



Imagem corporal, estado nutricional e qualidade de vida em idosos longevos

Body image, nutritional status and quality of life in long-lived older adults

Maria Daniela Clementino¹ 
Rita Maria Monteiro Goulart¹ 

Resumo

Objetivo: Avaliar a imagem corporal, estado nutricional (EN) e sua relação com a qualidade de vida (QV) de idosos com 80 anos ou mais. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, sem intervenção, por amostragem não probabilística, realizado entre out/2016 e set/2017 com 103 idosos com idade ≥ 80 anos, no Estado de São Paulo. O EN foi avaliado segundo OPAS/SABE; a imagem corporal foi avaliada pela escala de quinze silhuetas de Kakeshita e para mensurar a QV foram utilizados WHOQoL-bref e WHOQoL-old. O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação das variáveis estudadas com o sexo. Para comparar a QV com estado nutricional e Imagem Corporal utilizou-se o teste Anova Fator único. O nível de significância adotado é de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** A maioria era do sexo feminino (69,2%), com média de idade de 82,75 ($\pm 2,98$) anos. Quando comparada a percepção de QV pelo EN, houve diferença significativa ($p = 0,027$) apenas na autoavaliação da QV dos idosos obesos. A QV relacionada à imagem corporal em ambos os sexos, apresentou diferença significativa ($p = 0,020$) no domínio ambiental do WHOQoL-bref, na avaliação da satisfação corporal. **Conclusão:** A distorção da imagem corporal por esses idosos não interferiu na sua percepção da QV. Por outro lado, quando observado o EN, os idosos acima do peso têm uma percepção de QV mais elevada.

Palavras-chave: Idoso de 80 anos ou mais. Imagem Corporal. Estado Nutricional. Qualidade de vida.

Abstract

Objective: To evaluate the body image and nutritional status (NS) of older adults aged 80 and over and its relation with quality of life (QoL). **Method:** A cross-sectional, quantitative study, with no intervention, using non-probabilistic sampling, was conducted from October 2016 to September 2017 with 103 older individuals aged ≥ 80 years old from the state of São Paulo. NS was evaluated according to OPAS/SABE; body image was evaluated by

Keywords: Aged 80 and Over. Body Image. Nutritional Status. Quality of Life.

¹ Universidade São Judas Tadeu, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Envelhecimento. São Paulo, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Tipo de subsídio: Programa de Suporte à Pós-Graduação De Instituições De Ensino Particulares (PROSUP). Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Maria Daniela Clementino
mdclementino@hotmail.com

Recebido: 05/09/2019
Aprovado: 10/03/2020

the Kakeshita fifteen silhouette scale, and the WHOQoL-bref and WHOQoL-old were used to measure QoL. The Chi-square test was used to verify the association between the studied variables and sex. To compare QoL with nutritional status and body image, the ANOVA Factor test was used. The level of significance was 5% ($p < 0.05$). *Results:* The majority of the interviewees were female (69.2%) and the average age was 82.75 (± 2.98). When comparing the perception of QoL with NS, there was a significant difference ($p = 0.027$) in the self-evaluation of QoL of obese older adults only. The QoL related to body image of both sexes presented a significant difference ($p = 0.020$) in the environmental domain of the WHOQoL-bref in the evaluation of body satisfaction. *Conclusion:* The body image distortion identified by these older adults did not interfere with their perception of QoL. However, when NS was considered, overweight older adults had a higher perception of QoL.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, sendo que entre os idosos, cresce de maneira acelerada aqueles com velhice avançada, a partir dos 80 anos ou mais¹, estes são considerados idosos longevos². Para esse público pode ser usado também termos como octogenários, nonagenários e centenários referindo-se à década de vida em que o idoso se encontra². Para a gerontologia o aumento da expectativa de vida trouxe novo desafio para o atendimento do idoso com idade acima dos 80 anos³.

O aumento do número de idosos vem acompanhado de maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁴⁻⁶. Essas são consideradas naturais do processo do envelhecimento e podem agravar ou propiciar o aparecimento de outras doenças⁴. As doenças que mais afetam os idosos são as cardiovasculares, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes e câncer⁶.

Outras alterações decorrentes do envelhecimento são as biopsicossociais como flacidez da pele e dos músculos, aumento do peso, perda do brilho e cor do cabelo que podem favorecer a presença da insatisfação da imagem corporal. Essa é a representação mental da identidade corporal do ser humano que envolve fatores psicológicos, sociais, culturais e biológicos relacionados as alterações provocadas pelo processo do envelhecimento⁷.

A perda de massa muscular e o sobrepeso são alterações no estado nutricional que refletem de maneira negativa na qualidade de vida (QV) dos idosos⁸. Essas mudanças físicas interferem na

representação do próprio corpo, podem ocasionar uma diferença na percepção da imagem desejada e a imagem real de maneira a trazer impacto sobre sua saúde e QV⁹.

Estudos específicos com idosos relacionados a percepção da imagem corporal têm sido realizados no Brasil^{1,7,10,11}, contudo a maior parte deles não são realizados exclusivamente com idosos de 80 anos ou mais. Esses estudos têm verificado relação positiva da QV com o avanço da idade e com a prática da atividade física¹ e relação negativa com excesso de peso⁷ e estado nutricional inadequado^{10,11}. Têm sido crescentes pesquisas que objetivam verificar como a QV impacta na promoção da saúde de idosos^{1,12}. Assim, é essencial a realização de estudos que avancem com o conhecimento nesta área de forma que contribuam para a geração de políticas públicas para atender o público que mais cresce em todo o mundo, a saber, os longevos. O objetivo deste estudo foi avaliar a imagem corporal, estado nutricional e sua relação com a qualidade de vida de idosos com 80 anos ou mais.

MÉTODO

Trata-se de estudo de delineamento transversal, quantitativo, sem intervenção, por amostragem não probabilística¹³. A coleta de dados foi realizada entre out/2016 e set/2017, com 103 idosos de 80 anos ou mais, de ambos os sexos, que vivem em diferentes contextos comunitários no Estado de São Paulo. Entre os municípios participantes estão: São Paulo (n=39), São José dos Campos, (n=29), Jundiaí (n=18) e São Caetano do Sul (n=17).

Os idosos foram selecionados por amostra de conveniência não probabilística em cinco instituições caracterizadas por realizarem atividades gratuitas nas áreas de educação, esportes, lazer e cultura, além de serviços de promoção da saúde e assistência para idosos.

Todos atenderam os critérios de inclusão: ambos os sexos, idade igual ou superior à 80 anos; capazes de responder os questionários e realizar os testes propostos sem ajuda de terceiros. Não foram definidos critérios de exclusão, uma vez que os idosos que participaram do estudo, atenderam ao convite que foi entregue em cada instituição de forma voluntária. Assim, quando o idoso não se dispôs participar de um teste foi considerado como ausente no banco de dados.

Os dados foram coletados por uma equipe de pesquisadores (educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos) treinados para as técnicas de coleta e avaliação. Um questionário foi utilizado para obter informações sobre as variáveis sociodemográficas e a presença de doenças. No processo de digitação, optou-se por uma validação via *dupla digitação*. Desta forma, todos os questionários da pesquisa foram digitados e redigitados. Caso houvesse discordância, o digitador responsável pelo instrumento fazia a correção utilizando como base o respectivo questionário.

Para aferir a massa corporal, utilizou-se uma balança digital portátil com carga máxima de 150kg, precisão de 0,1kg da marca *Plenna*[®]. A mensuração da estatura foi realizada com o estadiômetro portátil da marca *Welmy*[®], com escala 0,5cm, sendo a estatura máxima de 2m. A circunferência abdominal (CA) e circunferência da panturrilha (CP) foram aferidas com fita inelástica com precisão de 1mm.

O estado nutricional foi classificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e analisado de acordo com os pontos de corte recomendados pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS/SABE)¹⁴, sendo os idosos classificados como baixo peso (<23,0 kg/m²), eutrofia (23,0 - 28,0 kg/m²), sobrepeso (28,0 - 30,0 kg/m²) e obesidade (>30,0 kg/m²).

A Circunferência Abdominal (CA) foi classificada como normal para homens (<94 cm) e mulheres (<80 cm); risco aumentado para homens (94 – 102 cm) e mulheres (80 – 88 cm); risco muito aumentado para homens (>102 cm) e mulheres (>88 cm)¹⁵. Para a Circunferência da Panturrilha (CP) foram realizadas três medidas e obteve a média para a classificação, sendo considerado adequado a CP>31cm¹⁶.

Foi utilizada a escala de quinze silhuetas de Kakeshita¹⁷ para a avaliação da imagem corporal. Essa escala é composta por 15 cartões para adultos, na versão feminina e masculina, com a figura de ambos os sexos apresentada de acordo com a variação do IMC. Durante a aplicação do teste, as imagens foram colocadas aleatoriamente sobre uma mesa, na qual o idoso escolhia a silhueta que considerava a mais semelhante com a atual (SA) e também aquela que acreditava ser a ideal (SI), a silhueta real (SR) foi estabelecida conforme o resultado do IMC.

Para a avaliação da percepção corporal, foi considerada adequada quando a SR=SA, superestimada quando SR<SA e subestimada quando SR>SA; já na satisfação corporal, o idoso foi considerado satisfeito quando SA=SI, insatisfeito por magreza quando SA<SI e insatisfeito por excesso de peso quando SA>SI.

Para a avaliação subjetiva da qualidade de vida, foram utilizados os instrumentos desenvolvidos pelo Grupo Qualidade de Vida, denominado de World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) traduzidos para a população brasileira por Fleck¹⁸ e Fleck, Chachamovich, Trentini¹⁹, na versão abreviada (WHOQoL-bref) e na específica para idosos (WHOQoL-old). A pontuação final, em ambos os instrumentos com escores próximos de 100 (pontuação máxima) representam uma alta QV e distantes de 100 uma baixa QV.

Os dados foram apresentados com estatística descritiva (média e desvio-padrão), mediana, intervalo interquartil, frequência absoluta e relativa. Para a identificação das associações entre as variáveis estudadas com o sexo, foram utilizados os teste Qui-quadrado e o teste Exato de Fisher.

Para comparar a QV com estado nutricional e imagem corporal utilizou-se a teste Anova Fator único, seguido pelo teste de Tukey. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as variáveis avaliadas.

O presente estudo é oriundo do projeto multicêntrico intitulado *Padrões de envelhecimento físico, cognitivo e psicossocial em idosos longevos que vivem em diferentes contextos*, do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD) proposto pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em parceria com a Universidade Católica de Brasília (UCB) e Universidade de Passo Fundo (UPF). Foi firmada uma parceria entre as três universidades e a Universidade São Judas Tadeu (USJT), sendo que cada instituição tem a prerrogativa de propor objetivos que atendam o perfil do programa no qual o projeto está incluso. Assim, este projeto foi aprovado pelo parecer nº 3327599.

Os idosos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado segundo resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012).

RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 103 idosos, com idade média de 82,75 ($\pm 2,98$) sendo a idade mínima de 80 anos e máxima de 94 anos. A maioria era do sexo feminino (69,2%), a maior parte dos idosos relataram ser de etnia branca (82,7%), viúvos (58,7%), com ensino fundamental completo (51,9%), vivem acompanhados (66,3%), recebem entre 1 e 2 salários mínimos (51,9%).

Ao verificar as morbidades, todos os idosos relataram possuir pelo menos uma doença, sendo as mais frequente Hipertensão Arterial (82,2%), seguida de Artrose (26,7%), Diabetes *Mellitus* (23,3%), Hipercolesterolemia (20,0%) e Artrite (13,3%).

Na Tabela 1 verifica-se que quando comparado o estado nutricional e imagem corporal por sexo,

apenas a variável CA apresentou associação significativa ($p < 0,001$), sendo que 81,7% das mulheres apresentaram risco muito aumentado para as doenças cardiovasculares.

Quando comparada a percepção de QV (em seus diferentes domínios e facetas) com o estado nutricional, houve diferença significativa ($p = 0,027$) apenas na autoavaliação da QV. Os idosos obesos apresentaram percepção de QV significativamente maior comparados aos com sobrepeso (Tabela 2).

Ao observar pelo sexo, nas mulheres a percepção de QV na faceta autonomia é significativamente ($p < 0,001$) maior naquelas com sobrepeso quando comparadas as obesas e eutróficas. A faceta intimidade a percepção de QV é significativamente ($p = 0,045$) maior nas idosas com sobrepeso quando comparado com as eutróficas (Tabela 3). Nos homens, não foi encontrada diferença significativa, nos domínios e facetas avaliados.

A QV relacionada à imagem corporal (percepção e satisfação corporal) avaliada em ambos os sexos, apresentou diferença significativa ($p = 0,020$) no domínio ambiental do WHOQoL-bref, na avaliação da satisfação corporal (Tabela 4). Pelo teste de Tukey a percepção de QV no domínio ambiental é significativamente mais elevada nos idosos que estão satisfeitos com o seu corpo quando comparados aos que estão insatisfeitos por magreza.

Quando comparado os domínios e facetas da QV pela percepção corporal por sexo, observa-se que os homens com percepção corporal superestimada e subestimada tiveram percepção de QV em relação à satisfação com a saúde, significativamente ($p = 0,006$) mais elevada comparado aos homens que se veem adequadamente. As idosas com percepção corporal subestimada tem percepção de QV nas facetas funcionamento dos sentidos ($p = 0,042$) e autonomia ($p = 0,039$) significativamente mais elevada comparadas as que têm percepção corporal superestimada (Tabela 5). Ao analisar a satisfação corporal, não foi encontrada diferença significativa em ambos os sexos.

Tabela 1. Distribuição dos idosos (N=103), segundo medidas antropométricas e imagem corporal. São Paulo, 2016-2017.

Variáveis	Homens	Mulheres	Total	Qui-quadrado	p*
	n (%)	n (%)	n (%)		
Estado Nutricional					
Baixo peso	05 (15,6)	10 (14,3)	15 (14,7)	0,899	0,826
Eutrofia	19 (59,4)	37 (52,9)	56 (54,9)		
Sobrepeso	04 (12,5)	09 (12,9)	13 (12,7)		
Obesidade	04 (12,5)	14 (20,0)	18 (17,6)		
Total	32 (100,0)	70 (100,0)	102 (100,0)		
Circunferência Abdominal					
Normal	14 (43,8)	2 (2,8)	16 (15,5)	37,542	<0,001
Risco aumentado	10 (31,3)	11 (15,5)	21 (20,4)		
Risco muito aumentado	08 (25,0)	58 (81,7)	66 (64,1)		
Total	32 (100,0)	71 (100,0)	103 (100,0)		
Circunferência da Panturrilha					
Inadequada	02 (6,3)	06 (8,6)	08 (7,8)	0,164	0,686
Adequada	30 (93,8)	64 (91,4)	94 (92,2)		
Total	32 (100,0)	70 (100,0)	102 (100,0)		
Percepção Corporal					
Adequada	07 (22,6)	13 (18,6)	20 (19,8)	2,626	0,269
Superestimação	12 (38,7)	39 (55,7)	51 (50,5)		
Subestimação	12 (38,7)	18 (25,7)	30 (29,7)		
Total	31 (100,0)	70 (100,0)	101 (100,0)		
Satisfação Corporal					
Adequada	15 (48,4)	31 (44,3)	46 (45,5)	0,533	0,766
Insatisfeito por magreza	05 (16,1)	09 (12,9)	14 (13,9)		
Insatisfeito por excesso	11 (35,5)	30 (42,9)	41 (40,6)		
Total	31 (100,0)	70 (100,0)	101 (100,0)		

*nível de significância (p<0,05).

Tabela 2. Distribuição de idosos (N=103), segundo estado nutricional e qualidade de vida. São Paulo, 2016-2017.

Qualidade de Vida	Baixo Peso (n=13)		Eutrofia (n=52)		Sobrepeso (n=12)		Obesidade (n=16)		F	p	η^2 parcial
	QV média \pm dp	dp	QV média \pm dp	dp	QV média \pm dp	dp	QV média \pm dp	dp			
WHOQoL-bref											
Físico	67,30 \pm 16,55		70,19 \pm 15,48		69,35 \pm 14,48		69,42 \pm 16,65		0,12	0,949	0,4
Psicológico	73,40 \pm 14,08		72,76 \pm 10,35		65,97 \pm 13,74		74,45 \pm 12,35		1,42	0,244	4,6
Relação social	69,23 \pm 20,52		69,39 \pm 14,27		70,14 \pm 13,97		78,13 \pm 13,90		1,44	0,236	4,6
Ambiental	71,40 \pm 15,35		70,19 \pm 12,70		68,75 \pm 13,06		72,27 \pm 12,28		0,20	0,897	0,7
Autoavaliação da qualidade de vida	75,00 \pm 14,43 ^{ab}		78,84 \pm 15,95 ^{ab}		72,92 \pm 16,71 ^a		89,06 \pm 12,81 ^b		3,20	0,027	9,7
Autoavaliação da satisfação com a saúde	75,00 \pm 17,68		72,59 \pm 25,85		70,83 \pm 14,43		89,06 \pm 12,81		0,07	0,976	0,2
WHOQoL-old											
Qualidade de Vida											
	Baixo Peso (n=12)		Eutrofia (n=50)		Sobrepeso (n=12)		Obesidade (n=13)		F	p	η^2 parcial
	QV média \pm dp	dp	QV média \pm dp	dp	QV média \pm dp	dp	QV média \pm dp	dp			
Funcionamento dos sentidos	71,35 \pm 21,73		70,63 \pm 22,53		79,17 \pm 19,46		79,81 \pm 22,12		0,94	0,424	3,3
Autonomia	70,83 \pm 17,94		63,38 \pm 16,89		76,04 \pm 18,43		62,98 \pm 17,76		2,16	0,099	7,2
Atividades passadas, presentes e futuras	78,13 \pm 13,98		73,13 \pm 17,78		76,56 \pm 18,49		77,40 \pm 12,64		0,47	0,703	1,7
Participação social	76,04 \pm 16,82		70,63 \pm 15,68		78,65 \pm 18,36		76,44 \pm 11,74		1,24	0,301	4,3
Morte e morrer	76,56 \pm 21,00		68,12 \pm 27,53		63,54 \pm 26,36		66,35 \pm 28,24		0,53	0,661	1,9
Intimidade	76,56 \pm 17,09		72,00 \pm 18,39		76,56 \pm 25,86		79,33 \pm 16,41		0,65	0,584	2,3

^{ab}Na autoavaliação da qualidade de vida comparado pelo estado nutricional, médias seguidas de mesma letra^{ab} não diferem entre si e médias seguidas de letras distintas^{ab} diferem entre si pelo teste de Tukey; QV: qualidade de vida; dp: desvio padrão; F: força; p: nível de significância ($p < 0,05$); η^2 parcial: η^2 parcial; n: n parcial quadrado.

Tabela 3. Distribuição de idosos (n=61) segundo estado nutricional e qualidade de vida, classificado por sexo. São Paulo, 2016-2017.

Sexo	Qualidade de Vida	Baixo Peso (n=8)		Eutrofia (n=33)		Sobrepeso (n=8)		Obesidade (n=12)		F	p	η ² parcial
		QV média ± dp	QV média ± dp	QV média ± dp	QV média ± dp	QV média ± dp	QV média ± dp					
Mulheres	WHOQoL-bref											
	Físico	71,42 ± 17,70	71,64 ± 15,46	71,42 ± 16,31	69,94 ± 18,50	0,03	0,992	0,2				
	Psicológico	76,56 ± 12,28	73,59 ± 9,42	65,10 ± 14,93	73,95 ± 14,00	1,55	0,213	7,5				
	Relação social	81,25 ± 16,51	71,46 ± 13,50	70,83 ± 14,88	80,55 ± 14,46	2,00	0,124	9,5				
	Ambiental	75,49 ± 14,41	73,10 ± 11,31	69,53 ± 14,44	72,65 ± 14,23	0,29	0,831	1,5				
	Autoavaliação da qualidade de vida	78,12 ± 16,02	75,00 ± 18,90	75,00 ± 18,99	89,68 ± 12,98	2,12	0,108	10,0				
	Autoavaliação da satisfação com a saúde	75,00 ± 18,90	71,21 ± 25,10	68,75 ± 11,57	66,77 ± 28,97	0,22	0,882	1,1				
	WHOQoL-old											
	Funcionamento dos sentidos	78,57 ± 14,81	68,03 ± 21,90	87,50 ± 12,04	77,09 ± 24,80	2,26	0,092	11,0				
	Autonomia	73,21 ± 16,42 ^{ab}	65,18 ± 15,91 ^b	85,15 ± 12,01 ^a	55,66 ± 14,13 ^b	5,99	<0,001	24,6				
	Atividades passadas, presentes e futuras	82,14 ± 11,09	72,85 ± 18,97	82,81 ± 17,91	78,47 ± 12,92	1,16	0,335	5,9				
	Participação social	73,21 ± 21,97	69,64 ± 16,05	86,71 ± 14,34	74,30 ± 11,02	2,50	0,069	12,0				
Morte e morrer	79,56 ± 12,35	69,38 ± 26,13	64,84 ± 27,73	58,33 ± 24,40	1,01	0,394	5,2					
Intimidade	81,25 ± 11,97 ^{ab}	73,92 ± 16,00 ^b	90,62 ± 13,88 ^a	81,94 ± 16,95 ^{ab}	2,87	0,045	13,5					

^{ab}Nas facetas autonomia e intimidade comparadas com o estado nutricional, médias seguidas de mesma letra^{ab} não diferem entre si e médias seguidas de letras distintas^{ab} diferem entre si pelo teste de Tukey; QV: qualidade de vida; dp: desvio padrão; F: força; p: nível de significância (p<0,05); η² parcial: η² parcial: n parcial: n parcial quadrado.

Continuação da Tabela 4

Qualidade de Vida	Satisfação corporal				F	p	η^2 parcial
	Satisfeito (n=42) QV média \pm dp	Insatisfeito por Magreza (n=13) QV média \pm dp	Insatisfeito por Excesso (n=37) QV média \pm dp				
WHOQoL-bref							
Físico	71,47 \pm 16,24	61,26 \pm 16,74	70,66 \pm 13,50	2,33	0,103	5,0	
Psicológico	74,31 \pm 12,17	66,67 \pm 13,07	71,40 \pm 11,20	2,13	0,124	4,6	
Relação social	73,61 \pm 14,94	69,23 \pm 17,14	69,37 \pm 14,44	0,92	0,402	2,0	
Ambiental	74,11 \pm 13,63 ^a	63,46 \pm 13,98 ^b	68,92 \pm 10,60 ^{ab}	4,07	0,020	8,4	
Autoavaliação da qualidade de vida	82,74 \pm 15,11	75,00 \pm 17,68	77,03 \pm 16,01	1,84	0,163	4,0	
Autoavaliação da satisfação com a saúde	72,62 \pm 23,95	67,31 \pm 25,79	73,65 \pm 24,26	0,33	0,717	0,8	
Satisfação corporal							
Qualidade de Vida	Satisfeito (n=40) QV média \pm dp	Insatisfeito por Magreza (n=12) QV média \pm dp	Insatisfeito por Excesso (n=34) QV média \pm dp	F	p	η^2 parcial	
WHOQoL-old							
Funcionamento dos sentidos	73,59 \pm 22,71	71,35 \pm 23,30	73,71 \pm 22,02	0,05	0,948	0,1	
Autonomia	65,78 \pm 19,46	71,86 \pm 16,96	63,42 \pm 17,07	0,96	0,389	2,3	
Aktividades passadas, presentes e futuras	76,86 \pm 15,26	78,13 \pm 13,19	70,96 \pm 19,02	1,46	0,238	3,4	
Participação social	73,59 \pm 16,17	76,04 \pm 17,24	71,14 \pm 15,77	0,47	0,630	1,1	
Morte e morrer	69,84 \pm 27,07	78,65 \pm 23,90	62,32 \pm 25,63	1,90	0,156	4,4	
Intimidade	77,19 \pm 17,48	69,30 \pm 20,78	69,30 \pm 20,78	2,03	0,138	4,7	

^{ab}No domínio ambiental comparado pela satisfação corporal, médias seguidas de mesma letra^{ab} não diferem entre si e médias seguidas de letras distintas^{ab} diferem entre si pelo teste de Tukey; QV: qualidade de vida; dp: desvio padrão; F: força; p: nível de significância ($p < 0,05$); η^2 parcial: n parcial quadrado.

Tabela 5. Distribuição de idosos (N=103), segundo imagem corporal e qualidade de vida, classificado por sexo. São Paulo, 2016-2017.

Sexo	Qualidade de Vida	Percepção corporal			F	p	η ² parcial
		Adequada (n=16) QV média ± dp	Superestimação (n=12) QV média ± dp	Subestimação (n=12) QV média ± dp			
WHOOl.-bref							
	Físico	65,81 ± 15,13	64,58 ± 13,40	68,75 ± 15,54	0,25	0,779	1,8
	Psicológico	63,69 ± 10,95	72,92 ± 11,02	73,96 ± 13,19	1,84	0,178	11,6
	Relação social	64,28 ± 17,16	64,58 ± 10,13	65,97 ± 16,84	0,04	0,961	0,3
	Ambiental	61,61 ± 16,11	67,45 ± 10,53	67,71 ± 13,41	0,57	0,572	3,9
	Autoavaliação da qualidade de vida	67,86 ± 18,90	79,17 ± 20,87	79,17 ± 14,43	1,05	0,363	7,0
	Autoavaliação da satisfação com a saúde	53,57 ± 30,37 ^a	83,33 ± 16,28 ^b	85,41 ± 16,71 ^b	6,28	0,006	40,0
Homens							
Qualidade de Vida	Percepção corporal			F	p	η ² parcial	
	Adequada (n=07) QV média ± dp	Superestimação (n=10) QV média ± dp	Subestimação (n=10) QV média ± dp				
WHOOl.-old							
	Funcionamento dos sentidos	66,96 ± 28,56	80,63 ± 16,52	72,50 ± 26,39	0,71	0,501	5,6
	Autonomia	54,46 ± 21,56	71,88 ± 16,20	61,25 ± 18,82	1,90	0,171	13,7
	Atividades passadas, presentes e futuras	67,85 ± 17,09	70,00 ± 14,37	78,75 ± 13,57	1,37	0,272	10,3
	Participação social	72,32 ± 11,33	73,13 ± 11,04	75,00 ± 19,76	0,07	0,929	0,6
	Morte e morrer	82,14 ± 26,13	70,63 ± 29,02	59,38 ± 33,24	1,20	0,319	9,1
	Intimidade	65,18 ± 26,13	74,38 ± 14,86	60,00 ± 28,75	1,08	0,355	8,3

continua

DISCUSSÃO

Este estudo discute temas relevantes no cenário relacionado ao estado nutricional, imagem corporal e qualidade de vida de idosos com 80 anos ou mais. Em relação a percepção de QV com o estado nutricional, os idosos obesos apresentaram melhor autoavaliação da QV. Esta relaciona-se à percepção e satisfação corporal, foi mais elevada no domínio ambiental e na avaliação da satisfação corporal (WHOQoL-bref) pelos idosos que estão satisfeitos com seu corpo em ambos sexos.

Nas doenças autorreferidas, houve predomínio da hipertensão arterial seguida de artrose. No estudo longitudinal denominado *EpiFloripa* realizado com idosos da zona urbana de Florianópolis (SP), as doenças também foram investigadas de maneira autorreferida. Em sua linha de base (2009/2010) 58,1% dos idosos referiram ser hipertensos e no seguimento do estudo realizado em 2013/2014 o percentual de hipertensos aumentou para 65,1%, porém os dados não apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p=0,059$)²⁰. Araújo et al.²¹ ressaltam que a alta incidência de doenças crônicas, associada ao aumento da idade cronológica e diminuição da capacidade funcional, podem contribuir para a redução da capacidade das pessoas idosas desempenharem atividades de maneira independente.

Na avaliação do estado nutricional, os idosos estudados apresentaram em sua maioria eutrofia, resultado semelhante foi observado no estudo de Sass e Marcon²² em que 37,5% dos idosos estavam eutróficos, seguidos de 31,7% obesos. No grupo de 80 anos ou mais, os idosos estavam eutróficos com média do IMC entre os homens de $25,13 \pm 3,50$ e nas mulheres $26,02 \pm 5,40$.

Uma pesquisa realizada no Brasil com uma amostra de base populacional apresentou dados semelhantes aos encontrados neste estudo, sendo 43,8% dos idosos brasileiros longevos (80 anos ou mais) estão eutróficos, porém, os autores destacam que essa faixa etária foi a que apresentou maior percentual (26,3%) de idosos com baixo peso, segundo a classificação proposta pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), 2011²³.

Um estudo realizado com idosas, acima de 80 anos, frequentadoras de um programa de atividade física da Universidade de São Francisco na cidade de Petrolina (PE), a média de IMC foi de $24,98 \pm 0,79$. Os autores avaliaram o IMC por dois critérios, WHO (2000) e NSI (1994). De acordo com ambos, o valor médio do IMC classificou as idosas como eutróficas. Quando avaliado o IMC separadamente, houve uma diferença na avaliação segundo a WHO, 66,7% das idosas apresentaram baixo peso e 33,3% eutrofia⁸.

A maior parte dos pontos de corte para IMC disponíveis na literatura científica, são para norte-americanos e europeus. Os critérios da Organização Mundial da Saúde são amplamente utilizados em estudos nacionais e internacionais, mesmo sendo estabelecido para diagnóstico de IMC em adultos. A classificação proposta pelo NSI considera as alterações corporais em indivíduos idosos, sendo indicado para a utilização de estudos com esse público. A Organização-Pan Americana também apresenta pontos de corte para idosos, porém, considerando as características da população latino-americana²⁰.

Assim, diante de diferentes critérios para a classificação do IMC, é importante optar por um ponto de corte que se aproxime mais das características da população a ser estudada, de maneira que os resultados encontrados sejam mais fidedignos, ressaltando que sua utilização dever ser feita com cautela, uma vez que quando isolado ele não é parâmetro para avaliação da composição corporal

A gordura visceral abdominal avaliada pela CA mostrou nos idosos estudados risco muito aumentado para doenças cardiovasculares. Resultado semelhante foi encontrado por Nascimento et al.⁸, sendo que as idosas octogenárias apresentaram o valor médio de $89,0 \pm 9,84$ com risco para complicações metabólicas; no estudo Fan et al.²⁴ os valores médios de CA foram 88,83 cm nos homens e 87,96 cm nas mulheres. De acordo com o Padrão de Saúde da Ásia, somente as mulheres apresentaram obesidade abdominal com CA acima de 85 cm. A avaliação da adiposidade deveria ser mais efetiva, uma vez que sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e a própria obesidade abdominal aumentam o risco de morbimortalidades^{8,24}. A CA reflete a gordura

visceral e tem se mostrado fortemente associada com doenças cardiovasculares e mortalidade comparada ao IMC^{24,25}.

Os idosos com satisfação corporal apresentaram percepção de QV positiva no domínio ambiental, o que sugere que os longevos estão satisfeitos com seu corpo se preocupam com cuidados relacionados à saúde, recursos financeiros, informações, ambiente do lar, ambiente físico, transporte, recreação e segurança física.

Os idosos com percepção corporal superestimada ou subestimada tem uma percepção de QV mais elevada na autoavaliação da satisfação com a saúde. As idosas com percepção corporal subestimada apresentam QV positiva nas facetas funcionamento dos sentidos e autonomia. Este achado sugere que para essas idosas ter uma menor percepção do corpo favorece melhor desempenho em atividades que envolvem habilidades sensoriais, além de maior independência para tomar suas próprias decisões. Ter um reconhecimento do seu corpo pode refletir positivamente nas aceitações inerentes do processo de envelhecimento⁷ e contribuir para sua tomada de decisões. Já a independência (cuidado de si) e autonomia (agir e tomar decisões), são percebidas por idosos como componentes importantes para o envelhecimento saudável²⁶.

Observou-se que os idosos com distorção da imagem corporal, sub ou superestimada, apresentaram percepção de QV mais positiva em relação àqueles com percepção corporal adequada, o que sugere que a sua QV não depende de sua percepção corporal, diferentemente do que tem sido mostrado na literatura. Para Martins et al.¹¹ tal fato pode estar relacionado com as diferentes culturas e vivências históricas regionais em que esse indivíduo conflita com a insatisfação da imagem corporal. Menezes et al⁷ discutem que a percepção satisfatória da imagem corporal pode ser influenciada por aspectos como aceitação/adaptação com a idade, condições satisfatória com a vida, condições financeiras favoráveis, bom relacionamento com os filhos, contato social, aceitação das mudanças do processo de envelhecimento entre outros fatores que podem intervir positivamente no estado de saúde dos indivíduos.

Na literatura são poucos os estudos que avaliam a imagem corporal em idosos longevos. Tal fato pode ocorrer devido à preocupação com a imagem corporal estar presente em idosos mais novos, que ainda tem muito presente a busca pelo corpo perfeito, rejuvenescido sem marcas do processo de envelhecimento²⁴. Para Menezes et al.⁷, essa não aceitação do envelhecimento é preocupante, porque pode desencadear atitudes compensatórias que coloquem em risco a saúde dos idosos.

Um estudo com idosos de Campina Grande (PB), verificou a percepção da imagem corporal de acordo com a escala de Stunkard et al., no grupo de 80 anos ou mais (n=164), 67,7% se consideravam satisfeitos com a percepção da imagem corporal. Observou-se que 41,1% das idosas e 15,8% dos idosos apresentaram maior prevalência de insatisfação com a percepção da imagem corporal. Contudo, os autores observaram que os idosos octogenários apresentaram maior satisfação com a imagem corporal que os idosos mais novos. Esse dado pode ser explicado pelo fato dos indivíduos longevos estarem mais preocupados com a saúde e funcionalidade do organismo do que com a estética⁷.

As pesquisas de imagem corporal têm se concentrado em mulheres mais jovens porque se presumia que as mais velhas eram imunes à insatisfação corporal. No entanto, trabalhos apresentados na revisão de Cameron et al., indicam que as idosas experimentam níveis diferentes de insatisfação com o corpo. A preocupação com o corpo pelas mais velhas envolve insatisfação com os cabelos grisalhos, rugas, perda de tônus muscular e ganho de peso²⁷.

Os idosos obesos apresentaram QV positiva na autoavaliação da QV. Apenas nas idosas com sobrepeso foi encontrada diferença significativa na percepção de QV nas facetas autonomia e intimidade, sendo esta mais elevada ao compará-la com as outras classificações do estado nutricional. Infere-se que essas idosas não se absterem do convívio social por conta do seu peso e muito menos deixa este interferir nas suas tomadas de decisões. Durante o processo de coleta de dados, observou-se que para as idosas, existe a crença de que estar acima do peso é entendido como saudável, uma vez que a magreza é associada a doenças.

Resultado diferente deste estudo foi encontrado por Miranda, Soares e Silva¹, sendo que, 55,9% dos idosos acima do peso consideraram sua QV e satisfação com a saúde ruim. Porém, quando observada à faixa etária (70-79 anos e ≥ 80 anos), as idades avançadas estavam associadas a melhor percepção da QV. Esse resultado reafirma os achados na literatura que idosos mais velhos se conformam mais com a velhice quando comparado aos idosos jovens que ainda negam o processo de envelhecimento.

Entre as limitações deste estudo destaca-se a amostragem por conveniência que contemplou idosos interessados em participar do estudo e que, portanto, encontravam-se de alguma maneira ativos em meio a sua comunidade, não incluindo idosos frágeis e a escassez de literatura específica, nacional e internacional com idosos acima de 80 anos que dificultaram análises comparativas. Adicionalmente por se tratar um estudo transversal, não foi possível estabelecer relação de causa e efeito entre os fatores associados com a QV dos idosos.

CONCLUSÃO

O crescimento exponencial de idosos longevos que ocorre atualmente no Brasil e no mundo desafia

diferentes seguimentos da sociedade à produção de conhecimento que resulte na compreensão de fatores que afetam diretamente a qualidade de vida (QV) desse grupo etário. Assim, a identificação desses fatores é essencial para promover intervenções direcionadas ao atendimento das demandas dessa população.

Este estudo mostrou que a distorção da imagem corporal dos idosos não interferiu na percepção da QV. Por outro lado, quando avaliado o estado nutricional, os idosos acima do peso apresentaram percepção de QV mais elevada, o que sugere que idosos com 80 anos ou mais estão melhor adaptados as modificações que ocorrem no corpo no processo de envelhecimento.

É importante realizar estudos longitudinais a fim de identificar fatores que ao longo do processo de envelhecimento afetem diretamente a QV proporcionando desta forma condições para adoção de medidas de prevenção e promoção de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à equipe de pesquisadores e aos idosos participantes da pesquisa.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Miranda LCV, Soares SM, Silva PAB. Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3533-44.
2. Nogueira SL. Capacidade funcional, nível de atividade física e condições de saúde de idosos longevos: um estudo epidemiológico [dissertação]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2008.
3. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. *Rev Gaúch Enferm*. 2012;33(2):176-85.
4. Mourão LF, Xavier DAN, Neri AL, Luchesi KF. Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. *Audiol Commun Res*. 2016;21(1657):3-8.
5. Trindade ACAC, Araujo MYC, Rocha APRM, Codogno JS. Level of physical activity and the occurrence of chronic diseases in patients of the public healthcare system in Presidente Prudente-SP. *J Phys Educ*. 2016;27(2724):3-8.
6. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Mascarello A, Dellani MP. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(5):634-42.
7. Menezes TN, Brito KQD, Oliveira ECT, Pedraza DF. Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(8):3451-60.

8. Nascimento MM, Pereira LGD, Cordeiro PRN, Araújo LMG de. Comparison and agreement of criteria for the BMI classification of physically active elderly women living in the Backlands, semi-arid Region. *J Hum Growth Dev.* 2017;27(3):342-49.
9. Skopinski F, Resende TL, Schneider RH. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(1):95-05.
10. Caluête MEE, Nóbrega AJS, Gouveia RA, Galvão FRO, Vaz LMM. Influência do estado nutricional na percepção da imagem corporal e autoestima de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(2):319-26.
11. Martins RB, Farias RR, Stahnke DS, El Kik RM, Schwanke CHA, Resende TL. Body image satisfaction, nutritional status, anthropometric indicators and quality of life among the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(6):667-79.
12. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Minamisava R, Souza BN, Nunes NP. Participation in group as a resource for health promotion and quality of life among older people. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(2):e17868 [10p.].
13. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Rev Odontol. Univ. Cid. São Paulo.* 2008;20(2):186-94.
14. Organização Pan Americana de Saúde. Salud bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe, 2001 [Internet]. Washington: OMS; 2001 [acesso em 21 abr. 2019]. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/paho-salud-01.pdf>
15. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Tech Rep Ser.* 2003;916:1-149.
16. World Health Organization. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. *Tech Rep Ser.* 1995;854:1-463.
17. Kakeshita IS. Adaptação e validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
18. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet.* 2000;40(5):33-8.
19. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(5):785-91.
20. Confortin SC, Schineider IJC, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, Marques LP. Life and health conditions among elderly: results of the EpiFloripa Idoso cohort study. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26(2):305-17.
21. Araújo GK, Souto RQ, Alves FA, Sousa RC, Ceballos AG, Santos RC, et al. Functional capability and associated factors in the elderly living in the Community. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(3):312-18.
22. Sass A, Marcon SS. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(2):361-72.
23. Pereira IFS, Spyrides MHC, Andrade LMB. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(5):1-12.
24. Fan H, Li X, Zheng L, Chen X, Ian Q, Wu H, et al. Abdominal obesity is strongly associated with Cardiovascular Disease and its Risk Factors in Elderly and very Elderly Community-dwelling Chinese. *Sci Rep.* 2016;6:1-9.
25. Silveira EA, Vieira LL, Souza JD. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(3):903-12.
26. Tavares RE, Jesus MCP, Machado DR, Braga VAS, Tocantis FR, Merighi MAB. Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(6):878-89.
27. Cameron E, Ward P, Mandville-Anstey SA, Coombs A. The female aging body: A systematic review of female perspectives on aging, health, and body image. *J Women Aging.* 2018;1-13.