

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSOS INDEPENDENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE ERECHIM-RS

Nutritional assessment in independent elderly from a long stay institution in the municipality of Erechim-RS city

SPEROTTO, F. M.

SPINELLI, R. B.

Recebimento: 09/03/2010 - Aceite: 28/04/2010

RESUMO: Este artigo tem como objetivo avaliar o estado nutricional de vinte idosos independentes de uma Instituição de Longa Permanência no município de Erechim-RS, com intuito de analisar a prevalência de desnutrição entre eles. Os dados foram coletados através da Mini-Avaliação Nutricional (MAN), a qual contém 18 itens divididos em 4 categorias: antropometria (peso, altura e perda de peso); cuidados gerais (estilo de vida, uso de medicação; e mobilidade); dieta (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos) e autonomia para comer; e visão pessoal. O resultado foi obtido através da soma dos pontos que classificam o estado nutricional. Outros métodos como o Índice de Massa Corporal, Pregna Cutânea Tricipital, Circunferência Muscular do Braço e Circunferência da Panturrilha também foram utilizados como parâmetros para avaliação da presença de desnutrição em idosos. Os resultados demonstraram, em relação à Mini-Avaliação Nutricional, que 35% dos idosos encontram-se desnutridos. Ao Índice de Massa Corporal obtiveram-se 25% dos idosos em magreza. Segundo a Circunferência da Panturrilha, 50% dos idosos apresentaram perda de massa muscular. Conforme a Pregna Cutânea Tricipital, 80% dos idosos apresentaram desnutrição grave e Circunferência Muscular do Braço; 25% dos idosos encontraram-se com desnutrição leve e 10% com desnutrição moderada. Por meio desses resultados, foi possível verificar que o índice de desnutrição está presente entre os idosos de forma bastante considerável e sugerem-se maiores averiguações, a fim de preservar e promover a saúde dos mesmos.

Palavras-chave: Idosos institucionalizados. Desnutrição. Avaliação nutricional. Promoção da saúde.

ABSTRACT: The aim of this article is to assess the nutritional status of 20 independent elderly from an institution of long-stay in the city of Erechim-RS in order to check the prevalence of malnutrition among them. The data was collected through the Mini Nutritional Assessment (MAN), which contains 18 items divided into 4 categories: anthropometry (weight, height and weight loss), general care (lifestyle, medication and mobility), dietary (number of meals, ingestion of food and liquids) and autonomy to eat and personal view, and the result was obtained by adding the points which classify the nutritional status. Other methods such as body mass index, triceps skinfold, arm muscle circumference and circumference of the calf were also used as parameters to evaluate the presence of malnutrition in the elderly. The results, according to the Mini Nutritional Assessment, showed that 35% of the elderly, are undernourished, as the body mass index 25% of the elderly are underweight, according to the calf circumference 50% of the elderly showed loss of muscle mass. As the triceps skinfold 80% of the elderly have severe malnutrition and arm muscle circumference 25% of the seniors were met with mild malnutrition and 10% with moderate malnutrition. Through these results it was possible to observe that the rate of malnutrition is considerably present among the elderly and it is suggested more investigations in order to preserve and promote their health.

Keywords: Institutionalized elderly. Malnutrition. Nutritional assessment.

Introdução

O envelhecimento, de acordo com Chaimowicz (1997), é um processo biológico cujas alterações determinam mudanças, inclusive estruturais e, em decorrência dessas, observa-se uma modificação funcional.

Entendem-se por envelhecimento as alterações fisiológicas que acontecem ao longo do tempo em organismos multicelulares. Tais alterações acontecem nas moléculas e nas células que acabam por prejudicar o funcionamento dos órgãos e do organismo em geral. Podem-se dividir as causas em genética, estilo de vida e o meio ambiente em que a pessoa vive (ACUNÃ, 2004).

Ser idoso é estar em uma etapa da vida que se segue à maturidade, apresentando efeitos específicos sobre o organismo humano com o

passar dos anos. Cronologicamente, há certa dificuldade nesta definição, pois, dependendo do desenvolvimento socioeconômico de cada sociedade, os seus membros apresentarão os sinais inexoráveis do envelhecimento, com suas limitações e perdas de adaptabilidade, em diferentes idades cronológicas (SPINELLI, 2008).

O envelhecimento populacional é, hoje, considerado um fenômeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos como, de modo crescente, no Terceiro Mundo. Os fatores responsáveis pelo envelhecimento são discutidos com especial referência no declínio tanto nas faixas de fecundidade como nas de mortalidade (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1998), é considerado idoso qualquer indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos; porém, tal consideração é avaliada

segundo o envelhecimento fisiológico, o que não impede uma pessoa de ser social e intelectualmente ativa.

No Brasil, segundo a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, do Senado Federal, considera idoso o indivíduo que atingir a idade de 60 anos. E o Estatuto do idoso, conforme Lei nº 10.741, de 10 de outubro de 2003, do Estatuto do Idoso, preconiza várias ações dentro dessa faixa etária.

No Brasil, o envelhecimento da população está ocorrendo com maior velocidade. Em 2000, essa população já representava 5,3% dos brasileiros. Segundo Tavares et al. (1999), a sociedade ocidental tem experimentado um aumento considerável de número de idosos na população. No Brasil, mais de 8% da população se encontra acima dos 65 anos e este segmento também tem crescido rapidamente, esperando-se em 2025, cerca de 32 milhões de idosos no País. Projeções apontam que, em 50 anos, terá chegado a 50 milhões, cerca de 22% da população do País (IBGE, 2002). Em Erechim-RS, o último censo do IBGE, no ano de 2000, evidenciou 8.928 idosos com idade acima de 60 anos. Em um total de 90.347 habitantes, cerca de 9,88% da população.

Os gerontologistas veem o envelhecimento em termos de processos cronológico, biológico, psicológico e social. Essas alterações podem ser influenciadas por eventos da vida, enfermidade, genética, fatores socioeconômicos e estilo de vida. Portanto, a idade fisiológica de uma pessoa reflete o estado de saúde, mas pode ou não refletir a idade fisiológica. Os fatores de estilo de vida que parecem influenciar a idade fisiológica são a adequação e regularidade do sono, frequência de consumo de refeições bem balanceadas, suficiência de atividade física, hábito de fumar, extensão do consumo de álcool e peso

corporal. A doença e a incapacidade não são sempre consequências inevitáveis do envelhecimento (MAHAN e KRAUSE, 2005).

Segundo Busnello (2007), desde os tempos antigos, o envelhecimento sempre foi uma apreensão do ser humano. A histórica preocupação em se encontrar a “fonte da eterna juventude” associa a manutenção de características juvenis a fatores ambientais, tais como a nutrição. A nutrição, no entanto, tem se tornado cada vez mais um instrumento de promoção da saúde, e ligada a um envelhecimento “normal ou favorável”.

Para Jee et al (2006, apud GARCIA; ROMANI; LIRA, 2007), o envelhecimento afeta diretamente o estado nutricional do indivíduo por todas as alterações que ocorrem no organismo, tais como: diminuição dos botões gustativos, redução do olfato e paladar, diminuição da secreção salivar e gástrica, falha na mastigação (pela ausência de dentes e/ou próteses mal adaptadas), constipação intestinal devido à redução da motilidade. Estudos epidemiológicos também indicam que, especialmente em homens idosos, a desnutrição reduz significativamente o tempo de vida.

A desnutrição em idosos, quando não diagnosticada precocemente, pode resultar em deterioração da saúde (EMED; KRONBAUER; MAGNONI, 2006).

A avaliação nutricional pode detectar precocemente a desnutrição e auxiliar os profissionais no tratamento para a recuperação e promoção da saúde dos idosos.

Por meio da avaliação nutricional, é possível identificar indivíduos em risco nutricional, aumentado para danos à sua saúde, e estabelecer programas de intervenção com o objetivo de reduzi-los (CAMARANO, KANSO E MELLO, 2004).

Os dados da terceira National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES III (s. d) sugerem que os adultos mais velhos

estão em risco de desnutrição pela presença de doenças, incapacidades físicas, saúde dental e oral precárias, polifarmácia, isolamento social, limitações financeiras ou saúde mental prejudicada.

O risco de desnutrição pode se dar por várias razões, entre as quais, ausência de educação nutricional, restrições financeiras, diminuição das capacidades físicas e psicológicas, isolamento social e tratamento de distúrbios múltiplos e doenças concomitantes. Outras causas secundárias de desnutrição incluem incapacidade de alimentação, anorexia, má absorção por disfunção gastrointestinal, necessidades aumentadas de nutrientes como resultado de lesão ou doença, interação de drogas e nutrientes resultante de polifarmácia e abuso de substâncias como o alcoolismo, disfagia, úlceras de pressão, doença de Alzheimer, de Parkinson, dificuldade de bom desenvolvimento geriátrico, osteoporose, diabetes tipo 2, hipertensão e constipação (HARRIS, N.G apud MAHAN e KRAUSE, 2005).

Segundo Finley (1997), a depressão também pode afetar o estado nutricional do idoso, sendo necessário avaliar se a falta de apetite é um sintoma da doença; a saúde oral principalmente pela presença de cáries, infecções periodontais, próteses mal adaptadas e pela xerostomia (redução de saliva) pode ser uma agravante do estado nutricional do idoso institucionalizado, bem como a visão que, quando prejudicada, pode causar diminuição do apetite pelo baixo reconhecimento dos alimentos e habilidade de se alimentar.

Busnello (2007) considera subnutrido o idoso que apresentar Índice de Massa Corporal menor que 22 Kg/m²; resultado do escore da Mini-Avaliação Nutricional menor que 17 pontos; circunferência da panturrilha menor que 31 cm, evidencia perda de massa muscular; circunferência do braço, com porcentagem menor que 80-90%, já evidencia

desnutrição leve; prega cutânea tricipital menor que 85% do valor médio-padrão aponta para risco nutricional.

“Nos últimos anos os estudos tem mostrado prevalências altas de idosos desnutridos. Os valores oscilam entre 15 a 60% dependendo do local, de onde o idoso se encontra (hospitalizado, em casa ou asilo) e da técnica utilizada para diagnóstico” (CASAS et al., 2004 apud EMED, KRONBAUER, MAGNONI, 2006).

Desde a década de 1970, várias propostas demonstram a importância de projetos terapêuticos que mobilizem a família, a comunidade e os profissionais para o cuidado integral dos idosos. No entanto, a realidade dos municípios pouco se alterou: a institucionalização prevalece e representa uma possibilidade de sobrevivência para os idosos mais pobres. Essa perspectiva é gerada pela precariedade das condições socioeconômicas e culturais que incidem sobre o envelhecer e por ele são reforçadas (GARCIA & FERREIRA, s.d.).

Nos objetivos nacionais de População Sadia, a avaliação nutricional é enfatizada como um componente necessário do cuidado primário. A projeção e as intervenções nutricionais têm demonstrado boa relação custo-benefício, melhoraram a qualidade de vida, promoveram a saúde, reduziram as complicações e a duração da estada em hospitais, reduziram os custos de cuidado com a saúde e postergaram as internações em Clínicas de Repouso. A Mini-Avaliação do Estado Nutricional (Mini Nutritional Assessment - MAN) é um método eficiente, inovador e não invasivo, de determinar o risco de desnutrição (MAHAN & KRAUSE, 2005).

A Mini-Avaliação Nutricional consiste de questões e medidas antropométricas para determinar um escore indicador de desnutrição (VELLAS M. et al., 1999).

Segundo Hendrics e Calasanti (1986 apud SANTELLE; LEFEVRE E CERVATTO,

2007), a busca por Instituições de Longa Permanência para idosos surge como alternativa para as famílias de baixa renda ou para idosos que perderam seus vínculos familiares. Porém, a mudança para a instituição impõe alterações na rotina diária dos idosos, sobretudo na área da alimentação, que podem acarretar modificações de hábitos alimentares e fragilizar a saúde desses indivíduos.

Faz-se necessário avaliar a desnutrição em idosos, uma vez que as idades mais avançadas e a própria condição física já não lhes permitem cuidar-em-se sozinhos. A taxa metabólica basal começa a reduzir, as funções dos membros superiores e inferiores começam a ficar mais lentas e, com isso, a função motora é prejudicada. Ocorrem os estresses psicológicos e, com isso, a perda de apetite, dificuldades de mastigação e deglutição. Tudo isso ocasionando a degeneração da saúde dos idosos e, conseqüentemente, a morte.

O objetivo deste estudo é avaliar idosos independentes de uma Instituição de Longa Permanência no município de Erechim-RS, a fim de detectar precocemente os riscos nutricionais e sugerir o auxílio, por parte de profissionais da área de Nutrição, no tratamento para a recuperação e promoção da saúde dos idosos que apresentarem tais riscos.

Materiais e Métodos

A presente pesquisa foi realizada em uma Instituição de Longa Permanência no município de Erechim-RS, em março de 2009, com 20 idosos independentes, escolhidos aleatoriamente, de ambos os sexos, que frequentassem a Instituição por mais de 12 meses. Foram excluídos os idosos com problemas como surdez, mudez, deficiência mental, semidependentes e dependentes, pelo fato de não atenderem às necessidades da Avaliação. O estudo foi do tipo transversal quantitativo.

Os idosos independentes foram encaminhados à Sala de Nutrição, localizada dentro da Instituição. Primeiramente, os idosos passaram por um questionamento breve e, logo em seguida, a pesquisadora realizou o exame antropométrico, aferindo altura, peso, circunferência da panturrilha, prega cutânea tricipital e adequação da circunferência muscular do braço. Para a coleta dos dados, foi utilizada uma ficha de identificação do idoso, com questões fechadas, com a finalidade de guardar dados sobre o indivíduo pesquisado.

Avaliou-se o estado nutricional dos idosos através da Mini-Avaliação Nutricional (a qual contém 18 itens, divididos em 4 categorias: antropometria (peso, altura e perda de peso), cuidados gerais (estilo de vida, uso de medicação e mobilidade), dieta (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos) autonomia para comer, e visão pessoal. O resultado obtém-se através da soma dos pontos (GUIZOZ et al., 1996).

A determinação do peso atual foi realizada com balança eletrônica da marca Kratos, com capacidade para 150 kg. O indivíduo foi pesado pela manhã, após esvaziar a bexiga. O peso foi verificado com o indivíduo usando apenas o vestuário íntimo e sem sapatos.

A medida da altura foi obtida com uma fita métrica de 150 cm, fixada de maneira reta na parede, à exatamente 50 cm do chão, e o indivíduo permaneceu em pé com os calcanhares, os glúteos, os ombros e a cabeça encostados na parede e os braços pendidos ao lado do corpo. O indivíduo ficou ereto, olhando para frente, sem encolher ou estender a cabeça (linha de visão horizontal). Utilizou-se o esquadro com ângulo de 90° sob a cabeça do indivíduo e encostada na parede para obter segurança da altura.

O peso e a altura foram combinados através da fórmula do Índice de Massa Corporal, e o resultado, classificado segundo Lipschitz (1994).

Para medir as Circunferências da Panturrilha (CP) e do Braço (CB), foi utilizada fita métrica da marca Sanny e adipômetro da marca Cescorf, para aferir a Prega Cutânea Tricipital (PCT).

Para a medida da Circunferência da Panturrilha (CP), Duarte (2007) explica que o indivíduo deve estar, sentado (com as pernas soltas sem encostar no chão), deitado em posição supina (com joelho flexionado em ângulo de 90°). Coloca-se a fita métrica ao redor da panturrilha movimentando-a para encontrar a parte de circunferência mais larga.

A CP foi classificada com base nos dados da tabela da Organização Mundial da Saúde, 1995.

Conforme Duarte (2007), para medir a Circunferência do Braço (CB), este deve estar flexionado em direção ao tórax em ângulo de 90°; deve-se localizar e marcar o ponto médio entre o acrônio e olecrano. Deve-se, ainda, solicitar ao indivíduo que fique com o braço estendido ao longo do corpo e com a palma da mão voltada para baixo.

Após a obtenção da (CB), foi feita a Circunferência Muscular do Braço (CMB). O percentil utilizado para o cálculo da CB foi obtido através da tabela **National Health and Nutrition Examination Survey** – NHANES III (1988-1991 apud KAMIMURA, BAXMANN, SAMPAIO, CUPPARI, 2005). E o resultado foi classificado conforme tabela de Blackburn & Thornton, 1979.

As medidas das pregas cutâneas correlacionam-se com a gordura corporal total e as reservas energéticas. Conforme Cuppari (2005) para a medição da Prega Cutânea Tricipital (PCT) o indivíduo deve estar em pé ou sentado, com braço pendendo livremente pela lateral durante a medida que foi realizada com o auxílio do adipômetro de pressão, no ponto médio da distância, na região posterior do braço não dominante entre o acrônio e o

olecrano. A prega foi suavemente tracionada do tecido muscular adjacente. O percentil utilizado para o cálculo da PCT foi obtido através da tabela de **National Health and Nutrition Examination Survey** – NHANES III (1988-1991 apud KAMIMURA, BAXMANN, SAMPAIO, CUPPARI, 2005). E o resultado foi classificado conforme tabela de BLACKBURN & THORNTON, 1979.

Os resultados encontrados nesta pesquisa foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft Excel (1997).

Resultados e Discussão

A amostra constituiu-se de 20 idosos independentes e, com base nos dados obtidos, observou-se que existe uma prevalência considerável de desnutrição entre os diferentes métodos utilizados.

A prevalência de desnutrição em idosos, que residem em instituições, é de 25 a 60%, segundo Busnello (2007). Os idosos brasileiros, com mais de 60 anos de idade, têm maior risco de desnutrição, em torno de 52,8% em relação àqueles com menos de 60 anos de idade, que perfazem 47,2%. No Brasil, o coeficiente de mortalidade por desnutrição, entre 1980 e 1989, aumentou cerca de 60% em relação à década anterior. Comparado, a outros países, o risco de morrer por desnutrição no Brasil, durante a velhice, é de 71%, maior do que nos EUA e 32,1% maior do que na Costa Rica. Na Região Sul do Brasil, a prevalência de desnutrição é de 38,9%.

Em relação à Mini-Avaliação Nutricional, podem-se observar que 7 idosos, ou seja, 35%, tiveram escore <17, apontando para desnutrição, e 65% da amostra, ou n=13, estavam em risco nutricional, com escore entre 17 - 23,5. Esta avaliação sugere uma maior atenção no cuidado com os idosos da Instituição, por não ter encontrado nenhum

idoso, dentre os avaliados, em bom estado nutricional, segundo a Mini-Avaliação Nutricional.

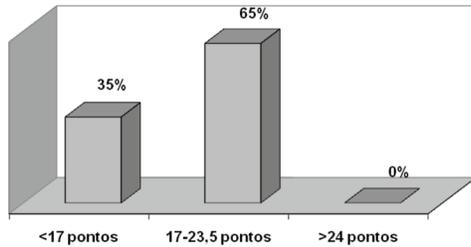


Figura 1- Apresentação do estado nutricional dos idosos independentes, institucionalizados segundo a Mini-Avaliação Nutricional

Fonte: SPEROTTO, F. M., 2009

Santelle, Lefevre e Cervato (2007) realizaram avaliação nutricional através da Mini Avaliação Nutricional em 24 pessoas do sexo feminino e 16 do sexo masculino, em três instituições filantrópicas e duas privadas. Os resultados foram: 50% das mulheres e dos homens estavam sem risco de desnutrição, 37,5% das mulheres e 43,75% dos homens estavam em risco de desnutrição, e 12,5% das mulheres e 6,25% dos homens estavam desnutridos.

Outro estudo realizado por Emed, Kronbauer e Magnoni (s.d.), em uma instituição de Curitiba-PR, com 114 idosos, utilizando a Mini-Avaliação Nutricional, evidenciou que, considerando-se ambos os sexos, a maioria ou 61% dos idosos avaliados encontraram-se em risco de desnutrição; 33% estavam eutróficos e 6% dos idosos estavam desnutridos. Estes concluíram, também, que a classificação do estado nutricional, a partir do IMC, não é a melhor escolha quando utilizada isoladamente.

Sousa e Lovisi (2007) avaliaram 64 idosos moradores de um albergue público do Rio de Janeiro, e através da Mini-Avaliação Nutricional, obtiveram 32,8% dos idosos em risco nutricional e 12,5% apresentaram desnutrição identificada. Concluem eles que

esse fato se agrava com a alta frequência de dependência nas atividades diárias, que se traduz no cotidiano na forma do autocuidado.

Com relação ao Índice de Massa Corporal, observou-se que 25% dos idosos, ou seja, n=5 encontraram-se com diagnóstico de magreza (IMC<22); 50% (n=10) apresentaram-se eutróficos (IMC 22-27) e 25% (n=5) com excesso de peso (IMC >27).

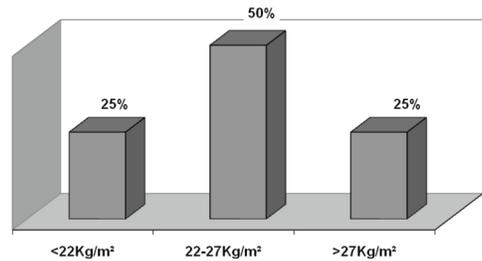


Figura 2- Apresentação dos IMC dos idosos independentes

Fonte: SPEROTTO, F. M., 2009

Um estudo realizado por Garcia, Romani e Lira (2007), analisou 308 idosos de ambos os sexos, residentes de instituições asilares públicas e particulares em Pernambuco, Brasil, e concluiu que 14,9% dos idosos estavam desnutridos. Porém, Emed, Kronbauer e Magnoni (s.d.) e Sampaio e Figueiredo (2005) concordam em que a classificação do estado nutricional, a partir do IMC, não é a melhor escolha quando utilizado isoladamente, em razão de não refletir, principalmente, a distribuição regional de gordura. A favor disso, Cuppari (2005) considera que o IMC não distingue o peso associado ao músculo ou à gordura corpórea, tornando importante investigar a composição corpórea, sobretudo quando os valores de IMC estiverem nos limites ou fora da normalidade (<22 ou >27kg/ m²).

Apesar de não representar a composição corporal dos indivíduos, a facilidade de obtenção de dados de peso e estatura, bem como sua boa correlação com morbidade e mortalidade justificam a utilização do Índice

de Massa Corporal em estudos epidemiológicos e na prática clínica desde que se usem pontos de corte específicos para a idade, especialmente, se associados a outras medidas antropométricas que expressem a composição e a distribuição da gordura corpórea (CERVI, FRANCESCHINI E FIORI, 1998).

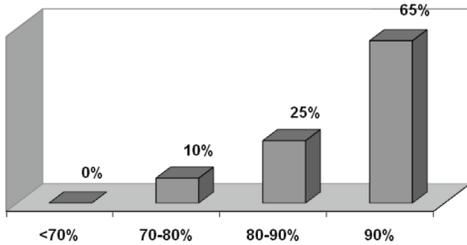


Figura 3- Gráfico referente à Circunferência Muscular do Braço dos Idosos Independentes, Institucionalizados
Fonte: SPEROTTO, F. M., 2009.

Para diagnóstico nutricional, utilizando-se a Circunferência Muscular do Braço (CMB), foi encontrado um percentual de 35% de idosos, ou $n=7$, com algum grau de desnutrição: 10% dos idosos, $n=2$, estão com desnutrição moderada (<70-80%) e 25%, $n=5$, com desnutrição leve (80-90%). O restante da amostra, ou seja, 65% ($n=13$) encontrou-se em eutrofia (90%). Nenhum idoso apresentou valor <70%, o qual define desnutrição grave.

Um estudo, realizado por Menezes e Marucci (2005), avaliou 305 idosos de ambos os sexos, residentes em seis instituições geriátricas em Fortaleza, Ceará, e concluiu que os valores médios da CMB, variável utilizada como indicador de massa muscular, apresentaram tendência de declínio da massa muscular tanto em homens quanto em mulheres. No entanto, o estudo de Garcia, Romani e Lira (2007), que analisou 308 idosos de ambos os sexos, residentes de instituições asilares públicas e particulares de Pernambuco, observou um percentual de 24,4% da amostra com desnutrição.

No estudo feito por Santos e Sichieri (2005), foi encontrada uma relação entre es-

tado nutricional e perda de gordura do braço e IMC, indicando que pode ocorrer redução na circunferência do braço com o aumento da idade. Segundo Perissinotto et al. (2002), essa medida reflete a redução de massa muscular e do tecido subcutâneo. A redução da circunferência muscular do braço e a perda de peso são indicadores importantes da presença de desnutrição em idoso (COELHO et al., 2002).

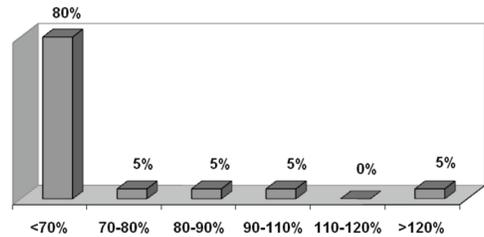


Figura 4- Gráfico representando a Prega Cutânea Tricipital dos Idosos Independentes, Institucionalizados
Fonte: SPEROTTO, F. M., 2009

Segundo os resultados para a aferição da PCT, observou-se que 80%, $n=16$, dos idosos encontram-se em percentual <70%, o que indica desnutrição grave. Esse resultado se compara ao de Cuppari (2005) que confirma que “com o processo de envelhecimento, a composição corpórea do idoso se altera, elevando a quantidade de tecido adiposo e reduzindo o tecido muscular.” Um idoso, 5% da amostra, encontrou-se com desnutrição moderada (70-80%), um idoso, 5% da amostra, com desnutrição leve (80-90%). Em eutrofia (90-110%) observou-se apenas 5% da amostra, e também apenas um idoso, representando 5% da amostra, encontrou-se em obesidade (>120%).

Um estudo realizado por Spinelli (2008), que avaliou 30 idosos independentes, institucionalizados, e 30 não institucionalizados, com idades maior ou igual a 60 anos, no município de Erechim, RS, mostrou-se estatisticamente significativa na faixa etária dos 60 aos 69,9 anos, nos dois grupos, e não

indicou diferença significativa na faixa etária dos 70 anos ou mais. Observou-se que os valores mais baixos de PCT foram no grupo dos idosos independentes, institucionalizados, sugerindo risco nutricional.

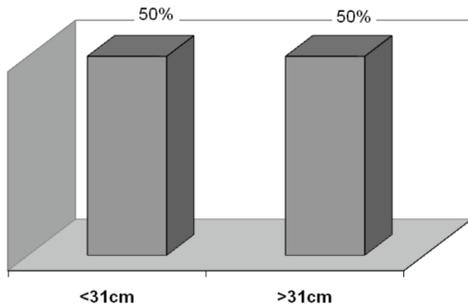


Figura 5: Gráfico demonstrativo da Circunferência da Panturrilha dos Idosos Independentes, Institucionalizados
Fonte: SPEROTTO, F. M., 2009

Em relação à Circunferência da Panturrilha, observou-se que a metade da amostra ou 50%, n=10, encontrou-se com perda de massa muscular (valores <31cm).

Um estudo realizado por Spinelli (2008), que avaliou 30 idosos independentes, institucionalizados, e 30 não institucionalizados, com idades maior ou igual a 60 anos, no município de Erechim, RS, observou uma diferença significativa na faixa etária dos 60 aos 69,9 anos, comparando os dois grupos estudados, sendo que, nessa faixa etária, os valores encontrados para CP foram acima de 31cm. Na faixa etária dos 70 anos ou mais, observou-se que, também, ocorreu diferença significativa, mantendo os valores médios acima de 31cm. Porém, comparando os dois grupos, concluiu-se que os valores de CP são menores nos idosos independentes institucionalizados, sugerindo maior perda de massa muscular.

Segundo Cuppari (2005) e WHO (1995), a CP é considerada um indicador sensível de alterações musculares no indivíduo idosos, caracterizando desnutrição.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1995) a CP é considerada a melhor e mais sensível medida de massa muscular em idoso, por ser de grande precisão nessa faixa etária, sendo superior a circunferência do braço. Indica mudanças de massa livre de gordura que ocorrem com a idade e com a redução da atividade.

Considerações finais

No Brasil, assim como no mundo todo, o envelhecimento vem crescendo em ritmo galopante. Então, é necessário e fundamental criar estratégias para a promoção e prevenção da saúde dos idosos, visando à melhor qualidade de vida daqueles que residem em instituições de longa permanência.

O objetivo da Ciência da Nutrição é proporcionar qualidade de vida à pessoa idosa, procurando reduzir ao máximo o hiato entre o ideal e o possível. A alimentação na vida do idoso tem uma importância emocional e está intimamente ligada a um comportamento apreendido e às questões ligadas ao relacionamento familiar. Fazer uma dieta saudável está atrelado aos sentimentos e frustrações, independente das condições econômicas e culturais.

Fazendo uma análise de todos os métodos, empregados para avaliar os idosos asilares deste trabalho, pode-se observar que existe um forte índice de desnutrição entre a amostra, visto que na MAN, IMC, CP, CMB e PCT se obtiveram resultados de desnutrição e perda de massa muscular. Os resultados das medidas antropométricas podem fornecer dados necessários para sugerir intervenções que possam prevenir os riscos nutricionais atrelados aos riscos à saúde dos idosos.

Os idosos da Instituição pesquisada, assim como idosos em vários estudos revisados, encontravam-se em risco nutricional. Sugere-se que os profissionais da Saúde busquem a

melhor forma de tratá-los, a partir da realização de exames físicos periódicos e inter-

venções nutricionais objetivando a melhoria da qualidade de vida que lhes resta.

AUTORES

Francieli Marina Sperotto - Nutricionista formada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Erechim – Departamento: Ciências da Saúde. Email: frazinhasperotto@hotmail.com

Roseana Baggio Spinelli - Mestre em Gerontologia Biomédica (PUCRS), Nutricionista, Docente do Curso de Nutrição, Fisioterapia e Pedagogia da URI – Campus de Erechim.

REFERÊNCIAS

- ACUÑA, K. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**. 2004, 48(3): 345-61.
- BLACKBURN, G. K.; THORNTON, P. A. Nutritional assessment of the hospitalized patients. **Medical Clinics of North America**. v. 63, n. 5, p.11103-15, set. 1979.
- BUSNELLO, F. M. **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 3-99.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. **Como vive o idoso brasileiro**. In: Camarato, A. A. (org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.
- CASAS, R.J., MARTINEZ, M.P., ELVIRA, P., ALTIMIR, D.R., RUIZ, B. **Desnutrición em pacientes em atención domiciliaria**. Aten Primaria, 2004; 34: 238 – 243.
- CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C.; PRIORI, S. E. **Análise crítica do uso de índice de massa corporal para idosos**. Revista de Nutrição, 1998, 18(6):765-75.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**. Belo Horizonte, v.31, n.2, p. 184-200, abr.1997
- COELHO, M. A. S. C.; PEREIRA, R. S.; COELHO, K. S. C. Antropometria e composição corporal. In: FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 13-41.
- CUPPARI, L. **Guia de Nutrição Clínica do Adulto**. Barueri: Manole, 2005.
- DUARTE, A. C. G. Avaliação Nutricional, Aspectos Clínicos e Laboratoriais. São Paulo: Atheneu, 2007.
- EMED, T. C. S.; KRONBAUER, A.; MAGNONI, D. **Mini-Avaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos**. Revista Brasileira de Nutrição Química. v. 21, nr. 3, jul./set./2006. Disponível em <http://www.sbnpe.com.br/revista/V21-3_08.pdf>. Acesso em 10/10/2008.
- FINLEY, B. **Nutrition Needs of the Person With Alzheimer's Disease**: practical approaches to duality care. I am diet assoc, v. 97 n. 52, p. s 177- s 180, 1997.
- GARCIA, A. N. M.; ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 20, n. 4, jul./ago./2007.

- GARCIA, L. A.; FERREIRA, D. B. **Idosos em Instituições de Longa Permanência: condições de saúde, perfil sócio-econômico e voluntariada em Uberada-MG.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>>. Acesso em: 10/10/2008.
- GUIGOZ Y, VELLAS B, GARRY PJ. **Mini nutritional assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients.** Facts and Research in Gerontology, 1994, 2:15-59.
- HENDRICKS J., CALASANTI, T.M. **Social dimensions of nutrition.** In: Chen L., editor. Nutritional aspects of aging. v. 1. Boca Raton: CRC Press, 1986, p. 77- 98.
- HARRIS, N. G. In: MAHAN, L. K.; STUMP, S. S. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia.** São Paulo: Rocca, 2005, p. 304-323.
- IBGE, 2002. **Banco de dados.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 09/10/2008.
- JEE S.H., SULL J.W., PARK J., LEE S-Y., OHRR H., GUALLAR E., et al. **Body-Mass Index and Mortality in Korean Men and Women.** New England Journal of Medicine, 2006, 355(B);779-87.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, 21:200-10, 1987.
- KAMIMURA, M. A.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L. R.; CUPPARI, L. Avaliação nutricional. In: CUPPARI, L. (Coord.) et al. **Guia de Nutrição: Nutrição clínica no adulto.** 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2005, cap. 6, p. 89-127.
- Lei 10.741, de 10 de outubro de 2003: **Estatuto do Idoso.** S Federal - Brasília (DF), 2003.
- Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994: **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.** S. Federal – Brasília, 1994.
- LIPSCHITZ, D. A. **Screening for nutritional status in the elderly.** Primary care, 21(1): 55-67, 1994.
- MAHAN, L. K.; Escott-Stunp S, Krause. **Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 9.ed. São Paulo: Roca, 1998, 1179p.
- MENEZES, T. MARUCCI, M. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas Fortaleza, CE. **Revista de Saúde Pública.** 2005, 39(2), 169-75.
- NHANES *from* EUA. Banco de dados. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/charts.htm>>. Acesso em 08/10/2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE – OMS. Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Genebra, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995. Banco de dados Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>> Acesso em 18/09/2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Banco de dados Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>> Acesso em 18/09/2008.
- PERISSINOTTO, E. et al. **Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences.** BJN. v.87, p. 177-186, 2002.
- SAMPAIO, L. R.; FIGUEIREDO, V. C. Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. **Revista de Nutrição.** 2005, 18 (1), 53-61.
- SANTELE, O.; LEFEVRE, A. M. C.; CERVATO, A. M. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, dez./2007.

SANTOS D. M, SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Revista de Saúde Pública** 2005. 39(2): 163-8. Rio de Janeiro, Brasil.

SOUSA, R.G., LOVISI, G. M. Avaliação de déficits cognitivos em moradores com mais de 65 anos de um albergue público. **Revista de Psiquiatria Clínica**. V.34, n.5. São Paulo, 2007.

SPINELLI, R.B. **Estudo comparativo do estado nutricional de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados no município de Erechim, RS**. Porto Alegre, 2008.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico na população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1999; 15 (4): 759-768.

VELLAS, B. et al. **The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients**. Nutrition 1999, 15 (2), 116-122.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Presenting and managing the global epidemic**. Report of WHO consultation on obesity. Genebra, 1998, p.14.