

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

**LUCIANA JUNQUEIRA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL, DE SEIS DOMÍNIOS DA QUALIDADE  
DE VIDA E DA CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO DE IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE  
PORTO ALEGRE, RS**

**Porto Alegre**

**2008**

**LUCIANA JUNQUEIRA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL, DE SEIS DOMÍNIOS DA QUALIDADE  
DE VIDA E DA CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO DE IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE  
PORTO ALEGRE, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Pontifícia Universidade  
Católica do Rio Grande do Sul, Instituto  
de Geriatria e Gerontologia, como  
requisito à obtenção do grau de Mestre  
em Gerontologia Biomédica.

**ORIENTADOR: PROFESSOR JOSÉ ROBERTO GOLDIM**

**Porto Alegre**

**2008**

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

R175v Ramos, Luciana Junqueira

Varição do estado nutricional, da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS / Luciana Junqueira Ramos; orient. José Roberto Goldim. Porto Alegre: PUCRS, 2008.

00f.: tab.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica.

1. ESTADO NUTRICIONAL. 2. QUALIDADE DE VIDA. 3. ATIVIDADES COTIDIANAS. 4. IDOSO. 5. SAÚDE DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO. 6. AUTONOMIA PESSOAL. 7. ESTUDOS TRANSVERSAIS. I. Goldim, José Roberto. II. Título.

C.D.D. 361.32

C.D.U. 316.621-053.9:613-058(816.5)(043.3)

N.L.M. WT 30

Rosária Maria Lúcia Prenna Geremia  
Bibliotecária CRB10/196

**LUCIANA JUNQUEIRA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL, DE SEIS DOMÍNIOS DA QUALIDADE  
DE VIDA E DA CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO DE IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE  
PORTO ALEGRE, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, como requisito à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Biomédica.

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

---

**Professor José Roberto Goldim – Orientador**

---

**Professora Josiane Siviero**

---

**Professor Rodolfo Herberto Schneider**

**Porto Alegre**

**2008**

## **AGRADECIMENTOS**

Prof. Dr. José Roberto Goldim, pela orientação desta dissertação, pelas importantes contribuições, discussões e a oportunidade de convivência e aprendizado constante.

À Profa. Alessandra Campani Pizzato, colaboradora deste estudo, pelo incentivo e apoio, sobretudo na concepção do projeto.

Às acadêmicas responsáveis pela coleta de dados, Gabriela Penter, Paula Z., Camila Chitolina, Luana Haar. e em especial a incansável Betina Ettrich pela dedicação e disponibilidade com a qual desde o início me ajudou com muita doçura e espontaneidade.

À Coordenação, aos professores, colegas e funcionários do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

À Daniela Benzano do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG), pelo auxílio nas análises estatísticas.

Aos meus pais pelo apoio incondicional, pela compreensão, pela carinhosa dedicação e pelo incansável incentivo.

Ao meu noivo, Fabrício, pela paciência, compreensão, companheirismo e motivação ao longo destes dois anos de duração do mestrado.

Aos amigos, pela compreensão pela ausência nos momentos de dedicação ao trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional tornou-se realidade em nosso meio e surge acompanhando uma transição social. A busca por Instituições de Longa Permanência (ILPs) para idosos, surge como uma alternativa para as famílias de baixa renda ou para idosos que perderam seus vínculos familiares. As doenças que surgem com o avanço da idade, podem levar a diminuição drástica da qualidade de vida. Mais do que nunca, enfatiza-se a identificação dos fatores que promovem o bem-estar, incluindo saúde, estado nutricional e forma física. Hábitos nutricionais positivos influenciam claramente a qualidade da vida que uma pessoa pode esperar nos seus últimos anos. O que está em jogo na velhice é a autonomia, que está intimamente relacionada à capacidade de tomar decisões à medida que é necessário que o indivíduo tenha capacidade de exercê-la, de determinar e executar seus próprios desígnios. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional, seis domínios da qualidade de vida e a capacidade de tomar decisão em idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Método:** Foi realizado um estudo do tipo transversal, com idosos institucionalizados e não institucionalizados, de Porto Alegre - RS. Foram estudados 248 idosos, sendo realizadas as avaliações do estado nutricional, através da Mini-Avaliação Nutricional e da antropometria, de seis domínios da qualidade de vida, utilizando o instrumento WHOQOL-old e da capacidade de tomar decisão (Instrumento Desenvolvimento Psicológico-Moral). **Resultados:** Dos 248 idosos, 71% residiam em suas casas, 79% da amostra total eram mulheres, a média etária do grupo institucionalizado permaneceu mais alta ( $81\pm 7$  anos) e ambos grupos foram classificados com sobrepeso pelo IMC, apenas 2% da amostra foi classificada com desnutrição pela MAN. O grupo não institucionalizado apresentou melhor qualidade de vida. Os dois grupos permaneceram na fase conscienciosa do desenvolvimento psicológico-moral, o que lhes garante capacidade para tomada de decisão. **Considerações Finais:** As associações entre as variáveis estudadas e a institucionalização ou não dos participantes teve apenas repercussão na qualidade de vida, que foi superior nos idosos não-institucionalizados.

## ABSTRACT

**Introduction:** The growth of the elder population has become an issue in our living circle and appears accompanied by a social transition. The search for Care Institutions as a residence for old people arises as an alternative for low-income families or for old individuals who have lost their family bonds. The illnesses that appear with the age progression can lead people to drastic quality of life deterioration. Now, more than ever, the identification of factors that promote the well-being, which include health care and nutritional and physical status are emphasized. Positive nutritional habits have a clear influence on the quality of someone's last years of life. What matters for elders is the autonomy, which is intimately related to the decision making ability, as the individual must have the power to enact its own intentions. **Objective:** To evaluate associations between the nutritional status, the quality of life and the decision making ability on old individuals who reside or not at Care Institutions in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Method:** A cross section study was performed in a sample of 248 seniors, who lives at home or in institutions in Porto Alegre, RS, Brazil. The research evaluated the nutritional status, using Mini Nutritional Assessment and anthropometry measures, six domains of quality of life, using WHOQOL-old instrument and a Psychological-Moral Development Instrument, based on Loevinger theory. **Results:** From the 248 old individuals, 71% resided at their own house, 79% of the total sample were women, the average age of the residents of Institutions was higher ( $81\pm 7$  years) and both groups were classified as overweight by the Body Mass Index (BMI), only 2% of the sample was classified with malnutrition by the Mini Nutritional Assessment (MNA). The group that live at home showed a better quality of life. Both groups remained on the consciousness stage of the psychological-moral development, this stage demonstrates that these persons maintain their decision making capacity. **Final Considerations:** The relationships between the studied variables was not significant, except that quality of life in home residents was superior than the institutionalized seniors.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ILP** – Instituição de Longa Permanência

**ILPI** – Instituição de Longa Permanência para Idosos

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**IMC** - Índice de Massa Corporal

**MAN** – Mini Avaliação Nutricional

**RCQ** – Razão Cintura-Quadril

**WHOQOL-OLD** – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida para Idosos

**WHO** – World Health Organization



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação do Índice de Massa Corporal .....	25
Quadro 2 - Valores de referência do <i>National Health and Nutrition Examination Survey</i> (NHANES I) para homens .....	26
Quadro 3 - Valores de referência do <i>National Health and Nutrition Examination Survey</i> (NHANES I) para mulheres .....	26
Quadro 4 - Adequação da Circunferência do Braço .....	27
Quadro 5 - Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade pela circunferência da cintura .....	27
Quadro 6 - Classificação das fases de desenvolvimento psicológico-moral de acordo com a média dos valores obtidos utilizando o instrumento de Souza .....	29

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas .....	31
Tabela 2 - Perfil nutricional dos idosos.....	32
Tabela 3 - Classificação do estado nutricional, segundo IMC .....	32
Tabela 4 - Classificação quanto ao risco para desnutrição pela Mini Avaliação Nutricional nas diferentes faixas etárias do grupo em estudo .....	32
Tabela 5 - Percentis da Circunferência do Braço .....	33
Tabela 6 - Adequação da Circunferência do Braço.....	33
Tabela 7- Complicações Metabólicas Associadas à Obesidade .....	34
Tabela 8 - Indicativo de Risco para Desenvolvimento de Doenças.....	34
Tabela 9 - Características dos Participantes quanto a Qualidade de Vida.....	35
Tabela 10 - Comparação dos escores dos módulos do <i>WHOQOL-OLD</i> de acordo com os grupos de idosos (N=248).....	35
Tabela 11 - Setor de atuação no mercado de trabalho .....	36
Tabela 12 - Escolaridade da amostra.....	37
Tabela 13 - Fases do Desenvolvimento Psicológico-Moral da amostra .....	37
Tabela 14 - Fases do Desenvolvimento Psicológico-Moral e Sexo dos Participantes .....	38
Tabela 15 - Variáveis nutricionais e da qualidade de vida nas diferentes faixas etárias dos idosos.....	38

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>6</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>8</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>23</b>
4.1 DELINEAMENTO .....	23
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	23
4.3 COLETA DE DADOS .....	24
<b>4.3.1 Dados demográficos</b> .....	<b>24</b>
4.3.1.1 <i>Sexo e Idade</i> .....	24
<b>4.3.2 Avaliação do estado nutricional</b> .....	<b>24</b>
4.3.2.1 <i>Mini Avaliação Nutricional (MAN)</i> .....	24
4.3.2.2 <i>Antropometria</i> .....	25
<b>4.3.3 Qualidade de vida</b> .....	<b>28</b>
4.3.3.1 <i>WHOQOL-Old</i> .....	28
<b>4.3.4 Capacidade de tomar decisão</b> .....	<b>29</b>
4.3.4.1 <i>Questionário sobre Capacidade de Tomar Decisão</i> .....	29
4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	30
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	30
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>31</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>40</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>48</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO A - MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO B - QUESTIONÁRIO <i>WHOQOL-OLD</i> .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO C - QUESTIONÁRIO SOBRE CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO .....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo universal que se inicia com a concepção do indivíduo, tendo como consequência natural sua última fase, a velhice. Envelhecer provoca modificações biológicas, psicológicas e sociais no organismo, porém é na velhice que este processo se evidencia com maior clareza.

Proporcionar à pessoa idosa uma atenção abrangente à saúde é uma decorrência dos múltiplos aspectos que caracterizam o envelhecimento. Deve-se não apenas controlar as doenças, mas em especial buscar o bem-estar físico, psíquico e social, propiciando uma atenção multidimensional.

É atribuição dos gerontólogos, estimular e realizar pesquisas e transmitir conhecimentos acerca do fenômeno do envelhecimento, de modo que se possa implementar medidas que tornem efetiva a assistência abrangente de atenção à saúde do idoso. É buscando a geração de conhecimento que se poderão entender as alterações não patológicas deste processo, instruir e propor meios para um envelhecimento bem-sucedido; este, hoje em dia, vem sendo associado ao baixo risco de doenças e incapacidades funcionais relacionadas às doenças, funcionamento mental e físico excelentes, e envolvimento ativo com a vida.

A velhice representando a última etapa do ciclo vital, do mesmo modo que as etapas precedentes, também apresenta aspectos positivos e negativos, satisfações e dificuldades, mas de maneira alguma deve ser vista como sinônimo de enfermidade. A forma e as características que se vive neste período estão ligadas em grande parte à imagem social predominante em cada cultura e também a aspectos intrínsecos do indivíduo.

É sabido que o envelhecimento causa alterações no corpo humano, as quais podem interferir no estado nutricional de uma pessoa; deste modo, a avaliação nutricional é de suma importância, pois se realizada periodicamente pode detectar alterações precoces e assim intervir de forma adequada, com objetivo de prevenir doenças, promover uma vida mais saudável, mantendo ou recuperando o estado

nutricional. A avaliação nutricional deve ser criteriosa e levar em conta que o idoso enfrenta uma alteração da composição corporal, inerente ao envelhecimento, com o aumento do tecido adiposo e diminuição da massa magra, o que pode resultar em modificações da força e da mobilidade, favorecendo a possibilidade de quedas e refletindo diretamente na diminuição do metabolismo basal.

A avaliação nutricional é realizada pelo nutricionista, que pode optar dentre os diferentes métodos de avaliação, o que está de acordo e é recomendado para o indivíduo que atende, variando conforme a população-alvo. No caso do idoso, são muitas as variáveis que interferem em uma alimentação de boa qualidade nutricional. Assim, para sua avaliação é fundamental ressaltar a história alimentar, questionando a ele e/ou seus familiares sobre alterações de peso, restrições alimentares voluntárias ou não, alcoolismo, depressão, alterações gastrintestinais, doenças crônicas e uso de medicamentos. Para avaliação nutricional em idosos são necessários métodos que determinem o estado nutricional de maneira precisa, uma vez que muitas variáveis utilizadas são afetadas por doenças agudas.

Outra importante dimensão a ser avaliada é a da qualidade de vida, ou seja, a percepção do indivíduo tanto de sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais se insere, como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo de classificação, que pode ser afetado de modo complexo pela saúde física da pessoa, pelo seu estado psicológico, por suas relações sociais e por seu nível de independência.

A qualidade de vida compreende uma série de variáveis, não significando apenas saúde física e mental, mas também, estar de bem consigo mesmo, com a vida e com as pessoas que os cercam, enfim, sentir-se em equilíbrio.

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

As causas que com maior frequência motivam a transferência do idoso para instituições podem ser agrupadas em três categorias: médicas, sociais e econômicas. As causas médicas consistem na deterioração física ou cognitiva que aumentam o estado de dependência e dificultam a realização das atividades diárias de forma independente. Das causas sociais pode-se citar o estado de solidão, a carência familiar ou de redes sociais, a desintegração da família e o esgotamento familiar frente a doenças de longa duração. Dentre os problemas econômicos estão a perda de poder aquisitivo, a impossibilidade de se alimentar adequadamente, de pagar serviços, de atender à deterioração da moradia. No geral, a motivação à institucionalização é uma concorrência de várias causas.

Todo idoso deve ter preservado o reconhecimento da sua autonomia, o que com frequência é questionado, em especial em idosos institucionalizados. Contudo, suas convicções pessoais merecem ser respeitadas. O que se torna importante na velhice é avaliar o grau de capacidade que o indivíduo tem para tomar suas decisões. Muitas vezes, a participação ativa do idoso no processo de tomada de decisões é restringida pela família ou pela instituição, de forma errônea.

Este estudo se propõe a discutir os temas acima apresentados visando conhecer melhor a situação de uma amostra de idosos institucionalizados e não-institucionalizados, da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento populacional há pouco tempo restrito a países desenvolvidos, tornou-se realidade em nosso meio<sup>1</sup> e surge acompanhando uma transição social, que apresenta famílias menores, cujas necessidades financeiras exigem a participação das mulheres no mercado de trabalho, reduzindo a perspectiva de envelhecimento em um ambiente familiar seguro<sup>2</sup>. A busca por Instituições de Longa Permanência (ILP) para idosos surge como uma alternativa para as famílias de baixa renda ou para idosos que perderam seus vínculos familiares<sup>3</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2005), o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas até 2025<sup>4</sup>.

Ao mesmo tempo que o incremento do número de idosos provoca um aumento bastante significativo nas despesas com tratamentos médicos e hospitalares, também impõe desafios para o governo e para a iniciativa privada, traduzidos na emergência da necessidade de novos paradigmas e métodos de planejamento, de gerência e de prestação de cuidados, ainda mais que os modelos vigentes se mostram ineficientes e de alto custo<sup>5</sup>.

Os idosos brasileiros vivem cotidianamente angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com medos e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos, e sofrem, ainda, todo tipo de obstáculo para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde. À desinformação, ao preconceito e desrespeito aos cidadãos da terceira idade, somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e mesmo de recursos humanos, seja em quantidade, seja em qualidade<sup>6</sup>.

A nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e inovação nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa e reclama estruturas criativas, com propostas de ações



diferenciadas a fim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência. Sabe-se que esse viver mais é importante na medida em que agregue qualidade aos anos adicionados de vida. Autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos<sup>7</sup>.

As doenças que surgem com o avanço da idade, podem levar ao envelhecimento precoce e a diminuição drástica da qualidade de vida<sup>8</sup>. O reconhecimento de que a qualidade de vida constitui um tema importante para a promoção da saúde física e mental e para o bem-estar social das pessoas, tem estimulado o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde a realizar estudos envolvendo o tema<sup>9</sup>. Deste modo, torna-se relevante para os profissionais de saúde entender o conceito de qualidade de vida. Segundo a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), é multidimensional e abrange fenômenos físicos, psicológicos e sociais e foi definida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e o sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>10</sup>. Também pode ser definida como uma avaliação subjetiva da positividade ou negatividade de atributos que caracterizam a vida de um indivíduo<sup>11</sup>.

Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos encaram a perda da independência, privacidade e ambiente familiar, fatores estes que levam a uma alta prevalência de solidão, depressão e baixa qualidade de vida<sup>12</sup>.

Desta forma, o idoso institucionalizado constitui, quase sempre, um grupo privado de seus projetos, pois se encontra afastado das relações nas quais sua história foi construída. Pode-se associar a esta exclusão social as marcas e seqüelas das doenças crônicas não transmissíveis, que são os motivos principais de sua internação, inclusive nas ILPs<sup>13</sup>. É razoável salientar que, de forma antagônica, existem pesquisadores na área do envelhecimento humano<sup>14</sup>, que partem da premissa que a institucionalização na velhice está passando por uma redefinição do seu papel na sociedade, de modo que os asilos podem possibilitar aos idosos relações interpessoais saudáveis, ressignificação de suas trajetórias de vida e a

vivência de uma dignidade na velhice no âmbito de instituições de longa permanência.

Apesar das ILPIs serem representadas como um *lócus* importante e necessário para as pessoas idosas que não possuem familiares, são consideradas, muitas vezes, a única “alternativa” viável para preservar mecanismos de sobrevivência, diante das dificuldades sócio-econômicas, afetivas e familiares. Por outro lado, percebe-se a necessidade de uma efetiva reforma político-social dessas instituições, uma vez que elas vêm funcionando como depósito para o confinamento social e afetivo, o que torna a velhice sinônimo da espera/preparação apenas para a morte, de modo que não há participação dos idosos em atividades sócio-recreativas, tornando-se quase inexistente a sua rede de apoio social<sup>15</sup>.

Mais do que nunca, enfatiza-se a identificação dos fatores que promovem o bem-estar, incluindo saúde, estado nutricional e forma física. Hábitos nutricionais positivos influenciam claramente a qualidade da vida que uma pessoa pode esperar nos seus últimos anos<sup>16</sup>.

Estudos têm associado grupos alimentares, alimentos ou nutrientes a doenças crônicas e chegam ao consenso de que o papel das variáveis nutricionais na etiologia destas doenças tem gradativamente emergido<sup>17</sup>.

A população idosa (idoso, indivíduo de 60 anos ou mais) é particularmente propensa a problemas nutricionais devido a fatores relacionados com as alterações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de medicamentos, problemas na alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional. O nível de independência funcional é também um fator preditor de complicações<sup>18</sup>.

O processo de envelhecimento traz consigo significativas alterações corporais<sup>19</sup> decorrentes do processo fisiológico de envelhecimento e que podem comprometer a ingestão de nutrientes, podendo levar à desnutrição<sup>20</sup>, de maneira que a desnutrição não deve ser associada ao processo normal de envelhecimento. A perda de peso involuntária, redução de apetite e caquexia, são comuns na população geriátrica<sup>18</sup>. Além da perda de peso, a estatura tende a diminuir, bem como a massa magra. O padrão de gordura corporal sofre modificações, o tecido

gorduroso dos braços e pernas diminui, mas aumenta no tronco<sup>21</sup>. A desnutrição por vezes pode ser difícil de ser distinguida das alterações resultantes do processo natural de envelhecimento, porém se não detectada, resulta no agravamento de condições clínicas e aumento da mortalidade. Observa-se na literatura pertinente, uma falta de consenso em relação aos critérios diagnósticos de desnutrição, inexistindo um padrão ouro<sup>18</sup>. As principais causas da desnutrição dos idosos são a ingestão alimentar diminuída, as necessidades alteradas de nutrientes<sup>20, 22</sup> e a má absorção<sup>20</sup>.

O grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas para manter a composição e função adequada do organismo, resultando do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes, é expresso pelo estado nutricional. Alterações deste estado contribuem para o aumento da morbimortalidade<sup>16, 18</sup>. Especialmente nos países em desenvolvimento, o grupo da população com maior prevalência de desnutrição é o de idosos<sup>18, 23, 24</sup>. Os objetivos da avaliação do estado nutricional são: identificar os pacientes com risco aumentado de apresentar complicações associadas ao estado nutricional, para que possam receber terapia nutricional adequada e monitorizar a eficácia da intervenção dietoterápica<sup>18</sup>.

O peso corresponde à soma de todos os componentes de cada nível da composição corporal. É uma medida aproximada das reservas totais de energia do corpo, e mudanças no peso refletem alterações no equilíbrio entre ingestão e consumo de nutrientes<sup>18</sup>.

O índice de massa corporal (IMC), criado por Quetelet, teve a sua utilização na prática clínica proposta há três décadas<sup>25</sup>. Alguns autores<sup>26, 27</sup> chamam atenção para três limitações do IMC: 1) Relação com a proporcionalidade do corpo, pessoas com pernas curtas para sua altura terão o IMC aumentado; 2) Relação com a massa livre de gordura, especialmente em homens, pois atletas e indivíduos musculosos podem ter IMC na faixa da obesidade; 3) Relação com a estatura, que, apesar de baixa, pode ser significativa, especialmente em menores de 15 anos<sup>25, 27, 28</sup>. Anjos<sup>26</sup> sugeriu, ainda, que, apesar de o IMC não indicar a composição corporal, a facilidade de sua mensuração e sua relação com morbi-mortalidade parecem ser motivos

suficientes para sua utilização como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos em associação ou não com outras medidas antropométricas<sup>18</sup>.

Dentre os fatores que afetam a ingestão alimentar, destacam-se a falta de recursos econômicos para compra de alimentos, os hábitos alimentares típicos de pessoas solitárias, a dentição, a confusão mental, além da pequena motivação para alimentar-se. Da mesma forma, a prevalência de doenças crônicas tende a aumentar com o envelhecimento, o que pode contribuir para o aparecimento de anorexia e aumento das necessidades nutricionais<sup>20</sup>.

No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente. A maior parte deles é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda<sup>29</sup>, pois se sabe que as habilidades (possibilidade de envolver-se com o assunto, de compreender ou avaliar o tipo de alternativas e a possibilidade de comunicar a sua preferência) necessárias ao processo de tomada de decisão, não são unicamente dependentes da idade cronológica do indivíduo. Esta capacidade deve ser vista como uma função contínua e não do tipo “tudo ou nada”. A pessoa idosa não tem obrigatoriamente perda da capacidade de tomar decisões, ao contrário, pode ter uma melhor compreensão do processo como um todo<sup>30</sup>. Assim sendo, como novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento, o conceito de saúde inclina-se para a manutenção da autonomia, mesmo na presença de doenças crônicas (controladas)<sup>31</sup>.

Existe uma sobreposição conceitual envolvendo capacidade, competência e autonomia. Frequentemente capacidade e competência são confundidas com autonomia, porém, trata-se de atribuições diferenciadas. A noção de autonomia refere-se a um atributo do sujeito como pessoa, com a potencialidade de dar a si mesmo o sentido e a norma da existência, tendo suas raízes na filosofia. Já a capacidade ou competência refere-se à aptidão ou idoneidade para realizar uma tarefa que tem suas origens nos campos da psicologia do direito, representando o lado operativo ou funcional da autonomia pessoal. Por sua vez, capacidade e competência são também muitas vezes utilizadas indistintamente, pois o motivo pelo qual se questiona a competência de uma pessoa é a suspeita ou a convicção de que

ela não possui uma adequada capacidade. Contudo, embora estejam estreitamente relacionadas, possuem origens distintas e peculiaridades que as diferenciam<sup>32</sup>.

O que está em jogo na velhice é a autonomia, que está intimamente relacionada à capacidade de tomar decisões à medida que é necessário que o indivíduo tenha capacidade de exercê-la, de determinar e executar seus próprios desígnios.

O pressuposto é de que aceitar uma situação favorável ou recusar uma situação desfavorável atende aos melhores interesses da pessoa, não sendo exigida uma alta capacidade para tomada de decisão. Por outro lado, recusar uma situação favorável ou aceitar uma desfavorável exige uma alta capacidade para a tomada de decisão<sup>33</sup>, contudo, ainda persiste a dúvida sobre quais os métodos eficazes de mensuração desta capacidade desde o ponto de vista moral<sup>34</sup>.

No campo da psicologia e, até mesmo da filosofia, a capacidade tem sido associada – direta ou indiretamente – ao grau de desenvolvimento psicológico e moral do indivíduo. Vários pesquisadores buscaram estabelecer os limites de capacidade do indivíduo em cada uma de suas fases de vida, sendo os mais destacados Jean Piaget<sup>35</sup>, Kohlberg<sup>36</sup>, Loevinger & Wessler<sup>37</sup> e Turiel<sup>38</sup>. A rigor, todos estes autores, mais do que estabelecer o desenvolvimento moral em si, fizeram propostas de teorias sobre o desenvolvimento do julgamento moral, isto é, da capacidade do indivíduo decidir com base em argumentos morais<sup>39</sup>.

Segundo Piaget, o desenvolvimento cognitivo é um processo de sucessivas mudanças qualitativas e quantitativas das estruturas cognitivas derivando cada uma de estruturas precedentes. Ou seja, o indivíduo constrói e reconstrói continuamente as estruturas que o tornam cada vez mais apto ao equilíbrio. Cada uma destas construções que observam um determinado padrão por idades é chamado de estágio. Porém, a idade não é o fator mais importante em relação ao surgimento destes estágios, mas, a ordem em que aparecem<sup>40</sup>. Piaget considera que o desenvolvimento da moral abrange três fases. A primeira delas é a fase da anomia, onde as crianças de até cinco anos ainda não utilizam ou seguem regras. Nesta fase o indivíduo ainda não coteja as relações através de noções de bem e mau, mas pelo sentido do dever. A fase seguinte é a da heteronomia, em que as crianças de até

dez anos de idade consideram a moral como a autoridade. Nesta fase as regras não correspondem a um acordo mútuo firmado entre os jogadores, mas seriam estabelecidas pela tradição e, portanto, não seria permitido mudá-las. Por fim, a autonomia, fase correspondente ao último estágio do desenvolvimento da moral. Nesta fase as regras são legitimadas e a criança entende a moral na perspectiva da reciprocidade. As regras são respeitadas como decorrências dos acordos mútuos entre os jogadores, sendo possível que cada sujeito estabeleça as regras cooperativamente entre os membros de um grupo<sup>40</sup>. Um dos pontos fundamentais da concepção de autonomia do Piaget foi justamente não relacionar a autonomia ao isolamento, mas ao estabelecimento de relações cooperativas, caracterizando a autonomia como a capacidade de coordenação de diferentes perspectivas sociais com o pressuposto do respeito recíproco<sup>41</sup>. Kohlberg, baseado na teoria de Piaget, propõe que o desenvolvimento moral compreende seis estágios, distribuídos em três níveis: Pré-convencional, Convencional e Pós-convencional. Tanto para Piaget, quanto Kohlberg, a seqüência de estágios pelos quais a pessoa passa é universal, ou seja, as pessoas de todas as culturas passam pela mesma seqüência de estágios, na mesma ordem. Porém, a consideração deste caráter universal da moralidade não significa negar a influência da cultura sobre uma série de valores. A universalidade a que os autores se referem significa que há determinados valores centrais, como os relativos à moral sexual, a rituais, que podem variar de cultura para cultura<sup>39</sup>. Loevinger, em 1966, baseando-se nos trabalhos de Piaget e Kohlberg, propôs uma outra classificação para o desenvolvimento moral. Denominou sua proposta de desenvolvimento do ego<sup>42</sup>, por ser mais abrangente e por não simplificar um processo que, por definição, é complexo. Segundo esta proposta o ego do indivíduo desenvolve-se pela integração das estruturas existentes e não por uma simples sucessão de estágios. A classificação do desenvolvimento do ego proposta por Loevinger estabelecia sete níveis: pré-social, impulsivo, oportunista, conformista, consciencioso, autônomo e integrado<sup>34</sup>.

A autonomia está intimamente relacionada à capacidade à medida que é necessário que o indivíduo tenha capacidade de exercer a sua própria autonomia. Esta capacidade é intrínseca a cada pessoa, e resulta de uma construção gradativa e individual, tornando-se bastante difícil afirmar o exato momento em que o indivíduo atinge a sua capacidade plena devido a subjetividade do processo<sup>34</sup>.

De acordo com Goldim<sup>43</sup>, o princípio da autonomia não pode ser mais entendido apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo, esta é apenas uma de suas várias possíveis leituras. A inclusão do outro na questão da autonomia trouxe, desde o pensamento de Kant, uma nova perspectiva que alia a ação individual com o componente social. Desta perspectiva é que surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para este princípio.

Qualquer pessoa que chegue aos 80 anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível), certamente será considerada uma pessoa saudável<sup>44</sup>.

Além disso, a voluntariedade preservada garante ao indivíduo o poder de decidir algo, no seu melhor interesse, livre de pressões externas. Deste modo, o indivíduo organiza a sua vida com base em um conjunto de crenças, valores, interesses, desejos e objetivos. Estes elementos permitem que a decisão de cada um seja peculiar. Por outro lado, a restrição parcial ou total da autonomia da pessoa pode fragilizá-la, de modo que se torne facilmente manipulável<sup>45</sup>.

O incremento do número de idosos requer um aumento da efetividade em todas as formas de cuidado de saúde dirigidas a tal população. Esta necessidade inclui a potencialidade do autocuidado para manter e melhorar a qualidade de vida no seu meio<sup>22</sup>.

Dentre os problemas psico-sociais mais comuns em idosos, a solidão, aborrecimentos, depressão, limitação de recursos econômicos, ingresso em instituições e dificuldade para transporte são os mais frequentes<sup>23</sup>. No Brasil ainda faltam estudos representativos com a população idosa institucionalizada e não-institucionalizada<sup>18</sup>. Uma das questões que merece ser avaliada é se existe uma variação no estado nutricional, em alguns aspectos da qualidade de vida e na capacidade de tomar decisões de idosos institucionalizados e não-institucionalizado com diferentes poderes aquisitivos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o estado nutricional, seis domínios de qualidade de vida para idosos e capacidade de tomar decisão em idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Avaliar o estado nutricional, através da Mini Avaliação Nutricional e de medidas antropométricas, em idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

Avaliar os seis domínios de qualidade de vida para idosos, através do uso do WHOQOL-OLD, em idosos institucionalizados ou não.

Avaliar a capacidade de tomar decisão, através do desenvolvimento psicológico-moral utilizando o referencial de Loevinger, em idosos institucionalizados ou não.



## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTO

Foi realizado um estudo do tipo transversal descritivo-analítico. Fizeram parte do estudo, idosos institucionalizados e não institucionalizados, de Porto Alegre - RS.

### 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram estudados 248 indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos, divididos em dois grupos: idosos não-institucionalizados e idosos institucionalizados. Foram feitas coletas de dados em diferentes instituições do município, podendo ser filantrópicas (Lar Santo Antônio, Sociedade Porto Alegrense de Auxílio aos Necessitados, Lares Vila Vicentina 2 e 3) ou privadas (Residencial Menino Deus, Residencial Raio de Sol, Centro Geriátrico Vitalis). Os idosos não-institucionalizados eram moradores de diferentes regiões da cidade. Parte deste grupo era proveniente do Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre, realizada pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

Foram excluídos do estudo os idosos: permanentemente acamados; com doenças neuro-degenerativas; com seqüelas de doença neurológica; ou que não aceitaram participar do estudo.

O cálculo do tamanho amostral foi feito com base em um  $\alpha=0,05$ , um erro  $\beta=0,20$  e uma diferença de 15% 46. Foi estimada, inicialmente, uma amostra de 372 indivíduos. Posteriormente, com base em uma análise interina de dados, este valor foi reestimado para 248 idosos.

### 4.3 COLETA DE DADOS

Foram coletados dados demográficos, como idade e sexo, assim como dados com relação ao estado nutricional, a qualidade de vida e à sua capacidade de tomar decisões (Apêndice A).

#### 4.3.1 Dados demográficos

##### 4.3.1.1 Sexo e Idade

A idade foi obtida em anos, a partir da data de nascimento (dia, mês e ano), informada pelo próprio entrevistado.

#### 4.3.2 Avaliação do estado nutricional

Foi realizada avaliação do estado nutricional através da Mini-Avaliação Nutricional e da antropometria.

##### 4.3.2.1 Mini Avaliação Nutricional (MAN)

A Mini Avaliação Nutricional (MAN) é um inquérito que verifica estado nutricional por meio de uma abordagem quantitativa. Consiste no registro e somatório de respostas. O instrumento é dividido em: triagem, avaliação global e avaliação do estado nutricional. A Mini-Avaliação Nutricional (Anexo A) classifica o idoso através da sua pontuação, podendo ele estar: normal, com possibilidade de desnutrição, com risco para desnutrição ou desnutrido<sup>47, 48</sup>.

#### 4.3.2.2 Antropometria

##### 4.3.2.2.1 *Peso e Altura*

O peso (em kg) foi mensurado por meio de uma balança digital portátil da marca Plenna. Para aferição do peso, o idoso estava descalço e com vestimentas leves.

A altura (em cm) foi aferida com o auxílio de um estadiômetro de parede. Para obtenção da altura, o idoso foi posicionado, com os pés lado a lado, encostando calcanhares, nádegas, omoplatas e parte posterior da cabeça na régua do estadiômetro (na parede).

##### 4.3.2.2.2 *Índice de Massa Corporal (IMC)*

O IMC foi obtido através da fórmula:  $\text{peso}/\text{altura}^2$ , sendo o peso usado em quilogramas e a altura em metros.

<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Classificação</b>
< 16,0	Magreza Grau III
16,0 – 16,9	Magreza Grau II
17,0 – 18,4	Magreza I
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II
≥ 40,0	Obesidade Grau III

**Quadro 1 - Classificação do Índice de Massa Corporal**

Fonte: OMS, 1998<sup>49</sup>.

##### 4.3.2.2.3 *Circunferências*

Para obter medições precisas das circunferências, foi aplicada uma fita métrica, de plástico inelástica, na superfície da pele, de maneira que ficasse esticada, porém não apertada; o que serviu para evitar a compressão da pele, que

poderia acarretar num resultado menor que o normal. As medidas foram aferidas três vezes em cada local e posteriormente foi realizada uma média dos resultados<sup>50</sup>.

#### 4.3.2.2.3.1 Circunferência do Braço

Esta medida representa a soma das áreas constituídas pelos tecidos ósseo, muscular e gorduroso do braço. Para a sua obtenção, o braço a ser avaliado foi flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90°. Foi localizado e marcado o ponto médio entre o acrômio e o olécrano. Solicitou-se ao indivíduo que ficasse com o braço estendido ao longo do corpo com a palma da mão voltada para coxa. Contornou-se o braço com a fita métrica no ponto marcado. O resultado obtido foi comparado aos valores de referência do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES I) demonstrados em quadro por Frisancho<sup>51, 52</sup>.

Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
	<b>Homens</b>								
60,0 - 64,9	26,6	27,8	28,6	29,7	32,0	34,0	35,1	36,0	37,5
65,0 - 69,9	25,4	26,7	27,7	29,0	31,1	33,2	34,5	35,3	36,6
70,0 - 74,9	25,1	26,2	27,1	28,5	30,7	32,6	33,7	34,8	36,0

**Quadro 2 - Valores de referência do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES I) para homens**

Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
	<b>Mulheres</b>								
60,0 - 64,9	25,0	26,1	27,1	28,4	30,8	34,0	35,7	37,3	39,6
65,0 - 69,9	24,3	25,7	26,7	28,0	30,5	33,4	35,2	36,5	38,5
70,0 - 74,9	23,8	25,3	26,3	27,6	30,3	33,1	34,7	35,8	37,5

**Quadro 3 - Valores de referência do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES I) para mulheres**

Fonte: Frisancho, 1990<sup>51</sup>.

A adequação da Circunferência do Braço (CB) foi determinada por meio da equação, a seguir, e o estado nutricional classificado de acordo com o quadro 4:

$$\text{Adequação da CB (\%)} = (\text{CB obtida} / \text{CB percentil 50}) \times 100$$

	Desnutrição Grave	Desnutrição Moderada	Desnutrição Leve	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
CB	< 70%	70 – 80%	80 – 90%	90 – 110%	110 – 120%	>120%

**Quadro 4 - Adequação da Circunferência do Braço**

Fonte: Blackburn & Thornton, 1979<sup>52</sup>.

#### 4.3.2.2.3.2 Circunferência da Cintura

A medida foi realizada com o indivíduo em pé, a fita circundou a linha natural da cintura, na região mais estreita entre o tórax e o quadril, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. O quadro abaixo fornece valores limítrofes de circunferência da cintura associados ao desenvolvimento de complicações relacionadas à obesidade.

	<b>Risco de Complicações Metabólicas Associadas à Obesidade</b>	
	<b>Elevado</b>	<b>Muito Elevado</b>
Homem	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulher	≥ 80 cm	≥ 88 cm

**Quadro 5 - Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade pela circunferência da cintura**

Fonte: OMS, 1998<sup>49</sup>.

#### 4.3.2.2.3.3 Circunferência do Quadril

A fita métrica circundou o quadril na região de maior perímetro entre a cintura e a coxa.

#### 4.3.2.2.3.4 Razão Cintura-Quadril

A razão cintura-quadril (RCQ) é o indicador mais freqüentemente utilizado para identificar o tipo de distribuição de gordura, sendo determinada por meio da seguinte equação:

$$\text{RCQ} = \text{circunferência da cintura} / \text{circunferência do quadril}$$

Uma razão superior a 1,0 para homens e 0,85 para mulheres é indicativa de risco para o desenvolvimento de doenças<sup>53</sup>.

### 4.3.3 Qualidade de vida

#### 4.3.3.1 WHOQOL-OLD

A busca de um instrumento que avaliasse *qualidade de vida* dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do *WHOQOL*<sup>54</sup>.

Pelo fato do *WHOQOL-OLD* ser um instrumento de auto-avaliação, ele é auto-explicativo. Quando o respondente não entendia o significado de alguma pergunta, o entrevistador a repetia de forma lenta, não utilizando sinônimos ou "explicações da questão em outras palavras" (aplicação assistida). Quando o respondente não tinha condições de ler o questionário em função de suas condições de saúde ou de alfabetização, o entrevistador o fez.

O *WHOQOL-OLD* compreende vinte e quatro itens, os quais são divididos em seis domínios, onde cada item segue uma escala de um a cinco pontos. Cada domínio possui quatro questões que geram um escore independente que pode variar de quatro a vinte pontos (convertidos na sintaxe para uma escala de 0-100). Os resultados dos seis domínios, combinados com as vinte quatro questões resultam no escore total do instrumento. Quanto maior forem os escores, melhor a qualidade de vida<sup>55</sup>.

Os domínios deste instrumento indicam: 1) Habilidade Sensorial; 2) Autonomia; 3) Atividades do passado, presente e futuro; 4) Participação Social; 5) Morte e morrer; 6) Intimidade;

### 4.3.4 Capacidade de tomar decisão

#### 4.3.4.1 Questionário sobre Capacidade de Tomar Decisão (Anexo C)

A capacidade de tomar decisões de forma autônoma foi avaliada utilizando-se o referencial de Loevinger sobre as diferentes fases do ego<sup>37</sup> para tanto foi utilizada uma versão modificada do instrumento proposto por Souza<sup>42</sup>, que implica em assinalar, dentre um conjunto de frases simples, aquelas que mais correspondam ao gosto pessoal do indivíduo. Com base na média dos resultados obtidos individualmente, cada um dos participantes foi classificado em uma das sete fases do desenvolvimento psicológico-moral.

As respostas ao instrumento de coleta são analisadas segundo a codificação proposta pela autora do mesmo. O instrumento é composto por trinta afirmações, distribuídas de acordo com as fases do desenvolvimento moral. Portanto, a cada alternativa é atribuído o valor numérico correspondente à respectiva fase. Dentre estas trinta alternativas propostas, o participante deve escolher nove delas que correspondam as suas preferências pessoais. Uma vez preenchido o instrumento, soma-se o valor atribuído às nove alternativas selecionadas pelo respondente e calcula-se a média dos pontos. O valor obtido nesta média corresponde à fase do desenvolvimento moral a qual a pessoa pertence.

<b>Fases do desenvolvimento Psicológico-moral</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Características</b>
<b>1) Pré-social</b>	(0,1 – 1,0)	Início do desenvolvimento, ainda pré-verbal.
<b>2) Impulsiva</b>	(1,1 – 2,0)	O indivíduo toma decisões por impulso, baseado apenas em seu desejo, não considerando as informações.
<b>3) Oportunista</b>	(2,1 – 3,0)	Supervalorização dos desejos e a valorização das informações para atingi-los.
<b>4) Conformista</b>	(3,1 – 4,0)	As crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio.
<b>5) Conscenciosa</b>	(4,1 – 5,0)	O indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento, pois não tem a noção de regra introjetada.
<b>6) Autônoma</b>	(5,1 – 6,0)	O indivíduo já possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente.
<b>7) Integrada</b>	(6,1 – 7,0)	O indivíduo possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, com a compreensão da interdependência existente.

**Quadro 6 - Classificação das fases de desenvolvimento psicológico-moral de acordo com a média dos valores obtidos utilizando o instrumento de Souza**

Fonte: Souza, 1968<sup>42</sup>.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisadas as características gerais dos idosos (sexo, idade, ser ou não institucionalizado) como também o estado nutricional, a qualidade de vida e a capacidade de tomar decisão.

Os resultados foram expressos em tabelas em forma de percentual (%), média  $\pm$  desvio padrão ( $M \pm DP$ ). A significância estatística foi definida como  $p < 0.05$ . Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do programa SPSS 14.0. Os testes que avaliaram a associação entre os dados foram: qui-quadrado e correlação linear. As diferenças foram verificadas através do teste t e da análise de variância (ANOVA).

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).



## 5 RESULTADOS

O presente estudo avaliou 248 idosos, dos quais 175 (71%) moram em suas casas e 73 (29%) são moradores de instituições.

Quanto ao sexo, 195 indivíduos (79%) são mulheres e 53 (21%) homens. Dos idosos do grupo não-institucionalizado, 129 (74%) são do sexo feminino e 46 (26%) são do sexo masculino. No grupo de idosos institucionalizados obteve-se 66 (90%) idosas e 7 idosos (10%).

A média etária foi de  $73\pm 9$ , sendo a média etária das mulheres e homens respectivamente  $73\pm 9$  e  $73\pm 7$  anos ( $p=0,866$ ). A Tabela 1 mostra as características gerais dos dois grupos.

**Tabela 1 - Características demográficas**

	<b>Institucionalizados</b>	<b>Não Institucionalizados</b>	<b>P</b>
Idade (anos), média $\pm$ DP	81 $\pm$ 7	70 $\pm$ 7	<0,001*
Sexo Feminino, n (%)	66 (90%)	129 (74%)	0,006**

\* Teste de Student para amostras independentes.

\*\* Teste de qui quadrado.

As características dos participantes, com relação ao estado nutricional, estão descritas na Tabela 2. Os idosos não institucionalizados apresentaram média de IMC significativamente maior que os institucionalizados ( $27,4\pm 4,7$  vs.  $25,4\pm 4,3$  kg/m<sup>2</sup>, respectivamente). Avaliando a média de IMC nos homens e mulheres, tem-se que a média masculina é um pouco menor que a feminina, mas ambos encontram-se classificados em sobrepeso, a média para eles é de  $26,4\pm 3,6$  e para elas é de  $26,9\pm 4,9$  ( $p=0,359$ ). Deste modo estes valores além de não possuírem relevância clínica também não são significativos estatisticamente. A avaliação do estado nutricional, em cada um dos grupos, está apresentada na Tabela 3, onde se observa maior prevalência de sobrepeso em ambos grupos.

A Mini Avaliação Nutricional classificou 2%(n=4) dos indivíduos para desnutrição, 16%(n=40) em risco para desnutrição e 82%(n=204) sem risco para desnutrição. Dados referentes a faixas etárias criadas a partir dos 60 anos (indivíduos com menos de 69 anos, indivíduos entre 70 e 79 anos e com mais de 80 anos.) para melhor entendimento da classificação do estado nutricional através da Mini Avaliação Nutricional estão na Tabela 4.

**Tabela 2 - Perfil nutricional dos idosos**

	<b>Geral</b>	<b>Institucionalizados</b>	<b>Não Institucionalizados</b>	<b>P</b>
Peso (kg)	67±13,1	61±11,3	70±12,9	<0,001
Altura (cm)	158±13,5	154±8,5	159±14,8	0,011
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,8±4,6	25,4±4,3	27,4±4,7	0,003
Mini-avaliação	25,9±2,7	24,3±2,9	26,5±2,4	<0,001

**Tabela 3 - Classificação do estado nutricional, segundo IMC**

	<b>Não Institucionalizados</b>		<b>Total</b>
	<b>n=175</b>	<b>n=73</b>	
Magreza grau I, n(%)	2(1,1%)	3(4,1%)	5(2%)
Eutrofia, n(%)	58(33,1%)	29(39,7%)	87(35,1%)
Sobrepeso, n(%)	74(42,3%)	28(38,4%)	102(41,1%)
Obesidade grau I, n(%)	30(17,1%)	12(16,4%)	42(16,9%)
Obesidade grau II, n(%)	7(4%)	1(1,4%)	8(3,2%)
Obesidade grau III, n(%)	4(2,3%)	-	4(1,6%)
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>73</b>	<b>248</b>

Teste qui quadrado.

**Tabela 4 - Classificação quanto ao risco para desnutrição pela Mini Avaliação Nutricional nas diferentes faixas etárias do grupo em estudo**

	<b>&lt; 69 anos</b>	<b>70 – 79 anos</b>	<b>&gt; 80 anos</b>
Desnutridos	-	2(2,6%)	2(2,9%)
Em risco de desnutrição	9(8,8%)	19(24,7%)	12(17,4%)
Sem risco de desnutrição	93(91,2%)	56(72,7%)	55(79,7%)
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>77</b>	<b>69</b>

Teste qui quadrado.

Pearson Chi-Square=0,020.

Observa-se uma tendência ao aumento de desnutridos e de idosos em risco de desnutrição com o aumento da idade. Nos idosos com até 69 anos, 91,2% não apresentavam risco de desnutrição, nos idosos com mais de 80 anos este percentual cai para 79,7%.

Os resultados que se referem ao percentil da circunferência do braço que classifica idosos de ambos os sexos, com idades entre 60 e 74,9 anos (NHANES I), mostram que dos 140 que puderam ser avaliados por este parâmetro, 41 encontram-se na média no percentil 50 (P50), ou seja, 29,3% dos idosos, 31,2% estão abaixo do P50 e 39,3% acima do P50. Veja os resultados na a seguir.

**Tabela 5 - Percentis da Circunferência do Braço**

	<b>Não aval.</b>	<b>P5</b>	<b>P10</b>	<b>P15</b>	<b>P25</b>	<b>P50</b>	<b>P75</b>	<b>P85</b>	<b>P90</b>	<b>P95</b>	<b>&gt;P95</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	46	3	2	9	26	37	28	6	8	2	8	175
<b>S</b>	62	1	-	2	1	4	3	-	-	-	-	73
<b>Total</b>	108	4	2	11	27	41	31	6	8	2	8	248

As características com relação à adequação da circunferência do braço estão descritos na Tabela 6, onde verifica-se que dos 140 idosos que puderam ser avaliados: 94 estão em eutrofia (67,2%), 16 abaixo de eutrofia (11,4%) e 30 acima de eutrofia (21,4%). Ninguém apresentou desnutrição grave.

**Tabela 6 - Adequação da Circunferência do Braço**

<b>Setores</b>	<b>Total n(%)</b>	<b>Não</b>	
		<b>Institucionalizados n=175</b>	<b>Institucionalizados n=73</b>
<b>Não avaliados</b>	108	46	62
<b>Desnutrição Moderada</b>	1(0,7%)	1(0,8%)	-
<b>Desnutrição Leve</b>	15(10,7%)	12(9,3%)	3(27,3%)
<b>Eutrofia</b>	94(67,2%)	88(68,2%)	6(54,5%)
<b>Sobrepeso</b>	19(13,6%)	17(13,2%)	2(18,2%)
<b>Obesidade</b>	11(7,8%)	11(8,5%)	-
<b>Total</b>	248	175	73

Analisando o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade com base na circunferência da cintura, que seriam: hipertensão arterial, dislipidemia, hiperinsulinemia e diabetes tipo II, não se obtiveram dados significativos ( $p=0,781$ ), e os valores estão descritos na Tabela 7.

**Tabela 7- Complicações Metabólicas Associadas à Obesidade**

	<b>Não Apresenta Risco</b>	<b>Risco Elevado</b>	<b>Risco Muito Elevado</b>
Não Institucionalizados	22,9%	21,7%	55,4%
Institucionalizados	24,7%	17,8%	57,5%
<b>Total</b>	<b>23,4%</b>	<b>20,6%</b>	<b>56%</b>

Todavia, ao analisar o indicativo de risco para desenvolvimento de doenças como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, hiperlipidemias e diabetes tipo II, avaliado com base na razão cintura-quadril, foram alcançados valores significativos ( $p<0,001$ ) apontando que idosos institucionalizados apresentam maior risco para desenvolvimento de doenças, como está descrito na Tabela 8.

**Tabela 8 - Indicativo de Risco para Desenvolvimento de Doenças**

	<b>Não Apresenta Risco</b>	<b>Apresenta Risco</b>
Não Institucionalizados	60%	40%
Institucionalizados	26%	74%
<b>Total</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>

Na avaliação da qualidade de vida, através do questionário *WHOQOL-OLD* (Anexo B), que a divide em seis domínios, a amostra apresentou os seguintes valores demonstrados na Tabela 9.

**Tabela 9 - Características dos Participantes quanto a Qualidade de Vida**

	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>
Habilidade Sensorial	47,3±15,2	50,0000
Autonomia	34,1±20,0	25,0000
Ativ. Pas-Pres-e Futuro	48,5±15,4	50,0000
Participação Social	72,5±17,4	75,0000
Morte e Morrer	69,3±16,2	68,7500
Intimidade	69,6±23,1	75,0000
<b>Total</b>	<b>56,8±10,9</b>	<b>57,2917</b>

Nos seis módulos do WHOQOL-OLD, todos os valores foram estatisticamente significativos. As correlações entre os grupos N (não institucionalizado) e S (institucionalizado) e os seis módulos do instrumento estão demonstrados na Tabela 10.

**Tabela 10 - Comparação dos escores dos módulos do WHOQOL-OLD de acordo com os grupos de idosos (N=248)**

	<b>Não</b>		<b>p</b>
	<b>Institucionalizados n=175</b>	<b>Institucionalizados n=73</b>	
Habilidade Sensorial_Soma	12±2,2	10,4±2,4	<0,001
Habilidade Sensorial_Média	3±0,5	2,6±0,6	<0,001
Habilidade Sensorial_(0-100)	50,2±14,2	40±15,1	<0,001
Autonomia_Soma	9,8±3,3	8,5±2,6	0,001
Autonomia_Média	2,4±0,8	2,1±0,6	0,001
Autonomia_(0-100)	36,5±20,9	28,3±16,5	0,001
At. Pas.-Pres.-Fut._Soma	12,4±2,1	10,1±2,4	<0,001
At. Pas.-Pres.-Fut._Média	3,1±0,5	2,5±0,6	<0,001
At. Pas.-Pres.-Fut._(0-100)	52,6±13,4	38,5±15,2	<0,001
Participação Social_Soma	16,2±2,5	14,1±2,7	<0,001
Participação Social_Média	4±0,6	3,5±0,6	<0,001
Participação Social_(0-100)	76,2±16,1	63,6±17,1	<0,001
Morte e Morrer_Soma	15,6±2,4	13,7±2,5	<0,001
Morte e Morrer_Média	3,9±0,6	3,4±0,6	<0,001
Morte e Morrer_(0-100)	72,6±15,2	61,2±15,7	<0,001
Intimidade_Soma	15,9±3,4	13,1±3,4	<0,001
Intimidade_Média	3,9±0,8	3,2±0,8	<0,001
Intimidade_(0-100)	74,7±21,7	57,3±21,7	<0,001
Escore Total_Soma	82±8,9	70,2±9,3	<0,001
Escore Total_Média	3,4±0,3	2,9±0,3	<0,001
Escore Total_(0-100)	60,5±9,2	48,2±9,7	<0,001

Valores apresentados em Média±DP.

Teste de Student para amostras independentes.

Percebe-se que a média total da qualidade de vida permaneceu maior nos indivíduos do sexo masculino do que no sexo feminino,  $60,5 \pm 8,8$  e  $55,9 \pm 11,3$  respectivamente, com um  $p=0,007$ , demonstrando significância estatística. Quando se avalia a diferença de média de qualidade de vida total nos diferentes grupos verifica-se que o grupo dos não institucionalizados possui melhor qualidade de vida, com uma média total de  $60,5 \pm 9,3$  contra  $48,2 \pm 9,7$  dos institucionalizados, valores também estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ).

Não foram observadas correlações significativas estatisticamente para IMC e os escores de qualidade de vida, exceto pelo escore das habilidades sensoriais, com uma baixa correlação, onde  $r=0,126$  e  $p=0,048$ .

Os dados que descrevem as profissões dos entrevistados foram agrupados e classificados conforme classificação que indica o setor de trabalho, para facilitar sua análise e estão demonstrados na Tabela 11. Tem-se que 0,4% trabalham no setor primário, 5,6% no setor secundário, 73,8% no setor terciário e 20,2% no setor que destinamos a trabalhadores domésticos.

**Tabela 11 - Setor de atuação no mercado de trabalho**

	<b>Frequência n(%)</b>
Setor Primário (agricultura)	1(0,4%)
Setor Secundário (indústria)	14(5,6%)
Setor Terciário (comércio/prestação de serviços)	183(73,8%)
Trabalho em casa (donas de casa)	50(20,2%)
<b>Total</b>	<b>248</b>

Para valores de escolaridade, categorizou-se as variáveis de modo a obter oito categorias, sendo elas: 1) analfabetismo, 2) Ensino fundamental incompleto, 3) Ensino fundamental completo, 4) Ensino Médio incompleto, 5) Ensino Médio completo, 6) Ensino Superior incompleto, 7) Ensino Superior completo e 8) Pós-Graduação. Mais da metade da amostra concentrou-se do Ensino Fundamental

completo para baixo. Os valores estão descritos mais detalhadamente na Tabela 12 que segue:

**Tabela 12 - Escolaridade da amostra**

	Total n(%)	Não	
		Institucionalizados n=175	Institucionalizados n=73
Analfabetismo	15(6%)	6(3,4%)	9(12,3%)
Fundamental Incompleto	84(33,9%)	51(29,1%)	33(45,2%)
Fundamental Completo	46(18,5%)	32(18,3%)	14(19,2%)
Médio Incompleto	13(5,2%)	10(5,7%)	3(4,1%)
Médio Completo	46(18,5%)	38(21,7%)	8(11%)
Superior Incompleto	5(2%)	5(2,9%)	-
Superior Completo	24(9,7%)	22(12,6%)	2(2,7%)
Pós-Graduação	15(6%)	11(6,3%)	4(5,5%)
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>175</b>	<b>73</b>

Apenas a qualidade de vida total, o domínio participação social e a capacidade de tomar decisão foram significativas estatisticamente associadas a escolaridade, com os respectivos valores para p: 0,006, 0,027 e <0,001. Não foi possível associar significativamente a escolaridade e IMC.

Pela análise, foi avaliada a capacidade de tomar decisões, sendo observado que a amostra concentra-se entre a fase oportunista e autônoma; ninguém foi classificado nas fases pré-social, impulsiva ou integrada do desenvolvimento psicológico-moral. Os resultados estão evidenciados na Tabela 13.

**Tabela 13 - Fases do Desenvolvimento Psicológico-Moral da amostra**

Fases do Desenvolvimento Psicológico-Moral	Freqüência n(%)	< 69 anos	70-79 anos	> 80 anos
1) Pré-Social	-	-	-	-
2) Impulsiva	-	-	-	-
3) Oportunista	37(14,9%)	10(9,8%)	14(18,2%)	13(18,8%)
4) Conformista	98(39,5%)	41(40,2%)	28(36,4%)	29(42%)
5) Consciososa	100(40,3%)	41(40,2%)	34(44,2%)	25(36,2%)
6) Autônoma	13(5,2%)	10(9,8%)	1(1,3%)	2(2,9%)
7) Integrada	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>102</b>	<b>77</b>	<b>69</b>

As médias para a variável do desenvolvimento psicológico-moral dos diferentes grupos permaneceram próximas, sem diferença de classificação, ambas permanecendo na fase conscienciosa, sendo a média de  $4,6 \pm 0,7$  para o grupo de idosos institucionalizados e  $4,8 \pm 0,7$  para o outro grupo ( $p=0,004$ ).

Homens e mulheres apresentaram poucas diferenças percentuais nas fases de desenvolvimento psicológico-moral, assim como mostra a Tabela 14; as suas médias, respectivamente foram  $4,7 \pm 0,8$  e  $4,8 \pm 0,7$  ( $p=0,281$ ).

**Tabela 14 - Fases do Desenvolvimento Psicológico-Moral e Sexo dos Participantes**

	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Feminino	13,3%	39,5%	42,1%	5,1%
Masculino	20,7%	39,6%	34%	5,6%

Ao criar diferentes categorias para a variável idade, pode-se notar com mais clareza que algumas das variáveis são modificadas com o aumento dos anos. A Tabela 15 mostra média e desvio padrão das variáveis que se mostraram significativas estatisticamente quando analisadas com as faixas etárias criadas.

**Tabela 15 - Variáveis nutricionais e da qualidade de vida nas diferentes faixas etárias dos idosos**

	<b>&lt;69 anos</b>	<b>70 – 79 anos</b>	<b>&gt; 80 anos</b>	<b>p</b>
IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	$27,9 \pm 5,1$	$26,6 \pm 4,3$	$25,4 \pm 4$	0,001
Mini-avaliação	$26,8 \pm 2,2$	$25,3 \pm 3$	$25,1 \pm 2,8$	<0,001
Autonomia	$39,6 \pm 22,4$	$32,1 \pm 19,5$	$28,3 \pm 14,5$	0,001
At. Pas.Pres.Fut.	$54,1 \pm 13,8$	$46,5 \pm 16$	$42,5 \pm 14,3$	<0,001
Intimidade	$73,6 \pm 21,1$	$69,3 \pm 25,5$	$64 \pm 22,3$	0,029
Whoqol-OLD Total	$60,3 \pm 9,5$	$56 \pm 11,8$	$52,9 \pm 10,6$	<0,001

Valores em Média  $\pm$  DP.

Anova seguido de Turkey para comparações múltiplas.

Observamos que com o aumento da idade as variáveis nutricionais IMC e MAN, as variáveis da qualidade de vida autonomia, atividades do passado-presente



e futuro, intimidade e a qualidade de vida como um todo reduzem, sendo todos os dados significativos estatisticamente.

## 6 DISCUSSÃO

A amostra estudada constitui-se na maior parte por idosos do sexo feminino (79%). Isto reflete a realidade brasileira e está de acordo com o que vem sendo descrito na literatura <sup>56</sup>, por ser característica do processo de envelhecimento. Contudo, o motivo da amostra institucionalizada estudada ser constituída em sua maioria por mulheres, provavelmente deve-se ao fato de que uma das instituições só aceitava idosos do sexo feminino; no todo, este fato talvez pudesse ser explicado pelo fato de que as mulheres em geral possuem uma expectativa de vida maior que a dos homens. No grupo dos idosos institucionalizados isto fica ainda mais evidente, uma vez que as mulheres prevalecem neste grupo (90%) e que a média etária é superior ao do outro grupo (81±7 anos vs 70±7). Estudo de Marin<sup>57</sup> destaca que o número de mulheres institucionalizadas é bem maior que o de homens, bem como possuem idade mais avançada e hoje se sabe que a idade é um dos fatores mais importantes da institucionalização. Um estudo realizado com idosos da região metropolitana de Porto Alegre confirmou que a proporção de homens em um grupo de idosos é raramente mais alta do que 20%<sup>58</sup>.

Em Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989, observou-se predomínio de idosos residentes em área urbana<sup>59,60</sup>, havendo no país maior proporção de mulheres (77%) do que de homens (68%) vivendo nesta situação<sup>60</sup>. A predominância observada de mulheres confirma maior expectativa de vida deste grupo, resultante do crescimento excedente de mortalidade masculina em relação à feminina em todas as idades<sup>61</sup>.

A explicação para a média etária encontrar-se mais elevada no grupo dos idosos institucionalizados, pode estar no fato de que grande parte das pessoas que procuram uma Instituição de Longa Permanência são levadas a isto por apresentarem complicações de saúde devido ao avanço da idade e a dificuldade de gerir a própria vida de forma independente. Isto pode ser devido ao fato de já terem perdido seu parceiro e de a família não conseguir auxiliá-lo como gostaria, o que tende a acontecer em uma idade mais avançada.

A avaliação nutricional, de grande importância na prática clínica, não dispõe de padrão-ouro para diagnóstico das desordens nutricionais. O melhor método depende dos objetivos da avaliação. Assim sendo, a OMS preconiza a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC), em se tratando de estudos populacionais. Todavia, existem outros instrumentos desenvolvidos para avaliar estado nutricional de idosos; dentre eles, merece destaque a MAN, instrumento que foi utilizado nesta pesquisa por englobar antropometria, avaliação dietética, avaliação clínica global e autopercepção de saúde e estado nutricional.

O IMC, segundo classificação da OMS encontra-se ligeiramente aumentado nos idosos não institucionalizados, o que poderia demonstrar uma tendência à perda de peso com o avanço da idade, já que o outro grupo é mais velho.

Na admissão, a avaliação nutricional de instituições para idosos, com frequência mostra significantes marcadores - história de perda de peso, sinais de desidratação, baixo IMC - comparados com idosos que vivem na comunidade. O pobre estado nutricional desta população resulta de altos fatores de co-morbidades, uso excessivo de medicamentos e incapacidade para realização das atividades diárias de vida<sup>62,63,64,65</sup>. Existe na verdade, uma relação de causa e efeito de dupla via, já que a piora do estado de saúde poderá levar a um pobre estado nutricional ou este levar a uma piora do estado de saúde.

Devido às dificuldades do emprego do IMC nos idosos, pelo fato de se tratar de um indicador que não leva em consideração a composição corporal, nas últimas décadas surgiram estudos visando estabelecer pontos de corte mais altos para o IMC em idosos e sua correlação com outros métodos de avaliação nutricional. LIPSCHITZ<sup>66</sup> reforça que nesses pacientes, valores de IMC inferiores a 22 kg/m<sup>2</sup> seriam indicativos de significativo déficit de nutricional, todavia, no presente estudo, julgamos melhor a utilização do referencial da OMS.

Apesar de vários estudos já demonstrarem que o fenômeno da transição nutricional já atinge indivíduos com mais de 60 anos de idade, é preciso investigação mais detalhada se este fenômeno atingiria todas as faixas etárias da geriatria ou apenas as primeiras décadas, já que se sabe da tendência natural a modificações da composição corporal que em tese viriam a favorecer a perda de peso. De

encontro a estas informações tem-se os dados de que a média de altura é menor no grupo institucionalizado. Apesar disso, nenhum dos grupos apresenta altos índices de desnutrição e tampouco para rico de desnutrição, contudo, temos que a média da MAN foi mais baixa no grupo institucionalizado, com significação estatística. Morley<sup>67</sup> refere que o estado nutricional inadequado está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade e que a presença de problemas de saúde, interferindo na alimentação do idoso, é algo comum na instituição, indicando um fato que merece ser valorizado pelas equipes de saúde e pelas pessoas responsáveis pela alimentação.

No grupo dos idosos não institucionalizados nota-se que a maioria está com sobrepeso (42,3%), seguido pela eutrofia (33,1%), já no outro grupo observamos o inverso, 39,7% estão eutróficos e 38,4% com sobrepeso. Não se encontrou diferenças na avaliação do IMC do sexo masculino para o sexo feminino, ambos classificam-se em sobrepeso. Apenas 2% dos idosos da amostra total está desnutrida; confirmando o já então citado fenômeno da transição nutricional, 16% apresentam risco de desnutrição e a grande maioria (82%) de acordo com a MAN não apresenta risco de desnutrição. Estudo com idosos participantes da Pesquisa de Saúde e Nutrição do Rio de Janeiro mostrou que nas três faixas etárias dos idosos, foi observada maior proporção de sobrepeso<sup>68</sup>, tal como no presente estudo. Em Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989, o sobrepeso foi mais freqüente nas regiões sul e sudeste e mais prevalente nas áreas urbanas de todas as regiões para homens e mulheres em todos os graus. A maior causa da obesidade parece ser a transição nutricional para dietas ricas em lipídios combinadas com a diminuição da atividade física<sup>59,60</sup>.

À semelhança dos inquéritos nacionais, foi encontrada maior freqüência de excesso de peso do que de baixo peso. Existem controvérsias quanto ao significado da obesidade entre idosos e seu impacto, o qual, segundo alguns autores como Visscher<sup>79</sup> parece ser menor do que o observado para adultos quanto à mortalidade. Contudo, o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para variado número de agravos à saúde, dos quais os mais freqüentes são doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus tipo 2, colelitíase, osteoartrite (especialmente de joelhos), neoplasia maligna de mama pós-menopausa e de endométrio, esofagite de refluxo, hérnia de hiato e problemas psicológicos<sup>70, 71</sup>.

O fato é que, conforme a *World Health Organization*, o crescente aumento da prevalência da obesidade caracteriza-se como uma pandemia global, constituindo-se em grave problema para o âmbito de Saúde Pública <sup>49</sup> demonstrando que o problema da escassez tem sido rapidamente substituído pelo excesso alimentar, fenômeno denominado transição nutricional.

No presente estudo, os idosos apresentaram, com relação à circunferência do braço, que a maioria está acima do percentil 50 (P50), ou seja, 39,3% da amostra, seguido por 31,2% que estão abaixo do P50 e 29,3% que estão acima. Porém ao analisar os dados nos diferentes grupos, vê-se que no grupo institucionalizado (S) tem-se o mesmo número de indivíduos tanto acima quanto abaixo do P50, o que não ocorre no outro grupo, onde é observado que um número maior de idosos encontra-se acima do P50. Analisando a adequação da circunferência do braço, nota-se que ninguém, em nenhum dos grupos foi avaliado com desnutrição grave e felizmente 67,2%, a maior parte da amostra mostra, adequação, encontrando-se eutróficos. No grupo não institucionalizado foi constatado novamente um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade quando comparados ao outro grupo.

A circunferência da cintura é indicador da distribuição abdominal da gordura e também da gordura corporal total<sup>71</sup>, porém, não obtivemos dados significativos estatisticamente, avaliando-a como preditor de risco para complicações associadas à obesidade; contudo, grande parte dos indivíduos, independentemente do grupo ao qual pertencia, apresentou ou risco elevado ou muito elevado para estas complicações. Em estudo realizado em São Paulo/SP têm-se indicações de que aproximadamente 25% e 50% de idosos homens e mulheres, respectivamente, de todos os grupos etários, apresentam indicativo de risco para doenças cardiovasculares e desordens metabólicas pela circunferência da cintura<sup>72</sup>. No presente estudo, constatou-se, independentemente de sexo, um elevado percentual que aponta para o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, com base na circunferência da cintura, ainda que este dado não aponte significância.

Por sua vez, ao analisar o indicativo de risco para desenvolvimento de doenças, utilizando a razão cintura-quadril, obtiveram-se valores estatisticamente significativos que demonstram que idosos institucionalizados apresentam maior risco

(74%) do que os não institucionalizados (40%). Todavia, ao levar em consideração a amostra total, tem-se que metade (50%) não apresenta risco e a outra metade, sim.

Estudos como o de Merlim<sup>73</sup> enfatizam que a vida em uma instituição está amplamente relacionada ao aumento da vulnerabilidade do idoso à depressão<sup>74</sup> e ao prejuízo na qualidade de vida<sup>75</sup>. Estudo com idosos realizado na Áustria em 2005<sup>76</sup> demonstra que manter contato com a família está altamente associado à satisfação de viver. Estudo realizado com institucionalizados e não institucionalizados no Chile, revelou que os institucionalizados não são mais frágeis do ponto de vista da saúde, porém contavam com menor apoio familiar, social e econômico<sup>57</sup>.

No que se refere aos escores de qualidade de vida, eles são uma escala positiva (quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida), e não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa”<sup>77</sup>. Sendo assim, viu-se que por ordem de maior satisfação dentre os seis domínios a amostra total indicou em primeiro lugar a participação social, em segundo, a intimidade e sucessivamente a morte e o morrer, atividades do passado-presente-e futuro, habilidade sensorial e, por fim, a autonomia. Em todos os domínios, e por conseqüência na qualidade de vida total, tem-se uma média superior no grupo dos não institucionalizados (N), demonstrando que eles possuem melhor qualidade de vida que os idosos que se encontram em instituições de longa permanência, fato que obteve significância estatística. A partir da observação de que os homens possuem maior qualidade de vida do que as mulheres, comprovado pelo  $p=0,007$ , resta o questionamento de este fato é devido às mulheres viverem mais e por isso apresentarem piora da qualidade de vida ou se esta queda esta relacionada a outro fator.

Todos os resultados de um estudo realizado em Viena, na Áustria<sup>76</sup>, asseguram alguns fatores positivamente associados à satisfação de viver, como: a manutenção do contato com a família, atividade física, redução do tabagismo, padrão de sono satisfatório e, sobretudo, um sentimento positivo com relação à vida. De uma forma geral, pode-se, então, argumentar que as pessoas que têm maior contato social vivem mais e com melhor saúde do que as com menor contato social<sup>78</sup>.

Observou-se no estudo de Carneiro<sup>9</sup> que o grupo asilar apresentou a maior percentagem de idosos com depressão e tais dados, são concordantes com revisão de estudos de Merlin<sup>73</sup>, na qual enfatizam que a vida em uma instituição está amplamente relacionada ao aumento da vulnerabilidade do idoso a depressão<sup>74</sup> e ao prejuízo na qualidade de vida<sup>75</sup>.

Já um estudo realizado na Holanda com residentes de ILPIs sugere que refeições no estilo familiar preveniriam o declínio da qualidade de vida, da forma física e do peso corporal destes residentes que não possuem demência<sup>12</sup>. Hickson & Frost<sup>79</sup>, em pesquisa sobre a relação sobre a qualidade de vida, estado nutricional e função física em idosos de Londres, Inglaterra, concluíram que o estado nutricional não influenciaria a qualidade de vida, tal qual constatado neste estudo.

Najman & Levine<sup>80</sup> concluíram que o principal determinante da percepção de alta satisfação com a vida é um relacionamento social estável e sugerem que os fatores associados à satisfação com a vida na velhice, de alguma maneira, estão relacionados à sensação de conforto e bem-estar, independentemente de serem indicadores de renda ou de estrato social.

Sprangers et al.<sup>81</sup> mostraram que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade, características da nossa amostra, estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida.

Segundo Garcia<sup>82</sup>, a idade avançada esteve associada a piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde, o que reforça a idéia de que por o grupo S ser mais velho, poderia em consequência apresentar piora da qualidade de vida.

No idoso, a qualidade de vida pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo variar entre os dois extremos (muito bom e péssimo). Nesse sentido, a qualidade de vida depende, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. A diminuição da visão, por exemplo, pode não significar o mesmo para dois indivíduos diferentes; a perda funcional tem importâncias emocionais e sociais diferentes para cada indivíduo<sup>83</sup>.

É válido ressaltar, que para cada indivíduo, há uma forma de operacionalizar sua avaliação, e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a variação de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar<sup>84</sup>.

Os resultados que se referem aos setores de atuação no mercado de trabalho, confirmam a idéia de que a capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, é uma cidade com predomínio da prestação de serviços e comércio (73,8%), seguido por donas de casa (20,2%), a indústria (5,6%) e por fim a agricultura (0,4%). Em estudo realizado em Porto Alegre, em 2007<sup>34</sup>, encontrou-se percentual semelhante ao do presente estudo no que se referem às donas de casa (23,3%).

Esta amostra, em termos de escolaridade, concentrou-se do ensino fundamental completo para baixo, com 6% de analfabetismo. Porém verificou-se, ao separar os grupos, que nos não institucionalizados a maioria encontra-se do ensino fundamental completo para cima, sendo assim um grupo com escolaridade mais elevada.

Não houve diferença nas classificações dos grupos com relação ao desenvolvimento psicológico-moral, sendo que a amostra concentrou-se em maioria nas fases conscienciosa e conformista. Ao realizar uma análise diferenciando os indivíduos conforme o sexo, observa-se uma prevalência invertida, onde para as idosas a maioria encontrou-se na fase conscienciosa (42,1%) seguido pela fase conformista (39,5%); nos idosos, 39,6% encontrou-se na fase conformista seguidos por 34% na conscienciosa.

Observou-se uma tendência ao declínio de algumas variáveis nutricionais e de qualidade de vida com o incremento da idade. Variáveis como IMC e MAN demonstraram que atualmente os idosos em maior risco para desnutrição seriam os maiores de 80 anos. O estudo ainda mostra que há uma redução na qualidade de vida total e dos domínios autonomia, atividades do passado-presente e futuro e intimidade, que a compõem. Fato que nos atenta para a necessidade de um cuidado diferenciado nas diferentes faixas etárias da velhice. A capacidade de tomar decisão não se mostrou afetada significativamente com o aumento da idade dos idosos.



Em estudo realizado com idosos não institucionalizados de Porto Alegre, por Raymundo<sup>34</sup> também foi constatado maior percentual de idosos na fase conscienciosa, porém em um percentual mais elevado que no nosso estudo.

A pesquisa em saúde está intimamente relacionada à assistência, pois graças ao conhecimento adquirido através das observações e experimentações é possível aprimorar ou propor novas técnicas cuja repercussão será a sua aplicação na assistência<sup>34</sup>; deste modo, não se pode descartar a possibilidade de a obesidade ter uma forte influencia na carga de morbidade, na diminuição da independência funcional e na queda de qualidade de vida do idoso<sup>86</sup>. Assim sendo, estudos complementares que investiguem tais relações são necessários, para saber se o tempo de exposição aos riscos da obesidade poderia contribuir de modo significativo no impacto desta condição para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas.

Grandes gastos não garantiriam, em si, a melhoria da qualidade de vida dos idosos, sejam eles institucionalizados ou não e se faz necessário trabalhar para mudança nos princípios que regem a atenção a saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos no presente estudo foi possível verificar que:

- A associação entre o estado nutricional e a qualidade de vida foi fraca e apenas no domínio da habilidade sensorial.
- Não foi possível estabelecer associações significativas estatisticamente entre o estado nutricional e a capacidade de tomar decisão, tampouco do estado nutricional com o grau de escolaridade.
- A qualidade de vida total, a participação social (domínio do WHOQOL-OLD) e a capacidade de tomar decisão foram associadas significativamente com a escolaridade.
- Os idosos institucionalizados comparados aos não-institucionalizados apresentaram diferenças significativas nas variáveis idade, peso, altura, IMC e qualidade de vida total e de todos os domínios individualmente porém não da capacidade de tomar decisão.
- Com o incremento da idade ocorre declínio significativo de variáveis como IMC, MAN, WHOQOL-OLD total, domínios autonomia, atividades do passado-presente e futuro e intimidade.

Ainda são necessários mais estudos antropométricos com este segmento da sociedade, principalmente, com idosos institucionalizados, os quais ainda são pouco avaliados.

## REFERÊNCIAS

1. Silva MLT. Geriatria. In: Waitzberg DI. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. São Paulo: Atheneu; 2004.
2. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. Rev Saúde Pública 1999; 33:454-60.
3. Hendricks J, Calasanti TM. Social dimensions of nutrition. In: Santelle et al. Alimentação Institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(12):3061-5.
4. OMS / WHO – World Health Organization. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
5. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MA, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública 2005; 39:311-8.
6. Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Ciência Saúde Coletiva 2006; 11:967-74.
7. Veras R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(10):2463-6.
8. Lueckenotte AG. Avaliação em Gerontologia. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2002.
9. Carneiro RS, Falcone E, Clarck C. et al. Qualidade de vida, Apoio Social e Depressão em idosos: Relação com Habilidades Sociais. Psicologia: Reflexão e Crítica 2007; 20(20):229-37.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev Saúde Pública 2000; 34(2):178-83.

11. Baxter YC, Waitzberg DL, Peres G. Métodos não-convencionais; Estudo Dietético e Medida da Qualidade de Vida. In: Waitzberg DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. São Paulo: Atheneu; 2004.
12. Nijs KAND, Graaf C, Kok FJ. et al. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2006; doi:10.1136/bmj.38825.401181.7C.
13. Freire Jr RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2005; 9(16):147-58.
14. Graeff L. O “mundo da velhice” e a cultura asilar: Estudo antropológico sobre memória social e cotidiano de velhos no Asilo Padre Cacique, em Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Porto Alegre, 2005.
15. Araújo LF, Coutinho MPL, Santos MFS. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia e Sociedade* 2006; 18(2):89-98.
16. Harris NG. Nutrição no envelhecimento. In: Mahan LK, Krause-Stump E. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. São Paulo: Roca; 2002.
17. Trichopoulos A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML. et al. Diet and overall survival in elderly people. *BMJ* 1995; 311:1457-60.
18. Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2004; 48(3).
19. Díaz IEF, Fuentes AJMF, Bertrand FG, Sánchez MHD, Martín XX. Evaluación nutricional antropométrica en ancianos. Comportamiento en la cardiopatía isquêmica. [Medline] 2004.
20. Vannucchi H, Cunha DF, Bernardes MM, Unamuno MRDL. Avaliação dos níveis séricos das vitaminas A, E, C e B2, de carotenóides e zinco, em idosos hospitalizados. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(2):121-6.
21. Menezes TN, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2):169-75.
22. Zabalegui A, Escobar MA, Cabrera E, Gual MP, Fortuny M, Mach G, Ginesti M, Narbona P. Análisis del programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. In: Publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2006; 37(5):260-5.
23. Casas JR, Martinez MP, Elvira BP, Altimir MD, Ruiz AB. Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria. In: Publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2004; 34(5):238-43.
24. Cobos FM, Fernández MDO, Gutiérrez PV. Valoración nutricional en ancianos frágiles en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 35:460-5.

25. Gibson RS. Nutritional assessment: A laboratory manual. In: Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. Arq Bras Endocrinol Metab 2004; 48(3).
26. Anjos LA. Índice de massa corporal (massa corporal x estatura?) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. Rev Saúde Pública 1992; 26:431-6.
27. Waitzberg DL, Ferrini MT. Exame Físico e Antropometria. In: Waitzberg DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. São Paulo: Atheneu; 2004.
28. Heyward VH, Stolarczyk LM. Avaliação da composição corporal aplicada. 1ª. ed. São Paulo: Manole; 2000.
29. Portaria 1395/GM 1999. Disponível em: [www.unati.uerj.br/doc\\_gov/destaque/1395.doc](http://www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/1395.doc). Acesso em: 31/07/2006.
30. Erlen JA. Informed consent: the information component. Orthop Nurs 1994; 13(2):65-78.
31. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciência e Saúde Coletiva 2007; 12(2):363-72.
32. Simon P. El Consentimiento informado. Histori, teori y práctica. In: Raymundo MM, Goldim JR, Francesconi CFM. Avaliação da diversidade no processo de obtenção da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa em crianças e idosos. Tese (Doutorado em Gastroenterologia). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.
33. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry 1977; 134(2):279-84.
34. Raymundo MM. Avaliação da diversidade no processo de obtenção da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa em crianças e idosos. Tese (Doutorado em Gastroenterologia). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.
35. Piaget J. Le jugement moral chez l'enfant. Paris: PUF; 1973.
36. Kohlberg L. Essays on moral development. The philosophy of moral development: moral stages and the idea of justice. New York: Harper and Row; 1981. v.1.
37. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development. In: Raymundo MM. Avaliação da diversidade no processo de obtenção da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa em crianças e idosos. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

38. Turiel E, Hildebrandt C, Wainryb C. Judging social issues: difficulties, inconsistencies and consistencies. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1991; 56(2):1-87.
39. Biagio AMB. Introdução à teoria de julgamento moral de Kohlberg. In: Nunes M. (ed.). *Moral e TV*. Porto Alegre: Evangraf; 1998. p.29-63.
40. Freitas LBL. Piaget e a consciência moral: um kantismo evolutivo? *Psicol Reflex Crit* 2002; 15(2):303-8.
41. Kesselring T. Jean Piaget. Petrópolis: Vozes; 1993. p.173-89.
42. Souza ELP. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Boletim da SPRGS* 1968; 3(7):5-16.
43. Goldim JR. Princípio do Respeito à Pessoa ou Autonomia. [www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm#Kesselring](http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm#Kesselring). Acesso em: 30/06/2007.
44. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):793-8.
45. Kirb M. Consent and the doctor-patient relationship. In: Gillon R. (ed.). *Principles of health care ethics*. London: Willey; 1994. p.445-56.
46. Hulley SB. et al. *Delineando a Pesquisa Clínica. Uma abordagem epidemiológica*. 2ed. 2006.
47. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994; (Suppl 2):15-59.
48. Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y, Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: *Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly*, 1994.
49. OMS / WHO – World Health Organization. *Obesity – Presenting and managing the global epidemic*. Geneva: Report of a WHO consultation on obesity; 1998.
50. Mcardle WD, Katch FI, Katch VL. *Nutrição para o desporto e o exercício*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
51. Frisancho AR. *Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status*. Michigan: University of Michigan Press; 1990.
52. Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patients. *Med Cli North Am* 1979; 63:1103-15.
53. Cuppari L. et al. *Avaliação Nutricional*. In: Cuppari L. *Nutrição Clínica no Adulto*. São Paulo: Manole; 2002. p.71-99.

54. WHOQOL. Disponível em: [www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html).
55. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(5):785-91.
56. Bird C, Shugarman L, Lynn J. Age and gender differences in health care utilization and spending for medcare beneficiaries in their last years of life. *J Palliat Med* 2002; 5:705-12.
57. Marin PP, Horyl TM, Gac HE, Carrasco MG, Duery PD, Peterson K, Cabezas MU, Dussailant CL, Castro SH. Evaluación de 1.497 adultos mayores institucionalizados, usando el < sistema de clasificación de pacientes RUG T-18 >. *Rev Méd Chile* 2004; 132:701-6.
58. Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(4):302-8.
59. Barreto SM, Passos VMA, Lima-Costa MFF. Obesidade e baixo peso entre idosos brasileiros: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(2):605-12.
60. Tavares EL, Anjos. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(4):759-68.
61. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Eduerj; 1994.
62. Guerra HL, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JO, Costa MF. A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:533-44.
63. Kamel HK, Karcic E, Karcic A, Barghouthi H. Nutritional status of hospitalized elderly: differences between nursing home patients and community-dwelling patients. *Ann Long Term Care* 2000; 8:33-8.
64. Otero UB, Rozenfeld S, Gadelha AMJ, Carvalho MS. Mortalidade por desnutrição em idosos, região sudeste do Brasil, 1980-1997. *Rev Saúde Pública* 2000; 36:141-8.
65. Sullivan DH. Undernutrition in older adults. *Ann Long Term Care* 2000, 8:41-6.
66. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21:57-67.
67. Morley JE. Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons? *J Am Geriatr Soc* 1993; 39:1139-40.
68. Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(2):163-8.

69. Visscher TLS, Seidell JC, Molarius A, Van Der Kuip D, Hofman A, Witterma JCM. A comparison of body mass index, waist-hip ratio and waist circumference as predictors of all-cause mortality among the elderly: the Rotterdam study. *Int J Relat Metab Disord* 2001; 25(11):1730-5.
70. WHO – World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: Report of a WHO expert committee; 1995.
71. WHO – World Health Organization. Defining the problem of overweight and obesity. In: World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of WHO Consultation. WHO – Technical Report Series 2000; 894:241-3.
72. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Anthropometry of elderly residents in the city of São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6):1929-38.
73. Merlim MS, Batista ASD, Batista MN. Depressão e suicídio na terceira idade. In: Batista MN. Suicídio e depressão: Atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.195-216.
74. Donohue B, Acierno R, Hasselt VBV, Hersen M. Social skills training in a depressed, visually impaired older adult. *J Behav Therapy & Experimental Psychiatry* 1995; 26(1):65-75.
75. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4):431-8.
76. Hauser G, Neumann M. Aging with quality of life – A challenge for society. *J Physiology and Pharmacology* 2005; 56(Supp 2):35-48.
77. Lima AFBS. Qualidade e vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2002.
78. Dressler WW, Balieiro MC, Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1997; 21:303-35.
79. Hickson M, Frost G. A investigation into the relationships between quality of life, nutritional status and physical function. *Clinical Nutrition* 2003. Available from: [www.elsevier.com/locate/clnu](http://www.elsevier.com/locate/clnu).
80. Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Soc Sci Med* 1981; 15:107-15.
81. Sprangers MA, De Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, De Boer JB. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000; 53(9):895-907.



82. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res* 2005; 14(2):511-20.
83. Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(1):31-9.
84. Rogerson RJ. Environmental and health related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Méd* 1995; 41(10):1373-82.
85. Marucci MFN. Avaliação das dietas oferecidas em instituições para idosos, localizadas no Município de São Paulo. Dissertação. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo; 1985.
86. Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Méd Brás* 2004; 50(2):172-7.

## ***Apêndices***

---

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data ____ / ____ / ____ Institucionalizado: (N/S):	
<b>DADOS GERAIS</b>	
Nome:	
Sexo: ( ) masculino ( ) feminino	
Data de nascimento:                      Idade:	
<b>DADOS ANTROPOMÉTRICOS</b>	
Peso corporal (kg):	Altura (cm):
IMC:	Classificação:
Circunferência braço (cm):	
Circunferência da cintura (cm):	
Circunferência do quadril (cm):	
Razão cintura-quadril:	
Circunferência panturrilha (cm):	
<b>RESULTADO DA MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>	
<b>RESULTADO DO WHOQOL-OLD</b>	
<b>RESULTADO DO QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO</b>	

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que visa avaliar estado nutricional, verificar qualidade de vida e capacidade de tomar decisão por meio de questionários e medidas antropométricas.

Como parte deste estudo, você participará de entrevistas, em que você responderá sobre seus valores, aspirações, prazeres, preocupações e terá algumas medidas do seu corpo aferidas, como circunferência do braço, da cintura, do quadril e da panturrilha.

No caso de ter dúvidas, no decorrer da pesquisa, você tem o direito de solicitar esclarecimentos.

A equipe de pesquisadores envolvida assume o compromisso de manter em sigilo sua identidade.

Se for de seu interesse, ao final do projeto, você poderá agendar uma entrevista para ser informado sobre os seus resultados.

### CONSENTIMENTO

Eu concordo em fornecer informações sobre aspectos da minha vida para participar do projeto de pesquisa acima mencionado. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e da implicação da minha participação neste projeto.

Os pesquisadores me explicaram o caráter voluntário das atividades, sobre o direito de negar meu consentimento e da confidencialidade da minha identidade.

Declaro, após leitura deste documento, ter interesse em participar do projeto.

---

Assinatura do voluntário

---

Data

---

Assinatura do pesquisador

---

Data

Em caso de dúvida, você pode entrar em contato com Dr. José Roberto Goldim pelo telefone (51) 21017615, ou com Luciana Junqueira Ramos, telefone (51) 99452887, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo número de telefone (51) 33203345.

***Anexos***

---

## ANEXO A

### MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Mini Avaliação Nutricional®  
Mini Nutritional Assessment MNATM

Sobrenome:

Nome:

Sexo:

Idade:

Altura (cm):

Data:

Peso (kg):

Leito:

Preencher a primeira parte deste questionário, indicando a resposta. Somar os pontos da Triagem. Caso o escore seja igual ou inferior a 11, concluir o questionário para obter a avaliação do estado nutricional.

#### Triagem

**A** Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição severa da ingestão

1 = diminuição moderada da ingestão

2 = sem diminuição da ingestão

**B** Perda de peso nos últimos meses

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

**C** Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

**D** Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim 2 = não

**E** Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves

1 = demência leve

2 = sem problemas psicológicos

**F** Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]<sup>2</sup> )

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

**Escore de triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)**

12 pontos ou mais	normal; desnecessário continuar a avaliação
11 pontos ou menos	possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação

**Avaliação global**

**G** O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)

0 = não      1 = sim

**H** Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim      1 = não

**I** Lesões de pele ou escaras?

0 = sim      1 = não

**J** Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição

1 = duas refeições

2 = três refeições

**K** O paciente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?

sim       não

- duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos?

sim       não

- carne, peixe ou aves todos os dias?

sim       não

0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0,5 = duas respostas «sim»

1,0 = três respostas «sim»

**L** O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?

0 = não    1 = sim

**M** Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?

0,0 = menos de três copos

0,5 = três a cinco copos

1,0 = mais de cinco 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 paciente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter problema nutricional

**P** Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?

0,0 = não muito boa

0,5 = não sabe informar

1,0 = boa

2,0 = melhor

**Q** Circunferência do braço (CB) em cm

0,0 = CB < 21

0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22

1,0 = CB > 22

**R** Circunferência da panturrilha (CP) em cm

0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31

**Avaliação global** (máximo 16 pontos)

**Score da triagem**

**Score total** (máximo 30 pontos)

**Avaliação do Estado Nutricional**

de 17 a 23,5 pontos

menos de 17 pontos

risco de desnutrição

desnutrido



## ANEXO B

### QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

#### Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade. **Por favor, responda todas as perguntas.** Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
O quanto você se preocupa com o que o seu futuro poderá trazer?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

#### Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

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

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
<b>F25.1</b> Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
<b>F25.3</b> Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
<b>F26.1</b> Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
<b>F26.2</b> Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
<b>F26.4</b> O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
<b>F29.2</b> Quão preocupado você está pela maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
<b>F29.3</b> O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
<b>F29.4</b> O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
<b>F29.5</b> O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Completamente
<b>F25.4</b> Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5
<b>F26.3</b> Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
<b>F27.3</b> Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
<b>F27.4</b> O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
<b>F28.4</b> Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	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:

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>F27.5</b> Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5
<b>F28.1</b> Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5
<b>F28.2</b> Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
<b>F28.7</b> Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5

	Muito Infeliz	Infeliz	Nem Feliz, Nem Infeliz	Feliz	Muito Feliz
<b>F27.1</b> Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5

	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim, Nem Boa	Boa	Muito Boa
<b>F25.2</b> Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1	2	3	4	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:

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
<b>F30.2</b> Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
<b>F30.3</b> Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Completamente
<b>F30.4</b> Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
<b>F30.7</b> Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

**VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?  
OBRIGADO (A) PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## ANEXO C

### QUESTIONÁRIO SOBRE CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO

#### Instrumento Desenvolvimento Psicológico-Moral

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos 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

**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.

**Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo: ( )**

Compromissos assumidos.

- Não ser dominado pelos outros.
- Aprimoramento pessoal.
- Desejos sexuais.
- Estar bem trajado.
- Harmonia interior.

**Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:**

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

**Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:**

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