

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

RÚBIA GARCIA DEON

**QUALIDADE DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL
E CAPACIDADE PARA A TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS
DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Porto Alegre
2015

RÚBIA GARCIA DEON

**QUALIDADE DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL
E CAPACIDADE PARA A TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS
DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Porto Alegre
2015

CIP - Catalogação na Publicação

Deon, Rúbia Garcia

Qualidade de Vida, Estado Nutricional e Capacidade para a Tomada de Decisão em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados de Santa Cruz do Sul/Rs / Rúbia Garcia Deon. -- 2015.

113 f.

Orientador: José Roberto Goldim.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de PósGraduação em Gerontologia Biomédica, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Autonomia. 2. Idosos. 3. Institucionalização. 4. Nutrição. 5. Qualidade de Vida. I. Goldim, José Roberto, orient. II. Título.

RÚBIA GARCIA DEON

**QUALIDADE DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL
E CAPACIDADE PARA A TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS
DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Márcia Mocellin Raymundo – UFRGS

Profª. Dra. Alessandra Campani Pizzatto – PUCRS

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider – IGG, PUCRS

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder persistência, determinação e coragem para concluir o doutorado, pela força interior para superar as dificuldades e por me mostrar o caminho nas horas incertas;

A minha família, em especial aos meus pais, Alberto e Maria de Lourdes, por sempre me estimularem a estudar, por todas as palavras e gestos de apoio, pela fé e amor incondicionais;

Ao Thiago Rebelatto, por ter sido o primeiro incentivador para o início desta caminhada, por ser meu alicerce emocional, pela compreensão e amor, por se importar e estar sempre presente;

Ao meu orientador, Dr. José Roberto Goldim, por acreditar em mim e no meu trabalho, pelas palavras que tantas vezes me tranquilizaram, por tanto conhecimento compartilhado, pela disponibilidade e por me auxiliar em cada passo dessa caminhada;

Aos locais de coleta de dados, pela colaboração e aos idosos que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade e, principalmente, por despertarem em mim a admiração e o amor pelo envelhecimento;

Aos integrantes da banca de qualificação do projeto e da banca examinadora do trabalho, pela solicitude, leitura crítica, sugestões, questionamentos e contribuições significativas para esta Tese;

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), pelo acolhimento, companheirismo e encorajamento constantes;

À todos os amigos que acompanharam a minha caminhada e torceram por mim, pelo apoio, pelas amizades e palavras de carinho e por compreenderem a minha ausência em alguns momentos;

À Geni Maria Rebelatto, pelo acolhimento, solidariedade, apoio, incentivo e colaboração em muitos momentos ao longo desse período e, principalmente, por me receber em sua casa, sempre com tanto carinho;

À CAPES, pelo suporte financeiro, que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento populacional está crescendo no Brasil e um dos fatores importantes neste contexto é a institucionalização, que pode reduzir a qualidade de vida, dificultar a manutenção do peso saudável e afetar a capacidade para a tomada de decisão dos idosos. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida, o estado nutricional e a capacidade para a tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados de Santa Cruz do Sul/RS. **Método:** Estudo transversal, descritivo e analítico. Os critérios de inclusão foram ter mais de 60 anos e residir em Santa Cruz do Sul/RS. Os critérios de exclusão foram estar hospitalizado no momento da realização da pesquisa ou não ter condições de compreender ou de expressar suas opções às questões incluídas nos instrumentos utilizados. A coleta de dados ocorreu nas Instituições de Longa Permanência para Idosos e nas Estratégias de Saúde da Família, com critérios de pareamento por idade, sexo, escolaridade e por estar ou não acamado. Os instrumentos utilizados foram a Mini Avaliação Nutricional, o Índice de Massa Corporal, o Desenvolvimento Psicológico-Moral, o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD. Para análise estatística foram utilizados os programas Excel e SPSS 18.0. As associações entre as variáveis foram realizadas pelos testes qui-quadrado, correlação linear e ANOVA, com significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, com CAAE número 11986413.5.0000.5336 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Foram avaliados 552 idosos, sendo 276 institucionalizados e 276 não institucionalizados, com média de idade de $76,83 \pm 7,36$ anos. A maioria eram mulheres (55,4%), com ensino fundamental (49,7%) e não acamados (98,5%). Na avaliação da qualidade de vida, a média do WHOQOL-BREF foi $13,59 \pm 2,92$, a do WHOQOL-OLD foi $46,09 \pm 4,71$ e as associações com a institucionalização foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Na avaliação do estado nutricional pela Mini Avaliação Nutricional a maioria (61,6%) eram eutróficos, pelo Índice de Massa Corporal (49,1%) tinham excesso de peso e as associações com a institucionalização foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$). O Desenvolvimento Psicológico-Moral mostrou que todos os participantes tinham a capacidade para a tomada de decisão e a associação com a institucionalização foi estatisticamente significativa ($p = 0,0001$). **Conclusões:** O levantamento dos resultados desta pesquisa mostram dados relevantes e podem direcionar para a realização de intervenções precoces e contribuir na capacitação de profissionais para as reais necessidades desta população.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de vida. Estado nutricional. Desenvolvimento Psicológico-Moral. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The population aging process is growing in Brazil, and one of the important factors in this context is the institutionalization, which can reduce life quality, make it difficult to maintain a healthy weight and affect the decision-making capacity for the elderly. **Objective:** To evaluate life quality, nutritional status and decision-making capacity in institutionalized and non-institutionalized elderly of the city Santa Cruz do Sul in the Brazilian state of Rio Grande do Sul. **Method:** Transversal, descriptive and analytical study. The inclusion criteria were to be older than 60 years and live in the city of Santa Cruz do Sul. The exclusion criteria were being hospitalized at the time the survey was being conducted, or not being able to understand or to express their choices to the questions included in the instruments used. The data collection occurred in long-term care institutions for elderly and at the Family Health Strategies of the city of Santa Cruz do Sul in the Brazilian state of Rio Grande do Sul, with pairing criteria by age, gender, education and whether or not bedridden. The instruments used were the Mini Nutrition Examination, the Body Mass Index, the Psychological-Moral Development, the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. For the statistical analysis the software Excel and SPSS 18.0 were used. The associations between the variables were performed using the chi-square tests, linear correlation and ANOVA, with statistical significance of 5% ($P < 0.05$). This study was approved by the Ethics Committee of the PUCRS, with CAAE number 11986413.5.0000.5336 and all the participants signed the Free and Informed Consent form. **Results:** 552 elderly were evaluated, 276 institutionalized and 276 non-institutionalized, with an average age of 76.83 ± 7.36 years old. Most were women (55.4%), with basic education (49.7%) and not bedridden (98.5%). In the life quality assessment, the average of WHOQOL-BREF was 13.59 ± 2.92 , the WHOQOL-OLD was 46.09 ± 4.71 and associations with the institutionalization were statistically significant ($p < 0.05$). In the nutritional status assessment by the Mini Nutritional Examination the majority (61,6%) was eutrophic, by the Body Mass Index (49,1%) were overweight and associations with the institutionalization were statistically significant ($p < 0.001$). The Psychological-Moral Development evaluation has shown that all participants had the capacity for decision-making and the association with the institutionalization was statistically significant ($p = 0.0001$). **Conclusions:** The study of the results of this research shows relevant data and can guide for performing early intervention and contribute to the training of professionals for the real needs of this population.

Keywords: Elderly. Life quality . Nutritional status. Psychological-Moral development. Long-term care institution for elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 Envelhecimento	12
2.2 Institucionalização.....	14
2.3 Qualidade de vida.....	18
2.4 Estado nutricional.....	19
2.5 Capacidade para a tomada de decisão	22
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral.....	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
4 HIPÓTESES	26
4.1 Hipótese nula	26
4.2 Hipótese alternativa	26
5 MÉTODO	27
5.1 Delineamento	27
5.2 População e amostra	27
5.3 Instrumentos de pesquisa.....	27
5.4 Análise estatística	29
5.5 Aspectos éticos.....	29
6 PRIMEIRO ARTIGO	31
7 SEGUNDO ARTIGO	44
8 TERCEIRO ARTIGO.....	56
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
9.1 Caracterização da amostra	73
9.2 Qualidade de vida	73

9.3 Estado nutricional.....	74
9.4 Capacidade para tomada de decisão	76
10 CONCLUSÕES.....	78
11 ANEXOS	89
ANEXO A	90
ANEXO B	93
ANEXO C	94
ANEXO D	95
12 APÊNDICES	96
APENDICE A.....	97

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo irreversível e natural, que resulta dos fatores biológicos e ambientais em que estão sujeitos todos os indivíduos. No Brasil são consideradas idosas, todas as pessoas com mais de 60 anos (BRASIL, 2003). Em 1950 o país possuía 4,2% de pessoas nesta faixa etária, em 2000, esse valor aumentou para 8,6% e em 2010, representou 10,8% da população. As projeções para 2050 são de que haverão 18,4% de idosos, totalizando quase um quinto da população (IBGE, 2010). As causas principais do alargamento do topo da pirâmide etária no Brasil são as mudanças no perfil epidemiológico, devido a diminuição na mortalidade precoce (SOUSA et al, 2014).

Apesar do prolongamento da expectativa de vida, houve um crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, ocasionadas, principalmente, pelas modificações nos hábitos alimentares da população. Isto gerou uma mudança no perfil nutricional dos idosos, com um aumento na prevalência da obesidade e, conseqüentemente, a ocorrência de mais agravos à saúde (MARTINS et al, 2014; LIMA e DUARTE, 2013). Todavia, a desnutrição também é muito presente em pessoas acima de 60 anos e é considerada o distúrbio mais importante nesta fase da vida (STROBL et al, 2013; VENTURINI et al, 2013).

O ritmo acelerado de crescimento do número de idosos também foi acompanhado por transformações sociais e urbanas (DAWALIBI et al, 2014). A inserção da mulher no mercado de trabalho, aliada ao aumento de desenlaces, celibato, casais sem filhos ou, até mesmo, a diminuição do vínculo familiar, ocasionada pelo afastamento dos descendentes para constituir família e estudar, trouxeram uma redução da quantidade de cuidadores informais e da perspectiva do envelhecimento em um ambiente familiar (RODRIGUES, SILVA, 2013). Estes fatores contribuíram para a demanda pela criação de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), que atendem, atualmente, 1,7% das pessoas com mais de 60 anos no Brasil (TEIXEIRA et al, 2012; RODRIGUES, SILVA, 2013).

A institucionalização, assim como as mudanças decorrentes do envelhecimento, pode afetar a capacidade para a tomada de decisão dos idosos, ou seja, a manutenção do controle da própria vida (BAJOTTO, GOLDIM, 2011; CUNHA et al, 2012). Além disso, pode reduzir a qualidade de vida ou dificultar a manutenção do peso saudável dos idosos (RAMOS et al, 2012). Diante de tantas peculiaridades, o indivíduo com mais de 60 anos deve ser avaliado de forma ampla e interdisciplinar, com o objetivo de verificar as reais condições sociais e de saúde dessa população, em busca de estratégias para a melhoria (RIBEIRO et al, 2011).

Este estudo se propõe a discutir os temas acima apresentados visando conhecer melhor a situação, a partir da comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados de Santa Cruz do Sul/RS. A presente tese está estruturada de acordo com a Instrução Normativa nº 4/2015 do Programa de Pós Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Inicialmente é apresentada uma Revisão da Literatura, que contempla o estado da arte sobre este tema. Em seguida, estão descritos os Objetivos Geral e Específicos, que permitem identificar as finalidades do estudo e o seu detalhamento está incluído no item Método. Os Resultados obtidos foram apresentados em três artigos, que abordam as diferentes perspectivas envolvidas na pesquisa e que estão formatados de acordo com as normas das revistas aos quais foram submetidos. São apresentadas, também, as Considerações Finais e as Conclusões integradoras destes materiais. Ao final estão listadas todas as Referências que foram utilizadas no desenvolvimento da Tese.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento

No Brasil são consideradas idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (SAMPAIO et al, 2011). Esta é a parcela da população que está crescendo, a nível mundial, atualmente, constituem 12,3% do total da população e a perspectiva para 2050 é de que haverá um aumento para 26,2% (OMS, 2014).

No Brasil, esse processo também pode ser observado, pois os idosos representam hoje 10,8% da população e as estimativas para 2050 é de que ocorrerá um crescimento para 18,4% (IBGE, 2010). Esse aumento iniciou no país em meados da década de 40 em alguns estados do Brasil, como o Rio Grande do Sul, mas pôde ser observado, de forma rápida e intensa, em todas as regiões, a partir da década de 60 (FRIES, PEREIRA, 2011; GOTTLIEB et al, 2011).

O crescente envelhecimento populacional foi resultado do aumento da expectativa de vida no Brasil que, em 1980 era de 62,7 anos, em 1990 foi para 66,6 anos e, nos dias de hoje, é de 76,5 anos para as mulheres e 69 anos para os homens. Os valores são ainda maiores no Rio Grande do Sul, com 78,8 anos para as mulheres e de 71,4 anos para os homens, mantendo uma diferença de aproximadamente 7 anos entre os sexos (IBGE, 2010). A ascensão da expectativa de vida no país foi uma das maiores conquistas do século XX, visto que foi fruto da melhoria nas condições de saúde e do avanço da tecnologia (BEZERRA et al, 2012).

O envelhecimento consiste em um processo complexo e acumulativo, que ocorre de forma natural e progressiva no ser humano. Representa a última etapa do ciclo vital e é inevitável para a evolução da vida (ROCHA, RIBEIRO, 2011). Ainda não há um consenso para explicar a ocorrência deste fenômeno no corpo humano, entretanto, foram formuladas diversas hipóteses e, uma das mais aceitas, é a teoria do acúmulo de danos. Nesta perspectiva, o envelhecimento seria resultado de moléculas defeituosas e não funcionais, provenientes de falhas na transcrição e na tradução do Ácido Ribonucleico (RNA) devido ao avanço da idade. O erro catástrofe tem como consequência a ineficiência, a morte celular e a diminuição da capacidade funcional do indivíduo (FRIES, PEREIRA, 2011).

Existem vários tipos de idades a serem considerados para definir a rapidez que o processo de envelhecimento ocorre em cada pessoa. (SAMPAIO et al, 2011). A idade prospectiva, por exemplo, é baseada no histórico das experiências pessoais, porém a idade cronológica, contada pelo número de anos, é a mais utilizada para delimitar o início desta fase do ciclo da vida do ser humano (MOREIRA, 2012; PORTO et al, 2013).

O caráter individual corrobora com as particularidades dos efeitos da idade no organismo de cada pessoa, uma vez que o envelhecimento é um seguimento da passagem do tempo, que possui influências intrínsecas, a partir da genética e também extrínsecas, relacionadas ao estilo de vida (DIAS et al, 2013; SCHUMACHER et al, 2013).

Outra questão que determinam a forma de envelhecer são fatores os sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais, relacionados com estrutura familiar, renda, educação, ocupação, saneamento básico, que afetam a saúde e podem impactar de modo diferente em cada pessoa (GEIB, 2012).

O processo de envelhecimento pode ser caracterizado pela senescência, que são alterações normais nesta fase, representando um declínio biológico que ocorre através de modificações anatômicas e bioquímicas do organismo. Assim como, pode haver o desencadeamento da senilidade, com redução das funções vitais do idoso, em decorrência de patologias adquiridas no curso da vida (ARAÚJO et al, 2011; SAQUETTO et al, 2013). As mudanças referentes à estrutura etária da população brasileira já são apontadas há algumas décadas e afetam tanto o indivíduo, quanto o contexto que o cerca, como a família, a comunidade e o poder público (OLIVEIRA et al, 2011). Contudo, a sociedade ainda apresenta dificuldades no manejo de situações resultantes do envelhecimento populacional, principalmente em relação à saúde (CARRETTA et al, 2011; SOUSA et al, 2014).

No Brasil, houve crescimento na incidência e na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis nos últimos anos e acarretam em uma maior demanda por serviços de saúde, pois aumentam a quantidade de medicamentos consumidos diariamente, bem como, a frequência e o tempo de permanência hospitalar (NASCIMENTO et al, 2011; DEL DUCA et al, 2012). Além disso, essas patologias podem gerar incapacidade física e dependência, ocasionando o envolvimento de mais profissionais responsáveis pelo cuidado desse grupo etário e de maiores investimentos em capacitação e estrutura, destinadas ao tratamento e a reabilitação do idoso (ALMEIDA, AGUIAR, 2011; SOUSA et al, 2014).

Os problemas de saúde pública ocorrem de forma diferenciada em cada região territorial do Brasil, uma vez que possui um contexto socioeconômico desfavorável, onde podem ser observadas muitas desigualdades sociais e uma grande heterogeneidade no processo de envelhecimento (GOTTLIEB et al, 2011; BEZERRA et al, 2012).

Considerando o crescimento acelerado dos idosos na pirâmide etária como uma tendência mundial, mas que possui peculiaridades específicas dentro do país, o Brasil criou e implementou legislações direcionadas para a manutenção do envelhecimento ativo e saudável (MARTINS et al, 2014). Dentre elas, se destacam o Estatuto do Idoso, que garante o direito

da pessoa com mais de 60 anos participar de uma sociedade mais inclusiva e digna, assim como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem por finalidade a promoção da autonomia, da independência e da integração do idoso na sociedade, além de possibilitar uma rede de serviços especializada (BRASIL, 2006; BRASIL, 2003).

2.2 Institucionalização

A legislação brasileira determina que a responsabilidade pelo cuidado das pessoas com mais de 60 anos cabe, principalmente, à família, entretanto, o Brasil passou por uma transição social nas últimas décadas, que reduziu o número de cuidadores informais (BRASIL, 1988). Historicamente a responsabilidade e o zelo pelos idosos era atribuído às mulheres, já que dispunham de maior tempo no ambiente doméstico. Porém, o ingresso e a participação ativa do sexo feminino no mercado de trabalho, a partir da metade do século XX, diminuíram a perspectiva do envelhecimento em família (BENETTI et al, 2014). Aliado a isso, houve a configuração de novos arranjos familiares, relacionados ao aumento de desenlaces, celibato, casais sem filhos, bem como, a diminuição do vínculo entre pais e filhos, pelo afastamento dos descendentes para constituir família ou a saída precoce da casa dos genitores para estudar (RODRIGUES, SILVA, 2013; SOUSA et al, 2014).

Existem evidências científicas que mostram que a relação entre potenciais cuidadores informais e idosos necessitando de cuidados é cada vez mais desproporcional. No ano 2000, eram cinco por idoso e as perspectivas para 2050, são de que esse número diminuirá para apenas dois potenciais cuidadores para cada pessoa com mais de 60 anos (CAMARGOS, 2013).

Somado a isso, ainda existem muitos idosos que vivem com suporte social e financeiro precários no Brasil, originado pelo contexto socioeconômico desfavorável do país (GOTTLIEB et al, 2011). Muitas pessoas nesta faixa etária se mantêm apenas com a aposentadoria, ou seja, possuem renda baixa e insuficiente para sustentar os gastos elevados com a própria saúde (BESSA et al, 2012).

Esses fatores afetam, substancialmente, a possibilidade de as famílias ofertarem cuidados à população nesta faixa etária e, a falta de alternativas na nossa sociedade, aumenta a demanda pela terceirização do cuidado (PINTO et al, 2013). Quando foram criadas, as instituições que abrigavam os idosos eram denominadas de asilos, pertenciam à rede de assistência social e carregavam o estereótipo de um lugar onde havia tristeza, abandono, pobreza e decadência (OLIVEIRA et al, 2011). Posteriormente, passaram a pertencer à rede

de assistência à saúde e receberam a denominação de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), correspondendo ao termo inglês “Long Term Care Institution” (BENTES et al, 2012).

No Brasil, elas surgiram em meados de 1980, com o propósito de suprir as necessidades básicas e cuidar da saúde das pessoas nesta faixa etária (ALVES-SILVA et al, 2013). Também são conhecidas popularmente como abrigo, casa de repouso, lar, clínica geriátrica ou hotel residência para idosos (RODRIGUES, SILVA, 2013).

Atualmente, são reconhecidas e regulamentadas por meio de legislações, como a RDC nº 283/2005, que especifica que estas instituições são organizações sociais, governamentais ou não, regulamentadas pelo governo, com atividades dirigidas por regimento, destinadas a idosos em caráter residencial, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005).

As ILPIs são responsáveis pela tutela dos idosos em diferentes circunstâncias de vida e saúde (RODRIGUES, SILVA, 2013). Devem fornecer moradia, alimentação, saúde e convivência social, assim como um serviço de assistência multidimensional gerontológica, com profissionais capacitados para atender pessoas com mais de 60 anos de idade (BENETTI et al, 2014; BESSA et al, 2012).

Atualmente, existem 3.548 ILPIs no Brasil, distribuídas em 28,8% municípios, onde residem cerca de 83.870 idosos, que representam 1,7% do total de pessoas nesta faixa etária (TEIXEIRA et al, 2012). Mas, diante do crescente envelhecimento populacional e da expectativa de vida do país, a tendência é que haverá um aumento na quantidade de idosos institucionalizados nas próximas décadas (RODRIGUES, SILVA, 2013).

Uma pesquisa demonstrou que existem listas de espera em algumas instituições brasileiras, mas que nem sempre a ordem de cadastramento é respeitada, pois são adotados critérios de seleção, de acordo com o perfil desejado. Nas ILPIs filantrópicas, eles geralmente estão associados à situação de saúde e de vulnerabilidade socioeconômica. Já nas privadas, a preferência é por idosos independentes, devido aos demais serem considerados onerosos. Contudo, em situações de encaminhamento judicial, o idoso passa a ter prioridade. O estudo ainda relata que 52,2% das instituições recusavam novos residentes com determinadas doenças, como as infecto-contagiosas (CAMARGOS, 2013).

Apesar do aumento pela demanda de ILPIs, este tipo de instituição ainda não é uma prática comum no Brasil, devido à construção de uma imagem negativa, baseada em mitos, estigmas e estereótipos, resultantes do processo histórico (ALVES-SILVA et al, 2013). Os antigos asilos abrigavam pessoas em situação de pobreza e sem suporte familiar, o que gerou

um conceito depreciativo de “depósito de idosos” que estavam em situação de desamparo e abandono, com saúde e higiene precárias (DUARTE, 2014).

Todavia, existe um movimento atual de desarticulação dessa imagem, desmistificando o caráter negativo dessas instituições e em busca da garantia de atenção integral, defesa da dignidade, dos direitos, respeito a individualidade, além de oferecer conforto, higiene e segurança (BESSA et al, 2012; BENTES et al, 2012).

Muitas ILPIs estão modificando o padrão, implementando melhorias a partir de ações resultantes da percepção dos idosos, como adaptações na estrutura, que possibilitam um ambiente planejado e um atendimento adequado (SAMPAIO et al, 2011). Além disso, também existe a tentativa pela semelhança a uma residência comum, tanto no aspecto arquitetônico, reduzindo à exposição aos riscos, quanto na convivência, inserindo atividades diárias de programação, desenvolvidas por profissionais com formação (ANGELO et al, 2011). A semelhança com a antiga moradia e a vida em família, diminui o índice de adoecimento e mortalidade nestes locais, bem como, possibilita um espaço privilegiado para socialização, aprendizado de novas vivências e valorização da experiência de vida do idoso (ALVES-SILVA et al, 2013).

Assim, também nasce a construção de uma nova identidade, baseada na humanização do cuidado e permitindo a sensação de pertencimento aos idosos. Estas atitudes são essenciais para ressignificar a velhice, pensando no contexto da promoção da saúde e nortear novas propostas de organização para esses espaços coletivos (KHOURY, SÁ-NEVES, 2014).

No entanto, uma pesquisa demonstrou que os idosos ainda enxergam as ILPIs como lugares ambíguos, pois, ao mesmo tempo em que acolhem e abrigam, aprisionam e mortificam. Isso ocorre porque existem questões pertinentes a dinâmica interna das instituições, como rotinas, regras, horários, tratamento igualitário e simultâneo para todos os residentes. Além disso, há restrição da liberdade de ir e vir, pois os idosos são autorizados a sair somente quando são levados por outras pessoas (OLIVEIRA, ROZENDO, 2014).

Em países desenvolvidos, a procura por essas instituições, na maioria das vezes, ocorre pela família, devido a idade avançada, grau de dependência e necessidade de cuidados médicos apropriados para o idoso (BENTES et al, 2012). No Brasil, a decisão pela institucionalização também, geralmente, vem da família e a causa principal é a falta de disponibilidade ou de condições para cuidar, que está associada às incapacidades física, cognitiva e mental. Outros fatores também estão associados aos aspectos sociais e econômicos, devido a desintegração da família, dificuldade em pagar serviços especializados

para as demandas dessa população, ou a procura por um ambiente que ofereça cuidado e companhia (PINTO et al, 2013; RISSARDO et al, 2011).

Existem idosos que, mesmo com autonomia sobre sua própria vida, decidem pela institucionalização. Neste caso, os idosos que moram sozinhos geralmente buscam as ILPIs por sentimentos de isolamento, solidão e insegurança, além da falta de residência fixa, condições físicas ou financeiras (ALENCAR et al, 2012). Já os idosos que vivem com os filhos, muitas vezes se consideram um fardo para a família, ou querem escapar de conflitos familiares, maus-tratos e abuso psicológico, físico, financeiro, quando, devido a negligência e o abandono, a instituição pode se tornar o único ponto de referência para um envelhecimento com dignidade (RODRIGUES, SILVA, 2013; RIBEIRO, PAULIM, 2014).

Sempre que possível, o consentimento do idoso quanto a sua institucionalização deve ser respeitado, porém, ainda existem casos de persuasão das famílias em relação ao idoso, a partir da promessa de que a nova residência será de caráter temporário, fato que também caracteriza um agente de violência velada por indisposição ao diálogo (RISSARDO et al, 2011).

Quando a decisão pela institucionalização é forçada, ou seja, ocorre contra a vontade do idoso, pode ser uma experiência traumatizante e despersonalizante, pois é o seu espaço que fica para trás (BESSA et al, 2012). A perda da identidade pessoal pode resultar em sujeito passivo, com sentimentos de abandono e exclusão da sua família e das relações sociais pertencentes a sua história de vida (OLIVEIRA et al, 2011; OLIVEIRA, ROZENDO, 2014). A sensação de pouco ou nenhum prestígio social pode repercutir no surgimento ou agravamento de doenças e limitações de uma vida ativa, além de reduzir a qualidade e o tempo de vida (SCHUMACHER et al, 2013; MARIN et al, 2012).

A capacidade de resiliência para confrontar essas adversidades tem predominância no gênero feminino. A dificuldade maior de enfrentamento dos homens está relacionada a questões culturais referentes ao papel do sexo masculino, geralmente dominante no cuidado aos outros membros da família durante toda a vida (RODRIGUES, SILVA, 2013). Para evitar essas consequências negativas, a convivência com os familiares deve permanecer no período da institucionalização, visto que o vínculo e o suporte de apoio trazem muitos benefícios para o idoso (ROCHA, RIBEIRO, 2011). O processo de institucionalização é único para cada indivíduo, pois os hábitos, os costumes, a cultura e a história de vida modificam a forma de pensar e de tornar o lugar aceitável e para uma boa convivência (CARLI et al, 2011).

2.3 Qualidade de vida

A qualidade de vida é a forma como o indivíduo compreende e se sente em relação a si mesmo. Está associada com a realização dos objetivos, de acordo com as expectativas e os valores pessoais (OMS, 2014). É um conceito amplo e abrangente, que envolve a percepção, tanto do bem estar pessoal, quanto da auto-estima e é resultado de inúmeros fatores, internos e externos (DIAS et al, 2013; BELTRAME et al, 2012). A qualidade de vida é um dos objetivos mais almejados pelo ser humano e nem sempre está associada a ausência de problemas em todas as dimensões, mas sim, a satisfação pessoal com a própria vida (WACHHOLZ et al, 2011).

Para o idoso, envolve múltiplos aspectos, relacionados com a saúde física e mental, a autonomia e a independência, além das relações e dos papéis sociais (VAGETTI et al, 2013; ROCHA, RIBEIRO, 2011). Apesar de ser um conceito subjetivo, é considerada prioridade no planejamento, na implementação e na avaliação das políticas de saúde relacionadas ao envelhecimento bem sucedido (BRASIL, 1994).

Devido à complexidade e relevância da qualidade de vida para os idosos, ela pode ser avaliada por meio de domínios específicos que compõe essa variável, como por exemplo, aspectos voltados para a capacidade física, o bem-estar psicológico, a habilidade sensorial, a autonomia, o meio ambiente, a intimidade, além da relação e da participação social, assim como as atividades passadas, presentes e futuras e os elementos que investigam as questões sobre a morte e o morrer (RIBEIRO, PAULIM, 2014).

As representações do passado, o entendimento sobre a velhice e a resiliência para enfrentar as dificuldades relacionadas ao processo de envelhecimento podem influenciar a qualidade de vida, de forma positiva, ou negativa (RODRIGUES, SILVA, 2013). Ou seja, quando esta fase é vista de forma consciente e com autopercepção das modificações pertinentes ao processo de envelhecimento, é mais fácil atingir o bem estar pessoal. Entretanto, a representação de imagens negativas da velhice, pode reduzir a qualidade de vida de forma significativa (ROCHA, RIBEIRO, 2011; CABRITA, ABRAHÃO, 2014).

A construção da qualidade de vida de forma positiva geralmente está associada a variáveis sociodemográficas, como classe econômica e escolaridade, onde quanto maiores, mais relacionadas com a satisfação pessoal. Assim como questões de saúde, a manutenção da capacidade funcional, do estado emocional, do controle cognitivo, da autonomia e da independência para o autocuidado (OLIVEIRA et al, 2011).

A qualidade de vida também é maior entre os idosos que participam de atividades

sociais. Estas vão além do lazer, pois envolvem aspectos emocionais e comportamentais, como interação social, atividade intelectual, produtividade, relações de amizade, estilo de vida e crescem concomitantemente de acordo com atividade do idoso (WACHHOLZ et al, 2011).

Outros fatores, que dizem respeito ao prosseguimento dos papéis familiares e ocupacionais dentro da sociedade, a sensação de utilidade e a religiosidade, bem como, o ambiente de moradia, o preparo para enfrentar as perdas e a aposentadoria, o suporte familiar e as redes de apoio social, também podem interferir de forma favorável na qualidade de vida (RIBEIRO, PAULIM, 2014; VAGETTI et al, 2013).

Os elementos que podem repercutir de forma negativa para a qualidade de vida estão associados a idade avançada e ao fato de não ter companheiro(a). Além disso, geralmente é menor no sexo feminino, o que pode ser explicado pelas modificações na aparência física, ocasionadas pelo processo de envelhecimento (SAQUETTO et al, 2013).

Outra questão, que pode comprometer a qualidade de vida do idoso, está relacionada aos problemas de saúde, como o surgimento de doenças, o agravamento das condições clínicas, as alterações no estado nutricional e o aumento do uso de medicamentos (SOARES et al, 2012). Assim como, a descoberta de patologias em fases mais avançadas e a reabilitação tardia, que ocasionam maior incapacidade física e dependência de terceiros para a realização das atividades diárias (SALMASO et al, 2014). A dor crônica, presente no quadro de muitas doenças, também atrapalha o desempenho do idoso e pode diminuir de modo acentuado a qualidade de vida (REIS, TORRES, 2011).

Da mesma forma, a institucionalização, pode influenciar de modo negativo, devido a perda da independência, da privacidade e da autonomia (CUNHA et al, 2012). Outras dificuldades relacionadas ao processo de envelhecimento, como o raciocínio lento, as alterações na aparência, a perda da resistência física, a proximidade da morte, associadas a rejeição familiar, ao isolamento, ao abandono e à solidão também pode impactar diretamente na redução da qualidade de vida (ALVES-SILVA et al, 2013).

O entendimento da complexidade de todos os fatores relacionados é um dos grandes desafios para lidar com este segmento etário. O processo de envelhecimento deve ser orientado e assistido para que o aumento da expectativa de vida esteja ligado a melhoria da qualidade de vida dos idosos (PORTO et al, 2013).

2.4 Estado nutricional

Estado nutricional é o equilíbrio entre a ingestão e o gasto energético, que pode ser

afetado por questões fisiológicas, inerentes ao processo de envelhecimento (SOARES et al, 2012; RIBEIRO et al, 2011). São consideradas alterações normais do processo de envelhecimento, as mudanças na elasticidade e na compressibilidade da pele, assim como, as modificações na composição corporal, associadas ao aumento do percentual de gordura e a diminuição da massa muscular, da estatura, da densidade mineral óssea e da quantidade de água corporal (FRIES, PEREIRA, 2011; LIMA, DUARTE, 2013). Também podem ocorrer perdas sensoriais, relacionadas a diminuição do olfato e do paladar, bem como, falhas na mastigação, devido a perda de dentes naturais durante a vida ou ocasionadas pela má adaptação da prótese bucal (ALVES-SILVA et al, 2013; WACHHOLZ et al, 2011).

O surgimento de patologias é muito frequente nesta faixa etária e também pode influenciar o estado nutricional do idoso de forma negativa. Fatores como a deposição do tecido adiposo ao redor de vísceras ou a redução do tamanho e do peso dos órgãos podem ser responsáveis pelo surgimento de doenças crônicas (SALMASO et al, 2014; VENTURINI et al, 2013).

A diminuição da imunidade e o aumento do uso de medicamentos, comuns nas pessoas com mais de 60 anos de idade, provocam interações e prejuízos na redução ou na eficiência dos processos de absorção e excreção (PEIXOTO et al, 2012). Como consequência, podem resultar em deficiências de micronutrientes, principalmente das vitaminas B6, B12 e D, assim como, dos minerais ferro, cálcio e zinco (SILVEIRA et al, 2014).

Os hábitos alimentares das pessoas com mais de 60 anos de idade normalmente são semelhantes àqueles mantidos durante as demais fases da vida (NASCIMENTO et al, 2011). No entanto, as dificuldades sociais, decorrentes do local de residência, da falta de recursos econômicos para compra de alimentos, das refeições típicas de pessoas solitárias, além da pequena motivação para se alimentar, podem comprometer o estado nutricional do idoso (WACHHOLZ et al, 2011).

Os distúrbios nutricionais, provocados por um, ou pela associação de todos estes fatores, podem prejudicar o desempenho das atividades de vida diária, pela redução da capacidade funcional e pelo aumento da dependência, contribuindo para o aumento da morbidade e da mortalidade desses indivíduos (SOUSA et al, 2014).

A desnutrição é considerada o distúrbio nutricional mais importante entre os idosos brasileiros e existe uma tendência do aumento da sua prevalência concomitante com o avançar da idade (VENTURINI et al, 2013; SOUSA et al, 2014). As causas são multifatoriais e estão associadas a perda de apetite, má absorção, da mesma forma, que as dificuldades na mastigação e na deglutição dos idosos. (MARTIN et al, 2012). Também pode estar

relacionada com a dependência para se alimentar, as interações medicamentosas, a institucionalização e a dificuldade de acesso ao alimento (SOUSA et al, 2014; PEIXOTO et al, 2012).

As consequências dessa patologia são diminuição da força muscular, bem como, o aumento das dificuldades para a realização das atividades da vida diária, da incapacidade funcional e da dependência (ANDRE et al, 2013). Os idosos desnutridos também tem maior susceptibilidade a infecções e a mortalidade precoce (STROBL et al, 2013).

Contudo, a obesidade é outro distúrbio nutricional que afeta uma grande parcela da população acima de 60 anos de idade, principalmente as mulheres, devido ao acúmulo de gordura visceral e as modificações hormonais da menopausa (VENTURINI et al, 2013). As causas são múltiplas e podem estar vinculadas a genética ou ao estilo de vida, como o sedentarismo e o hábito alimentar, além de fatores econômicos, socioculturais e psicossociais (LIMA e DUARTE, 2013).

As consequências dessa patologia são as repercussões negativas na saúde, como deficiências de micronutrientes, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Aterosclerose, Acidente Vascular Encefálico, Coronariopatias, Diabetes Mellitus tipo 2, Artrite, Artrose e alguns tipos de câncer (STRASBURG et al, 2012; GEIB, 2012). Os idosos obesos também tem maior probabilidade de incapacidade funcional, dependência e mortalidade precoce (LIMA e DUARTE, 2013).

Uma pesquisa sugere que, nas pessoas dessa faixa etária, o excesso de peso está relacionado a um melhor estado de saúde e a maiores chances de sobrevivência do que a desnutrição (RIBEIRO et al, 2011). Porém, somente a manutenção adequada do peso está associada ao aumento da qualidade de vida e ao processo de envelhecimento saudável (ROCHA, RIBEIRO, 2011).

Dessa forma, o monitoramento da situação nutricional apresenta um papel importante para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde de pessoas idosas (SANTOS, RIBEIRO, 2011; CHAVES et al, 2013). Portanto, a avaliação do estado nutricional do idoso é de extrema importância, pois possibilita o diagnóstico e a intervenção nutricional precoces, evitando ou minimizando os agravos à saúde (SCHERER et al, 2013). Para o diagnóstico nutricional podem ser utilizados vários parâmetros, de forma isolada ou associada, como o Índice de Massa Corporal (IMC), a Mini Avaliação Nutricional (MAN) e as equações de estimativas (MARTIN et al, 2012).

O IMC é um método não invasivo, de fácil aferição e de baixo custo. É calculado através de uma fórmula, que divide o peso pelo quadrado da altura e classificado por pontos

de corte, específicos para cada faixa etária (LIMA, DUARTE, 2013). Para as pessoas com mais de 60 anos de idade, os parâmetros levam em consideração as alterações fisiológicas que ocorrem nos idosos (LIPSCHITZ, 1994). É um dos métodos de avaliação do estado nutricional mais utilizados em estudos epidemiológicos devido à boa relação com a morbidade e a mortalidade, no entanto, apresenta algumas limitações por considerar apenas o peso e a altura do indivíduo (BENEDETTI et al, 2012).

A MAN também é um instrumento não invasivo, prático e acessível. Composta por um questionário que contempla avaliação antropométrica, frequência alimentar e autoavaliação da saúde, que classificam o idoso pelo somatório de pontos (GUIGOZ et al, 1994). É um método de mensuração do estado nutricional dos idosos muito utilizado por ser considerado mais completo do que o IMC (SALMASO et al, 2014).

Em idosos acamados, o peso e a estatura podem ser obtidos por meio das equações de estimativas, que também são medidas antropométricas, seguras e com valor preditivo acurado, bastante utilizadas para identificar populações em risco (LIMA, DUARTE, 2013; CHUMLEA et al, 1987).

2.5 Capacidade para a tomada de decisão

Nas últimas décadas houve um aumento do número de pessoas com mais de 60 anos de idade no Brasil, entretanto, esse processo não foi acompanhado pela valorização dos idosos (SAQUETTO et al, 2013). As construções da sociedade moderna sobre o envelhecimento se caracterizam pelo horror à velhice, onde as pessoas nessa faixa etária são, muitas vezes, tratadas como uma “coisa velha” e facilmente desprezível (SAMPAIO et al, 2011).

Antigamente, o idoso era respeitado pela experiência e sabedoria mas, atualmente, é visto apenas como um indivíduo que está no final da vida (MOREIRA, 2012). A ideia da inutilidade é decorrente de um contexto onde o foco é a produção, o rendimento e o dinamismo dos indivíduos (ALMEIDA, AGUIAR, 2011).

Existe a concepção de que são seres improdutivos e dependentes, ou seja, adultos menos capazes de desempenhar, de forma eficaz, qualquer função (ALENCAR et al, 2012). Além disso, as pessoas nesta faixa etária são consideradas frágeis e incapazes de decidir, até mesmo, pelo que é melhor para si (SILVA et al, 2012).

Essas crenças equivocadas em relação aos idosos são fruto, principalmente, das perdas dos papéis sociais dos indivíduos, mas também podem estar relacionadas ao fato de ser o ciclo da vida em que mais ocorre degradação física e psíquica, bem como, pela maior proximidade

com a morte (ROCHA, RIBEIRO, 2011). As pessoas nessa faixa etária são representadas um peso para a família pois são consideradas geradores de gastos pessoais e públicos, devido às questões relacionadas com a saúde e a previdência (SAQUETTO et al, 2013; MOREIRA, 2012).

A estigmatização também pode ser demonstrada por expressões diminutivas e infantilizadoras no tratamento destinado aos idosos, menosprezando, dessa forma, sua capacidade de compreensão. O idoso deve ser valorizado pela experiência de vida e não lhe cabe, portanto, o mesmo tratamento dispensado a uma criança (ALMEIDA, AGUIAR, 2011). Essa representação social gerontofóbica ocasiona consequências na própria percepção dos idosos, pois um ambiente hostil e desmoralizante pode abalar a autoestima e a identidade (SCHUMACHER et al, 2013).

Os efeitos nocivos podem levar a sentimentos de humilhação, vergonha, discriminação, desvalorização, isolamento, além de refletir em uma mudança de comportamento do idoso, que pode reagir com passividade ou com agressão (SIQUEIRA, 2011; CUNHA et al, 2012). A modificação na forma de enxergar os indivíduos nessa faixa etária pode diminuir o preconceito e a estigmatização, normalizando a forma de gerenciar os problemas que podem ocorrer durante o processo de envelhecimento (CABRITA, ABRAHÃO, 2014).

As atitudes preconceituosas colaboram para que os idosos fiquem submissos a vontades alheias e podem reduzir a igualdade de direitos, além de restringir a liberdade de ação (OLIVEIRA et al, 2011; CUNHA et al, 2012). Esses fatores podem afetar a capacidade para a tomada de decisão, ou seja, a condição de fazer uma escolha baseada nos objetivos particulares da própria vida e de ter a sua decisão reconhecida (BAJOTTO, GOLDIM, 2011; SAQUETTO et al, 2013).

Para que o idoso possa decidir de forma adequada, é necessário que sejam esclarecidos os prós e contras, bem como, é preciso que o indivíduo tenha condições de avaliar as informações e de assumir a responsabilidade sobre a decisão (TAVARES et al, 2011). Assim, o idoso pode realizar a escolha, optando pela alternativa que lhe parecer mais vantajosa, através de um mecanismo inconsciente baseado na experiência individual de cada pessoa (CARVALHO et al, 2012; REIS, LÖBLER, 2012). Ao tomar a decisão sem qualquer tipo de manipulação ou influência, o idoso preserva a dignidade, a integridade e a individualidade (CARRETTA et al, 2011; TAVARES et al, 2011).

A capacidade para a tomada de decisão do idoso está prevista no âmbito legal dos direitos humanos e nas legislações pertinentes, como o Estatuto do Idoso, que objetiva a

pessoa com mais de 60 anos na sociedade de forma digna, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que prevê a promoção da autonomia, da independência e da integração do idoso (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

A manutenção da capacidade para a tomada de decisão está relacionada com o envelhecimento saudável e com o aumento na qualidade de vida dos idosos (CUNHA et al, 2012). Isto ocorre pelo idoso ser reconhecido como uma pessoa com crenças, aspirações, valores e intenções próprias. Ao assumir o controle da sua vida, o indivíduo assegura as suas ideologias e, torna possível a preservação da sua identidade, conforme as necessidades, adaptações e realizações pessoais (CARRETTA et al, 2011).

Entretanto, quando a autonomia nas decisões sobre a própria vida não é respeitada, pode causar insatisfação, perda da autoestima, do autocuidado e do desempenho nas atividades de vida diária (DUARTE, 2014). Além disso, as ações estão em desacordo com as regras ética, legal e moral de respeito à dignidade humana (CARRETTA et al, 2011; CUNHA et al, 2012).

Muitas pessoas presumem que a dependência física pressupõe a incapacidade para a tomada de decisões, contudo, mesmo para aqueles idosos mais fragilizados, é necessário que o cuidado esteja fundamentado na manutenção de sua autonomia (CUNHA et al, 2012). As questões que estão relacionadas ao envelhecimento e podem, de fato, diminuir a capacidade para a tomada de decisão são a institucionalização, pela restrição da liberdade e o paternalismo profissional, pelas condutas de cuidadores sem o consentimento do paciente idoso (SAQUETTO et al, 2013).

Grande parte dos idosos é absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses, pois este fator não depende da idade cronológica, e sim do grau de desenvolvimento psicológico e moral do indivíduo. Em se tratando de pessoas idosas, que estejam com suas capacidades cognitivas preservadas, estes indivíduos, assim como qualquer cidadão, tem o direito de tomar os próprios desígnios (RAMOS et al, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida, o estado nutricional e a capacidade para a tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados de Santa Cruz do Sul/RS.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar os domínios da qualidade de vida, pelo WHOQOL-BREF e pelo WHOQOL-OLD, sua relação com a institucionalização e outras variáveis sociodemográficas;
- Analisar o estado nutricional, pelo IMC e pela MAN, sua relação com a institucionalização e outras variáveis sociodemográficas;
- Analisar a capacidade para a tomada de decisão, pelo Desenvolvimento Psicológico-Moral, sua relação com a institucionalização e outras variáveis sociodemográficas.

4 HIPÓTESES

4.1 Hipótese nula

Não existem diferenças ou associações, quanto à qualidade de vida, o estado nutricional e a capacidade para a tomada de decisão, entre idosos institucionalizados e não institucionalizados de Santa Cruz do Sul/RS.

4.2 Hipótese alternativa

Existem diferenças ou associações, quanto à qualidade de vida, o estado nutricional e a capacidade para a tomada de decisão, entre idosos institucionalizados e não institucionalizados de Santa Cruz do Sul/RS.

5 MÉTODO

5.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico.

5.2 População e amostra

A presente pesquisa foi realizada no município de Santa Cruz do Sul, situado na microrregião do Vale do Rio Pardo, do estado do Rio Grande do Sul/ Brasil. Segundo o último censo demográfico, o município possui 15559 idosos, sendo 6274 homens e 9285 mulheres (IBGE, 2010).

Os critérios de inclusão foram ter mais de 60 anos e residir em Santa Cruz do Sul/RS. Os critérios de exclusão foram estar hospitalizado no momento da realização da pesquisa, ou não ter condições de compreender ou de expressar suas opções às questões incluídas nos instrumentos utilizados. A coleta de dados ocorreu de forma auto-aplicada assistida e foi realizada pela própria pesquisadora, no período correspondente entre Junho de 2013 e Maio de 2014.

No município de Santa Cruz do Sul/RS existem 17 Instituições de Longa Permanência para Idosos cadastradas na Secretaria Municipal de Saúde. Todas as pessoas com mais de 60 anos de idade, que residiam nestas instituições e se enquadravam nos critérios de inclusão, foram convidadas para participar de forma voluntária deste estudo.

Para cada um dos idosos institucionalizados, foi selecionado, de forma pareada, outro idoso não institucionalizado. O pareamento foi feito por critérios de sexo, idade, escolaridade e por estar ou não acamado. A coleta de dados do grupo comparativo de idosos foi realizada em participantes de Estratégias da Saúde da Família (ESFs).

5.3 Instrumentos de pesquisa

Para a obtenção das variáveis sociodemográficas foi utilizado um questionário com perguntas mistas, como sexo, idade, escolaridade, estado civil, entre outras questões, que foram obtidas através da informação do próprio entrevistado. Para a avaliação da qualidade de vida foram utilizados dois instrumentos, o World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF) e o World Health Organization Quality of Life – Old (WHOQOL-OLD)

(FLECK et al, 2000; FLECK et al, 2006). A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio do IMC e da MAN (LIPSCHITZ, 1994; GUIGOZ et al, 1994). Para avaliar a capacidade para a tomada de decisão foi utilizado o Desenvolvimento Psicológico-Moral, um instrumento que utiliza o referencial de Loevinger (SOUZA, 1968; LOEVINGER, WESSLER, 1970).

O WHOQOL-BREF, utilizado para a avaliação da qualidade de vida, é uma versão abreviada do WHOQOL-100, traduzida e validada no Brasil. É composto por 26 questões, distribuídas entre quatro domínios da qualidade de vida, que tem por objetivo analisar a capacidade física, o bem estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido (FLECK et al, 2000). Pode ser utilizado em grupos de indivíduos enfermos e sadios (OLIVEIRA et al, 2011). A utilização do WHOQOL-BREF neste estudo é justificada pela literatura, pois deve ser associada à utilização do WHOQOL-OLD, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos.

O WHOQOL-OLD, também utilizado para a avaliação da qualidade de vida, é uma escala criada para ser utilizada com exclusividade na população idosa, traduzida e validada no Brasil. É composto por 24 questões, distribuídas entre seis domínios da qualidade de vida, que tem por objetivo analisar a habilidade sensorial, a autonomia, as atividades passadas, presentes e futuras, a participação social, além de questões ligadas à morte ou morrer e a intimidade (FLECK et al, 2006).

O IMC e a MAN, utilizados para a avaliação do estado nutricional, são métodos não invasivos, de fácil aferição e de baixo custo (BENEDETTI et al, 2012; CHAVES et al, 2013). Para a medida do peso, o idoso utilizou vestimentas padronizadas, ficou descalço e foi posicionado em pé na balança digital da marca Filizola®, com capacidade para 180Kg. Para a medida da estatura, o participante da pesquisa, ainda descalço, foi posicionado com os pés lado a lado, encostando a parte posterior do corpo em uma fita métrica inelástica, fixada na parede sem rodapé. Nos idosos acamados, as medidas de peso e estatura foram obtidas por meio das equações de estimativas (CHUMLEA et al, 1987).

A classificação do estado nutricional pelo IMC foi calculada através da fórmula que divide o peso (kg) pelo quadrado da altura (cm). Os pontos de corte adotados para a classificação foram baseados nos valores recomendados pelo Ministério da Saúde, sendo: Baixo peso < 22kg/m², eutrofia entre 22 a 27kg/m² e excesso de peso > 27kg/m² (LIPSCHITZ, 1994).

Outro critério utilizado para a classificação do estado nutricional foi a MAN, que é considerada mais completa que o IMC, porque contempla avaliação antropométrica,

questionário alimentar e autoavaliação da saúde (SALMASO et al, 2014). É composta por 18 questões que classificam o idoso pelo somatório de pontos, sendo: Desnutrição <17, risco nutricional entre 17 a 23,5 e eutrofia >23,5 (GUIGOZ et al, 1994).

O Desenvolvimento Psicológico-Moral, utilizado para a avaliação da capacidade para a tomada de decisão, é elaborado e validado no Brasil (SOUZA, 1968). Este instrumento foi baseado na perspectiva desenvolvida por Loevinger e Wessler e entende que o ego do indivíduo se desenvolve pela integração das estruturas de cada pessoa (LOEVINGER, WESSLER, 1970). É composto por um conjunto de 30 itens de fácil compreensão, dos quais o participante deve escolher os sete mais significativos. O somatório destas respostas permite classificar o idoso em um dos sete níveis de Desenvolvimento Psicológico-Moral, sendo: Pré-social, entre 0,1 e 1,0, que corresponde ao início do desenvolvimento; Impulsivo, entre 1,1 e 2,0, quando as decisões são tomadas a partir do desejo, não considerando as informações; Oportunista, entre 2,1 e 3,0, quando já há valorização dos desejos e dos subsídios para que eles sejam atingidos; Conformista, entre 3,1 e 4,0, quando as crenças do indivíduo se sobrepõem aos desejos; Conscencioso, entre 4,1 e 5,0, quando a pessoa tem capacidade de tomar decisão de forma livre, considerando seus os desejos e crenças, mas ainda é passível de constrangimento externo; Autônomo, entre 5,1 e 6,0, quando o indivíduo é capaz de tomar decisões livres de constrangimento, de modo independente e livre; Integrado, entre 6,1 e 7,0, quando a pessoa se enxerga como parte de um todo e possui compreensão de sua interdependência (LOEVINGER, WESSLER, 1970).

5.4 Análise estatística

O banco de dados foi elaborado no programa Excel e analisado no programa SPSS 18.0. Os dados foram expressos em frequências absolutas e relativas, por meio de médias, medianas, desvio padrão e intervalo interquartil, de acordo com a distribuição dos mesmos. As associações entre variáveis foram avaliadas utilizando os testes qui-quadrado, correlação linear e ANOVA. A significância estatística foi estabelecida em 5% ($p < 0,05$).

5.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada com a autorização da Secretaria Municipal da Saúde e com o apoio do Conselho Municipal do Idoso do município de Santa Cruz do Sul/RS. O estudo foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia

Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, com CAAE número 11986413.5.0000.5336 (ANEXO A).

Todos os participantes receberam explicações claras em relação à pesquisa durante o processo de consentimento e tiveram a sua autorização documentada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este projeto atende aos requisitos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

6 PRIMEIRO ARTIGO

Título: Comparação entre diferentes métodos de avaliação nutricional em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Autores: Rúbia Garcia Deon, José Roberto Goldim.

Artigo aprovado para publicação na Revista Perspectiva (Erexim), ISSN: 0101-2908, Qualis Interdisciplinar B2 (ANEXO B).

**COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES MÉTODOS DE
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS**

**COMPARISON BETWEEN DIFFERENT NUTRITIONAL ASSESSMENT
METHODS IN INSTITUTIONALIZED
AND NON-INSTITUTIONALIZED ELDERLY**

Rúbia Garcia Deon, José Roberto Goldim

RESUMO

O envelhecimento tem fatores impactantes para o estado nutricional. O objetivo deste estudo foi realizar a avaliação do estado nutricional, através de diferentes métodos, analisar a associação entre eles e comparar a diferença entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. O delineamento foi transversal. A avaliação do estado nutricional ocorreu através da Mini Avaliação Nutricional e do Índice de Massa Corporal. Os resultados foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* 18.0. As associações foram verificadas por meio do teste do qui-quadrado, com nível de significância definido como $p < 0,05$. Totalizaram 552 idosos, sendo 276 institucionalizados e 276 não institucionalizados. Predominaram as mulheres (55,4%), com idade média de 76,83 anos. Pela Mini Avaliação Nutricional, a maioria (61,6%) eram eutróficos e pelo Índice de Massa Corporal (49,1%) tinham excesso de peso. As comparações entre os diferentes métodos, entre institucionalização e Mini Avaliação Nutricional e entre institucionalização e Índice de Massa Corporal apresentaram associações significativas ($p = 0,001$). Os idosos institucionalizados tiveram maior frequência de desnutrição e os não institucionalizados de excesso de peso.

Palavras-chave: Idoso. Estado nutricional. Mini Avaliação Nutricional. Índice de Massa Corporal.

ABSTRACT

Aging has impacting factors for the nutritional status. The objective of this study was to assess nutritional status, through different methods, to analyze the association between them and compare the difference between institutionalized and non-institutionalized elderly. The outlining was transversal. The assessment of nutritional status occurred through the Mini Nutritional Assessment and Body Mass Index. The results were tabulated and analyzed using the *Statistical Package for Social Science* 18.0 program. The associations were assessed using the chi-square test, with significance level set at $p < 0,05$. Totaled 552 elderly, 276 institutionalized and 276 non-institutionalized. Females predominated (55.4%) with mean age of 76.83 years. Through the Mini Nutritional Assessment, the majority (61.6%) were eutrophics and through the Body Mass Index (49.1%) were overweight. Comparisons between the different methods, between institutionalization and Mini Nutritional Assessment

and between institutionalization and Body Mass Index presented significant associations ($p = 0,001$). The institutionalized elderly had a higher frequency of malnutrition and the non-institutionalized ones of overweight.

Keywords: Elderly. Nutritional status. Mini Nutritional Assessment. Body Mass Index.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil aumentou nas últimas décadas devido ao declínio da taxa de fecundidade, o aumento da expectativa de vida e a melhoria na qualidade de vida (LIMA, DUARTE, 2013). As projeções para essa transição demográfica são de que o número de idosos aumentará 16 vezes, no período entre 1950 e 2025. E, em 2050, a tendência é de que a população com 60 anos ou mais supere o número de jovens (SANTOS, RIBEIRO, 2011).

O processo de envelhecimento tem fatores impactantes no estado nutricional dos idosos devido a questões senescentes, ou seja, fisiológicas, ou senis, compreendidas como as patológicas (WACHHOLZ et al, 2011). A senescência está relacionada com as alterações nutricionais, comuns no envelhecimento, como a redução da altura, da massa corporal magra, acúmulo da gordura visceral e diminuição da quantidade de água no organismo (KÜMPEL et al, 2011). Já a senilidade envolve as condições de saúde dos idosos, como a independência para as atividades cotidianas, a morbidade e a mortalidade (VAGETTI et al, 2012).

O diagnóstico do estado nutricional deve ser realizado e monitorado periodicamente na população idosa, pois é um dos indicadores de saúde mais importantes para esta faixa etária (SANTOS et al, 2014). Assim, é possível o desenvolvimento de uma intervenção adequada, com estratégias de promoção e de tratamento de saúde específicos (SCHERER et al, 2013).

O estado nutricional é o equilíbrio entre a ingestão e o gasto energético (CHAVES et al, 2013). A avaliação deste parâmetro inclui medidas antropométricas e tem classificações diferenciadas de acordo com o método de avaliação utilizado. Para os indivíduos com mais de 60 anos de idade, a classificação pode variar de desnutrição até excesso de peso (RIBEIRO et al, 2011).

Existem poucos estudos, tanto nacionais, quanto internacionais, que relacionam os

diferentes tipos de identificação do estado nutricional, principalmente os que abordam idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) (BORGES et al, 2013). Outro fator relevante é que ainda não existe um consenso na literatura sobre o melhor método para avaliação do estado nutricional de idosos. As medidas obtidas com a Mini Avaliação Nutricional (MAN) e com o Índice de Massa Corporal (IMC) são muito utilizadas, mas ainda carecem de uma comparação entre seus resultados (BENEDETTI et al, 2012).

Assim, se justifica a relevância desta pesquisa, que teve por objetivo realizar a avaliação do estado nutricional, através de dois diferentes métodos, analisar a associação entre eles e comparar a diferença entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo é um estudo transversal, realizado com idosos institucionalizados e não institucionalizados, de ambos os sexos, residentes em Santa Cruz do Sul/RS. Para a comparação dos grupos foram utilizados os critérios de sexo, idade e estar acamado, na proporção um por um.

Os critérios de inclusão foram ter mais de 60 anos, residir no município onde foi realizada a pesquisa e ter condições de responder ao instrumento de coleta de dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, com CAAE número 11986413.5.0000.5336. Os idosos que se enquadravam nos critérios de inclusão, foram abordados individualmente. Foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram esclarecidas as dúvidas, com relação a pesquisa. O idoso que aceitou participar da pesquisa, assinou o TCLE e foi submetido a avaliação nutricional.

A coleta de dados foi feita pela própria pesquisadora, entre Janeiro e Maio de 2014. Primeiramente foi avaliado o grupo dos institucionalizados, na ILPI em que o idosos residia. Posteriormente, foi avaliado o grupo comparativo, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que o idoso estava cadastrado.

Um dos métodos utilizados foi a Mini Avaliação Nutricional (MAN), que tem o objetivo de rastrear o risco de desenvolver a desnutrição ou detectá-la em estágio inicial. É validada e aplicável, tanto para idosos da atenção primária, quanto para institucionalizados. Para cada item foi atribuído um escore e, ao final, o somatório da pontuação permitiu a

classificação do idoso como eutrófico, quando apresentou valores $>23,5$, em risco nutricional, quando o escore ficou entre 17 e 23,5, ou desnutrido, quando a pontuação foi <17 (GUIGOZ et al, 1994).

O outro método de avaliação do estado nutricional utilizado nesta pesquisa foi o Índice de Massa Corporal (IMC), a partir das medidas de peso e estatura. É validado e bastante utilizado em estudos epidemiológicos. O peso foi aferido com o idoso descalço e vestindo roupas leves, em uma balança digital, da marca Filizola® com capacidade para 180Kg, com medições periódicas de sua precisão. Já a estatura foi aferida com o idoso descalço, em posição ereta, por meio de uma fita métrica inelástica fixada em parede sem rodapé. Foi realizada uma aferição para cada medida aferida no idoso.

O IMC foi calculado pelo peso (em quilos) dividido pelo quadrado da altura (em metros). Os pontos de corte para a classificação desta variável foram os preconizados por Lipschitz, que leva em consideração as modificações corporais que ocorrem durante o processo de envelhecimento. Baixo peso é utilizado para os idosos com IMC $<22 \text{ kg/m}^2$, eutrofia para os que têm IMC entre 22 e 27 kg/m^2 e excesso de peso para os indivíduos com IMC $>27 \text{ kg/m}^2$ (LIPSCHITZ, 1994).

Os resultados foram tabulados e analisados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) 18.0. As associações entre IMC e MAN, institucionalização e MAN e entre institucionalização e IMC foram verificadas por meio do teste do qui-quadrado, com nível de significância estatística definido em 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 552 idosos, sendo 276 institucionalizados e 276 não institucionalizados. Participaram do estudo 306 (55,4%) mulheres e 246 (44,6%) homens. A idade mínima foi 63 anos e a máxima 99 anos, com média de 76,83 anos $\pm 7,36$ anos. Quanto à profissão, 493 (89,3%) eram aposentados e 57 (10,7%) nunca exerceram atividade profissional remunerada.

O peso dos participantes da amostra variou entre 32,00kg e 122,00kg, com mediana de 70,00kg $\pm 13,14$ kg. O intervalo interquartil foi de 60,10kg a 78,70kg. A altura mínima foi 1,39cm e a máxima 1,85cm, com mediana de 1,60cm $\pm 9,11$ cm. O intervalo interquartil foi de 1,54cm a 1,66cm.

Em relação ao estado nutricional classificado por meio da MAN, 340 (61,6%) eram eutróficos, 180 (32,6%) estavam em risco nutricional e 32 (5,8%) eram desnutridos. A mediana da pontuação da MAN foi $24,50 \pm 3,92$, sendo que a mínima foi 9 e o máxima foi 30. O intervalo interquartil foi de 21,50 a 26,50. A média da pontuação da MAN para o sexo feminino foi 23,44 e para o sexo masculino foi 23,74. Não houve diferença estatisticamente significativa entre sexo e MAN ($F = 0,014$; $p = 0,905$). Com relação a faixa etária, a MAN teve uma diferença estatisticamente significativa ($F = 4,903$; $p = 0,02$). Na faixa etária acima de 90 anos foi verificado um aumento na frequência de idosos desnutridos e uma redução na de idosos eutróficos.

Quanto ao estado nutricional classificado através do IMC, 89 (16,1%) apresentaram baixo peso, 192 (34,8%) eutrofia e 271 (49,1%) excesso de peso. A média do IMC foi $27,45\text{kg/m}^2 \pm 5,22$, sendo que o mínimo foi $13,66\text{kg/m}^2$ e o máximo foi $55,55\text{kg/m}^2$. O intervalo interquartil foi de $24,13\text{ kg/m}^2$ a $30,42\text{ kg/m}^2$. A média do IMC para as mulheres foi $28,09\text{kg/m}^2$ e para os homens $26,67\text{kg/m}^2$. Foi verificada uma diferença estatisticamente significativa entre sexo e IMC ($F = 0,254$; $p = 0,001$). Com relação a variação do IMC de acordo com as faixas etárias, não foi obtida uma diferença estatisticamente significativa ($F = 0,04$; $p = 0,998$).

Foi realizada a comparação entre MAN e IMC dos idosos participantes da pesquisa, que apresentou associação estatisticamente significativa ($p = 0,001$), conforme pode ser observado na tabela I.

Tabela I: Associação entre MAN e IMC

IMC	MAN			Total n (%)
	Desnutrição n (%)	Risco de desnutrição n (%)	Eutrofia n (%)	
Baixo peso	24 (27,0%)	45 (50,5%)	20 (22,5%)	89 (16,1%)
Eutrofia	5 (2,6%)	60 (31,2%)	127 (66,1%)	192 (34,8%)
Excesso de peso	3(1,1%)	75 (27,7%)	193 (71,2%)	271 (49,1%)
Total	32 (5,8%)	180 (32,6%)	340 (61,6%)	552 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

Na comparação entre institucionalização e MAN houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,001$), como pode ser visualizado na tabela II.

Tabela II: Comparação entre institucionalização e MAN

MAN	Institucionalizado		Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)	
Desnutrição	25 (78,1%)	7 (21,9%)	32 (5,8%)
Risco de desnutrição	106 (58,9%)	74 (41,1%)	180 (32,6%)
Eutrofia	145 (42,6%)	195 (57,4%)	340 (61,6%)
Total	276 (50,0%)	276 (50,0%)	552 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

A comparação entre institucionalização e IMC, também demonstrou associação estatisticamente significativa ($p = 0,001$), de acordo com a tabela III.

Tabela III: Associação entre institucionalização e IMC

IMC	Institucionalizado		Total n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)	
Baixo peso	72 (80,9%)	17 (19,1%)	89 (16,1%)
Eutrofia	96 (50,0%)	96 (50,0%)	192 (34,8%)
Excesso de peso	108 (39,9%)	163 (60,1%)	271 (49,1%)
Total	276 (50%)	276 (50%)	552 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento ocorre de forma particular para cada indivíduo e pode atingir de modo significativo o estado nutricional do idoso, agravar os problemas de saúde e ocasionar na mortalidade precoce (CORTEZ e MARTINS, 2012).

Para investigar esta questão, pode ser utilizado o IMC, que tem como vantagem ser um

método não invasivo, de fácil aplicação e baixo custo, que se adequa à realidade brasileira. Todavia, é relevante utilizar os pontos de corte para a classificação específicos para essa faixa etária (SPEROTTO, SPINELLI, 2010).

Os dados desta pesquisa mostraram que a maior parte dos participantes (49,1%) estão com excesso de peso, quando classificados pelo IMC. Este resultados são alarmantes, pois demonstram que esta população já tem um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias.

Estes resultados corroboram com outros estudos realizados no Brasil, utilizando o mesmo método de avaliação. Em Porto Alegre/RS 72% dos idosos estavam acima do peso (VENTURINI et al, 2013). Em Curitiba/PR a prevalência foi de 57% (BASSLER, LEI, 2008). Em Vitória/ES foram encontrados 65,2%, entre 882 idosos (ANDRADE et al, 2012). Em Goiânia/GO, 49% dos 418 indivíduos acima de 60 anos de idade, tinham excesso de peso (SILVEIRA et al, 2014).

Já as pesquisas realizadas especificamente com a população institucionalizada encontraram percentuais menores de excesso de peso, como 9,4% entre os 233 idosos institucionalizados de Uberlândia/MG (SOUSA et al, 2014). E 24,1% nos 54 idosos de Fortaleza/CE (BORGES et al, 2013).

Um fator relevante é que grande parte dos participantes desta pesquisa (34,8%) tinham o peso adequado, quando foram avaliados pelo IMC. A manutenção do estado nutricional adequado pode interferir positivamente, permitindo uma maior expectativa e uma melhor qualidade de vida (SANTOS et al, 2014).

Vários estudos que classificaram a avaliação nutricional dos idosos pelo IMC também foram realizados no Brasil e demonstraram resultados semelhantes. Em Goiânia/GO, dos 418 pesquisados, 35,2% apresentaram eutrofia (SILVEIRA et al, 2014). Em Maceió/AL, entre as 268 idosas, 52,7% tinham o peso dentro dos parâmetros normais (SANTOS, RIBEIRO, 2011). Em São Paulo/SP, a avaliação de 42 idosos verificou que 46,4% das mulheres e 57,1% dos homens estavam dentro do peso adequado (MARTIN et al, 2012).

Entretanto, as pesquisas realizadas com idosos institucionalizados apresentam índices mais baixos de eutrofia. Em Uberlândia/MG, 31,8% dos 233 idosos (SOUSA et al, 2014). Em Fortaleza/CE, 24,1% dos 54 participantes (BORGES et al, 2013). E em Curitiba/PR, 34,3% dos 35 homens residentes em ILPIs (WACHHOLZ et al, 2011).

Uma minoria (16,1%) dos indivíduos avaliados nesta pesquisa apresentou baixo peso pelo IMC. Outros estudos realizados com idosos institucionalizados no Brasil e no Rio Grande do Sul mostraram resultados similares de desnutrição. Em Porto Alegre/RS, foi

observado em 13,6% de idosos (NASCIMENTO et al, 2011). Em Lajeado/RS foi constatado em 11,8%. (SCHERER et al, 2013). Corroboram também com achados em idosos não institucionalizados, como 15,8% de baixo peso em 418 participantes da ESF de Goiânia/GO (SILVEIRA et al, 2014).

Este estudo demonstrou que a associação entre institucionalização e IMC foi estatisticamente significativa ($p = 0,001$). A maior parte dos institucionalizados (80,9%) estão abaixo do peso adequado e a maior parte dos não institucionalizados (60,1%) estão com excesso de peso.

Em relação à avaliação do estado nutricional pela MAN, os dados desta pesquisa mostraram que a maior parte dos idosos (61,6%) tinham o peso adequado. Todavia, 32,6% estavam em risco de desnutrição e 5,8% eram desnutridos. O que difere de outros estudos realizados em ILPIs. Entre os 233 idosos de Uberlândia/MG, foram verificadas prevalências de 32,2%, 41,6% e 26,2%, respectivamente (SOUSA et al, 2014). Já a avaliação realizada em 20 idosos de Erechim/RS, não foram encontrados participantes eutróficos, mas pode ser observado que 65% tinham risco de desnutrição e 35% estavam desnutridos (SPEROTTO e SPINELLI, 2010).

Os idosos deste estudo que estão em risco de desnutrição e desnutridos, quando avaliados pela MAN, somam 38,4%. Resultado semelhante a uma pesquisa com idosos da Espanha, que demonstrou 40,1% no somatório das duas classificações. E concluiu que, em geral, o peso reduz concomitantemente com o aumento da idade (SERRANO, GARCIA, 2013).

As pesquisas realizadas com idosos não institucionalizados, utilizando o mesmo método, apresentam índices ainda menores de desnutrição. Entre 44 mulheres do Rio de Janeiro/RJ, somente 3% eram desnutridas, mas 48% tinham risco de desnutrição (SALMASO et al, 2014). Outro estudo, realizado com 42 idosos de São Paulo/SP, mostrou 7,1% de risco nutricional entre as mulheres e 14,3% entre os homens (MARTIN et al, 2012). Esta pesquisa mostrou que a associação entre institucionalização e MAN foi estatisticamente significativa ($p = 0,001$). A maior parte dos idosos com peso abaixo do esperado residiam em ILPIs (78,1%). E, entre os indivíduos eutróficos, a maioria participantes eram das ESFs (57,4%).

A associação entre MAN e IMC dos idosos participantes da pesquisa foi estatisticamente significativa ($p = 0,001$), mostrando que há relação entre os dois aspectos. Visto a diferença entre os resultados obtidos pelos diferentes métodos de avaliação nutricional e a demonstração de sua associação, pode ser percebida a importância de avaliar a população geriátrica utilizando mais de um parâmetro, no intuito de identificar a forma mais precisa para

cada tipo de população (CORTEZ, MARTINS, 2012).

Os resultados do IMC para desnutrição se associaram com estar institucionalizado, assim como o excesso de peso com a não institucionalização. Nos resultados da MAN, a desnutrição ou o risco para a desnutrição se associaram com a institucionalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do estado nutricional é de grande importância para manutenção da vida saudável em indivíduos com mais de 60 anos de idade. Tanto o excesso de peso, quanto o baixo peso, podem apresentar risco de complicações clínicas nesta faixa etária. Os resultados do presente estudo permitem identificar associações entre a MAN, o IMC e a institucionalização dos idosos. Estes dados direcionam para a realização de intervenções precoces nestas populações.

Esta pesquisa pode servir para o desenvolvimento de estratégias de promoção da alimentação saudável em ILPIs e em ESFs, visando capacitar os profissionais para as reais necessidades desta população. Além disso, os resultados obtidos contribuem para a reflexão acerca da concretização de políticas de saúde, que promovam mudanças no estilo de vida dos idosos pois, atualmente, os esforços ainda são pontuais e desarticulados.

É pertinente que, para o melhor enfrentamento do novo perfil epidemiológico que se apresenta no Brasil, seja considerada a questão da educação permanente, em especial para os profissionais que atendem indivíduos com esta faixa etária. Construindo, assim, uma atenção básica voltada para a nutrição, de forma eficaz e resolutiva, para proporcionar um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. B et al. Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n 3, p. 749-756, mar. 2012.

BASSLER T. C.; LEI D. L. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da

população idosa em município da Região Metropolitana de Curitiba (PR). **Revista de Nutrição**. Campinas, PR, v. 21, n 3, p. 311-21, mai./jun. 2008.

BENEDETTI, T. R. B.; MEURER, S. T.; MORINI, S. Índices antropométricos relacionados a doenças cardiovasculares e metabólicas em idosos. **Revista de Educação Física/UEM**. Maringá, PR, v. 23, n 1, p. 123-130, jan./mar. 2012.

BORGES, C. L et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, SP, v. 26, n 4, p. 318-22, ago. 2013.

CHAVES L. R et al. Estado nutricional e consumo alimentar de idosos assistidos na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife, PE, v. 7, n 12, p. 6780-9, dez. 2013.

CORTEZ, A. C. L.; MARTINS, M. C. C.. Indicadores Antropométricos do Estado Nutricional em Idosos: Uma Revisão Sistemática. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, PR, v. 14, n 4, p. 271-7, mai. 2012.

GUIGOZ Y.; VELLAS B. J.; GARRY P. J. **The Mini Nutritional Assessment (MNA): A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients**. In: VELLAS, B. J.; GUIGOZ, Y.; GARRY, P. J. (Org). *Facts and Research in Gerontology*. New York: Serdi Publishing, 1994, p. 15–60.

KÜMPEL, D. A et al. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. **Texto contexto –Enfermagem, Florianópolis**, SC, v.20, n 3, jul./set. 2011.

LIMA, P. V.; DUARTE, S. F. P. Prevalência de obesidade em idosos e sua relação com Hipertensão e Diabetes. **InterScientia**, João Pessoa, PB, v.1, n 3, p.80-92, set./dez. 2013.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, v. 21, p. 55-67. 1994.

MARTIN, F. G.; NEBULONI, C. C.; NAJAS, M. S. Associação entre estado nutricional e força de prensão palmar em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n 3, p. 493-504. 2012.

NASCIMENTO, C. M et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n 12, p. 2409-2418, dez. 2011.

RIBEIRO, S. M. L et al. Análise vetorial de bioimpedância e estado nutricional de idosas de acordo com o índice de massa corporal. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, SC, v. 13, n 6, p. 415-421, set. 2011.

SALMASO, F. V et al. Análise de idosos ambulatoriais quanto ao estado nutricional, sarcopenia, função renal e densidade óssea. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, SP, v. 58, n 3, abr. 2014.

SANTOS, K. T et al. Indicadores Antropométricos de Estado Nutricional como Preditores de Capacidade em Idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, SP, v. 20, n 3, mai./jun. 2014.

SANTOS, M. B.; RIBEIRO, S. A. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n 4, p. 613-624. 2011.

SERRANO U. R.; GARCIA M. M. J. Malnutrition in an elderly population without cognitive impairment living in nursing homes in spain: study of prevalence using the mini nutritional assessment test. **Gerontology online**, v. 59, n 6, p. 490-8, ago. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23949114>. Acesso em: 10 dez. 2014.

SILVEIRA, E. A.; DALASTRA, L.; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n 4, p. 818-829, out./dez. 2014.

SCHERER, R et al. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n 4, p. 769-779. 2013.

SPEROTTO F. M.; SPINELLI R. B. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim-RS. **Revista PERSPECTIVA**, Erechim. v.34, n 125, p. 105-116, mar. 2010.

SOUSA, K. T et al. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n 8, p. 3513-3520, jan./ago. 2014.

VAGETTI, G. C et al. Associação da obesidade com a percepção de saúde negativa em idosas: um estudo em bairros de baixa renda de Curitiba, Sul do Brasil. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, CO, v.14, n 6, p. 923-936, dez. 2012.

VENTURINI, C. D et al. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n 3, p. 591-601, jul./set. 2013.

WACHHOLZ, P. A.; RODRIGUES, S. C.; YAMANE, R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n 4, p. 625-635, out./dez. 2011.

7 SEGUNDO ARTIGO

Título: Capacidade para tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados

Autores: Rúbia Garcia Deon; José Roberto Goldim

Artigo submetido para publicação no periódico Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, ISSN: 1517-2473, Qualis Interdisciplinar, B1 (ANEXO C).

CAPACIDADE PARA TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

DECISION MAKING CAPACITY IN INSTITUTIONALIZED AND NON INSTITUTIONALIZED ELDERLY

Rúbia Garcia Deon¹; José Roberto Goldim²

RESUMO

Indivíduo autônomo é aquele que delibera sua vontade livremente, de acordo com seus valores e crenças de vida. O presente artigo teve como objetivo avaliar a capacidade para a tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Trata-se de um estudo transversal, realizado em pessoas com mais de 60 anos de idade, em Instituições de Longa Permanência para Idosos e em Estratégias de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul/RS. Para a coleta de dados, foi utilizado o instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral. A análise dos resultados foi realizada pelos testes qui-quadrado e correlação linear, utilizando o programa SPSS 18.0. A significância estatística foi definida como $p < 0,05$. Foram avaliados 552 idosos, sendo 276 institucionalizados e 276 não institucionalizados, com idade média de 76,83 anos $\pm 7,36$ anos. A maioria eram mulheres 306 (55,4%), aposentados 493 (89,3%) e tinham o ensino fundamental 228 (11,6%). A classificação do Desenvolvimento Psicológico-Moral dos participantes se distribuiu entre as fases Conformista, Conscienzosa e Autônoma. Houve associação estatisticamente significativa desta variável com estar institucionalizado ou não ($p = 0,0001$) e com o sexo ($p = 0,006$). Mas não foram observadas associações estatisticamente significativas com a idade, a escolaridade e a condição de ter ou não trabalhado fora de casa. Esta pesquisa demonstrou que todos os idosos tinham capacidade para a tomada de decisão, mesmo aqueles residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Desta forma, é preciso reconhecer os indivíduos nesta faixa etária como seres autônomos e sujeitos das próprias vontades.

Palavras-chave: Idoso. Institucionalização. Desenvolvimento Psicológico-Moral.

ABSTRACT

Autonomous individual is the one who decides their will freely, according to their values and life beliefs. This paper aimed to evaluate the capacity for decision-making in elder institutionalized and non-institutionalized elderly. It is a cross-sectional study in people over 60 years of age, in long-stay institutions for the elderly and Family Health Strategies of Santa Cruz do Sul / RS. To collect data, it used the Psychological-Moral Development instrument. The analysis was performed by chi-square test and linear correlation, using the SPSS 18.0 program. Statistical significance was defined as $p < 0,05$. We evaluated 552 elderly, 276 institutionalized and 276 non-institutionalized, with an average age of 76.83 years \pm 7.36 years. Most were women 306 (55.4%), 493 retired (89.3%) and 228 elementary school (11.6%). The classification of Psychological-Moral Development of participants was distributed between Conformist stages, Conscientious and Autonomous. There was statistically significant association between this variable and institutionalized or not ($p = 0,0001$) and sex ($p = 0,006$). But there was not statistically significant associations with age, education and the condition work outside the home. This research demonstrated that the had capacity for decision making, even those living in long-stay institutions for the elderly. Thus, it is necessary to recognize individuals in this age group as autonomous beings and subjects of their own wills.

Keywords: Elderly. Institutionalization. Psychological-Moral Development.

INTRODUÇÃO

Um dos fenômenos de maior impacto no início do século XXI foi o aumento do número de pessoas idosas na população mundial, observado em países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (SAQUETTO et al, 2013). Atualmente existem no país 11 milhões de pessoas com mais de 60 anos. As projeções indicam que, em 2025 serão 32 milhões de idosos, colocando o Brasil em sexto lugar mundial na quantidade de pessoas nesta faixa etária (IBGE, 2010).

A causa principal desse crescimento acelerado é a mudança no perfil epidemiológico do país, resultante do avanço da tecnologia e da melhoria nas condições de saúde. É possível

observar uma redução de nascimentos e da mortalidade precoce, acompanhados pelo aumento no tempo de sobrevivência de pessoas com doenças crônicas (CUNHA et al, 2012).

O rápido aumento de pessoas nesta faixa etária no Brasil, gerou a demanda e o surgimento de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (CORNÉLIO, GODOY, 2013). Estas, são autorizadas e regulamentadas por meio de legislação (BRASIL, 2005). Atualmente, estima-se que 1% dos brasileiros com mais de 60 anos residem nesses locais, totalizando, aproximadamente, 84.000 pessoas. E, devido ao número crescente de idosos, a tendência é o aumento de instituições no país (CAMARANO, KANSO, 2010).

O envelhecimento é um processo natural e irreversível. Faz parte do ciclo da vida do ser humano e ocorre de forma diferenciada em cada pessoa. É responsável por uma série de alterações, biológicas e sociais, que demandam atenção especial, para assegurar as especificidades dessa população (CAMACHO, SANTOS, 2013).

Dentro deste ponto de vista, muitas pessoas partem do pressuposto de que o idoso é um ser vulnerável e, portanto, incapaz de tomar decisão sobre sua própria vida (SCHUMACHER et al, 2013). Outros acreditam que o idoso perde, de fato, a aptidão para escolher o que é melhor para si mesmo, conforme avança o decurso da vida (CUNHA et al, 2012). Apesar de ser uma questão ainda controversa, existem algumas evidências em sentido contrário (HESS, QUEEN, ENNIS, 2013).

A privação da autonomia pode ser ainda mais eminente quando o idoso está institucionalizado (RAMOS et al, 2012). A perda da identidade pessoal e a rotina imposta pelas ILPIs, reduzem a perspectiva do idoso poder exercer a sua vontade (DUARTE, 2014). Assim, se justifica a importância de investigar estes aspectos, sob diferentes óticas, entre a população idosa. O presente artigo teve por objetivo, avaliar a capacidade para a tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado com idosos, de ambos os sexos, do município de Santa Cruz do Sul/RS. Os critérios de inclusão foram ter mais de 60 anos, residir no município onde foi realizada a pesquisa e ter condições de responder ao instrumento. O critério de exclusão foi estar hospitalizado no momento da coleta de dados.

A pesquisa foi realizada com o conhecimento da Secretaria Municipal da Saúde e com o apoio do Conselho Municipal do Idoso, após a aprovação da Comissão Científica e do

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS (CAAE 11986413.5.0000.5336). Todos os participantes receberam explicações claras e concisas em relação à pesquisa, procedendo à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu de forma auto-aplicada assistida, no período correspondente entre Junho de 2013 e Maio de 2014. Existem 17 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) cadastradas na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul/RS. Todos os idosos residentes nestas instituições, que se enquadravam nos critérios de inclusão, foram convidados para participar desta pesquisa. Os que aceitaram, documentaram a sua vontade por meio da assinatura do TCLE. Foram incluídos 276 idosos institucionalizados. O grupo comparativo foi composto por idosos não institucionalizados, também residentes no município de Santa Cruz do Sul, pareados por critérios de sexo, idade e escolaridade. A escolha por utilizar o mesmo município para a obtenção destes dados, teve como finalidade, reduzir fatores de confusão, especialmente os culturais. Foram selecionados 276 idosos cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs), de diferentes regiões daquele município.

O instrumento utilizado foi o de Desenvolvimento Psicológico-Moral, elaborado e validado por Souza (SOUZA, 1968). Baseado na perspectiva desenvolvida por Loevinger e Wessler, este método entende que o ego do indivíduo se desenvolve pela integração das estruturas de cada pessoa (LOEVINGER, WESSLER, 1970). Este instrumento é composto por um conjunto de 30 itens de fácil compreensão, dos quais o participante deve escolher os sete mais significativos. Esta seleção permite enquadrar o idoso em uma das sete fases do Desenvolvimento Psicológico-Moral (SOUZA, 1968).

O somatório da pontuação pode classificar o idoso como Pré-social, com pontuação entre 0,1 e 1,0, corresponde ao início do desenvolvimento; Impulsivo, pontuação de 1,1 a 2,0, as decisões são tomadas a partir do desejo, não considerando as informações; Oportunista, pontuação entre 2,1 e 3,0, há valorização dos desejos e dos subsídios para que eles sejam atingidos; Conformista, pontuação de 3,1 a 4,0, onde as crenças do indivíduo se sobrepõem aos desejos; Conscioso, pontuação entre 4,1 e 5,0, tem capacidade de tomar decisão de forma autônoma, considerando seus os desejos e crenças, mas ainda é passível de constrangimento; Autônomo, pontuação de 5,1 a 6,0, capaz de tomar decisões livres de constrangimento, de modo independente; Integrado, pontuação entre 6,1 e 7,0, se enxerga como parte de um todo e possui compreensão de sua interdependência (LOEVINGER, WESSLER, 1970).

Os resultados foram tabulados e analisados com auxílio do programa SPSS 18.0 e a significância estatística foi definida como $p < 0,05$. Os testes utilizados para as associações entre os dados foram o qui-quadrado e a correlação linear.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada 552 idosos, sendo 276 institucionalizados e 276 não institucionalizados, pareados individualmente por sexo, idade e escolaridade. Participaram do estudo 306 (55,4%) mulheres e 246 (44,6%) homens. A idade mínima foi 63 anos e a máxima 99 anos, com média de 76,83 anos $\pm 7,36$ anos.

Quanto a profissão, 493 (89,3%) eram aposentados e 57 (10,7%) nunca trabalharam fora profissionalmente. Em relação à escolaridade, 26 (1,3%) eram analfabetos, 274 (13,9%) tinham o ensino fundamental, 228 (11,6%) haviam concluído o ensino médio e 24 (1,2%) possuíam ensino superior.

Quanto ao Desenvolvimento Psicológico-Moral, os grupos de indivíduos se enquadraram nas fases Conformista, Conscenciosa e Autônoma. Todos os 552 idosos mantinham a capacidade para a tomada de decisão preservada, ou seja, estavam aptos a fazer suas escolhas de acordo com o seu melhor interesse.

A comparação entre o Desenvolvimento Psicológico-Moral e a institucionalização apresentou uma associação estatisticamente significativa ($X^2 = 18,62$; $p = 0,0001$). A maioria de ambos os grupos se localizou na fase Conscenciosa, sendo 67,4% dos participantes institucionalizados e 82,6% dos participantes não institucionalizados, conforme pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela 1: Comparação entre Desenvolvimento Psicológico-Moral e institucionalização

Desenvolvimento Psicológico-Moral	Institucionalização		Total
	Sim	Não	
Conformista	50 (18,1%)	21 (7,6%)	69 (12,9%)
Conscencioso	186 (67,4%)	228 (82,6%)	414 (75%)
Autônomo	40 (14,5%)	27 (9,8%)	67 (12,1%)
Total	276 (50,0%)	276 (50,0%)	552 (100%)

A associação do Desenvolvimento Psicológico-Moral com dados sócio-demográficos, foi estatisticamente significativa com o sexo dos participantes ($X^2 = 10,35$; $p = 0,006$), sendo que os homens tiveram maior frequência na fase Autônoma (58,2%) e as Mulheres nas fases Conformista (55,3%) e Conscienzosa (69,0%). Não houve associações estatisticamente significativas entre com a idade, a escolaridade e a condição dos participantes terem ou não trabalhado fora de casa, conforme pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2: Comparação entre Desenvolvimento Psicológico-Moral e variáveis sócio-demográficas.

Comparação do Desenvolvimento Psicológico-Moral com	Tipo de teste	Valor obtido	P
Idade	F	0,482	0,618 (NS)
Escolaridade	F	0,404	0,766 (NS)
Atividade profissional	X^2	5,461	0,065 (NS)
Sexo	X^2	10,350	0,006 (S)

Um dos 30 itens que compõe o instrumento para avaliar o Desenvolvimento Psicológico-Moral, é a Autonomia, que foi selecionado por 29,2% dos participantes do estudo. Avaliando este item, de forma isolada, foi possível verificar que a maioria dos participantes que selecionaram este item como uma preocupação mais frequente com relação a si mesmo, eram do grupo institucionalizado (57,1%). Esta associação foi estatisticamente significativa ($X^2 = 4,64$; $p = 0,03$).

DISCUSSÃO

O envelhecimento traz em seu contexto, inúmeras discussões de grande relevância, como a autonomia e a institucionalização (OLIVEIRA, ALVES, 2010). A importância destas questões também foi especificada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, no intuito de manter o atendimento das necessidades pertinentes a pessoas nesta faixa etária (BRASIL, 2006).

O conceito de saúde no processo de envelhecimento se traduz mais pela condição de autonomia do idoso, do que pela presença ou ausência de doença (SILVA et al, 2012). No

presente estudo, todos os idosos apresentaram condições plenas para a tomada de decisão de acordo com o seu melhor interesse.

Se observa que a sociedade, muitas vezes, julga os idosos de forma equivocada, como indivíduos submissos e que possuem compreensão diminuída (ALMEIDA, 2010). A pessoa com mais de 60 anos de idade é considerada um ser frágil, incapaz e desconhecedor, portanto, do que é melhor para si (FERNANDES, GARCIA, 2010). A partir destes resultados, pode ser observado que a capacidade para tomada de decisão não está relacionada apenas com o avanço da idade, pois é particular de cada pessoa. A capacidade para tomada de decisão é um processo resultante de uma construção individual, durante toda a vida (BAJOTTO, GOLDIM, 2011).

Devido a complexidade deste processo, não é possível estabelecer uma idade limite para a perda da capacidade para tomada de decisão (MEIRELES et al, 2012). É importante a construção de uma relação com o idoso livre de perspectivas preconceituosas. Isto poderá possibilitar o exercício da autonomia pelo idoso, ou seja, o poder de decisão sobre si mesmo, para assumir o controle de sua própria vida (CUNHA et al, 2012).

Os resultados da presente pesquisa reiteram estas constatações, previamente apresentadas. Todos os 552 idosos avaliados, tanto os institucionalizados, quanto os não institucionalizados, tinham níveis de Desenvolvimento Psicológico-Moral compatíveis com a capacidade para a tomada de decisão no seu melhor interesse. Estes dados reiteram, igualmente, os já verificados em uma amostra de 670 idosos de grupos de terceira idade de Erechim/RS (CELICH, GOLDIM, 2010).

Vale ressaltar, que foi verificada uma associação estatisticamente significativa entre a preocupação pontual com relação ao item Autonomia e a institucionalização. Esta maior preocupação, pode ser devida, pelo menos em parte, ao fato da liberdade, muitas vezes, ser restringida nas ILPIs (SAQUETTO et al, 2013). Os desejos e as vontades do idoso institucionalizado nem sempre são considerados (TAHAN, CARVALHO, 2010), assim como a sua aumentada dependência de terceiros para realizar as atividades da vida diária (FLORES, 2010).

Neste estudo, não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre capacidade para tomada de decisão e as variáveis escolaridade e condição de ter ou não trabalhado fora de casa. Isto reitera a compreensão de que a capacidade para tomada de decisão é complexa, ou seja, é resultante de um somatório de múltiplas dimensões e não apenas de variáveis isoladas. Na presente amostra de idosos, mesmo aqueles que se enquadravam em condições tidas como desfavoráveis, tais como ter idade avançada, baixa

escolaridade e sem nunca ter trabalhado fora de casa, foi verificada a preservação desta capacidade.

Um aparente paradoxo poderia ser o achado resultante da comparação entre sexo e Desenvolvimento Psicológico-Moral. Os resultados desta pesquisa verificaram que o sexo masculino teve uma associação estatisticamente significativa com os níveis mais elevados de Desenvolvimento Psicológico-Moral. As diferenças de sexo, encontradas neste estudo, podem ser explicadas, pelo menos em parte, pelo processo histórico de construção e evolução da sociedade. As mulheres que hoje se encontram nessa faixa etária, cresceram ainda baseadas no modelo patriarcal, com subordinação ao sexo masculino. A desproporção deste modo de vida pode ser um fator para determinar esta heterogeneidade observada na velhice (FERNANDES, GARCIA, 2010).

A maioria dos homens, que atualmente tem mais de 60 anos, eram estimulados para o trabalho fora de casa, enquanto que as mulheres que hoje se encontram na mesma faixa etária, eram ensinadas para o trabalho doméstico (HEITOR et al, 2013). As oportunidades, os padrões sociais e culturais entre os sexos, foram estabelecidos a partir de relações desiguais. Os homens tiveram maior liberdade para tomar suas próprias decisões durante toda a sua vida, enquanto que as mulheres foram reprimidas e tiveram o exercício da sua autonomia restringido, antes pelos pais e posteriormente por seus maridos (REIS, LÖBLER, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos na amostra estudada, foi possível verificar que todos os idosos que participaram desta pesquisa, institucionalizados e não institucionalizados, tinham o Desenvolvimento Psicológico-Moral compatível com a tomada de decisões conforme o seu melhor interesse.

A idade, a escolaridade e a condição de ter ou não trabalhado fora de casa, não estão associadas com a capacidade para tomada de decisão. Já o sexo masculino, demonstrou uma associação estatisticamente significativa com os níveis mais elevados de Desenvolvimento Psicológico-Moral. Os participantes institucionalizados destacaram o item Autonomia como uma das preocupações mais frequentes com relação a si mesmos.

A preservação da capacidade para tomada de decisão é muito importante no envelhecimento. Todavia, o adequado entendimento desta necessidade ainda constitui um

grande desafio. É fundamental avaliar esta questão de forma individual, e não associar exclusivamente à idade avançada. É preciso reconhecer o idoso como um ser autônomo e sujeito da sua própria vontade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Leonor Duarte de. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Revista de Bioética*, v. 18, n. 3, p. 537- 48, 2010.

BAJOTTO, Aletheia Peters; GOLDIM, José Roberto. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, Out-dez/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.283 de 26 de setembro 2005. Aprova o Regulamento Técnico para o funcionamento das Instituições de Longa permanência para Idosos, 26 set. 2005, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite; SANTOS, Renata Costa. Revisión integrativa sobre las cuestiones bioéticas relacionadas con el anciano: aspectos relevantes para la enfermería. *Revista Enfermeria Global*, n. 31, p. 398-408, Jul/2013.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, Jan-jun/2010.

CELICH Kátia; GOLDIM, José Roberto. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. *Revista Nurs*, São Paulo, v. 13, n. 147, p. 400–5, 2010.

CORNÉLIO, Graziela Félix; GODOY, Ilda de. Perfil das instituições de longa permanência para idosos em uma cidade no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 559-568, 2013.

CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro da et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, Out-dez/2012.

DUARTE, Lidiane Mendes Nazareno. O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar? *Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 201-217, 2014.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Loreley Gomes. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.19, n.4, Out-dez/2010.

FLORES, Gisela Cataldi; BORGES, Zulmira Newlands; DENARDIN-BUDÓ, Maria de Lourdes; MATTIONI, Fernanda Carlise. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n.3, p. 467-74, 2010.

HEITOR, Sara Franco Diniz; RODRIGUES, Leiner Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 79-88, Jan-mar/2013.

HESS, Tomas;; QUEEN, Tara, ENNIS, Gilda. Age and self-relevance effects on information search during decision making. *Journal Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, v. 68, n. 5, p. 703-11/2013.

IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 Outubro. 2014.

LOEVINGER Jane; WESSLER Ruth. *Measuring ego development: Construction and Use of a Sentence Completion Test*. San Francisco: Jossey Bass Inc Publishers, 1970.

MEIRELES, Viviani Camboin; MATSUDA, Laura Misue; COIMBRA, Jorseli Ângela

Henriques; ALVAREZ, Ângela Maria. Autonomía y Derecho a la Información: Contribuciones para la Gestión del Cuidado de Ancianos Hospitalizados. *Revista Ciencia y Enfermería*, XVI, n. 2, p. 59-68, 2010.

OLIVEIRA, Iglair Regis de; ALVES, Vicente Paulo. A pessoa idosa no contexto da Bioética: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 91-98, nov/2010.

RAMOS, Luciana Junqueira; PIZZATO, Alessandra Campani; ETTRICH, Betina; MELNIK, Cristina Soares; GOLDIM, José Roberto. Ethical And Nutrition issues in a Sample of Institutionalized and Non-institutionalized Elderly. *Revista HCPA*, v. 32, n. 2, 2012.

REIS, Eliete dos; LÖBLER, Mauri Leodir. O Processo Decisório Descrito pelo Indivíduo e Representado nos Sistemas de Apoio à Decisão. *RAC*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 397-417, Mai-jun/2012.

SAQUETTO, Micheli et al. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista de Bioética*, v. 21, n. 3, p. 518-24, 2013.

SCHUMACHER, Aluisio Almeida; PUTTINI, Rodolfo Franco; NOJIMOTO, Toshio. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 281-293, Abr-jun/2013.

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos; MENEZES, Aldemir Smith; TRIBESS, Sheilla; RÓMO-PEREZ, Vicente; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012.

SOUZA, Edela Lanzer Pereira. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Boletim da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, v. 3, n.7, p. 5-16, 1968.

TAHAN, Jennifer; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de. Reflections of aged participating in the health promotion groups concerning the ageing and the quality of life. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.19, n.4, Out-dez/2010.

8 TERCEIRO ARTIGO

Título: Qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Autores: Rúbia Garcia Deon, José Roberto Goldim.

Artigo submetido para publicação na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, ISSN: 1809-9823, Qualis Interdisciplinar: B1 (ANEXO D).

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

LIFE QUALITY IN INSTITUTIONALIZED AND NON-INSTITUTIONALIZED ELDERLY

Rúbia Garcia Deon, José Roberto Goldim

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Metodologia: Pesquisa com delineamento transversal, realizada com idosos institucionalizados e não institucionalizados, pareados por critérios de sexo, idade, escolaridade e estar acamado. Os instrumentos utilizados para mensurar a qualidade de vida foram o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD. O banco de dados foi elaborado no Excel e analisado no SPSS 18.0. O teste utilizado para as associações foi o qui-quadrado, e para diferenças a ANOVA, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Participaram 552 idosos, sendo 276 institucionalizados e 276 não institucionalizados. A idade média foi 76,83 anos. O perfil do grupo foi de uma maioria de mulheres (55,4%), não acamados (98,66) e com ensino fundamental (49,7%). No WHOQOL-BREF foi significativa a associação, em todos os domínios, com a institucionalização ($p = 0,0001$). O domínio meio ambiente teve associações significativas com o sexo ($p = 0,036$) e estar acamado ($p = 0,042$). No WHOQOL-OLD foi verificada uma associação significativa com a institucionalização ($p = 0,0001$) nos domínios participação social, morte e morrer, intimidade e qualidade de vida global. O domínio participação social teve uma associação significativa com o fato estar acamado ($p = 0,047$). O domínio morte e morrer teve uma associação significativa com a escolaridade ($p = 0,024$), apenas entre idosos com ensino fundamental. **Conclusão:** Estes resultados evidenciam que a qualidade de vida é multidimensional, não sendo determinada negativamente apenas pela institucionalização ou por estar acamado.

Palavras chave: Idoso. Qualidade de vida. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

Objective: To evaluate life quality in institutionalized and non-institutionalized elderly. **Methodology:** Transversal approach research, performed with institutionalized and non-institutionalized elderly, pairing criteria by gender, age, education and whether or not bedridden. The instruments used to measure life quality were the WHOQOL-BREF and the WHOQOL-OLD. The database was developed in Excel and analyzed using SPSS 18.0. The test used for the associations was chi-square, and for the differences the ANOVA, with a significance level of 5% ($p < 0,05$). **Results:** The participants were 552 elderly, being 276 institutionalized and 276 non-institutionalized. The average age was 76.83 years. The profile of the group was a majority of women (55.4%), not bedridden (98.66) and elementary school level (49.7%). In the WHOQOL-BREF the association, was significant, in all fields, with the institutionalization ($p = 0.0001$). The environmental domain had significant associations with gender ($p = 0.036$) and being bedridden ($p = 0.042$). In the WHOQOL-OLD a significant association was found with the institutionalization ($p = 0.0001$) in the areas social participation, death and dying, intimacy and global quality of life. The social participation area had a significant association with the fact of being bedridden ($p = 0.047$). The domain death and dying had a significant association with educational level ($p = 0.024$), only among the elderly with basic education. **Conclusion:** These results show that quality of life is multidimensional and is not negatively determined only by institutionalization or being bedridden.

Keywords: Elderly. Life quality . Long-term care institution for elderly.

INTRODUÇÃO

A população do Brasil está envelhecendo rapidamente. Em 1950, 4,2% das pessoas tinham mais de 60 anos de idade e, em 2010, esse percentual cresceu para 10,8%. A projeção para 2050 é de um aumento para 18,4% de idosos, que representaria quase um quinto da população total do país¹.

A causa principal dessa diferença considerável é a mudança no perfil epidemiológico. Nas últimas décadas o Brasil retratou uma redução da mortalidade precoce dos indivíduos

nessa faixa etária, devido ao aumento no tempo de sobrevivência de pessoas com doenças crônicas². Essa foi uma das maiores conquistas do século XX. Todavia, é necessário que esses anos adicionais sejam acompanhados por qualidade de vida³.

Nesse período, o Brasil também passou por uma transição social. Antigamente, as mulheres eram cuidadoras informais de seus familiares idosos. A partir da metade do século XX, elas começaram a lutar por seus direitos, como participar ativamente no mercado de trabalho. Concomitantemente, também pode ser observada uma diminuição na quantidade de filhos⁴. Isso trouxe a redução da perspectiva do envelhecimento em um ambiente familiar. A terceirização do cuidado das pessoas com mais de 60 anos favoreceu a criação de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no país⁵.

Atualmente existem 3.548 ILPIs no Brasil, distribuídas em 28,8% municípios. Residem cerca de 83.870 indivíduos com mais de 60 anos, que representam 1,7% do total de idosos do país⁶. E, diante do crescente envelhecimento populacional, a tendência é um aumento desses índices nas próximas décadas⁷. Um dos fatores relacionados à institucionalização de idosos, é que ela pode reduzir a qualidade de vida pela restrição ou perda da autonomia⁸.

Diante de tantas singularidades, as pessoas que se encontram nessa faixa etária devem ser avaliadas de forma ampla e interdisciplinar, com o objetivo de fazer um levantamento da realidade e buscar estratégias para melhorar as condições sociais e de saúde dos idosos⁹. Assim, os objetivos deste estudo foram avaliar a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

METODOLOGIA

Esta pesquisa tem delineamento transversal e foi realizada com idosos institucionalizados e não institucionalizados, de ambos os sexos, residentes em Santa Cruz do Sul, cidade do interior do Rio Grande do Sul/Brasil. Os critérios de inclusão foram ter mais de 60 anos, residir no município onde foi realizada a pesquisa e ter condições de responder aos instrumentos de pesquisa. A coleta de dados ocorreu de forma auto-aplicada e assistida em todas as 17 ILPIs, cadastradas na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul/RS.

Todos os idosos residentes nestes locais, que se enquadravam nos critérios de inclusão, foram convidados para participar da pesquisa. Os que aceitaram, documentaram a sua vontade

por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídos 276 idosos institucionalizados. O grupo comparativo foi composto por 276 idosos não institucionalizados, do mesmo município, pareados por critérios de sexo, idade, escolaridade e estar acamado. Um dos instrumentos utilizados foi o WHOQOL-BREF, traduzido e validado no Brasil. Abrange um conjunto de 26 questões, incluindo quatro domínios da qualidade de vida, que analisam a capacidade física, o bem estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido¹⁰.

O outro instrumento utilizado foi o WHOQOL-OLD, também traduzido e validado no Brasil. Deve ser utilizado exclusivamente para a população idosa, associado ao uso do WHOQOL-BREF. É composto por 24 questões, distribuídas entre seis domínios da qualidade de vida, que avaliam as habilidades sensoriais, autonomia, as atividades passadas, presentes e futuras, a participação social, as questões ligadas à morte e ao morrer e a intimidade¹¹.

O banco de dados foi elaborado no programa Excel e os resultados foram analisados no programa SPSS 18.0. O teste utilizado para as associações entre as variáveis foi o qui-quadrado e para as diferenças foi utilizada a ANOVA, com nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

O estudo atendeu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), com CAAE número 11986413.5.0000.5336.

RESULTADOS

A amostra total foi composta por 552 idosos, sendo 276 institucionalizados e 276 não institucionalizados. A idade mínima foi 63 anos e a máxima 99 anos, com média de $76,83 \pm 7,36$ anos. Quanto ao sexo, a maioria, 306 (55,4%) eram mulheres. Do total de participantes desta pesquisa, apenas 8 (1,44%) eram acamados. Em relação a escolaridade, 26 (4,7%) dos idosos eram analfabetos, 274 (49,7%) tinham o ensino fundamental, 228 (41,3%) tinham o ensino médio completo e 24 (4,3%) o ensino superior.

Foi avaliada a diferença entre os escores do WHOQOL-BREF e a institucionalização ou não dos idosos. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nos domínios capacidade física, bem estar psicológico, relações sociais e meio ambiente (tabela 1).

Tabela 1: Escores do WHOQOL-BREF obtidos em idosos institucionalizados ou não institucionalizados (n=552).

WHOQOL- BREF	Institucionalizado		Total	F	p
	Sim	Não			
	Média DP	Média DP			
Capacidade física	14,83 ±1,48	12,87 ±1,22	13,85 ±1,67	285,449	0,0001
Bem estar psicológico	14,43 ±1,32	12,24 ±1,33	13,33 ±1,72	372,083	0,0001
Relações sociais	13,24 ±2,45	12,26 ±1,63	12,75 ±2,13	30,892	0,0001
Meio ambiente	14,50 ±1,46	12,30 ±1,12	13,40 ±1,70	387,972	0,0001
Qualidade de vida Geral	15,92 ±2,11	11,27 ±1,34	13,59 ±2,92	946,945	0,0001

O domínio meio ambiente foi o único dos escores do WHOQOL-BREF que apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo dos idosos ou ao fato de estarem acamados (tabelas 2 e 3).

Tabela 2: Escores do WHOQOL-BREF de acordo com o sexo de idosos institucionalizados e não institucionalizados (n=552).

WHOQOL-BREF	Sexo		Total	F	p
	Masculino	Feminino			
	Média DP	Média DP			
Capacidade física	14,00 ±1,74	13,73 ±1,60	13,85 ±1,67	3,481	0,063 (NS)
Bem-estar psicológico	13,24 ±1,67	13,41 ±1,75	13,33 ±1,72	1,443	0,230 (NS)
Relações sociais	12,67 ±2,09	12,81 ±2,17	12,75 ±2,13	0,562	0,454 (NS)
Meio ambiente	13,23 ±1,77	13,54 ±1,63	13,40 ±1,70	4,437	0,036
Qualidade de vida Geral	13,67 ±3,05	13,53 ±2,81	13,59 ±2,92	0,307	0,580 (NS)

Tabela 3: Escores do WHOQOL-BREF de idosos acamados ou não (n=552).

WHOQOL- BREF	Acamado				F	p	
	Sim		Não				Total
	Média	DP	Média	DP			
Capacidade física	13,85 ±1,39		13,85 ±1,68		13,85 ±1,67	0,000	0,993 (NS)
Bem-estar psicológico	13,25 ±2,15		13,34 ±1,71		13,33 ±1,72	0,022	0,883 (NS)
Relações sociais	11,50 ±2,35		12,77 ±2,13		12,75 ±2,13	2,798	0,095 (NS)
Meio ambiente	14,62 ±1,45		13,38 ±1,70		13,40 ±1,70	4,171	0,042
Qual. De vida Geral	13,50 ±2,07		13,59 ±2,93		13,59 ±,92	0,009	0,924 (NS)

Quanto a escolaridade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios capacidade física ($p = 0,680$), bem estar psicológico ($p = 1,000$), relações sociais ($p = 0,330$) e meio ambiente ($P = 0,265$) do WHOQOL-BREF.

Nos escores do WHOQOL-OLD houve diferenças estatisticamente significativas com os domínios participação social, morte e morrer, intimidade e qualidade de vida global, em idosos institucionalizados ou não (tabela 4).

Tabela 4: Escores do WHOQOL-OLD obtidos em idosos institucionalizados ou não institucionalizados (n=552).

WHOQOL- OLD	Institucionalizado		Total	F	p
	Sim	Não			
	Média DP	Média DP			
Habilidades sensoriais	62,81 ±12,56	63,70 ±11,82	63,25 ±12,19	0,723	0,396 (NS)
Autonomia	51,78 ±8,80	54,12 ±8,61	52,95 ±8,78	9,894	0,002
Atividades passadas, presentes e futuras	42,02 ±9,97	43,77 ±9,48	42,90 ±9,76	4,428	0,036
Particip. Social	43,93 ±12,72	33,03 ±11,25	38,48 ±13,18	113,438	0,0001
Morte e morrer	25,40 ±12,02	34,23 ±9,52	29,82 ±11,70	91,421	0,0001
Intimidade	43,22 ±16,96	55,09 ±10,23	49,16 ±15,20	99,028	0,0001
Qualidade de vida Global	44,86 ±5,31	47,32 ±3,64	46,09 ±4,71	40,215	0,0001

Quanto ao sexo, não foram verificadas diferenças entre os escores dos domínios Habilidades Sensoriais ($p = 0,146$), Autonomia ($p = 0,371$), Atividades Passadas, Presentes e Futuras ($p = 0,462$), Participação Social ($p = 0,722$), Morte e Morrer ($p = 0,789$) e Intimidade ($p = 0,752$).

Apenas o domínio Participação Social do WHOQOL-OLD teve uma diferença estatisticamente significativa em relação ao fato do idoso estar acamado ou não (tabela 5).

Tabela 5: Escores do WHOQOL-OLD de idosos acamados ou não (n=552).

WHOQOL- OLD	Acamado				Total	F	p	
	Sim		Não					
	Média	DP	Média	DP				
Habilidades sensoriais	55,46	±11,78	63,37	±12,77	63,25	±12,19	3,324	0,069
Autonomia	56,68	±6,46	52,92	±8,81	52,95	±8,78	0,316	0,575
Atividades passadas, presentes e futuras	44,53	±10,79	42,87	±9,75	42,90	±9,76	0,226	0,635
Particip. Social	47,65	±9,98	38,35	±13,18	38,48	±13,18	3,950	0,047
Morte e morrer	29,68	±10,43	29,82	±11,73	29,82	±11,70	0,001	0,974
Intimidade	52,34	±11,04	49,11	±15,25	49,16	±15,20	0,355	0,551
Qualidade de vida Global	47,39	±2,83	46,07	±4,73	46,09	±4,71	0,614	0,433

Quanto a escolaridade, foi verificada diferença estatisticamente significativa nos escores do WHOQOL-OLD apenas em relação ao domínio morte e morrer ($F = 2,613$ e $p = 0,024$) para os idosos com ensino fundamental completo.

DISCUSSÃO

Qualidade de vida é a percepção sobre a própria existência¹². São os objetivos, as expectativas, os valores e as preocupações, peculiares de cada pessoa¹³. É fundamental para a promoção da saúde física e mental do idoso, bem como, essencial para auxiliar no planejamento, na implementação e na avaliação das políticas de saúde relacionadas ao envelhecimento bem sucedido¹⁴.

No presente estudo, participaram 552 idosos. Destes, 276 residiam em ILPIs e 276 moravam em suas casas. Na associação realizada entre o WHOQOL-BREF e a institucionalização, foram avaliados os domínios da capacidade física, do bem estar psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Houve diferenças estatisticamente significativas em todos, com valores superiores nos institucionalizados.

Estes resultados divergem de outra pesquisa, realizada com 364 idosos, sendo 76 institucionalizados e 288 não institucionalizados do interior de Minas Gerais, onde o bem estar psicológico ($p = 0,044$) e as relações sociais ($p = 0,002$) foram maiores nos não institucionalizados¹⁵.

Os dados deste estudo reforçam a importância do ambiente de moradia do idoso. A maior qualidade de vida dos institucionalizados, quanto ao bem estar psicológico, as relações sociais e ao meio ambiente, pode ser explicada por enxergarem a residência como um local em que é possível se sentir fazendo parte, ou seja, aceito⁸.

Esta questão pode estar relacionada com os esforços de muitas instituições em oferecer espaços de lazer e promoção de saúde para os residentes. Atualmente, pode ser observado um processo de reestruturação das ILPIs, com atendimento voltado para as peculiaridades do idoso, proporcionando um envelhecimento com dignidade¹⁵.

A maior qualidade de vida dos institucionalizados quanto a capacidade física, pode estar relacionada ao fato de muitas instituições serem adaptadas para as necessidades especiais, muitas vezes, diferente da residência própria do idoso². Além disso, o cuidado, oferecido por profissionais capacitados, facilita a condição de deslocamento do idoso que apresenta dificuldade¹⁶.

A associação entre o WHOQOL-OLD e a institucionalização, mostrou diferença estatisticamente significativa no domínio participação social, que obteve resultados maiores nos institucionalizados. A autonomia, a morte e o morrer, a intimidade e a qualidade de vida global demonstraram resultados superiores nos idosos não institucionalizados.

Estes resultados corroboram com outro estudo, realizado com 248 idosos, sendo 73

institucionalizados e 175 idosos não institucionalizados, de Porto Alegre/RS, quanto a autonomia ($p = 0,0001$), que também foi maior nos institucionalizados. Todavia, a morte e o morrer ($p = 0,0001$), a intimidade ($p = 0,0001$) e a qualidade de vida global ($p = 0,0001$), demonstraram resultados superiores nos não institucionalizados¹⁷.

A participação social mais elevada nos idosos residentes em ILPIs, pode ser explicada pelo envolvimento em atividades sociais¹⁸. Estas, vão além do lazer, pois compreendem as interações sociais e as relações de amizade. Assim como também, os aspectos emocionais e comportamentais, que são mais estimulados em idosos institucionalizados, pela grande circulação de pessoas no local¹⁹.

Estas questões, se relacionam de modo favorável, com a sensação de utilidade e de produtividade⁹. A literatura comprova que, quanto mais ativo for o idoso, maior será a sua qualidade de vida²⁰. O fato dos domínios da autonomia, da morte e morrer, da intimidade e da qualidade de vida global serem maiores nos idosos não institucionalizados, podem ser explicados pela perda da identidade pessoal, comum em pessoas que passam a residir em ILPIs²¹. A institucionalização do idoso, muitas vezes, compromete o bem estar, devido a perda da autonomia, da privacidade, da individualidade e do ambiente familiar². A preservação dos papéis familiares e ocupacionais, assim como a manutenção dos vínculos construídos ao longo da vida, estão relacionados a maiores índices de qualidade de vida²².

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a associação entre o WHOQOL-BREF e o sexo, foi estatisticamente significativa para o domínio meio ambiente, que obteve índices maiores para as mulheres. Na associação entre WHOQOL-OLD e sexo não foram encontradas diferenças entre os participantes do estudo.

Este dado difere de outras pesquisas, que demonstram que a qualidade de vida é maior no sexo masculino²³. Mas pode ser explicado pela maior capacidade de resiliência das mulheres para enfrentar as dificuldades relacionadas ao processo de envelhecimento⁷.

Nesta pesquisa, a avaliação pelo WHOQOL-BREF demonstrou uma diferença estatisticamente significativa, superior nos acamados em relação aos não acamados, quanto ao domínio meio ambiente. Estes resultados discordam da literatura, que mostra a manutenção da saúde, como fundamental para uma boa qualidade de vida³. As questões relacionadas a capacidade funcional e a independência para o autocuidado, também geralmente são elencadas como importantes para a satisfação pessoal⁵. O agravamento de condições clínicas, com aumento no uso da quantidade de medicamentos e a presença de dor geralmente contribuem para a diminuição da qualidade de vida²⁴.

Contudo, os achados deste estudo podem ser explicados pela restrição ao leito proteger

o idoso de elementos ambientais estressores, frequentemente encontrados em áreas de convívio coletivo²⁵. Outro fato, que pode auxiliar na elucidação destes resultados é a capacidade de adaptação individual para o enfrentamento das dificuldades, comuns durante o processo de envelhecimento⁷. A forma de entender e aceitar a velhice é diferente para cada pessoa²⁶. Assim como também, o preparo para as possíveis perdas durante a vida, como o fato de se tornar acamado em consequência de uma doença³.

Na análise do WHOQOL-OLD, houve diferença estatisticamente significativa, maior nos acamados, em relação a participação social. Isto pode ser explicado devido a maior atenção recebida, em relação aos demais idosos, por possuírem restrição de mobilidade. A qualidade de vida se mostra mais elevada em pessoas que tem mais interação social²⁷.

Esta pesquisa, a associação entre o WHOQOL-BREF e a escolaridade não encontrou diferenças estatisticamente significativas. Na associação entre WHOQOL-OLD e a mesma variável de estudo, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre idosos com ensino fundamental, no domínio morte e morrer. Entretanto, pode ser uma associação sem relevância ou significar que existem outros fatores de confusão associados a escolaridade. Estes dados diferem de um estudo, realizado com 1806 idosos de Curitiba/PR, onde a construção da qualidade de vida de forma positiva estava associada a maiores níveis de escolaridade²⁸.

A qualidade de vida é um dos objetivos mais almejados pelo ser humano. Os resultados desta pesquisa demonstram que ela não está associada a ausência de problemas em todas as dimensões, mas sim, a satisfação pessoal com a própria vida²⁹. Depende das experiências pessoais e dos mecanismos para lidar com as situações cotidianas³⁰.

CONCLUSÃO

As questões apresentadas neste estudo são fundamentais para a promoção da saúde física e mental dos idosos, principalmente frente à realidade que se mostra dentro das instituições. Os resultados deste estudo demonstraram que a qualidade de vida pode ser maior em alguns domínios, mesmo quando as pessoas se encontram em condições desfavoráveis, como estar institucionalizado ou acamado. Estes achados, permitem perceber que ela não está relacionada a ausência de problemas, mas sim, com a satisfação pessoal.

Esta pesquisa pode proporcionar uma gama de informações essenciais para uma assistência integral do idoso e para o desenvolvimento de estratégias pertinentes, capazes de

proporcionar melhorias na adaptação dos institucionalizados. Além disso, esse constructo possui forte implicação na prática dos profissionais da saúde, com o propósito de subsidiar a capacitação de pessoas que trabalham com este público.

O entendimento da complexidade de todos os fatores relacionados é um dos grandes desafios para lidar com este segmento. A mensuração desses índices entre a população nessa faixa etária é extremamente importante para o envelhecimento bem sucedido.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico do Brasil (IBGE). Censo Demográfico; 2010.
2. Cobo CMS. The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2014;48(6):1013-9.
3. Porto AR, Roecker S, Salvagioni DAJ. O envelhecer e a morte: compreendendo os sentimentos de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2013 jan-abril;3(1):35-43.
4. Beltrame V, Cader SA, Cordazzo F, Dantas EHM. Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2012;15(2):223-31.
5. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2013;26(4):820-30.
6. Teixeira JS, Corrêa JC, Rafael CBS, Miranda VPN, Ferreira MEC. Aging and body perception of institutionalized senior citizens. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2012;15(1):63-68.
7. Rodrigues AG, Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2013;16(1):159-70.

8. Bessa MEP, Silva MJ, Borges CL, Moraes GLA, Freitas CASL. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. *Acta Paulista de Enfermagem* 2012;25(2):177-82.
9. Cabrita BAC, Abrahão AL. O normal e o patológico na perspectiva do envelhecimento: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate* 2014 jul-set;38(102):635-45.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF. *Revista de Saúde Pública* 2000 abr;34(2):178-83.
11. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública* 2006 out;40(5):785-91.
12. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2013;16(1):127-38.
13. Khoury HTT, Sá-Neves AC. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2014;17(3):553-65
14. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2011;45(3):485-93
15. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [Internet]. 2012 [Acesso em 2015 jul 10]; 20(6). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_22.pdf
16. Ribeiro FL, Paulim GST. Papéis Ocupacionais e Rede de Apoio Social de Idosas em Institucionalização Permanente e Residentes na Comunidade. *REFACS* (online) 2014;2(3):210-8.
17. Ramos LJ, Pizzato AC, Ettrich B, Melnik CS, Goldim JR. Aspectos éticos e nutricionais

em uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista HCPA* 2012;32(2):223-26.

18. Bajotto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2011 out-dez;14(4):753-61.

19. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAA. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2012;15(3):481-92

20. Tavares DMS, Dias FA, Munari DB. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta Paulista de Enfermagem* 2012;25(4):601-6.

21. Duarte LMN. O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar? *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento* 2014;19(1):201-17.

22. Gonçalves LTH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2013;16(2):315-25.

23. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida dos idosos cadastrados na estratégia de saúde da família de Foz do Iguaçu - PR. *Escola Anna Nery* 2010 out-dez;14(4):803-10.

24. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem* 2012;25(3):334-9.

25. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena ELS, Yarid SD, Gomes Filho DL. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista de Bioética (Impr.)* 2013;21(3):518-24.

26. Dawalibi NW, Goulart RMM, Prearo LC. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(8):3505-12.

27. Wachholz PA, Rodrigues SC, Yamane R. Estado nutricional e a qualidade de vida em

homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2011;14(4):625-35.

28. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira V, Mazzardo O, Campos W. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2013 mai;29(5):955-69.

29. Teston EF, Marcon SS. Qualidade e condições de vida sob a ótica dos residentes de um condomínio do idoso. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2014 mar;35(1):124-30.

30. Silva LM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Rodrigues RAP, Marques MC. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2012 mar;33(1):109-15.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, buscou-se comparar a qualidade de vida, o estado nutricional e a capacidade para a tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Existem poucos artigos científicos publicados no Brasil que utilizem estas comparações, principalmente pesquisas realizadas a partir de critérios de pareamento. Assim, relacionar estas questões entre idosos, segundo os parâmetros aqui escolhidos, ainda é inédito.

9.1 Caracterização da amostra

A amostra total foi composta por 552 idosos, sendo 276 institucionalizados e 276 não institucionalizados. A maioria eram aposentados e possuíam o ensino fundamental. Houve uma leve predominância de indivíduos do sexo feminino e todos os participantes que relataram nunca ter trabalhado fora, pertenciam a este gênero. Estes resultados refletem questões referentes ao processo histórico, pois os homens que possuem mais de 60 anos hoje, foram estimulados para o trabalho fora de casa durante toda a sua vida, enquanto que as mulheres foram ensinadas para o trabalho doméstico (HEITOR et al, 2013; FERNANDES, GARCIA, 2010).

9.2 Qualidade de vida

A qualidade de vida é a interpretação pessoal que o indivíduo faz de si mesmo e do contexto que o cerca. No processo de envelhecimento, está diretamente relacionada com as experiências pessoais e com os mecanismos que os idosos utilizam para lidar com as perdas, as decepções e os fracassos ocorridos no decorrer da vida (SILVA et al, 2012).

Na análise da qualidade de vida, os idosos institucionalizados que participaram desta pesquisa mostraram valores mais altos nos domínios capacidade física, bem estar psicológico, relações sociais, meio ambiente e participação social. Estes resultados revelam o processo de reestruturação das ILPIs para oferecer espaços de lazer e promoção de saúde adaptados para as necessidades especiais. Assim, o idoso pode se sentir acolhido e capaz de desenvolver uma maior interação social, devido a grande circulação de pessoas que normalmente acontece nestes locais. Além disso, as atividades realizadas pelos profissionais de saúde podem

contribuir para melhorar a sensação de utilidade e de produtividade dos idosos (VITORINO, PASKULIN, VIANNA, 2012).

Já os idosos não institucionalizados demonstraram resultados superiores nos domínios intimidade, autonomia, morte e morrer, bem como, nas atividades passadas, presentes e futuras. Deste modo, é possível compreender que há uma perda da identidade dos idosos que residem em ILPIs, pois a estes locais podem diminuir a privacidade, a individualidade e a autonomia, bem como ocasionar a perda dos vínculos construídos ao longo da vida (KHOURY, SÁ-NEVES, 2014).

Os participantes do sexo feminino obtiveram índices maiores no domínio meio ambiente, o que pode ser explicado pela maior capacidade de resiliência das mulheres para enfrentar as dificuldades relacionadas ao processo de envelhecimento (RODRIGUES, SILVA, 2013).

Os idosos acamados tiveram maior qualidade de vida, em relação aos não acamados, no domínio meio ambiente, porque a restrição ao leito pode proteger o idoso de elementos ambientais estressores, próprios das áreas de convívio coletivo (SAQUETTO et al, 2013). Assim como, o domínio participação social foi maior entre os idosos com restrição de mobilidade, fato que pode ser justificado pela maior atenção recebida dos idosos acamados, quando comparados aos não acamados. Os espaços de convívio e interação entre os idosos permitem a construção de novas identidades sociais (BESSA et al, 2012; WACHHOLZ et al, 2011).

Estes resultados mostram que, ao pensar em saúde e, conseqüentemente, em qualidade de vida, os idosos conseguem ultrapassar o sentido de ausência de doença. O bem estar físico, mental e social, podem influenciar de modo positivo para o enfrentamento dos problemas decorrentes do processo de envelhecimento (VAGETTI et al, 2013).

Essas características evidenciam que a qualidade de vida não está associada com a ausência de problemas em todas as dimensões, mas sim, com a satisfação pessoal com a própria vida e que o ambiente em que a pessoa está inserida pode influenciar diretamente na qualidade de vida do indivíduo (DIAS, CARVALHO, ARAÚJO, 2013).

9.3 Estado nutricional

A avaliação do estado nutricional é extremamente relevante para mensurar a saúde da população idosa, pois a detecção de indivíduos que estão com o peso abaixo, ou acima dos

limites normais, pode contribuir para a realização de uma intervenção nutricional primária (FERREIRA et al, 2014; BORTOLI et al, 2011).

Na análise do estado nutricional, foi identificado que, nesta pesquisa, os idosos institucionalizados tinham peso inferior aos não institucionalizados e que havia maior excesso de peso nos homens, que pode ser explicado pelas diferenças corporais e de estrutura física entre os diferentes sexos (CHAVES et al, 2013; PICCOLI et al, 2012).

O excesso de peso pode ser decorrente de fatores genéticos e ambientais, ou seja, relacionados ao estilo de vida (LIMA, DUARTE, 2013; KUCERA et al, 2012). Este fator de risco pode ocasionar o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes Mellitus tipo 2, Aterosclerose, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Acidente Vascular Encefálico, Coronariopatias, Artrite, Artrose e alguns tipos de câncer (STRASBURG et al, 2012; KÜMPEL et al, 2011). Aumentando, assim, o risco de incapacidade funcional e mortalidade precoce (VENTURINI et al, 2013; NEUMANN et al, 2014).

Todavia, ainda existem controvérsias quanto o impacto do excesso de peso em idosos, pois o desenvolvimento de patologias e a mortalidade estão mais fortemente associados as faixas da meia idade do que ao envelhecimento (FERREIRA et al, 2014). Alguns estudos sugerem que ele está relacionado a um melhor estado de saúde e a maiores chances de sobrevivência em pessoas acima de 60 anos de idade (RIBEIRO et al, 2011).

O baixo peso, ainda que em pequenas proporções no presente estudo, demanda uma atenção especial, pois é visto como um dos principais fatores envolvidos na percepção de saúde ruim devido a estar relacionado com carências nutricionais, bem como, com o surgimento de infecções e patologias (FERREIRA et al, 2014; SILVA et al, 2012). Desta forma, pode reduzir a qualidade de vida, dificultar a realização das atividades da vida diária do idoso, além de aumentar o risco de incapacidade funcional, dependência e morte (STROBL et al, 2013; ANDRE et al, 2013). A desnutrição em idosos é proveniente de questões multifatoriais relacionadas a senescência, comum nesta fase da vida ou, até mesmo, pode ser consequência da senilidade, ou seja, estar associada a outras patologias (PEIXOTO et al, 2012; SOUSA et al, 2014).

O IMC e a MAN são formas eficazes para avaliar o estado de saúde das pessoas acima de 60 anos de idade, entretanto, ambos possuem limitações, vantagens e desvantagens (SILVA et al, 2012; GONÇALVES et al, 2012). A relação entre estes diferentes métodos de avaliação, observada nesta pesquisa, evidencia a importância de avaliar a população geriátrica utilizando mais de um parâmetro, pois, apesar da MAN ser considerada mais completa por levar em consideração questões importantes para o envelhecimento, ainda não há consenso

sobre o melhor método para mensurar o estado nutricional de idosos. Frente a essa questão, portanto, é indicada a associação dos dois métodos, no intuito de obter resultados mais acurados e precisos (FERREIRA et al, 2014; CEREDA et al, 2011).

9.4 Capacidade para tomada de decisão

O conceito de saúde no processo de envelhecimento se traduz mais pela condição de autonomia do idoso, do que pela presença ou ausência de doença (SILVA et al, 2012). No presente estudo, todos os idosos apresentaram condições plenas para a tomada de decisão de acordo com o seu melhor interesse. Estes resultados demonstraram que, mesmo aqueles idosos que se enquadravam em condições tidas como desfavoráveis, tais como, ter idade avançada, baixa escolaridade e o fato de nunca trabalharem fora de casa ou estar institucionalizado, possuíam a preservação da capacidade para a tomada de decisão.

Desta forma, foi possível constatar que a sociedade, muitas vezes, julga os idosos de forma equivocada, como pessoas incapazes de escolher o que é melhor para si (ALMEIDA, 2010; CELICH, GOLDIM, 2010). Estes dados ainda reforçam que não há diferenças no processo de tomada de decisão de jovens e de idosos, ou seja, não há uma idade limite para a perda da capacidade para tomada de decisão (WIESIOLEK, FOSS, DINIZ, 2014; MEIRELES et al, 2012). Assim, é preciso reconhecer os idosos como seres autônomos e sujeitos das próprias vontades (BAJOTTO, GOLDIM, 2011; CUNHA et al, 2012).

Nesta pesquisa foi possível observar que uma das preocupações mais frequentes dos institucionalizados sobre si mesmo é a autonomia, que pode ser devido a restrição da liberdade dentro das ILPIs, pois os desejos e as vontades do idoso institucionalizado nem sempre são considerados (TAHAN, CARVALHO, 2010; FLORES, 2010). Outra causa pode ser a privação da escolha pelo local de moradia, que ocorre porque, muitas vezes, a própria família toma as decisões pelo idoso, sem nem ao menos consultá-lo, mesmo que ele tenha plena capacidade para a tomada de decisão (ALMEIDA, AGUIAR, 2011; CREUTZBERG et al, 2011).

O sexo masculino obteve níveis mais elevados de Desenvolvimento Psicológico-Moral, que pode ser explicado pela liberdade desigual, durante toda a vida, entre os diferentes sexos (HEITOR et al, 2013). Os homens tiveram maior liberdade para tomar suas próprias decisões, enquanto que as mulheres foram reprimidas e tiveram o exercício da sua autonomia restringido, antes pelos pais e posteriormente por seus maridos (REIS, LÖBLER, 2012).

Essas características demonstram que é fundamental reconhecer o idoso como um ser autônomo e sujeito da própria vontade, pois somente a partir da inserção do idoso como cidadão na sociedade, é possível proporcionar um envelhecimento saudável (CAMACHO, SANTOS, 2013; ALMEIDA, AGUIAR, 2011).

10 CONCLUSÕES

O processo de envelhecimento populacional do Brasil demanda ações integradas para atendimento adequado dos idosos. Esta pesquisa revela a situação real de pessoas com mais de 60 anos de idade do município de Santa Cruz do Sul/RS. Com base nos dados obtidos na presente amostra, é possível concluir que, na avaliação da qualidade de vida, os idosos institucionalizados apresentaram valores mais altos nos domínios capacidade física, bem estar psicológico, relações sociais, meio ambiente e participação social. Já os idosos não institucionalizados demonstraram resultados superiores nos domínios intimidade, autonomia, morte e morrer, bem como, nas atividades passadas, presentes e futuras. Deste modo, é possível compreender que há uma perda da identidade em locais de residência coletiva, mas também pode ser verificado que há um esforço das instituições em oferecer espaços de lazer e promoção de saúde para os residentes. Essas características evidenciam que a qualidade de vida não está associada a ausência de problemas em todas as dimensões, mas sim, a satisfação pessoal com a própria vida.

Na análise do estado nutricional os idosos institucionalizados apresentam peso inferior aos não institucionalizados e que há relação entre os diferentes métodos de avaliação. Assim, pode ser percebida a importância de avaliar a população geriátrica utilizando mais de um parâmetro.

Todos os idosos tinham a capacidade para a tomada de decisão preservada e há uma preocupação quanto a restrição de liberdade nos idosos institucionalizados. Desta forma, é possível constatar que não há uma idade limite para a perda da capacidade para tomada de decisão e que é preciso reconhecer os indivíduos nesta faixa etária como seres autônomos e sujeitos das próprias vontades.

A partir deste levantamento sobre o comportamento e as condições que afetam o idoso no seu dia-a-dia, as equipes de saúde poderão enfatizar a importância de capacitar os profissionais sobre cuidado integral e interdisciplinar.

Os resultados desse estudo oferecem discussões importantes, que podem auxiliar na elaboração e na implementação de políticas públicas, direcionadas a saúde e ao bem estar, em benefício da população idosa. Sugere-se que sejam realizadas outras pesquisas, afim de identificar outras causas associadas a qualidade de vida dos idosos, bem como, discutir as intervenções que mais se aplicam às situações específicas desta população.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mariana Asmar. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 785-796. 2012.

ALMEIDA, Aline Branco Amorim; AGUIAR, Maria Geralda Gomes. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 197-217. 2011.

ALMEIDA, Leonor Duarte de. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Revista de Bioética*, v. 18, n. 3, p. 537- 48. 2010.

ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n. 4, out./dez. 2013.

ANDRE Muzembo Basilua, et al. Mini Nutritional Assessment and functional capacity in community-dwelling elderly in Rural Luozi, Democratic Republic of Congo. **Geriatria & Gerontologia International**, República Democrática do Congo, v. 13, n. 1, p. 35-42. 2013.

ANGELO, Barbara Helena de Brito; SILVA, Débhora Isis Barbosa e; LIMA, Maria do Amparo Souza. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 663-673. 2011.

ARAÚJO, Isabel; PAÚL, Constança; MARTINS, Manuela. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 869-75. 2011.

BAJOTTO, Aletheia Peters; GOLDIM, José Roberto. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, out./dez. 2011.

BELTRAME Vilma, et al. Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 223-31. 2012.

BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MEURER, Simone Teresinha; MORINI, Simone. Índices antropométricos relacionados a doenças cardiovasculares e metabólicas em idosos. **Revista da Educação Física da Universidade Estadual de Maringá**, Maringá, v. 23, n. 1, p. 123-130, jan/mar. 2012.

BENETTI, Fábila, et al. Instituições de longa permanência para idosos: olhares sobre a profissão do nutricionista. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 397-408. 2014.

BENTES, Ana Cláudia de Oliveira; PEDROSO, Janari da Silva; MACIEL, Carlos Alberto Batista. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 196-205, mai/dez. 2012.

BESSA, Maria Eliana Peixoto, et al. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 177-82. 2012.

BEZERRA, Fernanda Carvalho; ALMEIDA, Maria Irismar de; NÓBREGA-TERRIEN, Sílvia Maria. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-167. 2012.

BORTOLI, Celiana, et al. Ingestão dietética de gordura saturada e carboidratos em adultos e idosos com dislipidemia oriundos do Projeto Veranópolis. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 33-41, jan./fev. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.

BRASIL. Lei n. 8842, de 04 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 jan 1994. Seção II.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do idoso. **Presidência da República**, Brasília, DF, 01 jan 2003.

BRASIL. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out 2006.

BRASIL. Resolução n. 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**,

Brasília, DF, 26 set 2005.

CABRITA, Bruno Augusto Correa; ABRAHÃO, Ana Lucia. O normal e o patológico na perspectiva do envelhecimento: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 635-645, jul./set. 2014.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite; SANTOS, Renata Costa. Revisión integrativa sobre las cuestiones bioéticas relacionadas con el anciano: aspectos relevantes para la enfermería. **Revista Enfermería Global**, Espanha, n. 31, p. 398-408, jul. 2013.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 211-217, jul./dez. 2013.

CARLI, Larissa de, et al. Ambiente asilar: única opção de moradia. **Revista Contexto Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 647-652, jan./jun. 2011.

CARRETTA, Marisa Basegio; BETTINELLI, Luiz Antonio; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 958-62, set./out. 2011.

CARVALHO, Janaína Castro Nunes, et al. O Papel de Variáveis Sócio-Demográficas na Tomada de Decisão: Uma Revisão Sistemática sobre o Iowa Gambling Task. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Colômbia, v. 30, n. 1, p. 13-26. 2012.

CELICH Kátia; GOLDIM, José Roberto. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. *Revista Nurs*, São Paulo, v. 13, n. 147, p. 400-5. 2010.

CEREDA, Emanuele. et al. Nutritional screening and mortality in newly institutionalised elderly: a comparison between the geriatric nutritional risk index and the mini nutritional assessment. **Clinical Nutrition**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 793-798. 2011.

CHAVES Layana Rodrigues, et al. Estado nutricional e consumo alimentar de idosos assistidos na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6780-9, dez. 2013.

CHUMLEA, Cameron , et al. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 88, n. 5, p. 564-8. 1987.

CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro da, et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012.

CREUTZBERG, Marion, et al. Acoplamento estrutural das instituições de longa permanência para idosos com sistemas societários do entorno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 219-25, jun. 2011.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe; GOULART, Rita Maria Monteiro; PREARO, Leandro Campi. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 8, p. 3505-12. 2014.

DEL DUCA, Giovâni Firpo, et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 147-53. 2012.

DIAS, Daniela da Silva Gonçalves; CARVALHO, Carolina da Silva; ARAÚJO, Cibelle Vanessa de. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 127-138. 2013.

DUARTE, Lidiane Mendes Nazareno. O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar? **Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 201-217. 2014.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Loreley Gomes. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, out/dez. 2010.

FERREIRA, Aline Alves, et al. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 289-301. 2014.

FLECK, Marcelo, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, abr. 2000.

FLECK, MarceloP; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, out. 2006.

FLORES, Gisela Cataldi; BORGES, Zulmira Newlands; DENARDIN-BUDÓ, Maria de Lourdes; MATTIONI, Fernanda Carlise. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do

idoso e presença do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 467-74, 2010.

FRIES, Aline Tais; PEREIRA, Daniela Cristina. Teorias do envelhecimento humano. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, jan./jun. 2011.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133. 2012.

GONÇALVES, Lucia Takase Hisako, et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-25. 2013.

GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle; SCHWANKE, Carla Helena Augustin; GOMES, Irênio; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica da. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 365-380. 2011.

GUIGOZ, Yves; VELLAS, Bruno; GARRY, Philip. The Mini Nutritional Assessment (MNA): A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. In: Vellas BJ, Guigoz Y, Garry PJ, Albarede JL Editor. **Facts and Research in Gerontology**. New York: Serdi Publishing Co, 1994. p. 15–60 (Supplement).

HEITOR, Sara Franco Diniz; RODRIGUES, Leiner Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 79-88, jan/mar. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características da população. [Capturado 2014 Out 20]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_pdf.shtm.

KHOURY, Hilma Tereza Tôrres; SÁ-NEVES, Ângela Carina. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 553-565. 2014.

KUCERA, Marilza de Oliveira Rezer; SIVIERO, Josiane; BONATTO, Simone. Consumo de lipídeos e estado nutricional de idosos participantes do projeto NUTENV da Universidade de Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 9, n. 3, p. 426-438, set./dez. 2012.

KÜMPEL, Daiana Argenta, et al. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 3, jul./set. 2011.

LIPSCHITZ, David A. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*, v. 21, p. 55-67. 1994.

LIMA, Pollyanna Viana; DUARTE, Stênio Fernando Pimentel. Prevalência de obesidade em idosos e sua relação com Hipertensão e Diabetes. *InterScientia*, João Pessoa, v. 1, n. 3, p. 80-92, set./dez.. 2013.

LOEVINGER, Jane; WESSLER, Ruth. **Measuring ego development: Construction and Use of a Sentence Completion Test**. San Francisco: Jossey Bass Inc Publishers, 1970.

MARIN, Maria José Sanches, et al. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 147-154. 2012.

MARTIN, Fabíola Giannattasio; NEBULONI, Clarice Cavaleiro; NAJAS, Myrian Spínola. Correlação entre estado nutricional e força de preensão palmar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 493-504. 2012.

MARTINS, Aline Blaya, et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416. 2014.

MEIRELES, Viviani Camboin; MATSUDA, Laura Misue; COIMBRA, Jorseli Ângela Henriques; ALVAREZ, Ângela Maria. Autonomía y Derecho a la Información: Contribuciones para la Gestión del Cuidado de Ancianos Hospitalizados. *Revista Ciencia y Enfermería*, XVI, n. 2, p. 59-68. 2010.

MOREIRA, Jaqueline de Oliveira. Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 28, n. 4, p. 451-6, out./dez. 2012.

NASCIMENTO, Clarissa de Matos, et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2409-2418, dez. 2011.

NEUMANN, Bethania, et al. Associação entre o estado nutricional e a prevalência de doenças

crônicas não transmissíveis em idosos residentes no município de Roca Sales-RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 166-177, mai./ago. 2014.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de; GOMES, Maria José; PAIVA, Mary de. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória-ES, Brazil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 518-523, jul./set. 2011.

OLIVEIRA, Janine Melo de; ROZENDO, Célia Alves. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 773-9, set./out. 2014.

PEIXOTO Jéssica Sereno, et al. Riscos da interação droga-nutriente em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 156-164. 2012.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. [Capturado 2014 Nov 15]; Disponível em: <http://www.who.int/countries/bra/es/>.

PICCOLI, João Carlos Jaccottet, et al. Coordenação global, equilíbrio, índice de massa corporal e nível de atividade física: um estudo correlacional em idosos de Ivoti, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2. 2012.

PINTO, Andressa Hoffmann, et al. Perfil dos idosos de uma instituição de longa permanência. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 3, n. 1, p. 27-39. 2013.

PORTO, Andréia Ramos do; ROECKER, Simone; SALVAGIONI, Denise Albieri Jodas. O envelhecer e a morte: compreendendo os sentimentos de idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p. 35-43, jan./abr. 2013.

RAMOS, Luciana Junqueira, et al. Aspectos éticos e nutricionais em uma amostra de idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 32, n. 2. 2012.

REIS, Eliete dos; LÖBLER, Mauri Leodir. O Processo Decisório Descrito pelo Indivíduo e Representado nos Sistemas de Apoio à Decisão. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 397-417, mai./jun. 2012.

REIS, Luciana Araújo; TORRES, Gilson de Vasconcelos. Influência da Dor Crônica na

Capacidade Funcional de Idosos Institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 274-280. 2011.

RIBEIRO, Fernanda Laís; PAULIM, Grasielle Silveira Tavares. Papéis Ocupacionais e Rede de Apoio Social de Idosas em Institucionalização Permanente e Residentes na Comunidade. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 2, n. 3, p. 210-8. 2014.

RIBEIRO, Sandra Maria Lima, et al. Análise vetorial de bioimpedância e estado nutricional de idosas de acordo com o índice de massa corporal. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 13, n. 6, p. 415-421. 2011.

RISSARDO, Leidyani Karina, et al. Concepção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 682-689. 2011.

ROCHA, Márcia Denise Moreira; RIBEIRO, Maria Celina da Piedade . Projeto saúde do idoso institucionalizado: atuação dos profissionais na atenção à saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 9, n. 1, p. 152-172, jan./jul. 2011.

RODRIGUES, Adriana Guimarães; SILVA, Ailton Amélio da. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**., Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 159-170. 2013.

SALMASO, Franciany Viana, et al. Análise de idosos ambulatoriais quanto ao estado nutricional, sarcopenia, função renal e densidade óssea. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 58, n. 3. 2014.

SAMPAIO, Aline Melo Oliveira, et al. Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, ago. 2011.

SANTOS, Marlete Bezerra dos; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 613-624. 2011.

SAQUETTO, Micheli, et al. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 518-24. 2013.

SCHERER, Rosangela, et al. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos

de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n 4, p. 769-779. 2013.

SCHUMACHER, Aluisio Almeida; PUTTINI, Rodolfo Franco; NOJIMOTO, Toshio. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 281-293, abr./jun. 2013.

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos, et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-62. 2012.

SILVEIRA, Erika Aparecida; DALASTRA, Luana.; PAGOTTO, Valéria. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 818-829, out./dez. 2014.

SIQUEIRA José Eduardo. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. In: Bertachini L, Pessini L. **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida**. São Paulo: Paulinas, 2011. p. 241-63.

SOARES, Lisandra Delfino de Albuquerque, et al. Análise do Desempenho Motor associado ao Estado Nutricional de Idosos cadastrados no Programa Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão-PE. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1297-1304. 2012.

SOUSA, Kamilla Tavares de, et al. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3513-3520. 2014.

SOUZA, Edela Lanzer Pereira. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. Boletim da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 3, n.7, p. 5-16, 1968.

STRASBURG, Virgílio José; ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Contribuição de cesta básica na segurança alimentar de idosos diabéticos de programa assistencial em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 469-480. 2012.

STROBL Ralf, et al. Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults – results from the German KORA-Age study. *Revista BMC Public Health*, Reino Unido, v. 13, n. 137. 2013.

TAVARES, Ana Rita; PIRES, Cátia Isabel; SIMÕES, José Augusto. Autonomia do idoso: perspectiva ética, médica e legal. **Revista Portuguesa de Bioética**, Portugal, v. 15, n. 329-52. 2011.

TEIXEIRA, Jéssica Sobrinho, et al. Aging and body perception of institutionalized senior citizens. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1. 2012.

VAGETTI, Gislane Cristina, et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 955-969, mai. 2013.

VENTURINI, Carina Duarte, et al. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 591-601. 2013.

VITORINO, Luciano Magalhães; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6. 2012.

WACHHOLZ, Patrick Alexander; RODRIGUES, Sueleen Cristiane; YAMANE, Roseli. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 625-635. 2011.

WIESIOLEK, Carine Carolina; FOSS, Maria Paula; DINIZ, Paula Rejane Beserra. Normal aging and decision-making: a systematic review of the literature of the last 10 years. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 255-9. 2014.

11 ANEXOS

ANEXO A

Parecer consubstânciado do CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE DE TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS DE SANTA CRUZ DO SUL/RS

Pesquisador: José Roberto Goldim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11986413.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 241.854

Data da Relatoria: 05/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa junto a idosos institucionalizados e não institucionalizados de Santa Cruz do Sul/RS se justifica como sendo uma ferramenta em busca das situações cotidianas que possam mensurar a qualidade de vida dos idosos. Analisando-se o ambiente dos idosos institucionalizados se percebe que grande deles se encontram fragilizados e ali pretendem encontrar apoio e cuidado. Nessas condições muitas vezes a capacidade da tomada de decisão do idoso não é levada em consideração. Os idosos institucionalizados apresentam problemas nutricionais como o baixo peso ou excesso de peso, devido ao ambiente que se inserem. Esses aspectos estão intimamente relacionados com a qualidade de vida. Os dados encontrados neste estudo podem permitir compreender situações que podem subsidiar estratégias de ações ou políticas públicas de saúde que contribuam para o envelhecimento bem sucedido e para a melhor qualidade de vida dessa população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os domínios da qualidade de vida, o estado nutricional e a capacidade de tomada de decisão em idosos institucionalizados e não

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



institucionalizados de Santa Cruz do Sul/RS.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os dados sócio demográficos da amostra; - Avaliar os domínios da qualidade de vida, através do WOQOL-BREF; - Avaliar os domínios da qualidade de vida, através do WOQOL-OLD; - Avaliar o estado nutricional, através do Índice de Massa Corporal (IMC); - Avaliar o estado nutricional, através da Mini Avaliação Nutricional (MAN); - Avaliar a Razão Cintura-Quadril, através da medida da cintura e do quadril; - Avaliar a capacidade da tomada de decisão, através do Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicológico-Moral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: desconforto ao responder aos instrumentos de coleta de dados.

Benefícios: melhor entendimento da sua qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem estruturada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

No TCLE incluir o horário (comercial) do telefone do CEP e disponibilizar aos participantes a alternativa de fazer ligação a cobrar para o telefone celular da pesquisadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem restrições.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PORTO ALEGRE, 10 de Abril de 2013

Assinador por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

ANEXO B

Carta de aceite para publicação do primeiro artigo

**REVISTA
perspectiva**

Publicação da URI - Universidade Regional Integrada
do Alto Uruguai e das Missões
ISSN 0101-2908

A T E S T A D O

Atestamos, para os fins que se fizerem necessários, que o Artigo "Comparação entre diferentes métodos de avaliação nutricional de idosos institucionalizados e não institucionalizados", de autoria de Rúbia Garcia Deon e José Roberto Goldin, foi aceito para publicação na Revista Perspectiva - ISSN 0101-2908, volume 40, no número 149, de Março de 2016, temática: Ciências Biológicas e Ciências da Saúde.

Secretaria da Revista Perspectiva, URI - Câmpus de Erechim, aos 29 dias do mês de julho de 2015.



Prof.ª Dr.ª. Rozane Maria Restello
Editora - Revista Perspectiva
URI Erechim

URI Câmpus de Erechim - Av. Sete de Setembro, 1621. Cx. Postal: 745 Cep: 99709-910 Erechim/RS Brasil.
Fone: 54 - 3520-9000 Fax: 54 - 3520-9090 Ramal: 9020
E-mail: revistaperspectiva@unicez.edu.br Home page: <http://www.unicez.edu.br/perspectiva>
Revista Indexada: em GeoDados: <http://geodados.pe.uffpr.edu.br/>
Latindex: <http://www.latindex.unam.mx/>

ANEXO C

Comprovante de submissão do segundo artigo

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#) [ANTERIORES](#) [NOTÍCIAS](#)

Capa > Usuário > Autor > Submissões > Nova submissão

PASSO 5. CONFIRMAÇÃO DA SUBMISSÃO

1. INÍCIO 2. TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO 3. INCLUSÃO DE METADADOS 4. TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES 5. CONFIRMAÇÃO

Após concluídos e verificados os passos anteriores, clique em "Concluir submissão" para enviar seu trabalho para a revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Um e-mail de confirmação será enviado. Acompanhe a situação da submissão, dentro do processo editorial da revista, acessando o sistema com o papel de autor. Agradecemos seu interesse em contribuir com seu trabalho para a revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento.

RESUMO DE DOCUMENTOS

ID	NOME ORIGINAL DO DOCUMENTO	TIPO	TAMANHO DO DOCUMENTO	DATA DE TRANSFERÊNCIA
220640	ARTIGO SOBRE TOMADA DE DECISÃO - VERSÃO FINAL.DOCX	Arquivo submetido	36KB	09-03

Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. ISSN: 1517-2473 (impresso) e 2316-2171 (eletrônico)
 Qualis Capes 2013, área interdisciplinar: B1

Ajuda do sistema

USUÁRIO
 Logado como:
 rubidson
 Menu periódicos
 Perfil
 Sair do sistema

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Procurar:
 Por Edição
 Por Autor
 Por título
 Outras revistas

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

Para leitores
 Para Autores

ANEXO D

Comprovante de submissão do terceiro artigo

Submission Confirmation



Thank you for your submission

Submitted to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Manuscript ID RBGG-2015-0192

Title QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Authors Deon, Rúbia
Goldim, José

Date Submitted 07-Oct-2015

12 APÊNDICES

APENDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

NUMERO DO QUESTIONÁRIO |__|__|__|__|

DADOS DEMOGRÁFICOS:

1) Data da entrevista: |__|__|/|__|__|/|__|__|

2) Data de nascimento: |__|__|/|__|__|/|__|__|

3) Sexo: | 1 | Feminino | 2 | Masculino

4) Cor da pele: | 1 | Branca | 2 | Não-branca

5) Estado civil

Solteiro |__|

Casado(a) ou vive c/ companheiro(a) |__|

Viúvo |__|

Separado ou divorciado |__|

6) Escolaridade

Ensino fundamental incompleto |__| Ensino fundamental completo |__|

Ensino médio incompleto |__| Ensino médio completo |__|

Ensino superior incompleto |__| Ensino superior completo |__|

Pós graduação em andamento ou completa |__|

7) Renda

Menos que 1 salário mínimo |__| Entre 1 e 3 salários mínimos|__|

Entre 4 e 6 salários mínimos |__| Acima de 7 salários mínimos|__|

8) Religião

Católica |___|

Evangélica |___|

Espírita |___|

Não tem/praticante e/ou não praticante |___|

9) Participação em atividades sociais

|___| Sim

|___| Não

10) Com quem reside

Sozinho |___|

Com família |___|

Com estranhos |___|

Instituição |___|

Se mora em Instituição, ela é: |1| Pública |2| Privada

Caso não more em Instituição, pertence a qual Estratégia de Saúde da Família (ESF): _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso corporal (kg): |___|_|___|_|___|,|___|_|___|

Altura (cm): |___|_|___|_|___|

IMC: Classificação: |___|_|___|,|___|_|___|

Circunferência da cintura (cm): |___|_|___|_|___|

Circunferência do quadril (cm): |___|_|___|_|___|

Razão cintura-quadril: |___|_|___|_|___|

WHOQOL-BREF:

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim | 1 |

Ruim | 2 |

Nem ruim nem boa | 3 |

Boa | 4 |

Muito boa | 5 |

2) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |

Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |

Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

4) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?|

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |

Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

5) O quanto você aproveita a vida?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |

Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

6) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |

Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

7) O quanto você consegue se concentrar?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |

Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

8) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |

Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

9) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10) Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
 Muito | 4 | Completamente | 5 |

11) Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
 Muito | 4 | Completamente | 5 |

12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
 Muito | 4 | Completamente | 5 |

13) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
 Muito | 4 | Completamente | 5 |

14) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
 Muito | 4 | Completamente | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15) Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim | 1 | Ruim | 2 | Nem ruim nem bom | 3 |
 Bom | 4 | Muito bom | 5 |

16) Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

17) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

18) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

19) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

20) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

21) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

22) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

23) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

24) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

25) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem insatisfeito nem satisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca | 1 | Algumas vezes | 2 | Frequentemente | 3 |
 Muito frequentemente | 4 | Sempre | 5 |

WHOQOL-OLD:

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

1) Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

2) Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

3) Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

4) Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

5) O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

6) Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

7) O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

8) O quanto você tem medo de morrer?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

9) O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

10) Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
Muito | 4 | Completamente | 5 |

11) Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
Muito | 4 | Completamente | 5 |

12) Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
Muito | 4 | Completamente | 5 |

13) O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
Muito | 4 | Completamente | 5 |

14) Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
Muito | 4 | Completamente | 5 |

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas .

15) Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
Nem satisfeito nem insatisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

16) Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem satisfeito nem insatisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

17) Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem satisfeito nem insatisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

18) Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito | 1 | Insatisfeito | 2 |
 Nem satisfeito nem insatisfeito | 3 | Satisfeito | 4 | Muito satisfeito | 5 |

19) Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito feliz | 1 | Infeliz | 2 | Nem feliz nem infeliz | 3 |
 Feliz | 4 | Muito feliz | 5 |

20) Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim | 1 | Ruim | 2 | Nem ruim nem boa | 3 |
 Boa | 4 | Muito boa | 5 |

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

21) Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

22) Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Mais ou menos | 3 |
 Bastante | 4 | Extremamente | 5 |

23) Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
 Muito | 4 | Completamente | 5 |

24) Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada | 1 | Muito pouco | 2 | Médio | 3 |
 Muito | 4 | Completamente | 5 |

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)

Responda a seção triagem, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da seção triagem. Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem:

A) Nos últimos 3 meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? |__|

0 = diminuição grave da ingesta

1 = diminuição moderada da ingesta

2 = sem diminuição da ingesta

B) Perda de peso nos últimos 3 meses: |__|

0 = superior a 3kg

1 = não sabe informar

2 = entre 1 e 3 kg

3 = sem perda de peso

C) Mobilidade: |__|

0 = restrito ao leito ou cadeira de rodas

1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

D) Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses? |__|

0 = sim

2 = não

E) Problemas neuropsicológicos: |__|

0 = demência ou depressão graves

1 = demência ligeira

2 = sem problemas psicológicos

F) Índice de Massa Corporal (IMC): |__|

0 = $IMC < 19$

1 = $19 \leq IMC < 21$

2 = $21 \leq IMC < 23$

3 = $IMC \geq 23$

Pontuação da triagem (subtotal máximo de 14 pontos) |__| |__|

12 – 14 = estado nutricional normal (desnecessário continuar a avaliação)

8 – 11 = risco de desnutrição

0 – 7 = desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada continue com as perguntas G à R

Avaliação Global:

G) O doente vive em sua própria casa? (não significa em instituição geriátrica ou hospital): |__|

0 = não

1 = sim

H) Utiliza mais de 3 medicamentos diferentes por dia? |__|

0 = sim

1 = não

I) Lesões da pele ou escaras? |__|

0 = sim

1 = não

J) Quantas refeições faz por dia? |__|

0 = 1 refeição

1 = 2 refeições

2 = 3 refeições

K) O doente consome: |__|.|__|

- Pelo menos 1 porção diária de leite ou derivados? (queijo, iogurte) |__|sim |__|não

- 2 ou mais porções de leguminosas ou ovos? |__|sim |__|não

- Carne, peixe ou aves todos os dias? |__|sim |__|não

0.0 = nenhuma ou 1 resposta “sim”

0.5 = 2 respostas “sim”

1.0 = 3 respostas “sim”

L) O doente consome 2 ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? |__|

0 = não

1 = sim

M) Quantos copos de líquidos o doente consome por dia? |__|.|__|

0.0 = menos de 3 copos

0.5 = 3 à 5 copos

1.0 = mais de 5 copos

N) Modo de se alimentar: |__|

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O) O doente acredita ter algum problema nutricional? |__|

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter problema nutricional

P) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente sua própria saúde? |__|.|__|

0.0 = pior

0.5 = não sabe

1.0 = igual

2.0 = melhor

Q) Perímetro Braquial (PB) em cm: |__|.|__|

0.0 = $PB < 21$

0.5 = $21 \leq PB \leq 22$

1.0 = $PB > 22$

R) Perímetro da Perna (PP) em cm: |__|

0 = $PP < 31$

1 = $PP \geq 31$

Avaliação global (máximo 16 pontos) |__|__|.|__|

Pontuação da triagem |__|__|.|__|

Pontuação total (máximo 30 pontos) |__|__|.|__|

Avaliação do estado nutricional:

De 24 à 30 pontos = Estado nutricional normal |__|

De 17 à 23,5 pontos = Sob risco de desnutrição |__|

Menos de 17 pontos = Desnutrido |__|

INSTRUMENTO DE DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO MORAL

Idade:

Profissão:

Data de Preenchimento: ____/____/____

Escolaridade:

Analfabeto

3º grau incompleto

1º grau incompleto

3º grau completo

1º grau completo

Especialização

2º grau incompleto

Mestrado

2º grau completo

Doutorado

1) Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

Poder contar com amigos que me ajudam

Realizar um trabalho bem feito

Estar numa posição de dar ordens

Fazer o que é moralmente certo

Não alimentar preconceitos

Ser coerente com o que digo e faço

Ter amigos protetores

Retribuir os favores que me fazem

Estar em harmonia comigo mesmo

Ter relações influentes

Não se deixar influenciar por convenções sociais

Ser generoso para com os outros

2) Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

Compromissos assumidos

Não dominado pelos outros

Aprimoramento pessoal

Desejos sexuais

Estar bem trajado

Harmonia interior

3) Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- Prestígio
- Coerência
- Autonomia
- Autocrítica exagerada
- Competição
- Impulsividade

4) Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- Medo à vingança
- Boa reputação
- Conflito de necessidades
- Independência
- Ter um rendimento ótimo
- Obter vantagens

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
