para a adequação da CB e % de gordura entre os grupos.

Tabela III - Comparação das variáveis do estado nutricional, da **média e desvio padrão entre os idosos do grupo de convivência e do grupo DRC** participantes da pesquisa.

Variáveis	Grupo de Convivência	Grupo DRC	P*
	Média±DP	Média±DP	
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	26,66 ± 2,89	27,08 ± 6,59	0,80
Circunferência da Cintura (cm)	96,33 ± 7,61	99,15 ± 17,82	0,52
Adequação da Circunferência Braquial (%)	98,14 ± 8,77	91,72 ± 17,46	0,017
Circunferência da Panturrilha (cm)	35,88 ± 2,81	34,13 ± 3,41	0,18
% de Gordura Corporal	35,69 ± 5,68	31,16 ± 6,66	0,01

DP= Desvio padrão. *P= Teste t de student.

Um estudo realizado com 15 pacientes adultos e idosos (média de idade 52,7 ± 10 anos) em tratamento hemodialítico, de um Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), encontrou com relação ao IMC, média total indicando eutrofia, porém, ao estratificar por gênero, as mulheres apresentaram uma tendência a maior IMC, sendo indicativa de sobrepeso. De acordo com a adequação da CB, a amostra encontrou-se eutrófica, entretanto, a população masculina apresentou, em média, um grau indicativo de desnutrição leve. Em relação ao percentual de gordura, encontrou-se acima da média para ambos os gêneros, sendo significativamente maior nas mulheres (VEGINE et al., 2011). Resultados diferentes foram apresentados em nosso estudo no grupo de DRC, onde para

IMC a média indicou sobrepeso, entretanto para a adequação da CB, obtemos resultados semelhantes, com média de eutrofia e, em relação ao percentual de gordura, apresentamos riscos para doenças associadas à obesidade.

Comparando os resultados referentes à análise do questionário *WHOQOL-OLD* (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006), o grupo de convivência destacou-se, em grande parte, das facetas quando comparado ao outro grupo, sendo elas, habilidade sensorial, autonomia, atividades do passado, presente e futuro, participação social, morte e morrer, sendo a que mais contribuiu para a qualidade de vida deste grupo foi a faceta da participação social. Para o grupo de idosos com DRC, a faceta que se destacou quando comparado ao grupo de convivência, foi a intimidade, entretanto a que mais contribuiu para a qualidade de vida destes pacientes foi a atividade passado, presente e futuro. Contudo, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos somente para duas facetas (participação social e intimidade), não sendo observada significância para o valor do escore total. Estes dados são apresentados na tabela IV.

De acordo com o estudo de Serbim e Figueiredo (2011), foram analisados 15 idosos participantes de um grupo de convivência (Grupo Nossa Senhora de Fátima), o estudo foi realizado nas dependências do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima (CEUVF) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sendo 14 idosos do sexo feminino, em relação à média das seis facetas do questionário *WHOQOL-OLD*, a que mais contribuiu para o resultado da qualidade de vida foi a faceta habilidade sensorial, seguida das facetas morte e morrer, participação social, autonomia, intimidade e, com menor pontuação, a faceta atividades passadas, presentes e futuras. Este estudo apresentou dados diferentes, no qual

Tabela IV - Comparação dos escores das seis facetas do questionário de *WHOQOL-OLD* entre ambos os grupos.

Facetas	Grupo de Convivência	Grupo DRC	P*
	Média±DP	Média±DP	
Habilidade Sensorial	15,45 ± 2,65	14,35 ± 3,39	0,27
Autonomia	15,90 ± 2,22	15,75 ± 2,67	0,92
Ativ. Passado/ presente/futuro	16,50 ± 1,54	16,40 ± 1,57	0,84
Participação Social	17,25 ± 2,45	15,05 ± 2,39	0,01
Morte e Morrer	15,40 ± 3,78	14,40 ± 3,76	0,41
Intimidade	11,85 ± 5,29	15,95 ± 5,13	0,04
Total	15,39 ± 1,87	15,32 ± 0,85	0,93

DP= Desvio padrão. *P= Teste t de *student*.

para o grupo de convivência destacou-se a faceta participação social.

Mello (2008), que realizou o estudo com participantes do projeto social promovido pela Secretaria Municipal de Esportes e Lazer/Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no Centro Esportivo Miécimo da Silva, de 2005 a 2007, classificados como fisicamente ativos pelo questionário internacional de atividade física (IPAQ), os idosos representaram 57,28% de satisfação no teste *WHOQOL-OLD*. Este escore se deve, principalmente, às respostas das facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade, que apoiaram este escore. Ao mesmo tempo, as facetas habilidade sensorial e morte e morrer tiveram os mais baixos escores. Foram apresentados resultados diferentes em nossa presente pesquisa.

Silveira et al. (2010) estudaram 50 pacientes cadastrados no programa ambulatorial de hemodiálise de um serviço de terapia renal substitutiva do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HCGV), com idade média de 48,1 ± 16,2 anos. A qualidade de vida destes pacientes foi avaliada pelo questionário de QV SF-36 na versão brasileira (questionário completo disponível para avaliar a QV de

pacientes com DRC); as dimensões com menores pontuações obtidas foram aspectos físicos, emocionais e capacidade funcional; a dimensão que mais destacou-se na QV dos pacientes hemodialíticos foi aspectos sociais, determinando que a QV associada à saúde dos pacientes avaliados mostrou-se globalmente diminuída. Quando comparado esta pesquisa ao nosso estudo, apresentamos resultados diferentes, apesar de termos utilizado o questionário *WHOQOL-OLD* (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006), a faceta que mais se destacou foi atividades passado, presente e futuro e a participação social ficou em quarta posição.

Considerações Finais

Através deste estudo pôde – se observar que o estado nutricional dos idosos do grupo de convivência e do grupo com DRC que realizavam hemodiálise, foi semelhante, apresentando diagnóstico diferenciado apenas para a adequação da circunferência braquial, no qual o grupo de convivência de

idosos apresentaram eutrofia e os idosos com DRC, desnutrição leve. Houve significância entre os dois grupos, para adequação da circunferência braquial e % de gordura.

Segundo o questionário *WHOQOL-OLD* (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006), as facetas que se destacaram foram habilidade sensorial, autonomia, atividades passado, presente e futuro, participação social e morte e morrer para o grupo de convivência. Para os idosos com DRC, a única faceta que se destacou foi a da intimidade. Houve significância entre os grupos para as facetas participação social e intimidade. Analisando todas as facetas dos dois grupos, em média, concluiu-se que não apresentaram diferença significativa na qualidade de vida.

Existe uma grande escassez de estudos que verificam a qualidade de vida na população geriátrica, enferma ou não e também há falta de estudos que correlacionam o estado nutricional e a qualidade de vida, sendo necessárias mais pesquisas, uma vez que ambos influenciam na sobrevida e nas condições de saúde de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, I. C., et al. Nutritional parameters and mortality in incident hemodialysis patients. **J. Renal Nutr.**, v.16, p.27-35, 2006.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese dos Indicadores Sociais 2015 – Uma Análise das condições de Vida da População Brasileira 2015. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 2016.
- BLACKBURN, G. L.; THORTON, P. A. Nutritional assessment of the hospitalized patients. **Med. Clin. North Am.**, v.63, p.1103-1115, 1979.
- CALADO, I. L., et al. Diagnóstico nutricional de pacientes em hemodiálise na cidade de São Luís (MA). **Rev. Nutr.**, v. 22, n.5, p.687-696, 2009.
- DOBNER, T., et al. Avaliação do estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise, **Sci. Med.**, v. 24, n.1, p. 11-18, 2014.
- DURNIN J. V. G. A.; WOMERSLEY J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: Measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. **British Journal of Nutrition**, v.32, p.77-97, 1974.

- FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL- OLD module. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, p.785-91, 2006.
- FRISANCHO, A. R. Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status. **The University of Michigan**, p. 189, 1990.
- GUIGOZ, Y., et al. **The mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients**. In: GUIGOZ, S. C., et al. The Mini Nutritional Assessment: MNA, Facts and Research in Gerontology. New York, Serdi, 1999, p. 15-59.
- LIPSCHITZ D. A. **Screening for nutritional status in the elderly**. Prim Care, v. 21, n.1, p. 55-67, 1994.
- LOHMAN, T.G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Abridged edition, 1991.
- MCARDLE, W. D.; KATCH F. I.; KATCH, V. L. **Nutrição para desportos e o exercício**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, cap. 12, p. 365.
- MELLO, D. B. Influência da Obesidade na Qualidade de Vida de Idosos. Rio de Janeiro: **Tese intitulada, defendida e aprovada**, 2008.
- NETO, F. T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003, cap.30, p. 339-340.
- OLIVEIRA, G.B.V. P., et al. Perfil antropométrico e níveis séricos de vitamina D de idosos participantes do programa saúde da família de Teresina. **Interd. Ciência Saúde**, v.1, n. 1, p. 48-55, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Caídas, nota descritiva**, n. 344, 2012.
- SANTOS, F. R. et al. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 3, p. 87-95, 2008.
- SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.6, p.757-64, 2002.
- SCHERER, R., et al. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, v.16, n.4, p.769-779, 2013.
- SERBIM, K. A.; FIGUEIREDO, L. P. E. A. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011.
- SESSO, R. C. et al. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2012. **J. Bras. Nefrol.**, v.34, p. 272-277, 2012.
- SILVEIRA, C. B. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. **J. Bras. Nefrol.**, v.32, n. 1, p. 39-44, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 12 maio 2015
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010. **1º Censo do Estado Nutricional de Pacientes em Hemodiálise, 2010**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em: 20 maio 2015
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011. **Censo Brasileiro de Nefrologia de 2011**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em: 15 maio 2015
- TERRA, F.S. Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido á hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico. **Dissertação de mestrado em saúde** - Universidade José de Rosário Vellano, Alfenas, Minas Gerais, 2007.
- VEGINE, P. M., et al. Avaliação de métodos para identificar desnutrição energético-proteica de pacientes em hemodiálise. **J. Bras. Nefro.**, v.33, n.1, p.55-61, 2011.

WELLMAN, N. S.; KAMP, B. J. Nutrição e envelhecimento. In: MAHAN, L. K.; STUMP, S. E.; RAYMOND, L. J. **KRAUSE: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, 13 ed., cap.21, p. 444-446.

WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment: the WHOQOL Group. **Psychol Med.**, v. 28, p.551-558, 1998.

WHO. Obesity: preventing and Managing the Global Epidemic. **Report of a WHO, Consultation on Obesity**. Geneva: World Health Organization (WHO), 1997.

ZATTAR, et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil, **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.3, p.507-521, 2013.