

A Qualidade de Vida de Idosos com Obesidade ou Sobrepeso

The Quality of Life of Elderly People with Obesity or Overweight

YLKIANY PEREIRA SOUZA¹
ADRIANA DE MORAES BEZERRA²
NATÁLIA PINHEIRO FABRÍCIO³
NATÁLIA BASTO FERREIRA TAVARES⁴
NUNO DAMÁCIO DE CARVALHO FÉLIX⁵
MARIA CORINA AMARAL VIANA⁶
AMANDA SOARES⁷

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de idosos com obesidade ou sobrepeso acompanhados na Atenção Primária à Saúde. **Material e Métodos:** estudo descritivo transversal. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2016, na residência dos idosos utilizando para a coleta de dados um formulário sociodemográfico e clínico e um questionário específico desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar qualidade de vida em idosos – World Health Organization Quality of Life Group Old. A amostra foi constituída de 27 idosos com obesidade ou sobrepeso. **Resultados:** Os resultados sociodemográficos mostraram uma predominância do sexo feminino (81,48%), média de 69,70 anos (desvio-padrão= 7,33), baixa escolaridade (40,74%), casados (55,56%), negros (44,44%) e aposentados (74,04%). Pelas variáveis antropométricas a maioria das mulheres apresentava obesidade moderada (50%), em que 100% das idosas estavam com risco muito elevado relacionado a circunferência abdominal e 40% dos idosos estavam com risco muito elevado da circunferência abdominal e a maioria dos homens com sobrepeso (60%). A Relação Cintura Quadril mostrou que 86,36% das idosas estavam com valores >85 e 100% dos homens com valores >90. A maioria dos idosos apresentou uma qualidade de vida regular, com menos comprometimento nos domínios intimidade, autonomia, funcionamento do sensorio e atividades passadas presentes e futuras e mais comprometimento nos de morte e morrer e participação social. **Conclusão:** a qualidade de vida encontrou-se afetada no contexto que envolve a finitude do ser e sua inserção e interação social.

DESCRIPTORIOS

Obesidade. Qualidade de Vida. Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Sobrepeso.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of elderly people with obesity or over weight followed-up at the Primary Care Level. **Material and Methods:** This was a descriptive cross-sectional study carried out from February to May 2016. The data were collected using a socio demographic and clinical form and a specific questionnaire developed by the World Health Organization to evaluate the quality of life of elderly people - World Health Organization Quality of Life Group. **Results:** The socio demographic results showed a predominance of females (81.48%); with a mean age of 69.70 years (standard deviation = 7.33); low education level (40.74%); married (55.56%); black race (44.44%); and retirees (74.04%). According to anthropometric variables, the majority of females presented moderate obesity (50%), in which 100% of the elderly women were at a very high risk related to abdominal circumference. As for males, 40% of the elderly were found to be at a very high risk of abdominal circumference and the majority of them were overweight (60%). The Hip: Waist Ratio showed that 86.36% of the elderly women had values higher than 85 and 100% of the men had values higher than 90. The majority of the elderly presented a regular quality of life, with less impairment in the domains of intimacy, autonomy, functioning of the sensorium and past and present activities, and a greater impairment in the domains of death and dying and social participation. **Conclusion:** The quality of life was affected in the context that involves the finitude of the being and social integration and interaction.

DESCRIPTORS:

Obesity. Quality of Life. Primary Health Care. Geriatrics. Overweight. Health.

- 1 Enfermeira Residente em Urgência. Emergência e Trauma pela Universidade de Pernambuco-UPE. Recife. Pernambuco. Brasil.
- 2 Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – UDI. Membro do Grupo de Pesquisa Tecnologias em Saúde no SUS (GPTSUS - CNPq). Crato. Ceará. Brasil.
- 3 Professora da Universidade Regional do Cariri. Membro do grupo de pesquisa em Diabetes Mellitus-GPEDIAM. Crato. Ceará. Brasil.
- 4 Coordenadora do Curso de Enfermagem-URCA-UDI. Professora da Universidade Regional do Cariri - URCA e Instituto Centro de Ensino Tecnológico - CENTEC /EEEP. Iguatu. Ceará Brasil.
- 5 Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. João Pessoa. Paraíba. Brasil.
- 6 Pró-Reitora Adjunta de Pós-Graduação e Pesquisa. Professora Adjunta Universidade Regional do Cariri. Líder Grupo de Pesquisa Tecnologias em Saúde no SUS (GPTSUS - CNPq). Coordenadora Núcleos Evidência (NEV-URCA). Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS-URCA). Inovação Tecnológica (NIT-URCA). Crato. Ceará. Brasil.
- 7 Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Campina Grande. Paraíba. Brasil.

Nas últimas décadas, o Brasil passou por grandes mudanças no campo demográfico, epidemiológico e nutricional. Houve aumento da expectativa de vida, prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais são comuns em pessoas com idade avançada e obesidade. Com isto, necessitou-se que novas estratégias de saúde fossem pensadas de modo a acompanhar o novo modelo de saúde apresentado, objetivando garantir maior qualidade de vida a essa nova geração de longevos¹.

O envelhecimento é posto como uma das grandes conquistas da humanidade e ao mesmo tempo permeado por desafios a serem superados. O número de pessoas com 60 anos ou mais nas últimas décadas aumentou em 178 milhões, chegando a ter em 2012, 810 milhões de pessoas idosas no mundo; estudos indicam que esse número aumentará para 1 bilhão em 2025. No Brasil o número de idosos corresponde a 10,8% da população total, o que representa 20.590.599 indivíduos de 60 anos ou mais^{2,3}.

Mediante o Estatuto do Idoso criado em 2003 no Brasil, é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos⁴. Pela Organização Mundial da Saúde (OMS), esta definição cabe aos países em desenvolvimento, como o Brasil, pelo fato da expectativa de vida ser mais baixa, mas nos países desenvolvidos esse limite é de 65 anos ou mais⁵.

No Brasil, a transição nutricional é visível com redução contínua de casos de desnutrição e ascensão de indivíduos com sobrepeso, contribuindo para o surgimento das DCNT. A redução da prevalência de baixo peso está associada a vários fatores, destacando ganhos econômicos, saneamento básico, melhoria e acesso da população aos serviços de saúde. Em contrapartida, nas mesas dos brasileiros começaram a prevalecer comidas industrializadas com alto teor de açúcar e sódio e aumento do consumo de gorduras de origem animal ocupando o lugar das frutas, verduras, legumes e cereais, favorecendo, desta forma, o excesso de peso e obesidade^{6,7}.

À medida que envelhecemos a massa corporal diminui, a quantidade de líquido no corpo reduz, aumenta o tecido adiposo, diminui o metabolismo, favorecendo o aumento do peso corporal. O idoso possui características que favorecem a obesidade e aliada aos fatores gerais para o excesso do peso, aumenta-se a probabilidade de vir a desenvolver obesidade. Nesse

contexto, o sobrepeso e a obesidade repercutem negativamente na qualidade de vida do idoso. A qualidade de vida pode ser definida como sendo a maneira pela qual o indivíduo vê a vida embasada no âmbito cultural e nos seus valores, considerando suas expectativas, anseios e objetivos⁸.

Dessa forma, avaliar a qualidade de vida do idoso tornou-se uma ferramenta para o planejamento de estratégias que visam prevenir complicações e promover saúde, assim como proporcionar melhoria na assistência ao indivíduo idoso, garantindo aos anos vividos maior qualidade de vida⁹, em especial no contexto do excesso de peso e obesidade. Considerando tais pressupostos, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida dos indivíduos idosos com obesidade ou sobrepeso acompanhados na Atenção Primária à Saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Aspectos éticos

Atendendo aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde- CEPAS via Plataforma Brasil e aprovado por meio do Parecer nº 1.485.332. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Estudo descritivo do tipo transversal, realizado com indivíduos idosos com obesidade ou sobrepeso em uma Unidade Primária à Saúde que congrega três Equipes de Saúde da Família (ESF) em uma cidade do Centro-Sul do Estado do Ceará. O período para realização da pesquisa ocorreu entre os meses de fevereiro a maio de 2016.

População ou amostra

Os participantes do estudo foram selecionados pela população total de idosos advinda do somatório das três equipes a partir dos dados dos prontuários dos idosos cadastrados na unidade, bem como contato direto com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Contudo para obtenção da população específica de idosos com sobrepeso e obesidade, através do prontuário, foram

feitas três análises. A primeira selecionou os prontuários com usuários com idade igual ou superior a 60 anos e com acompanhamento em uma das equipes de pelo menos uma consulta nos últimos 4 meses. Os selecionados passaram por uma segunda análise para verificar o registro do peso e altura da última consulta no prontuário e por último os prontuários que possuíam os referidos dados antropométricos foram selecionados para a realização do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e identificação dos idosos estavam com sobrepeso ou obesidade, obtendo um total de 35 idosos. Muitos dos prontuários não continham os registros de peso e altura, sendo assim descartados no estudo.

As ACS ajudaram dando informações sobre os endereços dos idosos e na aproximação com os mesmos. Com o endereço dos 35 idosos, foram feitas as visitas aos domicílios dos idosos considerando os critérios para inclusão ter idade igual ou superior a 60 (sessenta anos); serem acompanhados em uma das ESF; e ter obesidade ou sobrepeso acompanhado ou não de comorbidades. Foram excluídos da pesquisa os idosos que não se encontravam em seu domicílio durante a coleta, com duas vezes de persistência, totalizando ao final 27 visitas realizadas e 27 idosos participantes da pesquisa.

Pelo fato da população em estudo ser composta de idosos, levou-se em consideração alguns fatores como baixa acuidade visual, o analfabetismo ou semi analfabetíssimo, alterações na coordenação motora, desta forma evita-se erros de interpretação pela variedade de graus de instruções que podem ser encontrados, ao invés de auto administrado, o questionário foi explicado individualmente pela pesquisadora.

Protocolo do estudo

A descrição dos dados sociodemográficos (idade, estado conjugal, gênero, escolaridade, ocupação) foi feita através de um instrumento de identificação com base no estudo de Ueno¹⁰. Foi realizado um exame físico, e colhido informações como mensuração do peso (P), altura (A), índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ) e relação cintura-quadril (RCQ).

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o instrumento proposto pela OMS, O WHOQOL-OLD, que foi desenvolvido pelo grupo *World Health*

Organization Quality of life Group (WHOQOL) e destinado para adultos idosos.

O questionário validado e proposto pela OMS que trabalha com qualidade de vida em idosos é constituído por 24 perguntas, dividido em seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Assim, cada faceta é composto por 4 perguntas, estas seguem com respostas de 1 a 5 na escala de Likert¹¹.

As respostas de cada pergunta podem oscilar com escore de valores que vão de 4 a 20 (decorrente de sua amplitude estar entre o valor mais baixo, todas as alternativas 1, e o valor mais alto, todas as alternativas 5), sendo que todos os itens das facetas devem ser preenchidos. A combinação dos valores das 24 perguntas resulta em um escore geral para a qualidade de vida em idosos, e a soma das perguntas que pertencem a uma faceta produz o escore bruto da faceta (EBF). Pela média da faceta obtém-se o escore padronizado da faceta (EPF), que varia de 1 a 5.

A partir da análise da qualidade de vida geral, em média tem-se que valores de 1 a 2,9 indica uma qualidade de vida que deve ser melhorada, valores de 3 a 3,9 considera-se que o idoso esteja com uma qualidade de vida regular, de 4 a 4,9 indica uma boa qualidade de vida e muito boa quando o valor for 5¹¹.

Para a mensuração do peso, avaliou-se duas vezes pelo mesmo profissional, com o uso de uma balança digital portátil, tipo plataforma, marca Camry EB-9013, com capacidade máxima para 150Kg e variação de 100g. A altura foi aferida com uma fita métrica inelástica e registrada em centímetros. A obesidade e o sobrepeso foram avaliados mediante o cálculo do IMC, obtido pelo peso (em quilogramas-Kg) dividido pela altura (em metros-M) ao quadrado. A aferição do peso e altura seguiu as técnicas recomendadas pela norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN¹².

Foram considerados para a classificação da obesidade os pontos: baixo peso valores de IMC <18,5, peso normal 18,5-24,9, sobrepeso >25, pré-obeso 25,0 a 29,9, obeso I ou obesidade leve 30,0 a 34,9, obeso II ou obesidade moderada 35,0 a 39,9, obeso III ou obesidade mórbida >40¹³.

A fita padrão da OMS, com variação em milímetros, foi utilizada para a medida da circunferência da cintura e circunferência do quadril,

usando como pontos de localização a última costela e a crista ilíaca, pela medição no maior perímetro abdominal, circundada horizontalmente, como recomenda a OMS, e posicionando a fita ao redor da região do quadril na área de maior protuberância, respectivamente¹⁴.

O critério para a análise da Circunferência da Cintura foi com base o que estabelece a OMS, risco para doenças associadas à obesidade, risco elevado >80cm e risco muito elevado >88cm para mulheres, risco elevado > 94cm e risco muito elevado > 102cm para homens¹⁵.

A relação cintura para o quadril (RCQ) feita pela divisão da circunferência da cintura sobre a circunferência do quadril foi feita com os pontos de corte 0,90 ou mais para homens e 0,85 ou mais para mulheres, quando alterado¹⁴.

Análise dos resultados e estatísticas

Na compilação dos dados, adotou-se o *software Excel 2010 for Windows*. As variáveis numéricas foram analisadas mediante a estatística descritiva por meio de medidas de tendência central (média, mediana, moda) e medida de dispersão ou variabilidade (desvio padrão); as variáveis nominais foram analisadas por meio de frequência absoluta

e percentual (porcentagem); e os resultados foram discutidos considerando a literatura nacional e internacional pertinente a temática.

RESULTADOS

Foram identificados 27 idosos com idade igual ou acima de 60 anos com obesidade ou sobrepeso. Na caracterização sociodemográfica descrita na tabela 1, observou-se que a maioria dos idosos do estudo eram do sexo feminino (81,48%). A média de idade de 69,70 anos (DP=7,33) e a maioria dos participantes casados (55,56%). Quanto à escolaridade 40,74% referiram terem estudado até a 4ª série (antigo primário) e apenas 11,11% possuíam colegial completo ou superior incompleto\completo. A maioria dos participantes se declararam serem negros (44,44%) e a ocupação dos idosos, em sua maioria, eram aposentados (74,04%).

No que se refere às características antropométricas dos idosos, observa-se na tabela 2 que a maioria das mulheres (50%) apresentaram obesidade moderada e uma parcela (9,09%) das mulheres já apresentavam obesidade mórbida. Os homens em sua maioria (60%) apresentaram sobrepeso.

TABELA 1-Distribuição das variáveis sociodemográficas dos Idosos com obesidade ou sobrepeso acompanhados na Atenção Primária à Saúde. Iguatu-CE, BRASIL, 2016.				
Variável	f	%		
Sexo				
Feminino	22	81,48%		
Masculino	5	18,52%		
Estado Civil				
Casado (a)	15	55,56%		
Solteiro (a)	2	7,41%		
Viúvo (a)	9	33,33%		
Divorciado (a)	1	3,70%		
Escolaridade				
Nenhum ou Primário Incompleto	9	33,33%		
Até a 4ª Série (Antigo Primário) ou Ginásial Incompleto	11	40,74%		
Ginásial completo ou Colegial Incompleto	4	14,81%		
Colegial completo ou superior incompleto\ completo	3	11,11%		
Cor da Pele				
Branco (a)	10	37,04%		
Negro (a)	12	44,44%		
Amarelo (a)	2	7,41%		
Pardo (a)	3	11,11%		
Ocupação				
Aposentado (a)	20	74,07%		
Autônomo (a)	1	3,70%		
Outros	6	22,22%		
TOTAL	27	100,00		
	Média	Mediana	Moda	DP*
Idade (anos)	69,7037	69	69	7,3317

A média do IMC foi de 33,46 (desvio padrão=4,83). Pela verificação da circunferência da cintura 100% das mulheres apresentaram risco muito elevado relacionada à obesidade, e os homens 40% apresentaram risco muito elevado. Pela relação cintura quadril (RCQ) 86,36% das mulheres estavam com valores >85 e para os homens 100% com valores > 0,90.

Observa-se na tabela 3 que a maioria dos idosos optou pela opção 4 (Bastante\ boa\ feliz\ satisfeito) como forma de escolha. A resposta menos frequente foi a opção 2 (Muito Pouco\ Infeliz\ Insatisfeito\ Ruim). Pela necessidade de recodificar algumas questões, as respostas nem sempre apresentavam valor positivo, exemplo, ao idoso

responder com a opção “Bastante” ou negativo como “muito pouco”.

Pela faceta MEM na tabela 4 os indivíduos foram questionados quantos aos seus medos e inquietações em relação à morte. A frequência das respostas, nesta faceta, mostrou que a maioria dos idosos optou pela opção 1 “nada”, porém quanto ao medo de sofrer antes de morrer na q9 a frequência foi maior na opção 5 “Extremamente”. Os idosos não apresentam em sua maioria preocupação pela maneira pela qual irão morrer, medo de não controlar a morte ou até mesmo medo de morrer, todavia o medo de sofrer antes de morrer foi prevalente entre os idosos.

Na faceta INT o questionário avalia como

TABELA 2- Distribuição das variáveis Antropométricas dos Idosos com obesidade ou sobrepeso acompanhados na Atenção Primária à Saúde. Iquatu-CE, BRASIL, 2016.

Variável	Feminino		Masculino	
	f	%	f	%
IMC				
Sobrepeso\Pré-obeso (>25-29,9)	6	27,27	3	60,00
Obesidade Leve (30-34,9)	3	13,64	1	20,00
Obesidade Moderada (35-39,9)	11	50,00	1	20,00
Obesidade Mórbida (>40)	2	9,09	-	-
TOTAL	22	100,00	5	100,00
CC				
Risco Elevado	-	-	3	60,00
Risco Muito Elevado	22	100,00	2	40,00
Normal	-	-	-	-
TOTAL	22	100,00	5	100,00
RCQ				
Normal (<85cm, <90cm)	3	13,64	-	-
Alterado(>85cm,>90cm)	19	86,36	5	100,00
TOTAL	22	100,00	5	100,00
	Média	Mediana	Moda	DP*
IMC	33,4655	35,07	-	4,8330
RCQ	0,9248	0,92	0,87	0,0633

*Desvio Padrão (DP)

TABELA 3- Estatística descritiva da qualidade de vida em idosos segundo as facetas do questionário Whoqol-old. Iquatu-CE, BRASIL, 2016.

	N	MEM	INT	FS	AUT	PSO	PPF
Média	27	2,8	3,6	2,7	3,6	3,4	3,6
Mediana	27	3	4	3	4	3	4
Moda	27	1	4	3	4	4	4
Desvio Padrão	27	1,8	0,9	1,2	1,0	0,9	0,9

Nota: MEM- Morte e Morrer; INT- Intimidade; FS- Funcionamento do Sensorio; AUT- Autonomia; PSO- Participação Social; PPF- Atividades Presentes Passadas e Futuras.

TABELA 4- Distribuição das respostas dos idosos por faceta do Whoqol-old - Iguatu-CE, BRASIL, 2016.

MEM	fq6	%	fq7	%	fq8	%	fq9	%
Nada	14	51,85	14	51,85	15	55,56	3	11,11
Muito pouco	2	7,41	4	14,81	1	3,70	1	3,70
Mais ou menos	6	22,22	5	18,52	2	7,41	1	3,70
Bastante	-	-	1	3,70	2	7,41	3	11,11
Extremamente	5	18,52	3	11,11	7	25,93	19	70,37
INT	fq21	%	fq22	%	fq23	%	fq24	%
Nada	2	7,41	-	-	1	3,70	-	-
Muito pouco	3	11,11	2	7,41	2	7,41	1	3,70
Mais ou menos	4	14,81	9	33,33	7	25,93	10	37,04
Bastante	16	59,26	10	37,04	12	44,44	12	44,44
Extremamente	2	7,41	6	22,22	5	18,52	4	14,81
FS	fq1	%	fq2	%	fq10	%	fq20	%
Nada\Muito Ruim	3	11,11	8	29,63	13	48,15	1	3,70
Muito pouco\ Ruim	8	29,63	5	18,52	4	14,81	2	7,41
Mais ou menos\ Nem Ruim	9	33,33	7	25,93	5	18,52	11	40,74
Nem Boa	4	14,81	7	25,93	5	18,52	10	37,04
Bastante\Boa	3	11,11	-	-	-	-	3	11,11
Extremamente\ Muito Boa								
AUT	fq3	%	fq4	%	fq5	%	fq11	%
Nada	-	-	2	11,11	-	-	-	-
Muito pouco	1	3,70	3	7,41	2	7,41	2	7,41
Mais ou menos	3	11,11	16	59,26	5	18,52	15	55,56
Bastante	12	44,44	6	22,22	14	51,85	7	18,52
Extremamente	11	40,74	-	-	6	22,22	3	11,11
PSO	fq14	%	fq16	%	fq17	%	fq18	%
Nada\Muito Insatisfeito	1	3,70	-	-	-	-	1	3,70
Muito pouco\Insatisfeito	3	11,11	3	11,11	7	25,93	6	22,22
Mais ou menos\ Nem satisfeito nem insatisfeito	13	48,15	5	18,52	7	25,93	9	33,33
Bastante\ Satisfeito	10	37,04	14	51,85	11	40,74	8	29,63
Extremamente\ Muito Satisfeito	-	-	5	18,52	2	7,41	3	11,11
PPF	fq12	%	fq13	%	fq15	%	fq19	%
Nada\Muito Insatisfeito\Muito infeliz	1	3,70	1	3,70	-	-	-	-
Muito pouco\Insatisfeito\Infeliz	1	3,70	6	22,22	-	-	-	-
Mais ou menos\ Nem satisfeito nem insatisfeito\ Nem feliz nem infeliz	10	37,04	11	40,74	2	7,41	17	62,96
Bastante\ Satisfeito\ Feliz	11	40,74	7	25,93	15	55,56	10	37,04
Extremamente\ Muito Satisfeito\Muito Feliz	4	14,81	2	7,41	10	37,04	-	-

Nota: MEM- Morte e Morrer; INT-Intimidade; FS-Funcionamento do sentido; AUT- Autonomia; PSO- Participação Social; PPF-Atividades Passadas Presentes e Futuras.

está a capacidade de interação e intimidade com as pessoas. Em todas as perguntas a opção que se sobressaiu foi “Bastante”, demonstrando que os idosos possuem sentimentos de companheirismo em suas vidas, sentem amor e oportunidades de amar e serem amados em um grau satisfatório.

Pelo FS o questionário avalia como estão as respostas sensoriais do indivíduo e seu impacto na qualidade de vida. No que diz respeito o quanto

as perdas dos sentidos atrapalham a vida diária (visão, audição, olfato, paladar), na q1 a opção “mais ou menos” teve maior percentual (33,33%), a opção “Nada” foi predominante nas q2 (29,63%) e q10 (48,15%), onde avalia o quanto a perda dos sentidos afeta a capacidade de participar de atividades ou de interagir com outras pessoas, já na q20 (40,74%) a opção “nem ruim nem boa” foi maior, onde os idosos avaliam o funcionamento dos seus sentidos.

A faceta AUT busca avaliar como está o nível de independência do idoso. Nas questões q3 (44,44%) e q5 (51,85%) a opção com maior frequência foi “Bastante”, demonstrando que os idosos possuem liberdade para tomar suas decisões e que sua liberdade é respeitada pelas outras pessoas. “Mais ou menos” foi predominante nas questões q4 (59,26%) e q11 (55,56%). Os idosos não estão seguros quanto ao controle de seu futuro, nem conseguem fazer as coisas que gostariam de fazer.

Na PSO busca-se verificar como está a participação do idoso na comunidade, suas atividades no dia-a-dia. Na q14 a maior frequência foi para a opção “mais ou menos” com 48,15%, os idosos não sentem que tem o suficiente para fazer a cada dia, na q16 (51,85%) e q17 (40,74%) “satisfeito” foi a opção mais escolhida, demonstrando estarem satisfeitos com a maneira pela qual usam seu tempo e com o seu nível de atividade e na q18 (33,33%) a opção “nem satisfeito nem insatisfeito”, quanto as oportunidades para participar de atividades na comunidade.

Nas PPF avalia-se como está a satisfação do idoso quanto ao que já foi alcançado em sua vida e o que ele anseia pela frente. As opções que mais prevalentes foram “Bastante” (q12 - 40,74%), “mais ou menos” (q13 - 40,74%), “Satisfeito” (q15 - 55,56%) e “nem feliz nem infeliz” (q19 - 62,96%). Os idosos sentem-se satisfeitos com as oportunidades para continuar alcançando outras realizações na vida, não receberam o reconhecimento que merecem em suas vidas, mas estão satisfeitos com o que alcançaram e não tem um pensamento certo de felicidade quanto ao que podem esperar daqui para frente.

Pelas médias dos EPF por faceta, as maiores médias foram nas facetas INT (3,64), PPF (3,61), AUT (3,6) e FS (3,52) e as piores médias nas de MEM (3,24) e PSO (3,37). Tendo assim que a qualidade de vida se encontra mais comprometida nas facetas MEM e PSO e menos comprometida nas de INT, PPF, AUT e FS.

Observou-se que quando avaliado os EBF e os EPF no grupo masculino, as melhores médias estiveram nas facetas MEM, INT e FS e as piores médias nas de AUT, PSO e PPF. No grupo feminino as melhores médias foram nas INT, AUT e PPF e as piores médias nas MEM, FS e PSO.

Através da Média Geral do Questionário, obteve-se a qualidade de vida geral, elucidando que a maioria dos idosos apresentou Qualidade de Vida Regular (70,4%), e os demais apresentaram uma

Qualidade de Vida Boa (14,8%) e com pontuações muito baixas necessitando melhorar (14,8%), nenhum dos idosos apresentou uma Qualidade de Vida Muito Boa.

Dos participantes que apresentaram qualidade de vida Regular a maioria eram negros, casados, com escolaridade até a 4ª série (Antigo Primário) ou ginásial incompleto. Média de 69,94 anos e aposentados. Aqueles que apresentaram qualidade de vida Boa, eram em sua maioria negros, casados, escolaridade até a 4ª série ou ginásial incompleto. Média de 66,75 anos e exerciam alguma atividade remunerada. Os que necessitam melhorar na qualidade de vida em sua maioria brancos, viúvos, com escolaridade nenhuma ou primário incompleto, média de 71,5 anos e aposentados.

DISCUSSÃO

A maioria dos participantes foram do sexo feminino e com faixa etária entre 60 e 70 anos, casados, com baixa escolaridade corroborando com outros estudos na literatura^{15,16} e divergente em relação a outros estudos realizados, onde a média de idade foi de 80,7 anos e em sua maioria viúvos¹⁷.

Em um estudo desenvolvido com 192 idosos cadastrados nas unidades de saúde da família de Foz do Iguaçu-PR e outro com 131 idosos do município de Herval-RS, assim como no presente estudo a amostra foi em sua maioria do sexo feminino, casados, baixo grau de instrução e com idade entre 60 e 70 anos. Porém quanto a cor da pele, branca foi a mais prevalente entre os idosos, contrapondo-se a este onde a maioria se declararam negros^{15,18}.

Os resultados das variáveis antropométricas demonstraram resultados preocupantes. Com valores de circunferência e RCQ elevados, além da obesidade mórbida também ser evidente. A obesidade está associada a morbimortalidade por diversas causas, principalmente com IMC >35 e contribui para o aparecimento de comorbidades^{19,20}. Neste estudo, a maioria dos idosos apresentaram obesidade moderada, classificada a partir das Diretrizes Brasileiras de Obesidade¹³.

Na avaliação da circunferência da cintura todas as mulheres apresentaram risco muito elevado relacionado a obesidade com medidas acima de 88cm, mostrando risco elevado para o desenvolvimento de doenças relacionadas a obesidade¹⁹.

O sobrepeso e a obesidade causam maior

número de morte quando comparado à desnutrição, além de elevar o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, distúrbios musculoesquelético e alguns tipos de câncer. Este fato preocupante está incluído no “Plano de ação global para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis 2013-2020” tendo como uma das metas até 2025 uma suspensão das taxas de obesidade no mundo em relação às do ano de 2010²¹.

Em uma meta-análise realizada com estudos que utilizaram o IMC e a circunferência da cintura para verificar o impacto do excesso de peso na HAS, constatou que os homens obesos e os indivíduos com circunferência da cintura além do parâmetro desejável tinham mais chances para desenvolver hipertensão²², corroborando com estudos que relatam sobre o risco para resistência à insulina e aparecimento da diabetes tipo 2¹⁹.

Estudos indicam que a obesidade em idosos está associada ao aumento da mortalidade e desenvolvimento de doenças crônicas e com o excesso de gordura acabam perdendo qualidade de vida. As dislipidemias e a obesidade são frequentes nesta população e atuam como fatores de risco para o desenvolvimento de várias doenças, necessitando de atenção por parte dos pacientes e do sistema de saúde, principalmente porque os idosos têm menor sucesso no tratamento da obesidade, consistindo, a prevenção a melhor opção para evitar esse quadro²³. A dificuldade na redução de peso pode ser explicada porque idosos passam por alterações em seu metabolismo, gerando os depósitos de gordura.

A maioria dos idosos apresentaram RCQ maior que o desejado, >90 homens, >85 mulheres. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura pesquisada sobre o nível de obesidade e sobrepeso em idosos, nos valores de RCQ 56% da amostra foram considerados na faixa de risco ou obeso (>85)²⁴.

A obesidade acaba trazendo além dos prejuízos à saúde, dificuldades para caminhar, subir uma escada, realizar atividades do cotidiano, realizar higiene corporal²⁵. Para o indivíduo idoso essas dificuldades são mais agravadas, pois surgem juntamente com as mudanças que o próprio processo de envelhecimento traz.

Em relação ao questionário utilizado no estudo ora desenvolvido, temos que as melhores médias foram nas facetas INT, AUT, FS e PPF e as piores médias nas de MEM e PSO. Alguns das facetas foram divergentes em algumas literaturas,

onde evidenciou que INT e PPF obtiveram os piores escores de qualidade de vida²⁶. Outras pesquisas mostraram que os melhores escores pertenciam a PSO e os piores na AUT^{27,28}.

Em um estudo com 156 idosos, utilizando o Whoqol-bref, 43,6% apresentaram sobrepeso e obesidade e a média do domínio físico foi bem menor para os indivíduos com IMC elevado²⁹.

Os menores escores na participação social, pode ser decorrente do fato de que a medida que os idosos vão envelhecendo a participação com as outras pessoas e com a comunidade diminuem, começam a passar mais tempo dentro de casa com os familiares¹⁵.

Em um estudo realizado com 211 idosas, objetivando avaliar a qualidade de vida por meio do instrumento Whoqol-Old, obteve que os piores escores estavam nas facetas INT e PPF²⁶.

A qualidade de vida muda de indivíduo para indivíduo de acordo com suas percepções, ações, desejos e anseios. O que pode explicar tantos estudos demonstrando uma melhor qualidade de vida em certos domínios e outros não.

Fatores como a relação que ele tem com familiares, amigos, vizinhos e comunidade, alimentação adequada, presença de atividade física podem influenciar positivamente o idoso na sua qualidade de vida bem como realizar tarefas que lhe proporcionem maior bem-estar³⁰.

Limitações do estudo

Este estudo apresentou algumas limitações, como o tamanho da amostra, necessitando de estudos longitudinais e com um maior número de idosos com obesidade buscando avaliar sua qualidade de vida. Esse estudo utilizou o WHOQOL-OLD como modelo para verificar a qualidade de vida, a realização de estudos com o uso concomitante do WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF ou WHOQOL-100 traz ainda resultados mais específicos.

Recomendam-se outras investigações com idosos de outros grupos e/ou localidades. O delineamento transversal não permite estabelecer relações de causa e efeitos entre as variáveis avaliadas, assim sugere-se que sejam feitos estudos longitudinais. Destarte, sabendo da existência da relação entre qualidade de vida e doenças crônicas, sugere-se que sejam realizados mais estudos que trabalhem com essas vertentes, enfatizando a importância de abordar a saúde do idoso no atual cenário vivenciado.

CONCLUSÃO

Com base nos dados encontrados no estudo elaborado, pode-se concluir, respeitando as limitações do método e tamanho amostral, que os idosos apresentaram comprometimento no que se refere às facetas morte e morrer e participação social, evidenciando-se o medo de sofrer e a restrição do contato social com outras pessoas que não sejam do ambiente familiar, respectivamente.

Entender as variáveis que interferem na saúde do idoso e suas particularidades torna-se necessário para que seja estabelecido um plano de cuidados voltado para melhoria da qualidade de

vida de pessoas com sobrepeso ou obesidade, incluindo aspectos sociais, psicológicos, biológicos e ambientais.

Os idosos constituem um segmento que mais cresce na população brasileira e, tratando-se a obesidade como um problema mundial que afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas, ressalta-se o quanto a enfermagem pode ser uma modificadora real desse cenário, uma vez que ações de saúde e estratégias de prevenção de doenças contribuem de maneira significativa para a manutenção de cuidados, assistência integral e holística aos idosos com o objetivo de envelhecer com uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Eskinazi FMV, Marques APO, Leal MCC, Duque AM. Envelhecimento e a Epidemia da Obesidade. UNOPAR CientCiêncBiol Saúde. 2011.13(Esp):295-8.
2. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Envelhecimento no século XXI: celebração e desafios. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAgeInternational. 2012.
3. Medeiros SS, Cavalcante AMB, Marin AMP, Tinoco LBM, Salcedo IH, Pinto TF. INSA. Campina Grande, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria de. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília, 2007.2 ed:1-70.
5. ROCHA, Ana Paula de Melo Figueiredo. O autoconceito dos Idosos. Dissertação (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade de Lisboa, 2007, 180p.
6. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil:O enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública.2008;24 (Sup 2):332-340.
7. Souza EB. Transição Nutricional no Brasil: Análise dos Principais Fatores.CadernosUniFOA. 2010; 13(5):49-53.
8. ELIOPOULOS, C. Enfermagem Gerontológica. Trad. YOSHITOME, A.Y; THORELL, A. 5 ed. Porto Allegre: Arned, 2005.
9. Linden Junior E, Trindade JLA. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. Rio de Janeiro: Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013; 16(3):473-479.
10. Power M, Schmidt S. Manual WHOQOL-OLD. Chachamovich E, Fleck MPA. Brasília: OMS.[Internet]. 2006. Available in:http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf.Access in: 05 de setembro de 2015.
11. UENO, D. T. Validação do questionário Baecke modificado para idosos e proposta de valores normativos. [Dissertação de Mestrado]. Rio Claro: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Fialho, 2013, 65p.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde.[Internet] 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
13. Godoy-Matos AF, Oliveira J, Guedes EP, Carraro L, Lopes AC, Mancini MC, et al. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. Itapevi, SP: AC Farmacêutica. 2009.
14. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, (WHO Obesity Technical Report Series, n. 284), 2000:1-256.
15. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS. Qualidade de Vida de Idosos Cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. Esc Anna Nery. 2010.; 14 (4):803-810.
16. Tavares DMS, Dias FA. Distribuição Espacial de Idosos de Acordo com Menores Escores de Qualidade de Vida. Texto &Contexto Enferm. Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 205-13.
17. Torres GV, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. J Bras Psiquiatr. 2009; 58(1):39-44.
18. Freitas VFFS. Qualidade de Vida do Idoso no Município de Herval. Rev. Enferm. Saúde. Pelotas (RS). 2011;1(1):156-163.
19. Wannmacher L.Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. OPAS/OMS – Representação Brasil.[Internet]. 2016.mai; 1(7).
20. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2013;309(1):71-82.
21. WHO. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet N°. 311. WHO. 2015.

22. Arabshahi S, Busingye D, Subasinghe AK, Evans RG, Riddell MA, Thrift AG. Adiposity has a greater impact on hypertension in lean than not-lean populations: a systematic review and meta-analysis. *EurJEpidemiol.* 2014; 29:311–324.
23. Nagatsuyu DT, Moriguti EKV, Pfrimer K, Formighieri PF, Lima NKC, Ferrioli E, Moriguti JC. O impacto da obesidade abdominal sobre os níveis plasmáticos de lipídeos nos idosos. *Medicina(Ribeirão Preto)*. 2009; 42(2):157-63.
24. Quiroz CO, Munaro HRL. Prevalência de Sobrepeso e obesidade em Idosas Atendidas nos Projetos da UESB. *Rev.Saúde.Com.* 2008; 4(1): 43-49.
25. Tanaka DS, Peniche ACG. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. *Acta Paul. Enferm.* 2009; 22 (5):618-623.
26. Santos GS, Cunha ICKO. Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres Idosas na Comunidade. *Rev. Enferm. Cent.-oeste Min.* 2014;4(2):1135-1145.
27. Celich, KLS, Goldim, JR. Qualidade de vida dos idosos participantes de grupos da terceira idade Nursing. SãoPaulo. 2010.13(147):400-405.
28. Ramos LJ. Variação do estado nutricional, da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não institucionalizados no município de Porto Alegre, RS [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul, 2008, 68p.
29. Adami, FS, Feil, CC, Bosco, SM. Estado Nutricional Relacionado a Qualidade de Vida em Idosos. *RBCEH, Passo Fundo.* 2015; 12(1):28-40.
30. Santos EI, Coco DJSF, Silva JB, Silva TLMM, Santana PPC. Atuação do enfermeiro na promoção da qualidade de vida na terceira idade segundo produções científicas brasileiras. Rio de Janeiro: *Revista Augustus.* 2013; 18(35): 51 - 62.

CORRESPONDÊNCIA

Nome completo: Ylkiany Pereira de Souza
Endereço: AV. Nenem Marinheiro, nº 271
CEP: 63540000
Várzea Alegre - Ceará- Brasil
E-mail: ylkiany@hotmail.com
