

ASPECTOS ÉTICOS E NUTRICIONAIS EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-INSTITUCIONALIZADOS

ETHICAL AND NUTRITION ISSUES IN A SAMPLE OF INSTITUTIONALIZED AND NON-INSTITUTIONALIZED ELDERLY

Luciana Junqueira Ramos¹, Alessandra Campani Pizzato¹, Betina Ettrich¹,
Cristina Soares Melnik², José Roberto Goldim^{1,2}

RESUMO

O presente estudo avaliou o estado nutricional, a qualidade de vida e a capacidade de tomada de decisão em idosos no município de Porto Alegre, RS. O estudo envolveu amostras compostas por 73 idosos moradores de Instituições de Longa Permanência (ILPs) e por 175 idosos não institucionalizados. Os dados obtidos mostraram que os idosos institucionalizados, comparados aos não institucionalizados, apresentaram diferenças significativas no risco para desenvolver doenças relacionadas ao estado nutricional, na qualidade de vida total e em seus domínios (Habilidade Sensorial, Autonomia, Atividades do passado, presente e futuro, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade). A maioria dos idosos, sejam eles institucionalizados ou não, demonstrou capacidade para tomada de decisão.

Palavras-chave: Estado nutricional; qualidade de vida; tomada de decisão; idosos

ABSTRACT

This study assessed the nutritional status, quality of life and decision making capacity in elderly people in Porto Alegre, RS. The study involved samples composed of 73 elderly residents of long-stay institutions (ILPS) and 175 non-institutionalized elderly. The data showed that institutionalized elderly compared to non-institutionalized, significant differences in risk for developing diseases related to nutritional status, the overall quality of life and its domains (Sensory Skill, Autonomy, activities of the past, present and future Social Participation, Death and Dying and Intimacy). The majority of elderly persons studied, whether institutionalized or not, preserve decision making capacity.

Keywords: Elderly; nutritional state; quality of life; decision making

A expectativa de vida da população no Brasil passou de 69,6 anos para 72,8 anos em dez anos. Assim, brasileiros nascidos em 2008 esperariam viver, em média, 3 anos, 2 meses e 12 dias a mais do que os nascidos em 1998. Em 1940, essa expectativa de vida sequer atingia os 50 anos de idade. Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população concorreram para que este indicador fosse elevado. Segundo a projeção de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população dos idosos será quase igual a dos jovens em 2030 e em 2050 esse indicador deverá chegar aos 81,2 anos (1).

Esse envelhecimento populacional ocasiona uma demanda maior por serviços de saúde e outras modalidades de atendimento para idosos, como as Instituições de Longa Permanência (ILPs), e indica uma necessidade de atenção aos fatores que possibilitam o bem-estar dos idosos, incluindo o estado nutricional, a qualidade de vida e a capacidade de tomada de decisão.

A população idosa 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,

Revista HCPA. 2012;32(2):223-226

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Contato:

Cristina Soares Melnik
crismelnik@gmail.com
Porto Alegre, RS, Brasil

depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional (2). A alimentação adequada é uma prevenção para a má nutrição do idoso e consequentes doenças crônicas, o que influencia na qualidade de vida.

A qualidade de vida é a percepção que o indivíduo possui de sua posição na vida dentro do contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Dentro da Bioética, entende-se que seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito (3) de acordo com o princípio de autonomia.

O processo de tomada de decisão é orientado pela autonomia do idoso e se baseia em diversas habilidades, tais como envolver-se com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativas, e a comunicação de uma preferência. É a competência para pensar e deliberar (4). A capacidade ou impedimento para tomada de decisão de forma voluntária tem sido associado com o grau de desenvolvimento psicológico-moral do indivíduo (3).

Este estudo, que foi objeto de uma dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), investigou o estado nutricional, a qualidade de vida e a capacidade de tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

MÉTODO

O presente estudo envolveu 248 indivíduos com idade superior a 60 anos, divididos em duas subamostras: uma composta de 73 idosos residentes de Instituições de Longa Permanência (ILPs) filantrópicas e privadas, e outra de 175 idosos não institucionalizados, residentes em diferentes bairros do município de Porto Alegre, RS.

O cálculo do tamanho amostral foi feito com base em um $\alpha=0,05$, um erro $\beta=0,20$ e uma diferença de 15%. Foi estimada, inicialmente, uma amostra de 372 indivíduos. Com base em uma análise interina de dados, este valor foi estimado para 248 idosos. Foram excluídos do estudo os idosos permanentemente acamados, com doenças neurodegenerativas, com sequelas de doença neurológica e os que não aceitaram participar da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. O Processo de Consentimento Informado foi documentado por meio do Termo de Consentimento.

Foram avaliadas três variáveis em ambas as amostras: estado nutricional, qualidade de vida e capacidade para tomada de decisão.

A avaliação do estado nutricional foi realizada a partir da Mini Avaliação Nacional (MAN), incluindo a antropometria. A MAN é um inquérito que verifica o estado nutricional por meio de uma abordagem quantitativa. A antropometria avalia o Índice de Massa Corporal (IMC) e as circunferências. Os resultados obtidos das circunferências foram comparados aos valores de referência

do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I), demonstrados por Frisancho (5).

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-OLD, questionário criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), composto por 24 itens, os quais são divididos em seis domínios: Habilidade Sensorial, Autonomia, Atividades do Passado, Presente e Futuro, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade (6).

A capacidade de tomada de decisão de forma autônoma foi avaliada a partir do referencial de Loevinger sobre o desenvolvimento psicológico-moral, denominado por ela como desenvolvimento do ego (7). Para tanto, foi utilizada uma versão modificada do instrumento proposto por Souza (8), que implica em assinalar, dentro de um conjunto de trinta afirmações, aquelas que mais correspondam ao gosto pessoal do indivíduo. Os dados obtidos possibilitam classificar cada participante em uma das sete fases do desenvolvimento psicológico-moral: Pré-social, Impulsiva, Oportunista, Conformista, Conscienciosa, Autônoma e Integrada.

Foram realizadas análises estatísticas por meio dos testes do Qui-quadrado e de teste t, utilizando o programa SPSS 14.0. A significância estabelecida foi de $p<0,05$.

RESULTADOS

Em relação ao estado nutricional, os idosos institucionalizados apresentaram média de IMC de 25,4 kg/m², com desvio-padrão de 4,3, enquanto a média dos não institucionalizados foi de 27 kg/m², com desvio-padrão de 4,7. Esta diferença foi não significativa ($p=0,359$).

A prevalência de complicações relacionadas à razão cintura-quadril foi de 74% nos idosos institucionalizados e de 40% nos não institucionalizados ($p<0,001$). As prevalências de obesidade, associadas à circunferência da cintura, foram próximas, sendo 75,3% nos idosos institucionalizados e 77,1% nos não institucionalizados ($p=0,781$), porém, a prevalência de desnutrição nos idosos institucionalizados foi de 27,3% e de 10,1% nos idosos não institucionalizados ($p=0,11$).

Os escores de percepção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados ($48,2\pm9,7$) foram inferiores aos dos não institucionalizados ($60,5\pm9,2$). Nos seis domínios de qualidade de vida avaliados, os dois grupos de idosos tiveram maiores escores associados à Participação Social, sendo que a Autonomia obteve os menores escores. A Intimidade foi o domínio com maior diferença entre os dois grupos (tabela 1).

A capacidade para tomada de decisão, avaliada a partir do desenvolvimento psicológico-moral, permaneceu próxima em ambos os grupos. Tanto os idosos institucionalizados quanto os não institucionalizados concentraram-se na fase conscienciosa (tabela 2), porém foi verificada uma associação significativa entre a institucionalização e as classificações em fases de menor desenvolvimento psicológico-moral ($X^2=8,79$; $p=0,03$).

Tabela 1 - Domínios da Qualidade de Vida em dois grupos de idosos não institucionalizados (n=175) e institucionalizados (n=73).

	Não Institucionalizados	Institucionalizados	P (*)
Habilidade sensorial	50,2 ± 14,2	40 ± 15,1	<0,001
Autonomia	36,5 ± 20,9	28,3 ± 16,5'	>0,05
Atividades Passadas Presentes e Futuras	52,6 ± 13,4	38,5 ± 15,2	<0,001
Participação social	76,2 ± 16,1	63,6 ± 17,1	<0,001
Morte e Morrer	72,6 ± 15,2	61,2 ± 15,7	<0,001
Intimidade	74,7 ± 21,7	57,3 ± 21,7	<0,001
Escore Total	60,5 ± 9,2	48,2 ± 9,7	<0,001

(*) *Teste Student para amostras independentes.*

A capacidade para tomada de decisão, avaliada a partir do desenvolvimento psicológico-moral, permaneceu próxima em ambos os grupos. Tanto os idosos institucionalizados quanto os não institucionalizados concentraram-se na fase conscienciosa

(tabela 2), porém foi verificada uma associação significativa entre a institucionalização e as classificações em fases de menor desenvolvimento psicológico-moral ($X^2=8,79$; $p=0,03$).

Tabela 2 - Fases de Desenvolvimento Psicológico-Moral em dois grupos de idosos não institucionalizados (n=175) e institucionalizados (n=73).

Desenvolvimento Psicológico-moral	Não institucionalizados	Institucionalizados	Total
Pré-social	-	-	-
Impulsivo	-	-	-
Oportunista	19 (10,9%)	18 (24,7%)	37 (14,6%)
Conformista	70 (40,0%)	28 (38,4%)	98 (39,5%)
Consciencioso	75 (42,9%)	25 (34,2%)	100 (40,3%)
Autônomo	11 (6,3%)	2 (2,7%)	13 (5,2%)
Integrado	-	-	-
Total	175 (100,0%)	73 (100,0%)	248 (100,0%)

Qui-quadrado = 8,79 p=0,03 (S).

Em ambos os grupos, os idosos tiveram desenvolvimento psicológico-moral entre as fases oportunista e autônoma. Nenhum idoso estava na fase pré-social, impulsiva ou integrada. Os idosos das fases conformista, conscienciosa e autônoma (85,1%) foram considerados como sendo capazes de tomar decisões no seu melhor interesse. Esta presença majoritária se mantém nos dois grupos de idosos estudados. Enquanto 89,2% dos idosos não institucionalizados são aptos para tomar decisões, esta capacidade está presente em 75,3%

dos institucionalizados. Existe uma associação significativa de preservar a capacidade para tomar decisões com a não institucionalização ($X^2=7,75$; $p<0,005$).

Na escala de Desenvolvimento Psicológico-Moral, quando perguntado aos idosos quais os conteúdos que os preocupavam mais frequentemente com relação a si mesmos, os resultados associam a preocupação com a autonomia com os idosos institucionalizados ($X^2=3,44$; $p=0,04$) (tabela 3).

Tabela 3 - Percepção de Autonomia em dois grupos de idosos não institucionalizados (n=175) e institucionalizados (n=73).

Autonomia	Não institucionalizados	Institucionalizados	Total
Não	104 (59,4%)	34 (46,6%)	138 (55,6%)
Sim	71 (40,6%)	39 (53,4%)	110 (44,4%)
Total	175 (100,0%)	73 (100,0%)	248 (100,0%)

Qui-quadrado=3,44; p=0,04 (S).

DISCUSSÃO

No aspecto nutricional, o IMC, segundo a OMS, encontra-se ligeiramente aumentado nos idosos não institucionalizados, o que foi confirmado na presente pesquisa, cujos índices de massa corporal foram de 27 kg/m² nos não institucionalizados, e de 25,4 kg/m² nos institucionalizados.

Ao analisar o indicativo de risco para o desenvolvimento de doenças utilizando a razão cintura-quadril, como as cardiovasculares, as hiperlipidemias, a hipertensão arterial e o diabetes tipo II, os valores obtidos demonstraram que idosos institucionalizados apresentam quase o dobro de risco (74%) do que os não institucionalizados (40%). O risco para a obesidade não apresentou diferenças significativas entre os institucionalizados (75,3%) e os não institucionalizados (77,1%), mas os idosos moradores das ILPs apresentaram maior risco de desnutrição (27,3%) do que idosos que residem em suas moradias (10,1%).

A institucionalização foi associada à piora da qualidade de vida, tanto total quanto por domínios. Assim como em outro estudo, realizado com idosos de Caxias do Sul-RS em 2007, os idosos não institucionalizados apresentaram melhor qualidade de vida (9). Verificou-se que ambos os grupos consideraram a participação social em primeiro lugar nos domínios da qualidade de vida e em último a autonomia.

Nos seis domínios investigados, destacou-se, com percentual mais baixo, o item autonomia, com 28,3% nos idosos institucionalizados e 36,5% nos idosos não institucionalizados. Entre as duas amostras, a maior diferença nos escores de domínios situa-se na intimidade (74,7 e 57,3%), sendo que os idosos não institucionalizados apresentaram índice de 17,4% a mais do que os institucionalizados, indicando ser esta uma das prioridades para a busca de alternativas de melhoria da qualidade de vida para idosos moradores das ILPs. Estes dados apontam para a necessidade de estudos e investimentos mais específicos nestes domínios em ambos os grupos, principalmente na autonomia, a fim de se obter melhoria na

qualidade de vida de idosos.

Em relação ao desenvolvimento psicológico-moral, houve associação entre ser institucionalizado e ter desenvolvimento psicológico-moral em fases mais iniciais. A maioria dos idosos concentrou-se nas fases conformista e conscienciosa demonstrando que tem condições de tomar decisões no seu melhor interesse. Estes dados coincidem com os obtidos em outro estudo com idosos do interior do estado do Rio Grande do Sul, que mostrou que aqueles idosos não institucionalizados também apresentaram capacidade para tomar decisões, encontrando-se, em sua maioria, na fase conscienciosa (10). Embora a institucionalização pareça estar associada à diminuição da capacidade de tomada de decisão em idosos, esta capacidade está presente na maioria dos idosos.

A institucionalização do idoso pode acarretar uma redução na sua auto-determinação. A autonomia e a auto-determinação são conceitos diferentes, tidos, equivocadamente, como sinônimos. O primeiro conceito se refere à capacidade de tomar decisões e o segundo na possibilidade de que as suas escolhas sejam efetivamente levadas em consideração (10). A não diferença no domínio Autonomia da Escala de Qualidade de Vida, a preservação da capacidade de tomada de decisão na maioria dos participantes de ambos os grupos, mas com uma associação com os não institucionalizados, e a preocupação com a autonomia, estatisticamente associada aos idosos institucionalizados, é mais uma evidência desta diferença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos institucionalizados e os não institucionalizados apresentaram diferenças em relação ao estado nutricional e à qualidade de vida, seja esta avaliada em sua totalidade ou através dos seus domínios. A capacidade de tomada de decisão estava preservada em grande parte dos integrantes da amostra, sejam eles idosos institucionalizados ou não. Estes dados demonstram a importância de que a autonomia dos idosos seja sempre considerada quando do processo de tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Tábuas Completas de Mortalidade 2008. 2009. <http://www.ibge.gov.br>
2. Acuna K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2004;48(3):345-61.
3. Wittmann-Vieira R. Bioética, cuidados paliativos e qualidade de vida. [Dissertação]. Porto Alegre: UFRGS - PPGCM. 2010. 112f.
4. Ahronheim JC, Moreno S, Zuckerman C. Ethics in clinical practice. Boston: Little, Brown, 1994:21.
5. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1990.
6. Fleck M, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.
7. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development: Construction and Use if a Sentence Completion Test. San Francisco: Jossey Bass Inc Publishers. 1970.
8. Souza ELP. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Boletim da SPRGS*, 1968;3(7): 5-16.
9. Mincato PC, Freitas CLR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul, RS. *RBCEH*. 2007;4(1):127-38.
10. Bajotto A, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):753-61.

Recebido: 06/06/2012

Aceito: 28/06/2012