



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Fernanda Nascimento Costa

**Comparação do estado nutricional, qualidade de vida
e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não
institucionalizados**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

**Botucatu
2017**

Fernanda Nascimento Costa

Comparação do estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Costa, Fernanda Nascimento.

Comparação do estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados / Fernanda Nascimento Costa. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto
Capes: 40101002

1. Idosos. 2. Aptidão física. 3. Avaliação nutricional. 4. Qualidade de vida. 5. Envelhecimento. 6. Estudos transversais.

Palavras-chave: Capacidade funcional; Envelhecimento; Estado nutricional; Instituição de longa permanência; Qualidade de vida.

Fernanda Nascimento Costa

Comparação do estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Comissão examinadora

Prof(a). Dr(a) Alessandro Ferrari Jacinto
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof(a). Dr(a) Paulo José Fortes Villas Boas
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof(a). Dr(a) Vanessa de Albuquerque Citero
Universidade Federal de São Paulo

Botucatu, 14 de fevereiro de 2017.

Resumo

COSTA, F.N. **Comparação do estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.** 2017. N f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

Introdução: O estado nutricional, a capacidade funcional e a qualidade de vida são fatores importantes no envelhecimento e estimam a saúde dessa população. A literatura brasileira é escassa em relação às características destas variáveis em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Objetivo:** Comparar o estado nutricional, a qualidade de vida e a capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Métodos:** Estudo descritivo transversal. Foram avaliados 198 idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, da comunidade e de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Os idosos constituíram dois grupos: grupo de idosos institucionalizados (N=95) e grupo de idosos não institucionalizados (N=101). Em uma única visita, por meio de entrevista, aplicou-se o Mini Exame do Estado Mental, questionário sobre dados pessoais, autopercepção de saúde, estado nutricional (Índice de Massa Corpórea - IMC), capacidade funcional (Índice de Katz e Escala de Lawton) e qualidade de vida (World Health Organization Quality of Life Instrument, versão abreviada WHOQOL-BREF). A análise estatística das variáveis categorizadas foi realizada por meio do teste do qui-quadrado e as variáveis contínuas por meio do teste t-student, com significância de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao estado nutricional ($p < 0,001$), qualidade de vida ($p < 0,001$) e capacidade funcional (Índice de Katz, $p < 0,001$ e Escala de Lawton, $p < 0,001$). **Conclusão:** No presente estudo, a institucionalização de idosos se relaciona com pior qualidade de vida e capacidade funcional, porém com relação ao estado nutricional, idosos não institucionalizados apresentaram um estado nutricional mais inadequado (baixo peso ou sobrepeso) quando comparados com idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Envelhecimento; Estado nutricional; Qualidade de vida; Capacidade funcional; Instituição de Longa Permanência.

Abstract

COSTA, F.N. **Comparison of nutritional status, quality of life and functional capacity among institutionalized and non-institutionalized elderly.** 2017. N f. Thesis (Master) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista Botucatu, 2017.

Introduction: Nutritional status, functional capacity and quality of life are important for the aging and health of the population. Brazilian literature is scarce in relation to the characteristics of variables in institutionalized and non-institutionalized elderly. **Aims:** To compare nutritional status, quality of life and functional capacity among institutionalized and non-institutionalized elderly. **Methods:** Cross-sectional descriptive study; 198 individuals aged 60 years or older, of both sexes, in community and long-stay institutions. The selected subjects were divided into two groups: group of institutionalized (N=95) and of non-institutionalized (N=101) subjects. The Mini Mental State Examination, a questionnaire on personal data, self-perceived health, nutritional status (body mass index - IMC), functional capacity (Katz Index and Lawton Scale) and quality of life (World Health Organization Quality of Life Instrument, abbreviated version WHOQOL-BREF). The statistical analysis of the categorized variables was performed using the qui-quadrado test and the continuous variables using the t-student test, with significance of $p \leq 0,05$. **Results:** There were statistically significant differences between non-institutionalized and institutionalized subjects considering, nutritional status ($p < 0,001$), quality of life ($p < 0,001$) and functional capacity ($p < 0,001$). **Conclusion:** In this study, institutionalization of the elderly was related to poorer quality of life and functional capacity, but in relation to nutritional status, non-institutionalized elderly individuals presented a more inadequate nutritional status (low weight or overweight) when compared to institutionalized elderly.

Key words: Aging; Nutritional status; Quality of life; Functional capacity; Long-stay institutions.

Lista de ilustração e gráfico

Figura 1 – Fluxograma dos procedimentos de coletas dos dados.....	11
Gráfico 1 – Comparação dos dados relacionados à qualidade de vida do grupo de idosos institucionizados (n=95) e não institucionizados (n=101).....	18

Lista de tabelas

Tabela 1 – Fatores demográficos e de saúde do grupo de idosos institucionalizados (n=95) e grupo de idosos não institucionalizados (n=101)	16
Tabela 2 – Comparação da capacidade funcional do grupo de idosos institucionalizados (n=95) e grupo de idosos não institucionalizados (n=101)	19
Tabela 3 – Estado nutricional do Grupo de Idosos Não Institucionalizados (GNI) (n=101) e do Grupo de Idosos Institucionalizados (GI) (n=95) respectivamente.	20

Lista de abreviações e siglas

ABVD: Atividades básicas de vida diária.

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária.

DF: Domínio Físico.

DMA: Domínio Meio Ambiente.

DP: Domínio Psicológico.

DRS: Domínio Relações Pessoais.

GI: Grupo de idosos institucionalizados.

GNI: Grupo de idosos não institucionalizados.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

ILPIs: Instituições de Longa Permanência.

IMC: Índice de massa corpórea.

Kg: quilograma.

M: metro.

MEEM: Mini Exame do estado mental.

OMS: Organização Mundial de saúde.

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido.

UNESP: Universidade Estadual Paulista.

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Instrument.

WHOQOL-Bref: World Health Organization Quality of Life Instrument, versão abreviada.

Sumário

1. Introdução	1
2. Revisão da literatura	3
2.1. Envelhecimento populacional	3
2.1.1. Institucionalização de idosos	4
2.2. Estado nutricional	5
2.3. Qualidade de vida	6
2.4. Capacidade funcional	7
2.5. Autopercepção de saúde	8
3. Objetivos	9
3.1. Objetivo específico	9
4. Métodos	10
4.1. Tipo de estudo	10
4.2. Amostra	10
4.2.1. Critérios de inclusão	10
4.2.2. Fluxograma	11
4.3. Procedimentos	12
4.3.1. Protocolo de avaliação	12
4.4. Análise estatística	15
5. Resultados	16
5.1. Análise descritiva	16
5.2. Resultados da qualidade de vida	18
5.3. Resultados da capacidade funcional	19
5.4. Resultados do estado nutricional	20
6. Discussão	21
7. Conclusão	26
Referências bibliográficas	27
Apêndice A – Ficha de identificação	35
Anexo A – Mini exame do estado mental	36
Anexo B – Índice de Katz	38
Anexo C – Escala de Lawton	39
Anexo D - WHOQOL- Bref	40
Anexo E – Parecer CEP	43

1. Introdução

Tanto o baixo peso (MOREIRA E BOAS, 2011) quanto o excesso de peso (NAM *et al.*, 2012) estão associados à redução da capacidade funcional. Estudos longitudinais têm associado índice de massa corpórea (IMC) e a capacidade funcional. Deschamps *et al.* (2002) verificaram que idosos eutróficos, de acordo com o IMC, estão associados a menor declínio da capacidade funcional em atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Outros estudos mostraram que a perda de peso ($\geq 5\text{Kg}$) e o excesso de peso ($\text{IMC} > 27\text{Kg/m}^2$) foram fatores de risco para institucionalização e desenvolvimento da perda da capacidade funcional em idosos (PAYETTE *et al.*, 2000; LAUNER *et al.*, 1994).

O estado nutricional tem relação com a qualidade de vida. Wachholz *et al.* (2011) verificaram, por meio do IMC, que os idosos considerados com sobrepeso obtiveram as melhores médias nos domínios de qualidade de vida. Nagahashi *et al.* (2013) mostrou que a qualidade de vida de idosos não institucionalizados com sobrepeso foi menor em relação aos que apresentaram peso normal. Lima (2011) encontrou que idosos com sobrepeso apresentaram a qualidade de vida alta quando comparados com outros idosos.

Embora ainda sejam incipientes os estudos que relacionam qualidade de vida e o estado nutricional de idosos, há evidências que sugerem a contribuição do estado nutricional na qualidade de vida (NAVARRO E BENNEMANN, 2006; METTER, 2002).

Quando o autocuidado é comprometido devido à diminuição da capacidade funcional, a carga para o sistema de saúde e para a família pode ser relevante. A preservação e manutenção da capacidade funcional têm importantes consequências para a qualidade de vida dos idosos, pois se relaciona com a habilidade de ocupar-se com atividades agradáveis e também com o trabalho até idades mais avançadas (ROSA *et al.*, 2003; GURALNIK E LACROIX, 1992).

Poucos estudos associaram a relação da institucionalização no estado nutricional, na qualidade de vida e na capacidade funcional dos idosos. Alguns estudos relacionam qualidade de vida e estado nutricional de idosos institucionalizados, evidenciando a contribuição deste para a saúde e, indiretamente, para qualidade de vida e capacidade funcional, porém não relacionam essas variáveis ao idoso institucionalizado ou não (MOREIRA *et al.*, 2009; NAVARRO E BENNEMANN, 2006; METTER, 2002; WACHHOLZ *et al.*, 2011).

Diante disso, torna-se importante a comparação das variáveis estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados.

A partir dos dados da literatura, esperou-se que a qualidade de vida, a capacidade funcional e o estado nutricional de idosos não institucionalizados fossem melhores do que dos idosos institucionalizados.

2. Revisão da literatura

2.1. Envelhecimento Populacional

A transformação demográfica observada devido ao envelhecimento da população mundial é considerada sem precedentes na história da humanidade. O crescimento mundial da população idosa é um evento que aconteceu nas últimas décadas, com maior intensidade nos países em desenvolvimento. Estima-se que no ano de 2050, um quinto da população no mundo será de idosos. As conquistas tecnológicas da medicina moderna possibilitam a prevenção e a cura de doenças que antes eram fatais, reduzindo a mortalidade e aumentando a expectativa de vida, além disso, a partir de 1960 a população que antes tinha alto nível de fecundidade e altas taxas de mortalidade infantil começa a apresentar reduções nessas taxas, nas quais se iniciaram nas regiões com maior desenvolvimento e em grupos populacionais mais privilegiados, rapidamente generalizando e desencadeando o processo de transição da estrutura etária observada no país (CARVALHO *et al.*, 2008; BERLEZI, 2016; IBGE 2010; MESQUITA E PORTELLA, 2004; FRUMI E CELICH, 2006; NERI, 2008). A expectativa de vida no Brasil para pessoas de 60 anos em 1980 era de 14,2 anos (homens) e 17,6 anos (mulheres). No ano de 1991, ocorreu um aumento destas taxas, sendo de 15,3 para homens e 18,1 para mulheres. Em 1996, as taxas foram de 16,3 para homens e de 20,4 para mulheres (CAMARANO, 2004; NERI, 2008; CAMARANO *et al.*, 1999). No ano de 2012, pessoas de ambos os sexos aos 61 anos poderiam viver mais 20,5 anos e, no ano de 2013, 20,9 anos (DATAPREV, 2014). Atualmente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no Brasil é de 75,2 anos, acima da média mundial que é de 71,4 anos. Além disso, o indicador de expectativa de vida saudável do país, que agrega dados sobre a mortalidade e morbidade, é de 65,5 anos, enquanto a média mundial é de 63,1 anos (CAMARGOS *et al.*, 2005; NASRI, 2008; IBGE, 2016).

No ano de 2013, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou a tendência do envelhecimento no país. Nesse estudo, observa-se que a proporção de crianças de 0 a 9 anos reduziu de 18,7% (do total de habitantes no ano de 2001) para 13,9% no ano de 2013, além disso, a proporção de crianças e adolescentes (10 a 19 anos de idade), quando comparados os anos de 2001 e 2013, de 15,9% para 13,4% do total dos brasileiros. Já o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos continua aumentando, sendo de 12,6% em 2012, para 13% em 2013, o que representa 26,1 milhões de idosos no Brasil (IBGE, 2014). Segundo a

OMS, no período de 75 anos, o número de idosos no Brasil deverá aumentar 15 vezes, enquanto a população total apenas cinco. Com isso, o país pode ocupar o sexto lugar no mundo quanto ao número total de idosos, podendo alcançar no ano de 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Apesar das mudanças demográficas e epidemiológicas tão marcantes, envelhecer com qualidade de vida e independência é um grande desafio. Torna-se importante garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, como também, uma boa qualidade de vida. A melhora na capacidade funcional contribui para diminuição da taxa de mortalidade, da necessidade de ser cuidado por terceiros e de hospitalização, contribuindo para melhora na qualidade de vida (SMEE *et al.*, 2012; CORTES *et al.*, 2013).

A OMS define o envelhecimento saudável como: “um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada.” (WHO, 2015). Para entender como a saúde e o funcionamento podem ser considerados no envelhecimento, a OMS define e diferencia dois conceitos importantes. A capacidade intrínseca relaciona-se ao conjunto de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode apoiar-se em qualquer momento no tempo, porém ela é apenas um dos fatores que irão determinar o envelhecimento independente, o ambiente em que a pessoa vive e sua interação nele, decidirão se as pessoas com um determinado nível de capacidade pode fazer as coisas que consideram importantes. Já a capacidade funcional é a combinação do indivíduo com o ambiente e suas interações. Ambas permanecem constantes, embora tendam a diminuir com o avançar dos anos, as escolhas durante a vida ou as intervenções em diferentes momentos dela irão determinar a trajetória de cada pessoa (WHO, 2015).

2.1.1. Institucionalização de idosos

Fatores sociais, demográficos e de saúde e incapacidade funcional, são as causas que predis põem idosos a residir em instituições de longa permanência. Admite-se que, entre outras causas, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, mudanças na nupcialidade e novos arranjos familiares diminuem a perspectiva de envelhecer em um ambiente familiar e aumenta a busca por instituições de longa permanência como alternativa (CHAIMOWICZ, 2006; PERLINI *et al.*, 2007).

Devido ao aumento da expectativa de vida, há a propensão do maior acúmulo de incapacidades e de doenças. Como consequência destas circunstâncias, o número de indivíduos que precisam de assistência médica aumenta, quanto maior for à faixa etária. O idoso tem seu perfil de morbidade, incapacidade e mortalidade modificado por doenças crônico-degenerativas (PERRACINI E FLÓ, 2009; CAMARANO, 2006).

O IPEA realizou um estudo sobre as características das ILPI na região sudeste do país e sobre a população idosa residente. Em São Paulo foram identificadas 1219 ILPI, distribuídas em 394 municípios dos 645 existentes, que abrigam cerca 0,6% da população total idosa do estado (IPEA, 2010).

Diante desse contexto, surge a necessidade de locais que sejam especializados e com cuidados específicos para essa população.

Segundo Born e Boechat, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são instituições com “atendimento integral oferecido a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos com serviços nas áreas sociais, psicológica, médica de enfermagem, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de odontologia e outras conforme necessidades específicas desse segmento etário. O atendimento é realizado em locais físicos adequados e equipados para proporcionar cuidados aos idosos, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado. Deve dispor de um quadro de recursos humanos para atender as necessidades de assistência social, saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades que garantam qualidade de vida aos idosos (Documento apresentado pela Comissão de Assessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia –SBGG, Seção São Paulo)” (BORN E BOECHAT apud PERRACINI E FLÓ, 2009).

2.2. Estado nutricional

Sabe-se que, por questões senis ou senescentes, o envelhecimento afeta de maneira direta o estado nutricional de um indivíduo. Naturalmente ocorrem diversas alterações no organismo durante o processo de envelhecimento que são capazes de alterar o estado nutricional e estas alterações incluem desde mudanças nas fases iniciais do processo de alimentação até a redução da eficiência de absorção e eliminação (MOREIRA *et al.*, 2009; NAVARRO E BENNEMANN, 2006). Todas essas mudanças ocasionam alterações prejudiciais ao estado nutricional, que podem influenciar nas doenças crônicas, capacidade

funcional e, conseqüentemente, na qualidade de vida com autopercepção de saúde negativa (ACUÑA E CRUZ, 2004).

Com o avanço do envelhecimento populacional e a prevalência de problemas nutricionais neste grupo, torna-se essencial para a saúde do idoso o reconhecimento e a implantação de intervenções precoces nas irregularidades do estado nutricional no idoso, que propiciam além de menores taxas de morbimortalidade (MOREIRA *et al.*, 2009; METTER, 2002), maior grau de satisfação com a própria saúde e melhora da percepção de qualidade de vida (WACHHOLZ *et al.*, 2011).

2.3. Qualidade de vida

Qualidade de vida tem um conceito genérico que procede da interpretação individual, sendo subjetivo, e associa-se a satisfação com a própria vida, com valores pessoais e culturais de um indivíduo (WACHHOLZ *et al.*, 2011). É um conceito incerto e difícil de quantificar e operacionalizar. Apóia-se no entendimento das necessidades humanas fundamentais, espirituais e também materiais, e tem no conceito de promoção de saúde seu foco mais significativo.

A expressão “qualidade de vida” foi utilizada pela primeira vez no ano de 1964 pelo presidente dos Estados Lyndon Johnson (PERRACINI E FLÓ, 2009). O conceito de qualidade de vida passou por diferentes fases, a definição global e clássica é de que a qualidade de vida é “a distância entre as expectativas e o grau de satisfação do paciente em relação à sua saúde, de tal forma que, quanto menor for essa distância, melhora será a qualidade de vida.” A percepção de que qualidade de vida engloba diferentes dimensões ocorreu na década de 1980. Definições mais relacionadas à saúde e combinadas com os conceitos globais e clássicos são as mais utilizadas (FARQUHAR, 1995).

Segundo a OMS, qualidade de vida é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1997).

É um conceito caracterizado pela multidimensionalidade, mutabilidade, subjetividade e bipolaridade (PERRACINI E FLÓ, 2009; PASCHOAL, 2000; GUYATT, 1993). A bipolaridade é representada pela existência de dimensões positivas e negativas, como por exemplo, desempenho de papéis sociais e autonomia como aspectos positivos e dor e dependência como aspectos negativos (PERRACINI E FLÓ, 2009; GUAYATT, 1993; WHOQOL GROUP, 1995). A mutabilidade foi uma característica adicionada por Paschoal (2000) em estudo, ele afirma que a qualidade de vida pode ser alterada com o tempo, a pessoa

e o lugar além do contexto cultural, e uma mesma pessoa pode ter sua qualidade de vida alterada devido ao seu estado de humor ou espírito.

Como a qualidade de vida é algo específico, um conceito subjetivo, só possível de ser avaliada pelo próprio indivíduo. Envolve diferentes dimensões, mas de acordo com o WHOQOL Group (WHOQOL GROUP, 1995), devem ser consideradas pelo menos três principais dimensões: a psicológica, a social e a física (PERRACINI E FLÓ, 2009). Podem ser associadas a estas três dimensões, grau de satisfação com a vida ou bem-estar e a percepção do estado de saúde, sono, dimensionamento da dor, identificação de sintomas e questões de crenças pessoais e espiritualidade, continuamente avaliadas no ponto de vista do indivíduo (PERRACINI E FLÓ, 2009; PASCHOAL, 2000; CIEZA E STUCK, 2005; SEIDL E ZANNON, 2004).

2.4. Capacidade funcional

Entende-se como capacidade funcional a habilidade de desenvolver atividades rotineiras sem necessitar de assistência (MANANDHAR, 1995). Está relacionada à capacidade para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e para desempenhar atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) (NERI, 2008).

As ABVDs referem-se ao autocuidado, isto é, quando o idoso consegue cuidar-se e responder por si só no espaço limitado do lar. As ABVDs envolvem: tomar banho alimentar-se, ter continência, vestir-se, usar o banheiro e andar pela casa. As AIVDs relacionam-se com funções mais complexas que permitem a independência na comunidade, sendo exemplos: usar o telefone, viajar, comprar, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, usar medicamentos e manusear dinheiro (NERI, 2008; RAMOS, 2009; LOURENÇO *et al.*, 2012).

Durante o processo de envelhecimento, devido ao declínio contínuo da função do sistema biológico, a maioria dos idosos tende a desenvolver alguma doença crônica (GORDILHO *et al.*, 2001). Estas perdas de funções podem levar a limitações funcionais, gerando assim, um aumento significativo da dependência e da incapacidade para realizar tarefas diárias. Esta dependência relaciona-se também a outros fatores como a genética, hábito e estilo de vida, características ambientais e outras comorbidades associadas ao contexto socioeconômico e cultural (ROSA *et al.*, 2003; NERI, 2008; ALVES *et al.*, 2007).

A saúde de idosos pode ser mensurada pelo grau de sua capacidade funcional que é um importante componente da qualidade de vida e um marcador de saúde que contempla a condição geral da pessoa idosa (RAMOS, 2003). Além disso, o maior número de incapacidade funcional e morbidade relacionam-se aos menores escores de qualidade de vida

(TAVARES E DIAS, 2012). O estudo de Camargos, Perpetuo e Machado (2005) que avaliou a expectativa de vida de idosos com incapacidade funcional mostrou que mulheres apresentavam maior expectativa de vida do que homens, porém elas tinham menor proporção de anos vividos livres de incapacidade funcional, além disso a dependência também foi maior em mulheres.

A incapacidade para desenvolver atividades diárias tem se tornado um indicador de saúde da população idosa (NASCIMENTO *et al.*, 2012). A fim de verificar o grau de dependência dessa população, questionários de atividades básicas de vida diária (ABVD) e de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) têm sido utilizados.

Faz-se importante a avaliação da capacidade funcional com o objetivo de estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos com alto risco de perda funcional, além de orientar ações para melhora e manutenção da funcionalidade, fazendo com que esses idosos permaneçam na comunidade por mais tempo possível e com maior independência e qualidade de vida (FIEDLER E PERES, 2008; NOGUEIRA *et al.*, 2010; NERI, 2008).

2.5. Autopercepção de saúde

A autopercepção de saúde é entendida como a classificação da saúde de si próprio nos últimos dias (SILVA E MENEZES, 2007). Tende a se manter constante durante a vida adulta e a partir dos 50 anos entra, de maneira geral, em uma queda acelerada, o que faz com que se torne ainda mais importante avaliar essa variável (REICHERT, LOCH E CAPILHEIRA, 2012; FAYERS E SPRANGERS, 2002).

A autopercepção de saúde está associada a aspectos da saúde física, cognitiva, emocional e da capacidade funcional. Está associada também à mortalidade, independente de doenças crônicas e fatores socioeconômicos. Idosos que autopercebem sua saúde como ruim ou péssima mostram-se com maior risco de mortalidade por todas as causas de morte quando comparados com aqueles que relatam ter uma saúde boa ou excelente (OFSTEDAL *et al.*, 2002; SILVA E MENEZES, 2007; MARCELLINI, 2002; ALVES E RODRIGUES, 2005). Além disso, está associada com o estado real de saúde das pessoas e pode ser vista como uma representação de avaliações objetivas de saúde (APPELS, 1996; ALVES E RODRIGUES, 2005).

3. Objetivos

Comparar o estado nutricional, a qualidade de vida e a capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

3.1. Objetivo específico

- Comparar a autopercepção de saúde entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

4. Métodos

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo transversal.

4.2 Amostra

A determinação do tamanho amostral para baixo peso em ILP foi calculada utilizando-se um intervalo de 95% de confiança e precisão de 10%, sendo que a prevalência utilizada foi de 50% (GUIGOZ *et al.*, 1994). Chegou-se à amostra de 96.

Para ABVD, considerando uma prevalência de 33,3% (MOREIRA E VILLAS BOAS, 2011) e o mesmo intervalo de confiança e precisão utilizados para o cálculo de baixo peso, chegou-se a um tamanho amostral de 84.

Para os outros parâmetros, devido à escassez de dados na literatura, foi optado por utilizar as mesmas amostras relacionadas a baixo peso e ABVDs.

Utilizou-se número aproximado de idosos não institucionalizados para fins de comparação.

Foram, então, analisados 101 idosos não institucionalizados e 95 institucionalizados de 10 instituições de Bauru e Botucatu (amostra de conveniência).

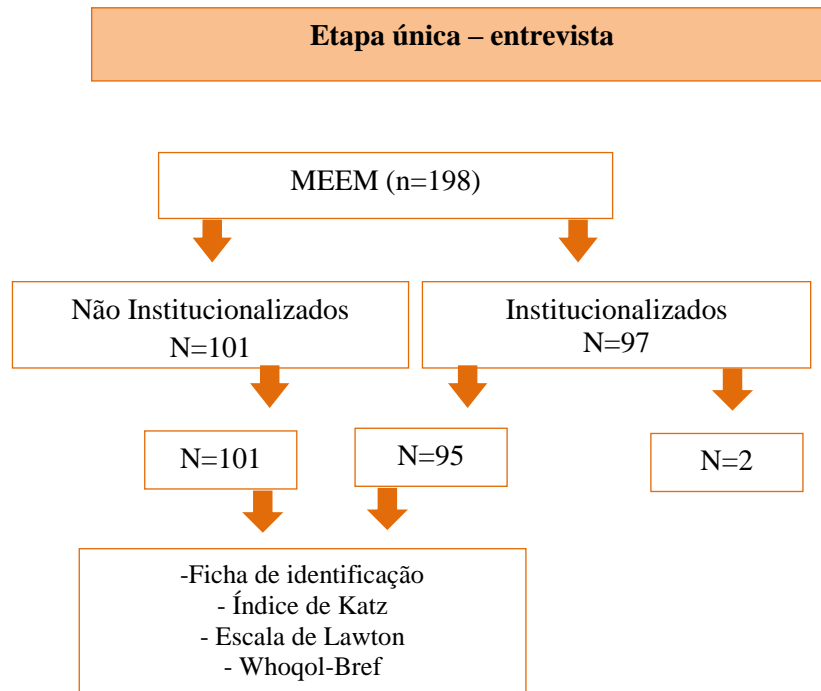
4.2.1 Critérios de inclusão

Idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com nota obtida no MEEM igual ou superior ao escore esperado para a escolaridade, conseguir se comunicar e interpretar comandos (avaliação subjetiva do pesquisador) e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (Anexo E).

No grupo de institucionalizados, o idoso deveria residir em uma instituição há, pelo menos, seis meses. As ILPIs foram selecionadas de maneira aleatória nas cidades.

4.2.2 Fluxograma

Figura 1 – Fluxograma dos procedimentos de coleta dos dados.



4.3 Procedimentos

4.3.1 Protocolo de avaliação

Em uma única visita, por meio de entrevista com o pesquisador, os idosos foram submetidos ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo A), a uma avaliação básica (Apêndice A) especificamente elaborada para esse trabalho com a finalidade de obter dados pessoais, autopercepção de saúde e análise do estado nutricional (Índice de Massa Corpórea - IMC), ao Índice de Katz (Anexo B), Escala de Lawton (Anexo C) e “*World Health Organization Quality of Life Instrument*” - WHOQOL, sendo que sua versão abreviada (WHOQOL-Bref) foi utilizada (Anexo D).

As avaliações dos idosos não institucionalizados foram realizadas em Universidades Aberta a Terceira Idade, Centros de Convivência e Centros de Referência do Idoso. As avaliações dos idosos institucionalizados foram realizadas em 10 instituições de Bauru (N=78) e Botucatu (N=20), sendo estas instituições privadas, públicas, filantrópicas/benéficas, entre fevereiro e julho de 2016.

O Mini Exame do Estado Mental é um instrumento para rastreamento da função cognitiva criado por Folstein *et al.* no ano de 1975, validado transculturalmente para o português, nesse teste são avaliados a orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação e a linguagem. Utilizou-se a pontuação do estudo de Brucki *et al.*, 2003:

- Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não frequentou escola) – 17 pontos
- 1 a 4 anos de escolaridade – 22 pontos ou mais
- 5 a 8 anos de escolaridade – 24 pontos ou mais
- 9 anos ou mais – 26 pontos ou mais
- Pontuação máxima – 30 pontos

O IMC consiste em uma medida secundária obtida por meio de duas medidas primárias, peso (kg) dividido pela estatura (m) ao quadrado. A classificação nutricional adotada para idosos proposta por Lipschitz (1994) é a seguinte: baixo peso (<22,0), eutrofismo ($\geq 22,0 < 27,0$) e sobrepeso ($\geq 27,0$) (PERRACINI E FLÓ, 2009). As medidas de peso foram coletadas pela balança da marca “CAMRY” e as medidas da altura foram coletadas pela fita métrica “Stanley powerlock P5ME”.

O Índice de Katz foi desenvolvido no ano de 1963 por Katz e no ano de 2008 foi realizada a adaptação transcultural para o português por Lino *et al.* (PAVARINI *et al.*, 2012).

O Índice de Katz avalia as habilidades de seis atividades básicas de vida diária, sob o aspecto fisiológico, foi proposto para avaliar a independência no desempenho das funções (banhar-se, vestir-se, usar o vaso sanitário, transferir-se, continência e alimentar-se) O instrumento é um dos mais utilizados na literatura gerontológica para avaliar a capacidade funcional de idosos por meio das atividades básicas de vida diária.

É pontuado da seguinte maneira:

- 0: independente em todas as seis funções;
- 1: independente em cinco funções e dependente em uma função;
- 2: independente em quatro funções e dependente em duas funções;
- 3: independente em três funções e dependente em três funções;
- 4: independente em duas funções e dependente em quatro;
- 5: independente em uma função e dependente em cinco funções;
- 6: dependente em todas as seis funções

As pontuações 0, 1 e 2 classificam o indivíduo como independente, 3 e 4, semi-dependente e 5 e 6, totalmente dependentes.

A Escala de Lawton avalia o nível de independência no desempenho das atividades instrumentais de vida diária. Foi criada por Lawton e Brody no ano de 1969 e adaptada e traduzida por Santos e Virtuoso Jr. em 2008. Avalia sete atividades instrumentais que são: uso do telefone, viagens, realização de compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio de dinheiro. A escala é pontuada da seguinte maneira: dependência total (7 pontos - mínimo que pode ser obtido), dependência parcial (> 7 e < 21 pontos) e independência (21 pontos máximo que pode ser obtido).

O *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir a qualidade de vida em adultos. Considerou como características fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos), e sua natureza multidimensional.

A versão abreviada do WHOQOL é mais utilizada por ser um instrumento curto e de rápida aplicação, possui 26 questões que compõem quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Foi validado no Brasil no ano de 2000 por Fleck *et al.* e pode ser auto administrado, assistido ou aplicado pelo examinador. Das 26 questões, duas são gerais sobre qualidade de vida e as demais (24 questões) representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Aborda, assim, quatro domínios que englobam:

- Domínio físico: dor e desconforto; energia e fadiga, sono e repouso; mobilidade,

atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos.

- Domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião, crenças.
- Relações Sociais: relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual.
- Meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente de risco; transporte.

Para avaliar os resultados é preciso que se faça inicialmente a recodificação dos itens 3, 4 e 26, ou seja, se 1 = 5, se 2 = 4, se 3 = 3, se 4 = 2, se 5 = 1. Os escores dos domínios para o WHOQOL-bref são calculados multiplicando-se por quatro a média de todos os itens incluídos dentro do domínio. Posteriormente, para se calcular o escore por domínio baseado em uma escala de 0 a 100 deve-se: domínio Físico (DF) = $((q3 + q4 + q10 + q15 + q16 + q17 + q18)/7) \times 4 - 4) \times 100/16$, domínio Relações Sociais (DRS) = $((q5 + q6 + q7 + q11 + q19 + q26)/6) \times 4 - 4) \times 100/16$, domínio Psicológico (DP) = $((q20 + q21 + q22)/3) \times 4 - 4) \times 100/16$, domínio Meio Ambiente (DMA) = $((q8 + q9 + q12 + q13 + q14 + q23 + q24 + q25)/8) \times 4 - 4) \times 100/16$. A avaliação dos resultados é transformada numa escala de zero a 100, sendo que zero corresponde a uma pior qualidade de vida e 100, uma melhor qualidade de vida. Cada domínio é analisado separadamente (FLECK *et al*, 2000).

Na ficha de identificação elaborada especificamente para esse trabalho, com o intuito de captar dados demográficos e de saúde, as seguintes informações foram obtidas: se houve ou não quedas e internações hospitalares nos últimos 12 meses, uso de medicação regular, nível de atividade física e número de doenças crônicas. Considerou-se “quedas” o relato do idoso que caiu pelo menos uma vez nos últimos 12 meses e internação hospitalar, se o idoso relatasse internação hospitalar ou clínica por mais de 24 horas nos últimos 12 meses, internações solicitadas, mas não realizadas não foram consideradas. O uso de medicação regular foi “presente” se o idoso relatasse uso de medicações de forma contínua. O nível de atividade física foi “presente” caso o idoso relatasse prática de atividade física pelo menos três vezes na semana durante uma hora.

4.4 Análise estatística

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS (versão 22). As variáveis categorizadas foram descritas em valores absolutos e relativos e a comparação destas se deu com a utilização do teste do qui-quadrado. As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade suas distribuições, sendo que todas foram normais. Estas variáveis foram apresentadas em forma de medidas de tendência central, utilizando médias e desvios-padrões e comparadas com a utilização do Teste t-Student. O nível de significância utilizado foi de 0,05.

5. Resultados

5.1 Análise descritiva

No grupo de idosos não institucionalizados (GNI), os participantes apresentaram uma média de idade de 68,8(±7) anos; 84,1% destes eram do sexo feminino, 46,5% eram casados e 52,5% com autopercepção de saúde boa (52,5%). Em relação ao grupo de idosos institucionalizados (GI), os participantes apresentaram uma média de idade de 78,9(±10,3) anos; 73,7% eram do sexo feminino, 43,1% viúvos, e 40% com autopercepção de saúde regular. Os resultados da análise de diferentes dados sociodemográficos e de saúde estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Fatores demográficos e de saúde do grupo de idosos institucionalizados (n=95) e grupo de idosos não institucionalizados (n=101).

Variável	Distribuição em categorias	GNI*		GI#		p
		N	%	N	%	
Sexo	Feminino	85	84,1%	70	73,3%	0,072
	Masculino	16	15,9%	25	26,3%	
Idade	60 a 70	65	64,4%	22	23,1%	<0,001
	71 a 80	30	29,7%	25	26,3%	
	>80	6	5,9%	46	48,4%	
	Não respondeu	---	---	2	2,2%	
Estado civil	Viúvo	24	23,8%	41	43,1%	<0,001
	Casado	47	46,5%	12	12,6%	
	Separado	20	19,8%	15	15,8%	
	Solteiro	10	9,9%	27	28,5%	
Autopercepção de saúde	Péssima	---	---	7	7,4%	<0,001
	Ruim	1	0,9%	8	8,4%	
	Regular	25	24,8%	38	40%	
	Bom	53	52,5%	35	36,8%	
	Excelente	22	21,8%	7	7,4%	

* GNI, grupo de idosos não institucionalizados; # GI, grupo de idosos institucionalizados.

Tabela 1. (continuação)

Número de doenças crônicas	1	32	31,7%	41	43,1%	0,240
	2	29	28,8%	25	26,3%	
	3	4	3,9%	2	2,1%	
	≥4	3	2,9%	---	---	
	Nenhuma	33	32,7%	27	28,5%	
Queda	Sim	22	21,8%	38	40%	0,006
	Não	79	78,2%	57	60%	
Internação	Sim	13	12,9%	29	30,6%	0,003
Hospitalar	Não	88	87,1%	66	69,4%	
Medicação	Sim	86	85,1%	83	87,4%	0,652
Regular	Não	15	14,9%	12	12,6%	
Prática de atividade física	Sim	79	78,2%	13	13,7%	<0,001
	Não	22	21,8%	82	86,3%	

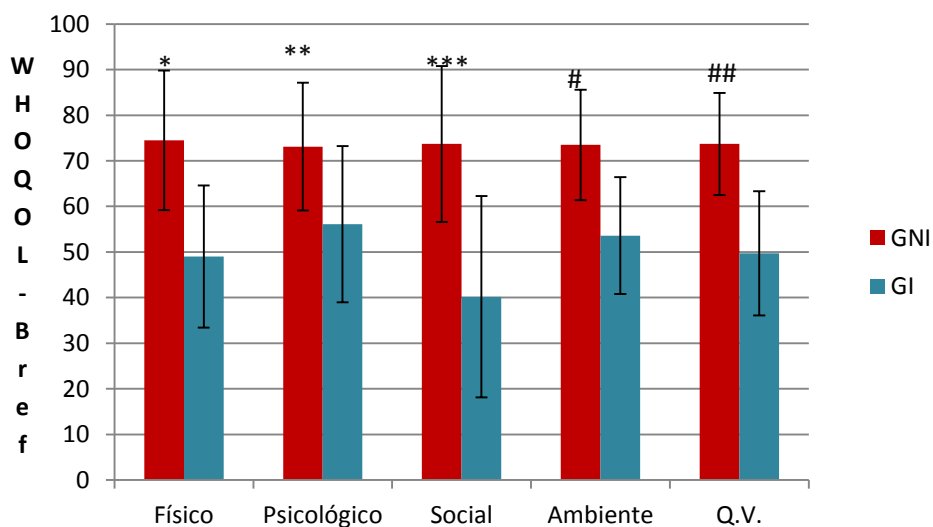
* GNI, grupo de idosos não institucionalizados; # GI, grupo de idosos institucionalizados.

5.2 Resultados de qualidade de vida

Com relação ao WHOQOL-bref houve diferença estatística em todos os domínios, no domínio físico, sendo o GNI (74,5±15,4) e o GI (49,1±15,67) ($p<0,001$), no domínio psicológico, sendo o GNI (73,1±14,1) e o GI (56,1±17,1) ($p<0,001$), no domínio ambiental, sendo o GNI (73,5±12,1) e o GI (53,6±12,8) ($p<0,001$) e o domínio social entre o GNI (73,7±17,1) e o GI (40,3±22,1) ($p<0,001$), no escore total de qualidade de vida também houve diferença estatística, sendo o GNI (73,8±11,2) e o GI (49,8±13,7) ($p<0,001$). Idosos não institucionalizados apresentaram melhores médias para os domínios de qualidade de vida quando comparados com idosos institucionalizados.

Os resultados completos da análise descritiva para cada domínio dos grupos são apresentados no gráfico 1.

Gráfico 1 – Comparação dos dados relacionados à qualidade de vida do grupo de idosos institucionalizados (n=95) e grupo de idosos não institucionalizados (n=101).



- * - Diferença estatística entre os grupos GNI e GI ($p<0,001$).
- ** - Diferença estatística entre os grupos GNI e GI ($p<0,001$).
- *** - Diferença estatística entre os grupos GNI e GI ($p<0,001$).
- # - Diferença estatística entre os grupos GNI e GI ($p<0,001$).
- ## - Diferença estatística entre os grupos GNI e GI ($p<0,001$).

5.3 Resultados de capacidade funcional

Com relação ao Índice de Katz houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$). Com relação à Escala de Lawton também houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$).

Os resultados completos da análise descritiva para cada instrumento dos grupos são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Comparação da capacidade funcional do grupo de idosos institucionalizados (n=95) e grupo de idosos não institucionalizados (n=101).

Variável	Distribuição em categorias	* GNI		#GI		P
		N	%	N	%	
ABVD**	Independente	101	100%	41	43,2%	<0,001
	Semi-dependente	---	---	22	23,2%	
	Dependente total	---	---	32	33,6%	
AIVD##	Independente	35	34,6%	---	---	<0,001
	Dependente parcial	66	65,3%	48	50,5%	
	Dependente total	---	---	47	49,4%	

* GNI, grupo de idosos não institucionalizados; # GI, grupo de idosos institucionalizados.

**ABVD, atividades básicas de vida diária; ##AIVD, atividades instrumentais de vida diária.

5.4 Resultados do estado nutricional

Com relação ao Índice de massa corpórea, que avaliou o estado nutricional, houve diferença estatística entre os grupos ($p < 0,001$).

O resultado completo da análise descritiva para a classificação do IMC dos grupos são apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Estado nutricional do Grupo de Idosos Não Institucionalizados (GNI) (n=101) e do Grupo de Idosos Institucionalizados (GI) (n=95) respectivamente.

Distribuição em categorias	* GNI		# GI		p
	N	%	N	%	
Baixo peso	10	9,9%	27	28,4%	<0,001
Eutrofismo	40	39,6%	44	46,3%	
Sobrepeso	51	50,5%	24	25,3%	

* GNI, grupo de idosos não institucionalizados; # GI, grupo de idosos institucionalizados.

6. Discussão

Este é o primeiro estudo que avaliou e comparou a qualidade de vida, capacidade funcional e estado nutricional de idosos institucionalizados e não institucionalizados no Brasil. Os idosos institucionalizados apresentaram piores médias nos domínios de qualidade de vida, menor funcionalidade tanto para as ABVDs quanto para as AIVDs, idade mais avançada, a maioria viúvos, com autopercepção de saúde regular, mais quedas e internações hospitalares em 12 meses e menos atividade física regular quando comparados com idosos não institucionalizados. Pesquisas com idosos institucionalizados revelaram que a institucionalização interfere na independência dos idosos, pois dificulta a realização das atividades de vida diária, além de favorecer a reclusão social, perda de autoestima e diminuição do auto cuidado (GONÇALVES *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2014; MARQUES MARCHON *et al.*, 2010).

Um estudo, que utilizou a escala de Katz para identificar a dependência de idosos institucionalizados em três ILPIs, concluiu que, a maior parte dos idosos institucionalizados encontravam-se com dependência total e havia o predomínio do sexo feminino (MARINHO *et al.*, 2013). Os dados desse estudo são bem parecidos com os encontrados no presente estudo, apesar de 43,2% dos idosos institucionalizados serem independentes, 33,6% deles são classificados como dependentes total e quando comparados com idosos não institucionalizados, esse dado se torna mais relevante, já que todos os idosos não institucionalizados foram classificados como independentes, o que mostra que dos idosos. Além disso, como encontrado no estudo com idosos institucionalizados, em ambos os grupos há o predomínio do sexo feminino. Estudos com idosos não institucionalizados também encontraram a prevalência do sexo feminino na população idosa estudada (FIELDLER E PERES, 2008; RICCI *et al.* 2005), isso pode ser explicado devido à feminização da velhice (AIRES *et al.*, 2009).

O termo feminização da velhice está associado a maior longevidade de mulheres em comparação aos homens, já que a esperança de vida ao nascer para mulheres é maior do que de homens e a maior presença de mulheres na população idosa, a superioridade numérica das mulheres idosas aumenta com a idade (PARAHYBA *et al.*, 2005; NERI, 2008).

Estudos que verificaram a situação conjugal de idosos institucionalizados encontraram predominância de solteiros (AIRES *et al.*, 2009; GUEDES E SILVEIRA, 2004), enquanto no presente estudo há a predominância de viúvos (43,1%) mas com grande percentual de solteiros (28,5%). Essa característica pode estar associada a frágil rede de apoio familiar e/ou

social, por ser solteiro ou viúvo, esses idosos muitas vezes não possuem uma rede de apoio e acabam sendo mais institucionalizados. Estudos realizados com idosos da comunidade mostraram a prevalência de idosos casados/amasiados (FLORES E MENGUE, 2005; MENEZES *et al.*, 2007), os dados observados nesses estudos são iguais aos encontrados neste estudo, em que a maioria dos idosos não institucionalizados são casados (46,5%).

Quando observamos os resultados obtidos com relação à capacidade funcional nas AIVDs, em ambos os grupos, a maioria são considerados dependentes parciais (65,3% dos não institucionalizados e 50,5% dos institucionalizados), porém dos idosos institucionalizados 49,4% são considerados dependentes totais, enquanto dos idosos não institucionalizados nenhum é dependente total. Um estudo com idosos institucionalizados, afirmou que 90% dos idosos entrevistados possuíam algum grau de dependência e constatou que o grau de dependência varia de acordo com a instituição, pois, as instituições passam a assumir a maior parte das responsabilidades rotineiras do idoso, o que leva ao aumento da dependência e como consequência a diminuição de sua capacidade funcional (FIEDLER E PERES, 2008; LACERDA *et al.*, 2009).

Com relação à idade, quando comparamos os grupos, percebe-se que idosos com idade igual ou superior a 80 anos são a maioria dos institucionalizados (48,4%), enquanto os não institucionalizados têm sua maioria com idade igual ou superior a 60 até 70 anos (64,4%). Essa característica pode ser devido ao maior grau de dependência que idosos mais velhos têm, maior prevalência de comorbidades, maior risco de quedas, maior prevalência e incidência de demência, arranjos familiares diversos, rede de apoio pouco eficaz e menor renda (AIRES *et al.*, 2009, PEDRAZZI *et al.*, 2010; SIQUEIRA *et al.*, 2007; LEITE-CALVALCANTI *et al.*, 2009). Essa característica pode explicar porque os idosos institucionalizados apresentaram menores médias de qualidade de vida e mais incapacidade funcional.

A maioria dos idosos institucionalizados não realizam atividade física regular (86,3%) enquanto os idosos não institucionalizados, 78,2% realizam atividade física regularmente. Estudos encontraram relação entre o sedentarismo e a institucionalização de idosos, além disso, poucos idosos institucionalizados apresentam uma alta percepção de descrença nos benefícios da atividade física (BARBOSA E OLIVEIRA, 2012; VITÓRIO *et al.*, 2012; GOBBI *et al.*, 2008). Esses dados podem explicar o alto número de idosos institucionalizados sedentários. Nas ILPIs avaliadas não havia oferta de atividade física para os residentes, enquanto nos locais que foram coletados dados dos idosos não institucionalizados havia a oferta, isso pode explicar o porque da maioria dos institucionalizados não praticar atividade física regular.

Não houve diferença estatística entre os grupos com relação ao número de doenças crônicas e ao uso de medicação regular, isso pode ser devido à alta taxa de prevalência de idosos com doenças crônicas em ambos os grupos. Estudos mostram que há uma alta taxa de prevalência de idosos que utilizam medicamentos e que o uso de medicamentos foi associado à idade avançada, ao número de doenças crônicas, ao nível socioeconômico, ao sexo masculino (COELHO FILHO *et al.*, 2004; FLORES E MENGUE, 2005).

A autopercepção de saúde foi melhor entre os idosos não institucionalizados, entre eles, a maioria (52,5%) percebem sua saúde como boa e nenhum deles percebem como péssima, enquanto os idosos institucionalizados a maioria (40%) percebem sua saúde como regular e 15,8% percebem como ruim ou péssima. Um estudo verificou que a capacidade funcional e a idade estão associadas à percepção de saúde entre idosos e que mulheres idosas tiveram maior probabilidade de relatar uma boa autopercepção de saúde em comparação com os homens. À medida que o grau de dependência e a idade aumentam, cresce também a chance do idoso perceber sua saúde como ruim (ALVES E RODRIGUES, 2005). Os dados desse estudo se repetem no presente estudo, pois, a capacidade funcional dos institucionalizados é pior e a idade é mais avançada e estes percebem sua saúde pior quando comparados com idosos não institucionalizados que possuem melhor capacidade funcional e idades menos avançadas. Estudos mostraram que a autopercepção de saúde em idosos está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos (BORGES *et al.*, 2014; HARTMANN, 2008; SILVA E MENEZES, 2007).

A maior média encontrada entre os domínios do WHOQOL-Bref nos idosos não institucionalizados foi no domínio físico (74,5), enquanto dos institucionalizados foi do domínio psicológico (56,1). A menor média encontrada entre os domínios nos não institucionalizados foi no domínio psicológico (73,1) e dos institucionalizados foi no domínio social (40,2). Diferentemente do estudo que também utilizou o WHOQOL-Bref na avaliação da qualidade de vida entre idosos institucionalizados e idosos que frequentavam um centro de convivência, no qual ambos apresentaram melhor média no domínio psicológico e pior média dos institucionalizados no domínio físico e dos não institucionalizados no domínio meio ambiente (QUINTÃO *et al.*, 2013).

O domínio físico foi a melhor média dos idosos não institucionalizados, esse domínio compreende: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho (FLECK *et al.*, 2000). Pelos dados discutidos anteriormente, capacidade funcional, prática de atividade física, idade menos avançada e autopercepção de saúde melhor, compreende-se porque esse

grupo obteve melhor média nesse domínio, principalmente quando associamos a melhor mobilidade e capacidade funcional. O domínio psicológico foi a média mais baixa desse grupo, ele compreende: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais (FLECK *et al.*, 2000). Os idosos não institucionalizados são participantes de universidades aberta a terceira idade, centros de convivência e centros de referência, estudos que avaliaram a qualidade de vida de idosos nesses locais têm resultados diversificados. Um estudo realizado com idosos num centro de convivência encontrou que a melhor média entre os domínios foi o social e a pior no domínio físico (SERBIM E FIGUEIREDO, 2011), diferentemente desse, outro estudo com idosos também em um centro de convivência, apontou como melhor média no domínio físico e pior no domínio social (PEREIRA *et al.*, 2006), enquanto um estudo com idosos em uma universidade aberta a terceira idade encontrou que a pior média foi no domínio ambiente (MIRANDA, 2014). O domínio psicológico foi a maior média entre os idosos institucionalizados, situação igual encontrada em um estudo também com idosos institucionalizados (QUINTÃO *et al.*, 2013), porém diferente do estudo de Matos (2013), no qual a melhor média encontrada entre os idosos institucionalizados foi no domínio social. Em ambos os estudos a pior média foi associada ao domínio físico, o que difere-se do presente estudo que encontrou a média mais baixa relacionada ao domínio social que compreende: relações pessoais, suporte (Apoio) social, atividade sexual (FLECK *et al.*, 2000). Estudos mostraram que a institucionalização interfere na vida social e favorece a reclusão (GONÇALVES *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2014; MARQUES MARCHON *et al.*, 2010), esses dados podem explicar a baixa média obtida nesse domínio pelos idosos institucionalizados.

Com relação aos resultados do estado nutricional, a maioria dos idosos não institucionalizados são classificados com obesidade (50,5%), enquanto a maior parte (46,3%) dos institucionalizados são classificados como eutróficos. Diferentemente de um estudo realizado com idosos institucionalizados, onde a prevalência foi de idosos com baixo peso, seguido de peso normal (RAUEN *et al.*, 2008). Outro estudo realizado com idosos institucionalizados também encontrou a prevalência de eutrofismo entre os idosos, seguido de obesidade (LEHN *et al.*, 2012). Um estudo realizado com idosos não institucionalizados encontrou a prevalência de obesidade elevada, porém essa obesidade diminuía com a idade e a prevalência do baixo peso foi associada ao sexo masculino (NASCIMENTO *et al.*, 2011). Outro estudo constatou associação positiva, de estado nutricional inadequado com grupo

etário com idade igual ou superior a 75 anos e com mudanças da dinâmica do arranjo familiar (passando a morar sozinhos) e a sintomas depressivos graves (SANTOS, 2006). Os dados desses estudos podem explicar os dados encontrados neste estudo, pois, se a obesidade diminui com a idade, os idosos institucionalizados tenderão a ser classificados menos com obesidade, já que possuem idades mais avançadas quando comparados com os idosos não institucionalizados, porém, a maioria não estão classificados como estado nutricional inadequado.

O presente trabalho apresenta algumas limitações que devem ser reconhecidas. Primeiramente, os dados captados na ficha de identificação podem ter sido subregistrados, devido à falta de prontuários e banco de dados completos, bem como pelo simples relato do idoso. Além disso a amostra não foi randômica e os resultados obtidos entre elas não foram pareados com relação a gênero, idade e comprometimento clínico.

Para futuros estudos, recomenda-se separar os indivíduos por instituição e averiguar o tempo de institucionalização de cada idoso, já que são variáveis que podem influenciar nos resultados.

7. Conclusão

Dessa forma, conclui que idosos institucionalizados, quando comparados com idosos não institucionalizados, têm qualidade de vida e autopercepção de saúde pior, além de também possuírem menor capacidade funcional, tanto para as ABVDs quanto para as AIVDs. Porém, com relação ao estado nutricional, idosos não institucionalizados apresentaram estado nutricional inadequado (desnutrição ou obesidade) maior quando comparados com idosos institucionalizados.

Outro resultado que se destaca, é com relação à atividade física regular, não praticada pela maioria dos idosos institucionalizados, diferentemente dos não institucionalizados, confirmando assim, a necessidade de que as instituições promovam atividades e exercícios físicos nas instituições, para que haja a manutenção e recuperação e um envelhecimento mais ativo e conseqüentemente mais saudável, tanto fisicamente, quanto psicológico e socialmente.

O estudo mostrou a importância de se avaliar, de maneira contínua a qualidade de vida, o estado nutricional e a capacidade funcional de idosos, são variáveis que se interligam e que influenciam umas nas outras. Além disso, a importância de criar estratégias, principalmente nas instituições, que visem ações biopsicossociais e de promoção e prevenção da saúde, buscando sempre à melhora da qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2004 Jun [citado 3 Jan 2017];48(3):345-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302004000300004&lng=en.
- Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2009 Set. [citado 3 Jan 2017];30(3):492-9. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/8239/6996>.
- Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 Ago [citado 3 Jan 2017];23(8):1924-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019&lng=en.
- Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2005 Jun [citado 3 Jan 2017];17(5-6):333-41. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500005&lng=en.
- Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Soc Sci Med*. 1996;42(5):681-9.
- Barbosa AM, Oliveira CL. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. *Rev Bras Ciênc Envelhecimento Hum* [Internet]. 2012 [citado 3 Jan 2017];9(3). Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1544/pdf>.
- Berlezi EM, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Fortes CK. Analysis of the functional capacity of elderly residents of communities with a rapid population aging rate. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 Ago [citado 4 Jan 2017];19(4):643-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400643&lng=en.
- Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 Mar [citado 3 Jan 2017];17(1):79-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100079&lng=en.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2003 Set [citado 3 Jan 2017];61(3B):777-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en.
- Camarano AM, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA); 2004 [citado 3 Jan 2017]. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf.

- Camarano AM. Envelhecimento da população brasileira. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro; 2006. p. 88-90.
- Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2005 Jun [citado 3 Jan 2017];17(5-6):379-86. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500010&lng=en.
- Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Estimativas de vida livre de e com incapacidade funcional: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
- Carvalho CAM, Rodriguez-Wong, LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):597-605.
- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública [Internet]. 1997 [citado 3 Jan 2017];31(2):184-200. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/24268>.
- Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: : Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro, 2006, p106-108.
- Cieza A, Stuck G. Contentcomparisonofhealth-relatedqualityoflife (HRQOL) instrumentsbasedontheinternationalclassificationoffunctioning, disabilityandhealth (ICF). [Internet]. 2005 [citado 3 Jan 2017];1225-73. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-004-4773-0>.
- Coelho FJM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2004 Ago [cited 2017 Jan 03] ;38(4): 557-564. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400012&lng=en.
- Cortes ML, Castro MMC, Jesus RP, Barros Neto JA, Kraychete DC. Uso de terapêutica com ácidos graxos ômega-3 em pacientes com dor crônica e sintomas ansiosos e depressivos. Rev Dor [Internet]. 2013 Mar [citado 3 Jan 2017];14(1):48-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000100012&lng=en.
- Deschamps V, Astier X, Ferry M, Rainfray M, Emeriau JP, Barberger-Gateau P. Nutrition status of healthy elderly persons living in Dordogne, France, and relation with mortality and cognitive or functional decline. Eur J Clin Nutr. 2002;56:305-12.
- Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 Jun [citado 3 Jan 2017];41(2):317-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en.
- Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. Lancet. 2002;19:187-8
- Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. J Adv Nurs. 1995;22:502-8.
- Ferreira LL, Cochito TC, Caíres F, Marcondes LP, Saad. Capacidade funcional de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer. Rev Bras Geriatr

- Gerontol. [Internet]. 2014 [citado 3 Jan 2017];17(3):567-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00567.pdf>
- Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 Fev [citado 3 Jan 2017];24(2):409-15. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200020&lng=en.
 - Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000 Abr [citado 3 Jan 2017];34(2):178-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en.
 - Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos na região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2005 dez [citado 3 Jan 2017];34(2):178-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en.
 - Frumi C, Celich KLS. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Rev Bras Ciênc Envelhecimento Hum*[Internet]. 2006[citado 3 Jan 2017];3(2). Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/78/74>.
 - Gobbi S, Caritá LP, Hirayama MS, Quadros Junior AC, Santos RF, Gobbi LTB. Comportamento e barreiras. *Psicol Teor Pesqui* [Internet]. 2008 [citado 3 Jan 2017];24(4):451-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000400008&lng=en&nrm=iso.
 - Gonçalves LHT, Silva AH, Mazo GZ, Benedetti TRB, Santos SMA, Marques S, et al . O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 Set [citado 3 Jan 2017] 26(9):1738-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900007&lng=en.
 - Gordilho A, Silvestre JSJ, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso[Internet]. Rio de Janeiro: UnATI, UERJ; 2000 [citado 3 Jan 2017]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=291171&indexSearch=ID>.
 - Guedes JM, Silveira RCR. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo/RS. *Rev Bras Ciênc Envelhecimento Hum* [Internet]. 2004 [citado 3 Jan 2017];1(2):10-21. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/10/32>.
 - Guigoz Y. *et al.* The Mini Nutritional Assessment Facts *Res Gerontology* 1994 (2): 15-60.
 - Guralnik J, Lacroix A. Assessing physical function in older populations. In: Wallace RB, Woolson RF, editors. *The epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press; 1992. p. 159-81.
 - Guyatt GH, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Internal Med J.* 1993;118(8):622-29.

- Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Contagem Populacional [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 7 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/d...>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Sudeste. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged – the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-2.
- Kubzansky LD, Berkman LF, Glass TA, Seeman TE. Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur studies of successful aging. *Psychosom Med*. 1998;60:578-85
- Lacerda JÁ, Moreira LD, Souza LLC, Santos EV, Araújo TLM, Bruno RX. Capacidade de idosos institucionalizados para realizar atividades instrumentais de vida diária. *Revista Movimento e Saúde*. [Internet]. 2009 [citado 3 Jan 2017]; 2(2). Disponível em: <https://www.inspirar.com.br/novosite/wp-content/uploads/2010/05/capacidade-idosos-institucionalizados-artigo511.pdf>.
- Launer LJ, Harris T, Rumpel C, Madans J. Body mass index, weight change, and risk of mobility disability in middle-aged and older women. *J Am Med Assoc*. 1994;271:1093-8.
- Lawton MP, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
- Lehn F, Coelho HDS, Garcia MT, Scabar LF. Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. *J Health Sci Inst* [Internet]. 2012 [citado 3 Jan 2017];30(1):53-8. Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p53-58.pdf.
- Leite-Cavalcanti C, Rodrigues-Gonçalves MC, Rios-Asciutti LS, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2009 Dez [citado 3 Jan 2017];11(6):865-77. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000600003&lng=en.
- Lima RDA. Estado nutricional e qualidade de vida de idosos assistidos pelo programa Saúde da Família no município de Vitória do Santo Antão PE. [dissertação]. Vitória do Santo Antão: Universidade Federal de Pernambuco; 2011.
- Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Nutr Old Age*. 1994;21(1):55-67.
- Lourenço TM, Lenardt MH, Klettemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [citado 3 Jan 2017];33(2). Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20717/0>.
- Manandhar MC. Functional ability and nutritional status of free living elderly people. *Proc Nutr Soc*. 1995;54:677-91.

- Marcellini F. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr Suppl.* 2002;35(Suppl):181.
- Marinho LM, Vieira MA, Costa SM, Andrade JMO. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 Mar [citado 3 Jan 2017];34(1):104-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100013&lng=en.
- Marques Marchon R, Cereda RC, Mariko MN. Capacidade funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2010 Ago [citado 3 Jan 2017];13(2). Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200005&lng=pt&nrm=iso.
- Matos MMAC. Qualidade de vida dos idosos institucionalizados [dissertação]. Guarda (PT): Instituto Politécnico da Guarda; 2013.
- Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2007 Jun [citado 3 Jan 2017];10(2):168-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000200005&lng=en.
- Mesquita PM, Portella MR. A gestão do cuidado do idoso em residências e asilos: uma construção solitária fortalecida nas vivências do dia-a-dia. In: Pasqualotti A, Portella MR, Bettinelli LA, organizadores. *Envelhecimento humano: desafios e perspectivas*. Passo Fundo: UPF; 2004. p. 72-94.
- Metter J. Skeletal muscle strength as a predictor of all cause mortality in healthy men. *J Gerontol.* 2002;57(10):359-65.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Miranda LCV. Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um centro de referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem UFMG; 2014.
- Moreira AJ, Nicastro H, Cordeiro RC, Coimbra P, Frangella VS. Composição corporal de idosos segundo antropometria. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(2):201-3.
- Moreira PL, Boas PJFV. Nutritional status and functional capacity of institutionalized elderly in Botucatu/SP. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;5(1):19-23.
- Nagahashi AS, Goulart RMM, Torraga MOF, Valiengo A. Avaliação do estado nutricional, qualidade de vida e prática de atividade física de idosos em programas de terceira idade. *Rev Atenção Saúde* [Internet]. 2013 [citado 3 Jan 2017];11(38). Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1973.
- Nam S, Kuo Y-F, Markids KS, Al Snih A. Waist circumference (WC), body mass index (BMI), and disability among older adults in Latin American and the Caribbean (LAC). *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55:e40-e47.
- Nascimento CM, Ribeiro AQ, Cotta RMM, Acurcio FA, Peixoto SV, Priore SE, et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Dez [citado 3 Jan 2017];27(12):2409-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200012&lng=en.

- Nascimento CM, Ribeiro AQ, Cotta RM, Acurcio FA, Peixoto SV, Priore SE, et al. Factores associated with functional ability in Brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54:89-94.
- Nasri FO. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein [Internet]. 2008 Dez [citado 3 Jan 2017];6 Supl 1:S4-6. Disponível em: http://prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_popu.pdf.
- Navarro MLBA, Bennemann RM. Avaliação do estado nutricional de idosos residentes em uma instituição asilar da cidade de Marialva-PR. *Acta Sci Health Sci*. 2006;28(2):129-35.
- Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. 3a ed. Campinas: Ed. Alínea; 2008.
- Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter* [Internet]. 2010 Ago [citado 3 Jan 2017];14(4):322-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000400009&lng=en. Epub Sep 03, 2010.
- Ofstedal MB, Zimmer Z, Cruz G, Chan A, Lin YH. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. Ann Arbor: University of Michigan, Population Studies Center; 2002.
- Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet] 2005 [citado 3 Jan 2017]; 27(12):2409-18. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240147008>.
- Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.
- Pavarini SCI. Protocolo de avaliação gerontológica: módulo idoso. São Carlos: Edufscar; 2012. p. 62-6.
- Payette H, Coulombe C, Boutier V, Gray-Donald K. Nutrition risk factors for institutionalization in a free-living functionally dependent elderly population. *J Clin Epidemiol*. 2000;53:579-87.
- Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendrusculo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(1):18-25.
- Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCLA, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2006 Apr [citado 4 Jan 2017];28(1):27-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lng=en.
- Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007 Jun [citado 4 Jan 2017];41(2):229-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200008&lng=en.
- Ferracini MR, Fló CM. Funcionalidade e envelhecimento. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Previdência Social. DataPrev [Internet]. 2014[citado 3 Jan 2017]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/cws/contexto/conrmi/tabES.htm>.
- Quintão SMJ, Lima GEG, Pedrosa RL, Paula Junior JD, Reis DR, Amaral J. Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados

- de Ubá e microrregião. Rev Portal Divulg [Internet]. 2013 maio [citado 3 Jan 2017];32(3). Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/367/367>.
- Ramos LR. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. BIS Bol Inst Saúde. 2009;(47):40-1.
 - Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saude Publica. 2003;19(3):793-8.
 - Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. Rev Nutr [Internet]. 2008 Jun [citado 4 Jan 2017];21(3):303-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000300005&lng=en.
 - Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev Saúde Pública [Internet]. 2005 Ago [citado 4 Jan 2017];39(4):655-62. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400021&lng=pt.
 - Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012 Dez [citado 4 Jan 2017];17(12):3353-62. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200020&lng=en.
 - Rosa TEC, Benício MHD'A, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2003 Fev [citado 4 Jan 2017];37(1):40-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100008&lng=en.
 - Santos LO. Estado nutricional de idosos, domiciliados no município de São Paulo, e associação com variáveis referidas: arranjo domiciliar, alimentação, demográficas, socioeconômicas, e clínicas – Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e envelhecimento – 2000 e 2006 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
 - Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 Abr [citado 4 Jan 2017];20(2):580-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en.
 - Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. Sci Med [Internet]. 2011 [citado 4 Jan 2017];21(4):166-72. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9405/7236>.
 - Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. Rev Med [Internet] 2007 [citado 4 Jan 2017];86(1):28-38. Disponível em :<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59170>.
 - Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al . Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev Saúde Pública [Internet]. 2007 Out [citado 4 Jan 2017];41(5):749-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500009&lng=en.

- Smee JM, Anson JM, Waddington GS, Berry HL. Association between physical functionality and falls risk in community-living older adults. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2012;864516. doi: 10.1155/2012/864516. 4516.
- Tas U, Verhagen AP, Biema-Zeinstra SM, Odding E, Koes BW. Prognostic factors of disability in older people a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2007;57(537):319-32.
- Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 Mar [citado 4 Jan 2017];21(1):112-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100013&lng=en.
- The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Monograph on Quality of Life Assessment: cross-cultural issues – 2.* *Int J Mental Health.* 1995;23(3):24-56.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1993;118:622-9.
- Vitória VM, Gil CCN, Rocha SV, Cardoso JP, Carneiro LRV, Amorim CR. Fatores associados ao nível de atividade física entre idosos asilares. *Estud Interdiscipl Envelhecimento* [Internet] 2007 Out [citado 4 jan 2017];17(1):75-89. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-670832>.
- Wachholz PA, Rodrigues SC, Yamane R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [citado 4 Jan 2017];14(4):625-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400003&lng=en.
- World Health Organization. *Whoqol: measuring quality of life.* Genebra: WHO; 1997.
- World Health Organization. *Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Brasília: WHO, OPAS; 2005. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf.
- World Health Organization. *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde.* Brasília: WHO; 2015.

Apêndice A

Identificação
Nome: _____ _____ _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Data de nascimento: ____ / ____ / ____ (_____ anos)
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) / União consensual <input type="checkbox"/> Separado(a) / divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a)
Autopercepção de Saúde
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima
Número de doenças crônicas
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
Quedas e internações hospitalares
Houve episódios de quedas nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Houve internação hospitalar nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Medicação
Faz uso de algum tipo de medicação regular? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Atividade Física
Faz algum tipo de atividade física? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Estado Nutricional
Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Baixo peso < 22,0 () Eutrofismo ≥ 22,0 < 27,0 () Sobrepeso ≥ 27,0 ()

Anexo A

Mini Exame do Estado Mental – MEEM

Avaliação dos resultados

Analfabetos: 17 pontos

1 a 4 anos: 22 pontos ou mais

5 a 8 anos: 24 pontos ou mais

9 anos ou mais: 26 pontos

Pontuação máxima: 30 pontos

Nota obtida	Escore
-------------	--------

- Mesmo que o idoso seja analfabeto aplique todas as questões

Agora farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em casa uma delas, dando sua melhor resposta.

- 1- Que dia da semana é hoje
- 2- Que dia do mês é hoje
- 3- Em que mês nós estamos
- 4- Em que ano nós estamos
- 5- Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada
- 6- Em que local específico estamos
- 7- Que local é este aqui
- 8- Qual o endereço onde estamos
- 9- Em que cidade estamos
- 10- Em que estado estamos
- 11- Eu vou dizer três palavras e quero que você repita em seguida:
 Vaso Carro Tijolo

- 12- Quanto é:
 - 100 - 7 (93)
 - 93 - 7 (86)
 - 86 - 7 (79)
 - 79 - 7 (72)
 - 72 - 7 (65)

- 13- Quais foram as palavras que pedi pra você repetir agora a pouco

_____ _____ _____

- 14- O que é isto
- a. Relógio
 - b. Caneta

15- Eu vou dizer uma frase e depois que eu terminar, quero que você repita:
“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.

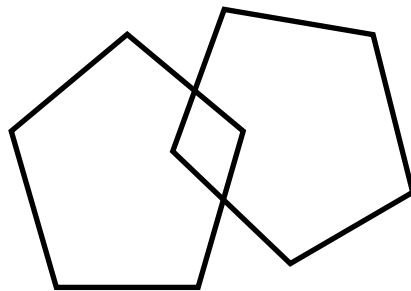
- 16- Eu darei 3 ordens e você só as realizará depois que eu terminar de falar
- Pague o papel com a sua mão direita
 - Dobre ao meio
 - Ponha-o no chão

17- Leia e faça o que está escrito

Pegue a folha que esta escrito “FECHE OS OLHOS”

18- Escreva uma frase

19- Copie este desenho



Anexo B

Índice de Katz	
Área de funcionamento	Indep. /Dep.
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) <input type="checkbox"/> não recebe ajuda (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho (D)	
Vestir-se (pegar roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órtese e próteses) <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda (I) <input type="checkbox"/> pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa (D)	
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar, higiene íntima e arrumação das roupas) <input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (I) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite (D) <input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas (D)	
Transferência <input type="checkbox"/> deita-se na cama e sai dela, sente-se na cadeira e se levanta dela sem ajuda (I) <input type="checkbox"/> deita-se na cama e sai dela e/ou senta-se na cadeira e se levanta dela com ajuda (D) <input type="checkbox"/> não sai da cama (D)	
Continência <input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e a evacuação (I) <input type="checkbox"/> tem “acidentes” ocasionais (D) <input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente (D)	
Alimentação <input type="checkbox"/> alimenta-se sem ajuda (I) <input type="checkbox"/> alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão (D) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para se alimentar, ou é alimentado parcial ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos (D)	

Pontuação:

- 0: independente em todas as seis funções;
- 1: independente em cinco funções e dependente em uma função;
- 2: independente em quatro funções e dependente em duas funções;
- 3: independente em três funções e dependente em três funções;
- 4: independente em duas funções e dependente em quatro;
- 5: independente em uma função e dependente em cinco funções;
- 6: dependente em todas as seis funções

Anexo C

Escala de Lawton		
Em relação ao uso de telefone	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
Em relação às viagens	Realiza viagens sozinho	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
Em relação à realização de compras	Realiza compras, quando é fornecido o transporte	3
	Somente faz compra quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
Em relação ao preparo das refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições	1
Em relação ao trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalho doméstico	1
Em relação ao uso de medicamentos	Faz uso de medicamentos sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou de assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos	1
Em relação ao manuseio do dinheiro	Preenche cheque e paga as contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para o uso de cheque e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro e contas	1

Pontuação: _____

Dependência total = 7 pontos

Dependência parcial > 7 e < 21 pontos

Independência = 21 pontos

Anexo D

WHOQOL- ABREVIADO

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
		1	2	3	4	5

2	Quão satisfeito você está com sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) o impede de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita sua vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
		1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

26	Com que frequência você	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
----	-------------------------	-------	---------------	----------------	----------------------	--------

	tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---	---

Domínio físico:

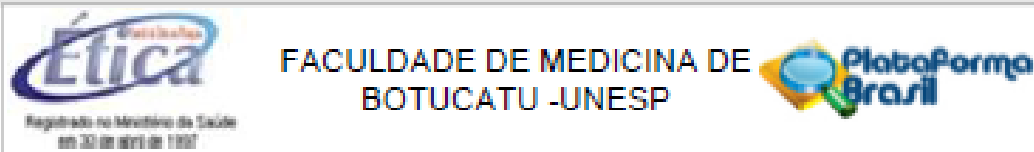
Domínio psicológico:

Domínio social:

Domínio ambiente:

Qualidade de vida:

Anexo E



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estado nutricional relacionado à qualidade de vida e capacidade funcional de Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados

Pesquisador: Fernanda Nascimento Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50955415.4.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Clínica Médica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.356.465

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto referente a pesquisa e dissertação de mestrado intitulada " Estado nutricional relacionado à qualidade de vida e capacidade funcional de Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados" está adequado em sua apresentação, tendo relevância social e estando claro quanto a metodologia que será aplicada.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa é associar e comparar o estado nutricional com a qualidade de vida e capacidade funcional de Idosos Institucionalizado e não Institucionalizados.

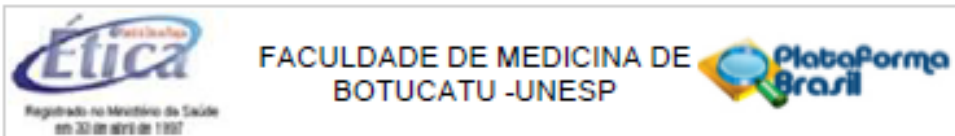
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios potenciais são o aumento do grau de conhecimento nesta população Idosa. Não riscos potenciais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nesta pesquisa serão avaliados 200 Idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes no município de Bauru e Botucatu. Os Idosos selecionados constituirão dois grupos sendo: grupo de Idosos Institucionalizados (GII) com 100 Idosos e um grupo de Idosos não Institucionalizados (GINI) com 100 Idosos. Primeiramente, os Idosos serão submetidos ao MEEM e posteriormente a uma avaliação básica especificamente elaborada para esse trabalho para captação de dados

Endereço: Chácara Bulgnoli , s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.918-070
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.350.405

pessoais, antropométricos e história pregressa, familiar e da moléstia atual, seguido de um teste de capacidade funcional por meio do Índice de Katz e Escala de Lawton, além do questionário de qualidade de vida da World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL) e uma avaliação do estado nutricional através do Índice de massa corpórea (IMC).

A pesquisa é factível e exequível, parecendo de Interesse científico e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios como o projeto, cronograma de execução, carta do EAP, declarações das Instituições participantes, TCLE e folha de rosto estão adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto e os termos de apresentação obrigatória para a execução da pesquisa estão adequados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 07/12/2015, sem necessidade de envio a CONEP.

Lembramos que ao final da execução do projeto, é necessário enviar o "Relatório Final de Atividades".

Essa documentação deve ser enviada via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_596075.pdf	13/11/2015 15:39:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/11/2015 15:38:12	Femanda Nascimento Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	13/11/2015 15:37:55	Femanda Nascimento Costa	Aceito
Cronograma	planoecronograma.pdf	13/11/2015 11:47:33	Femanda Nascimento Costa	Aceito
Outros	femanda.jpeg	29/10/2015 12:13:20	Femanda Nascimento Costa	Aceito
Outros	scan0011.pdf	29/10/2015	Femanda	Aceito

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-070
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1808 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA*

Objetivo Acadêmico: Dissertação de Mestrado

Título constante no parecer inicial de aprovação:

Estado nutricional, autonomia e qualidade de vida e capacidade funcional de idosos em instituições e não institucionalizados.

Título final:

Comparação de estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 07/12/2015

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

Alfonso Ben Jorik
Nome/assinatura original do(s) Orientador(a)

Leandra Nascimento Costa
Nome/assinatura original do (a) Orientado(a)

* Projetos submetidos via Plataforma Brasil: preencher o formulário, digitalizar e postar no sistema Plataforma Brasil (em Projeto Aprovado clicar em Notificação); a seguir protocolar o formulário no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação;

* Projetos submetidos anteriormente a Plataforma Brasil: preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação.