

AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS, DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS ATENDIDOS NO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO IDOSO – JUIZ DE FORA, MG

Evaluation of the nutritional aspects, of the health conditions and the social demographic profile of elderlies attended in the Health of the Elderly Department – Juiz de Fora - MG

Ana Paula Carlos Cândido¹, Adriana Soares Torres Melo²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as condições de saúde, aspectos nutricionais e o perfil sociodemográfico de idosos participantes do grupo de ginástica do Departamento de Saúde do Idoso, no município de Juiz de Fora (MG), assim como avaliar o risco nutricional e verificar associações. A amostra de conveniência foi composta por 42 idosos com idade de 60 anos e mais, de ambos os gêneros. Foram aplicados três questionários, sendo eles com informações demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde, de consumo alimentar e de risco nutricional. Na população estudada, 73,8% eram do sexo feminino (n=31). A média de idade das mulheres foi de 71,58 ± 6,87 anos e, para os homens, de 73,73 ± 6,81 anos. A média de IMC para as mulheres foi de 26,95 kg/m² e, para os homens, foi de 25,21 kg/m², ambos dentro da classificação de eutrofia. A maioria da população, 31% (n=13), relatou apresentar somente hipertensão arterial sistêmica (HAS). O uso de três ou mais medicamentos diferentes por dia representou 64,28% da amostra, predominante no sexo feminino. Encontrou-se diferença significativa entre o consumo de carne vermelha com gordura (p=0,005), assim como, ao se relacionarem as variáveis sociodemográficas e risco nutricional, foram encontradas associações significativas para a variável raça (p=0,045). Encontraram-se, também, associações significativas entre as variáveis consumo de verdura/legume cozido (p=0,003), consumo de suco de fruta natural (p=0,049) e quanto ao tipo de leite consumido (p=0,049) com o risco nutricional. A frequência de risco nutricional atingiu 54,14% da população, entretanto o grupo demonstrou ter bons hábitos alimentares, eutrofia e prática de atividade física, condições e há-

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the health conditions, nutritional aspects and the social demographic profile of elderly participants of a gymnastic group of the health department of seniors in the city of Juiz de Fora (MG), as well as, to evaluate the nutritional risk and verify associations. The convenience sample was composed by 42 elderlies, 60 years old or older, of both genders. It was applied three questioners, consisting of demographic, social economic and health conditions, food consumption and nutritional risk information. In the studied population, 73.8% were female (n=31). The average age of the women was 71.58 +/- 6.87 years and for the men it was of 73.73 ± 6.81 years. The BMI average for women was 26.95 kg/m² and for men it was 25.21 kg/m², both into the classification of eutrophic. Most of the population, 31% (n=13), have said to present only systemic arterial hypertension (SAH). The use of three or more different medicines for a day has represented 64.28% of the sample, mainly in the females. It was found the meaningful difference between the consume of red meat with fat (p=0.005), as well as, when relating the social demographic variable and nutritional risk, it was found meaningful associations to the variable race (p=0.045). We have also found meaningful associations between the variable consumption of cooked greenery/vegetable (p=0.003), consumption of fresh fruit juice (p=0.049) and as to the kind of milk consumed (p=0.049) with a nutritional risk. The frequency of the nutritional risk has reached 54.14% of the population, however, the group has showed good food habits, eutrophic and the practice of physical activities, important conditions and habits to

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: apccandido@gmail.com.

² Universidade Federal de Juiz de Fora.

bitos importantes para a melhoria dessa condição.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Nutricional; Idoso; Risco Nutricional.

INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, tem-se percebido, de forma rápida, um grande aumento da população idosa, sem que também ocorram melhorias nas condições de vida na mesma proporção.¹ Uma das mais significativas modificações demográficas que o Brasil apresentou ao início do século XX, conceituada de transição demográfica, se deu na estrutura etária da população, sobretudo com um acentuado envelhecimento populacional, devido à redução da mortalidade, ao aumento da expectativa de vida, à redução da taxa de fecundidade e também à migração.

Acompanhando a transição demográfica, ocorreu, também, a chamada transição epidemiológica, sendo esse processo caracterizado pela mudança de domínio das doenças transmissíveis para o domínio das não transmissíveis e de causas externas, assim como o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos e a transformação de uma condição em que prevalecia a mortalidade para outra na qual a morbidade é predominante. Esse aumento da morbidade talvez seja influenciado pelo aumento da expectativa de vida e não somente pela diminuição da mortalidade, pois, na medida em que cresce o número de idosos e, conseqüentemente, ocorre um aumento da expectativa de vida, as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se cada vez mais frequentes.^{2,3,4}

O crescente aumento da qualidade de vida e os avanços na área da saúde vêm contribuindo para o aumento da expectativa de vida da população brasileira e, comparando-se com algumas décadas atrás, podem-se observar melhora nutricional, melhores condições sanitárias, ambientais e de trabalho, que refletem em um melhor nível de qualidade de vida.³

No âmbito da atenção à saúde dos idosos, o monitoramento das condições de vida e bem-estar é uma das prioridades, uma vez que as alterações fisiológicas aumentam com a idade, bem como a utilização dos serviços de saúde. Indicadores adequados para avaliar a morbidade e o impacto da doença e/ou inabilidade na qualidade de vida dos idosos e também de suas famílias tornam-se necessários para que se realize esse monitoramento, destacando-se a

the improvement of this condition.

KEYWORDS: Nutritional Evaluation; Elderly; Nutritional Risk.

percepção da saúde, as restrições para realizar atividades diárias, hábitos de vida, doenças crônicas e o estado nutricional.⁵

A pessoa idosa passa por alterações fisiológicas e naturais ao processo de envelhecimento, tornando-a mais frágil ao desenvolvimento de distúrbios nutricionais, gerando agravos de saúde. O envelhecimento é processo natural, no qual o organismo passa por diversas alterações anatômicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que repercutem sobre as condições de saúde e nutrição, sendo o próprio processo natural de envelhecimento responsável pela diminuição da capacidade funcional do organismo, aumentando, assim, a prevalência de doenças crônicas.^{6,7} A avaliação do estado nutricional pode ser realizada por meio de diferentes parâmetros, sendo um deles a triagem nutricional, que atua na identificação de características que se associam a problemas dietéticos ou nutricionais, possibilitando a detecção de risco nutricional.⁵

O risco nutricional se refere ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional do paciente. Ele é avaliado por meio da combinação do estado nutricional atual e da gravidade da doença, sendo o estado nutricional caracterizado mediante as variáveis: índice de massa corporal (IMC), perda de peso recente e ingestão dietética. De acordo com a Iniciativa de Triagem Nutricional (NSI) e a Associação Dietética Americana (ADA), a triagem nutricional é caracterizada como um processo de identificação de características que melhor se associam a problemas nutricionais e/ou dietéticos.^{8,9}

Com o crescente processo de envelhecimento da população, torna-se cada vez mais necessária a compreensão dos fatores que contribuem para a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis associadas à idade, assim como a importância da nutrição na promoção e manutenção de bem-estar e autonomia dos idosos.¹⁰ O conhecimento sobre o estado nutricional da população idosa tem sido de grande valia, possibilitando a criação de estratégias no âmbito da promoção da saúde, assim como na prevenção e tratamento de diversos agravos, melhorando a qualidade de vida.²

O objetivo geral do presente estudo foi o de identificar as condições de saúde, aspectos nutricionais, o perfil sociodemográfico de idosos atendidos no Departamento de

Saúde do Idoso no município de Juiz de Fora (MG), além de verificar a associação entre os mesmos.

MATERIAL OU CAUSÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa. A população foi constituída por uma amostra de conveniência, composta por 42 idosos, apresentando idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os gêneros, residentes no município de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), atendidos no Departamento de Saúde do Idoso da mesma cidade e que participavam do grupo de ginástica no mesmo local, sob responsabilidade da fisioterapeuta da unidade. A coleta dos dados foi realizada no mês de junho de 2015.

Antes da coleta de dados, foi apresentada a proposta do estudo e esclarecidas as dúvidas dos pesquisados. Todos os participantes que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta de dados.

O estado nutricional dos idosos foi avaliado por meio das seguintes variáveis: gênero, idade, peso corporal (Kg) e estatura (m).

Para a aferição da estatura dos idosos, foi utilizado um estadiômetro portátil da marca Alturaexata (Alturaexata®, MG) com escalas em milímetros, disposto em superfície firme e plana. Os idosos ficaram descalços e com roupas leves, as quais já eram utilizadas para a realização da ginástica. Para a aferição do peso, foi utilizada balança portátil da marca Tanita (TANITA BC-553; UK), com capacidade para até 150 Kg e precisão de 100g. O estado nutricional foi estabelecido a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, sendo utilizados os pontos de corte de Lipschitz,¹¹ em que são classificados como baixo-peso com $IMC < 22\text{kg}/\text{m}^2$; eutrofia, IMC entre $22\text{kg}/\text{m}^2$ e $27\text{kg}/\text{m}^2$, e sobrepeso, $IMC > 27\text{kg}/\text{m}^2$.

As variáveis demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde foram analisadas mediante aplicação de questionário em que foram abordados aspectos que apresentavam associação com risco nutricional, sendo elas: cor da pele autodefinida (branca, negra, parda, amarela e indígena); religião; escolaridade (analfabetos e alfabetizados); série (ensino fundamental, ensino médio e ensino superior/técnico); estado civil (solteiro, casado/convívio com parceiro, divorciado/separado, viúvo e outro); composição familiar (mora sozinho ou acompanhado); renda *per capita* em reais e por salários mínimos; condições de moradia (boa, regular ou precária); autoavaliação de saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim); doenças autorreferidas; participação social (que incluiu algum grupo religioso, associação, cooperativa, entre outros) e prática

de atividade física semanal.⁵

A avaliação do consumo alimentar foi realizada por meio de aplicação de um questionário, validado pelo inquérito domiciliar por telefone realizado em várias capitais do Brasil (VIGITEL), composto por 30 perguntas, sendo estas referentes ao consumo e frequência alimentares, assim como uso de bebidas alcoólicas.

Para a determinação do risco nutricional, foi utilizado um teste de rastreio *Nutrition Screening Initiative (NSI)*,^{5,12} sendo este autoaplicável, contendo 10 perguntas, tendo como critério de avaliação a seguinte pontuação: de 0 a 2 pontos, baixo risco nutricional; de 3 a 5, risco moderado e 6 a 21 pontos, alto risco nutricional. Mesmo sendo um teste autoaplicável, foi necessário que o mesmo fosse dirigido pelo pesquisador a pedido da maioria dos pesquisados, facilitando na compreensão das perguntas.

Para a análise dos dados, foi utilizado o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio padrão, e as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas. A associação entre as variáveis categóricas foi avaliada pelo Teste Qui-quadrado de Pearson. Para a análise das variáveis quantitativas, foram aplicados os Testes *t-student* ou Análise de Variância (ANOVA), para comparação das médias entre os grupos. O nível de significância estatística considerado no estudo foi de 5% ($p \leq 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o número do Protocolo 1.061.844.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 42 idosos de ambos os gêneros. Destes, 73,8% eram do sexo feminino ($n=31$). A média de idade das mulheres foi de $71,58 \pm 6,87$ anos e, para os homens, de $73,73 \pm 6,81$ anos. Para os idosos do sexo feminino, com relação à renda total, a média foi $R\$1398,06 \pm 378,44$ e, para os do sexo masculino, a média foi de $R\$1970,00 \pm 431,60$, demonstrando diferença significativa entre as variáveis ($p < 0,01$). Quanto ao estado nutricional, observou-se que a média de IMC para as mulheres foi de $26,95\text{kg}/\text{m}^2$ e, para os homens, foi de $25,21\text{kg}/\text{m}^2$, ambos dentro da classificação de eutrofia, de acordo com os valores de pontos de corte de Lipschitz,¹¹ sendo a média de peso das mulheres de $63,90 \pm 13,80\text{kg}$ e dos homens de $69,49 \pm 9,29$, e a média de estatura para as mulheres de $153,80 \pm 4,14\text{cm}$ e, para os homens, de $165,75 \pm 6,57$, apresentando diferença significativa ($p < 0,01$), conforme esperado.

Verificou-se que 57,1% ($n=24$) dos idosos se autode-

clararam brancos e 73,8% (n=31) declararam ter como religião o catolicismo. Além disso, pode-se observar que 100% dos indivíduos eram alfabetizados, com o predomínio apenas do ensino fundamental, com cerca de 59,6% (n=25).

Cerca de 71,4% dos idosos relataram que não residem sozinhos, sendo o convívio predominante de esposo (a), filhos e/ou netos. Além disso, 45,2% dos idosos relataram ser casados ou conviver com parceiros. Sobre as condições de moradia, 97,6% consideraram boas suas condições de moradia. Já sobre a autoavaliação de saúde, 50% (n=21) avaliaram sua saúde como muito boa/boa e 47,6% (n=20) avaliaram como regular.

Sobre as participações em grupos sociais, 73,8% (n=31) relataram apenas participar do grupo de ginástica e 97,6% (n=41) conseguiam praticar atividade física mais de duas vezes na semana. Quando foram questionados quanto às patologias apresentadas, a maioria da população,

31% (n=13), relatou apresentar somente hipertensão arterial sistêmica (HAS), 14,3% (n=6) declararam não portar nenhum tipo de patologia e 9,5% (n=4) declararam apresentar somente hipotireoidismo. O uso de três ou mais medicamentos diferentes por dia (tanto para o tratamento das doenças apresentadas quanto para a prevenção de outros agravos) representou 64,28% da amostra, sendo relatado pela maioria do sexo feminino.

Ao relacionar o consumo alimentar entre os gêneros, encontrou-se diferença significativa no consumo de carne vermelha ($p=0,005$), demonstrando que esse consumo, juntamente com a prática de retirar o excesso de gordura, foi maior entre o sexo feminino, o que já é esperado, uma vez que a população feminina representa mais de 70% da amostra e uma tendência nas variáveis consumo de frutas semanal ($p=0,051$) e consumo de frango semanal associado ou não à retirada de pele, também entre os gêneros ($p=0,052$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização de consumo alimentar de idosos atendidos no Departamento de Saúde do Idoso, Juiz de Fora - 2015.

Variáveis	n	Feminino n (%)	Masculino n (%)	P ^a
Consumo de feijão				0,670
5 a 7 dias por semana	37	27 (87,1)	10 (90,9)	
1 a 4 dias por semana	3	2 (6,5)	1 (9,1)	
Quase nunca/nunca	2	2 (6,5)	0 (0,0)	
Consumo de verdura ou legume				0,388
5 a 7 dias por semana	40	29 (93,5)	11 (100,0)	
1 a 4 dias por semana	2	2 (6,5)	0 (0,0)	
Consumo de carne vermelha				0,557
Quase nunca/nunca	3	3 (9,7)	0 (0,0)	
1 a 4 dias por semana	35	25 (80,6)	10 (90,9)	
5 a 7 dias por semana	4	3 (9,7)	1 (9,1)	
Consumo de carne vermelha com gordura				0,005
Sempre tira o excesso	27	22 (78,6)	5 (45,5)	
Consome com gordura	6	1 (3,6)	5 (45,5)	
Não consome carne vermelha com gordura	6	5 (17,9)	1 (9,1)	
Consumo de frango				0,591
5 a 7 dias por semana	7	6 (19,4)	1 (9,1)	

Variáveis	n	Feminino n (%)	Masculino n (%)	P ^a
Consumo de frango				0,591
1 a 4 dias por semana	34	24 (77,4)	10 (90,9)	
Quase nunca/nunca	1	1 (3,2)	0 (0,0)	
Consumo de frango com pele				0,052
Sempre tira a pele	30	25 (83,3)	5 (45,5)	
Consome com a pele	9	4 (13,3)	5 (45,5)	
Não consome frango com pele	2	1 (3,3)	1 (9,1)	
Consumo de suco de fruta natural				0,214
5 a 7 dias por semana	17	12 (38,7)	5 (45,5)	
1 a 4 dias por semana	13	8 (25,8)	5 (45,5)	
Quase nunca/nunca	12	11 (35,5)	1 (9,1)	
Consumo de frutas				0,051
5 a 7 dias por semana	35	27 (87,1)	8 (72,7)	
1 a 4 dias por semana	5	4 (12,9)	1 (9,1)	
Quase nunca/nunca	2	0 (0,0)	2 (18,2)	
Consumo de refrigerante ou suco artificial				0,623
Quase nunca/nunca	30	21 (67,7)	9 (81,8)	
1 a 4 dias por semana	11	9 (29,0)	2 (18,2)	
5 a 7 dias por semana	1	1 (3,2)	0 (0,0)	
Consumo de leite				0,077
5 a 7 dias por semana	21	17 (54,8)	4 (36,4)	
1 a 4 dias por semana	9	4 (12,9)	5 (45,5)	
Quase nunca/nunca	12	10 (32,3)	2 (18,2)	
Tipo de leite				0,490
Integral	12	7 (33,3)	5 (55,6)	
Desnatado ou semidesnatado	12	9 (42,9)	3 (33,3)	
Os dois tipos	6	5 (23,8)	1 (11,1)	
Consumo de doces				0,897
Quase nunca/nunca	16	12 (38,7)	4 (36,4)	
1 a 4 dias por semana	13	10 (32,3)	3 (27,3)	
5 a 7 dias por semana	13	9 (29,0)	4 (36,4)	

Variáveis	n	Feminino n (%)	Masculino n (%)	P ^a
Troca do jantar por algum tipo de lanche				0,351
Quase nunca/nunca	14	12 (38,7)	2 (18,2)	
1 a 4 dias por semana	7	4 (12,9)	3 (27,3)	
5 a 7 dias por semana	21	15 (48,4)	6 (54,5)	
Consumo de sal				0,661
Adequado/baixo	36	28 (93,3)	8 (88,9)	
Alto/muito alto	3	2 (6,7)	1 (11,1)	
Consumo de bebida alcoólica				0,255
Sim	10	6 (19,4)	4 (36,4)	
Não	32	25 (80,6)	7 (63,6)	

^a Qui quadrado de Pearson.

Fonte: dados da pesquisa.

Ao se relacionarem as variáveis sociodemográficas e econômicas e risco nutricional, foram encontradas associações significativas para a variável raça (p=0,045) e uma

tendência para a variável autoavaliação de saúde (p=0,059) (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação das variáveis sociodemográficas/econômicas e risco nutricional de idosos atendidos no Departamento de Saúde do Idoso, Juiz de Fora - 2015.

Variáveis	n	Sem Risco Nutricional n (%)	Risco Nutricional n (%)	P ^a
Sexo				0,287
Feminino	31	12 (66,7)	19 (79,2)	
Masculino	11	6 (33,3)	5 (20,8)	
Raça				0,045
Branca	24	14 (77,8)	10 (41,7)	
Parda	16	3 (16,7)	13 (54,2)	
Negra	2	1 (5,6)	1 (4,2)	
IMC				0,378
Eutrofia	21	8 (44,4)	13 (54,2)	
Baixo Peso/Sobrepeso	21	10 (55,6)	11 (45,8)	
Série				0,117
Ensino Fundamental	14	8 (50,0)	6 (26,1)	

Variáveis	n	Sem Risco Nutricional n (%)	Risco Nutricional n (%)	P ^a
Série				0,117
Ensino Médio/Ensino Superior	25	8 (50,0)	17 (73,9)	
Estado Civil				0,198
Casado	19	10 (55,6)	9 (37,5)	
Solteiro/Divorciado/Viúvo	23	8 (44,4)	15 (62,5)	
Composição Familiar				0,331
Não reside sozinho	30	14 (77,8)	16 (66,7)	
Reside sozinho	12	4 (22,2)	8 (33,3)	
Renda em Reais (R\$)				0,434
3 ou mais salários mínimos	5	2 (11,1)	3 (12,5)	
2,5 salários mínimos	12	7 (38,9)	5 (20,8)	
1,5 salários mínimos	25	9 (50,0)	16 (66,7)	
Autoavaliação de Saúde				0,059
Muito boa/Boa	21	12 (66,7)	9 (37,5)	
Regular/Muito ruim/Ruim	21	6 (33,3)	15 (62,5)	
Doenças Autorreferidas				0,519
Nenhuma doença	6	3 (16,7)	3 (12,5)	
Pelo menos uma doença	36	15 (83,3)	21 (87,5)	

^a Qui quadrado de Pearson.

Fonte: dados da pesquisa.

Ao relacionar as variáveis do consumo alimentar e risco nutricional, foram encontradas associações significativas entre as variáveis consumo de verdura/legume cozido ($p=0,003$), consumo de suco de fruta natural ($p=0,049$) e quanto ao tipo de leite consumido ($p=0,049$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação das variáveis dietéticas e risco nutricional de idosos atendidos no Departamento de Saúde do Idoso, Juiz de Fora - 2015.

Variáveis	n	Sem Risco Nutricional n (%)	Risco Nutricional n (%)	P ^a
Consumo de feijão				0,239
5 a 7 dias por semana	37	15 (83,3)	22 (91,7)	
1 a 4 dias por semana	3	1 (5,6)	2 (8,3)	
Quase nunca/nunca	2	2 (11,1)	0 (0,0)	

Variáveis	n	Sem Risco Nutricional n (%)	Risco Nutricional n (%)	P ^a
Consumo de verdura ou legume				0,321
5 a 7 dias por semana	40	18 (93,5)	22 (91,7)	
1 a 4 dias por semana	2	0 (6,5)	2 (8,3)	
Consumo de verdura/legume cozido				0,003
5 a 7 dias por semana	31	9 (50,0)	22 (91,7)	
1 a 4 dias por semana	11	9 (50,0)	2 (8,3)	
Consumo de carne vermelha				0,294
Quase nunca/nunca	3	0 (0,0)	3 (12,5)	
1 a 4 dias por semana	35	16 (88,9)	19 (79,2)	
5 a 7 dias por semana	4	2 (11,1)	2 (8,3)	
Consumo de carne vermelha com gordura				0,231
Sempre tira o excesso	27	10 (55,6)	17 (81,0)	
Consome com gordura	6	4 (22,2)	2 (9,5)	
Não consome carne vermelha com gordura	6	4 (22,2)	2 (9,5)	
Consumo de frango				0,454
5 a 7 dias por semana	7	2 (11,1)	5 (20,8)	
1 a 4 dias por semana	34	16 (88,9)	18 (75,0)	
Quase nunca/nunca	1	0 (0,0)	1 (4,2)	
Consumo de frango com pele				0,254
Sempre tira a pele	30	12 (66,7)	18 (78,3)	
Consome com a pele	9	4 (22,2)	5 (21,7)	
Não consome frango com pele	2	2 (11,1)	0 (0,0)	
Consumo de suco de fruta natural				0,049
5 a 7 dias por semana	17	10 (55,6)	7 (29,2)	
1 a 4 dias por semana	13	2 (11,1)	11 (45,8)	
Quase nunca/nunca	12	6 (33,3)	6 (25,0)	
Consumo de frutas				0,542
5 a 7 dias por semana	35	16 (88,9)	19 (79,2)	
1 a 4 dias por semana	5	1 (5,6)	4 (16,7)	
Quase nunca/nunca	2	1 (5,6)	1 (4,2)	

Variáveis	n	Sem Risco Nutricional n (%)	Risco Nutricional n (%)	P ^a
Consumo de refrigerante ou suco artificial				0,466
Quase nunca/nunca	30	13 (72,2)	17 (70,8)	
1 a 4 dias por semana	11	4 (22,2)	7 (29,2)	
5 a 7 dias por semana	1	1 (5,6)	0 (0,0)	
Consumo de leite				0,747
5 a 7 dias por semana	21	9 (50,0)	12 (50,0)	
1 a 4 dias por semana	9	3 (16,7)	6 (25,0)	
Quase nunca/nunca	12	6 (33,3)	6 (25,0)	
Tipo de leite				0,049
Integral	12	8 (66,7)	4 (22,2)	
Desnatado ou semidesnatado	12	3 (25,0)	9 (50,0)	
Os dois tipos	6	1 (8,3)	5 (27,8)	
Consumo de doces				0,628
Quase nunca/nunca	16	6 (33,3)	10 (41,7)	
1 a 4 dias por semana	13	7 (38,9)	6 (25,0)	
5 a 7 dias por semana	13	5 (27,8)	8 (33,3)	
Troca do jantar por algum tipo de lanche				0,136
Quase nunca/nunca	14	3 (16,7)	11 (45,8)	
1 a 4 dias por semana	7	4 (22,2)	3 (12,5)	
5 a 7 dias por semana	21	11 (61,1)	10 (41,7)	
Consumo de sal				0,598
Adequado/baixo	36	16 (94,1)	20 (90,9)	
Alto/muito alto	3	1 (5,9)	2 (9,1)	
Consumo de bebida alcoólica				0,286
Sim	10	3 (16,7)	7 (29,2)	
Não	32	15 (83,3)	17 (70,8)	

^a Qui quadrado de Pearson.

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento da população é um acontecimento que acarreta enormes repercussões, tanto em aspectos econômicos quanto sociais, sendo necessária a ampliação de políticas direcionadas a essa parcela da população.¹³ Diante disso, a atuação do profissional da nutrição junto com outros profissionais de saúde na promoção da saúde dos indivíduos idosos é de grande importância, sendo a orientação nutricional adequada uma ferramenta eficaz para a melhoria da qualidade de vida e também para prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.¹⁴

O grupo etário com idade superior a 70 anos, sendo a maioria dos idosos avaliados (52,38%), quando comparado com o grupo de idade entre 60 a 70 anos, mostrou maior interesse em participar das atividades realizadas no Departamento do Idoso.

O predomínio de idosos do sexo feminino (73,8%) sugere que as mulheres são mais participativas nas atividades desenvolvidas por profissionais da saúde no Departamento de Idosos do que os homens. O mesmo pode ser observado nos estudos de Bassler & Lei,¹⁵ no qual foram avaliados adultos e idosos voluntários vinculados às paróquias do município de Pinhais, Curitiba – PR. O estudo teve por objetivo traçar o perfil nutricional e propor o monitoramento da situação nutricional da população idosa do município. No estudo de Cervato et al.,¹ no qual foi avaliada uma intervenção educativa para a terceira idade de frequentadores de Instituições de Ensino no município de São Paulo (SP), houve também um predomínio da população feminina nas atividades. Nos últimos censos e contagens populacionais, a parcela de mulheres é maior do que a de homens entre a população idosa, uma vez que as mulheres representaram 55,56% no Brasil e 59,24% no município de Juiz de Fora.¹⁶ Talvez isso também justifique o maior número de participantes do sexo feminino em nosso estudo.

O percentual de idosos que praticava atividade física regularmente se mostrou alto, pelo fato de a avaliação ter sido realizada em um grupo de ginástica, em que 96,7% da amostra relatou praticar atividade física pelo menos 2 vezes na semana no Departamento do Idoso. Na unidade, o grupo de ginástica acontecia 3 vezes na semana, e os idosos recebiam orientações da fisioterapeuta quanto aos exercícios, sendo eles de equilíbrio, força e caminhadas. Cada sessão durava 1 hora, dividida entre as atividades. Sabe-se que é importante a prática de atividade física, pois traz diversos benefícios para a saúde e, quando realizada regularmente e corretamente, possibilita melhora da qualidade de vida, retarda perdas funcionais, melhora a

autonomia do idoso, além de permitir conhecer o próprio corpo e suas limitações e também estimular o convívio social.^{17,18}

Em relação à presença de patologias, a maioria da população, 31%, relatou apresentar somente hipertensão arterial sistêmica (HAS). A maioria dos homens que participaram da avaliação respondeu que apresentava somente HAS. No estudo de Scherer et al.,¹⁹ a patologia mais referida entre a população estudada foi, também, a HAS, assim como no estudo de Esperandio et al.,²⁰ com prevalência de 67,4% em ambos os gêneros. Já no estudo de Tadei et al.,²¹ a prevalência de HAS foi de 67% em ambos os gêneros.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC),²² a HAS se apresenta como uma patologia de alta prevalência, sendo um dos principais fatores de risco passíveis de modificação, constituindo um dos mais importantes problemas de saúde pública. No ano de 2001, ocorreram em torno de 7,6 milhões de mortes no mundo decorrentes da elevação da pressão arterial, sendo principalmente em países com baixo e médio desenvolvimento econômico e, predominantemente, entre a população idosa.^{22,23}

Em relação à renda familiar, foi encontrada associação significativa comparando-se os gêneros ($p < 0,01$), sendo maior a renda total presente entre os idosos do sexo masculino. De acordo com a PNAD²⁴ do ano 2013, o rendimento médio mensal referente ao trabalho dos homens foi de R\$ 1857,00 e das mulheres, de R\$ 1365,00, valores próximos aos encontrados pelo presente estudo. Entre as variáveis estatura e gênero, também foi encontrada associação significativa, ($p < 0,01$), pois já é esperado que os homens sejam mais altos que as mulheres.

Sobre o convívio com outras pessoas, 71,4% dos idosos convivem com pelo menos algum membro da família, sendo 45,2% o convívio com seus cônjuges ou parceiros. Segundo Heitor et al.,²⁵ possuir um parceiro (a) é saudável, pois se sabe que diversos fatores psicossociais, como o afastamento social e ou a perda do seu cônjuge, podem ocasionar alterações na ingestão alimentar, tanto de forma qualitativa, quanto quantitativa, contribuindo para diminuição do apetite e rejeição dos alimentos, consequentemente levando a uma diminuição do consumo de energia e adequação dos nutrientes.

Quanto ao uso de medicamentos, a maioria da população estudada, 64,28%, relatou fazer o uso de três ou mais tipos de medicamentos por dia, valor que poderia ser ainda maior, se fosse levado em consideração o fato de fazer uso de pelo menos um medicamento por dia. No estudo de Rozenfeld,²⁶ o uso dessas substâncias pode chegar até 79,2%. Sabe-se que o uso de diversos fármacos, prescrição imprópria ou até mesmo a utilização de dois ou mais

medicamentos que contenham semelhante ação farmacológica podem favorecer o aparecimento de efeitos adversos e interações que comprometam a digestão, absorção e o metabolismo de diversos nutrientes importantes para a manutenção do organismo.^{14,26}

A população idosa compõe um dos grupos etários que mais utilizam medicamentos. A própria fase de envelhecimento, o aumento de patologias e o consumo de fármacos fazem com que essa população se torne vulnerável, contribuindo para o risco nutricional.^{23,26}

Ao relacionar o consumo alimentar entre os gêneros, encontrou-se diferença significativa entre o consumo de carne vermelha com gordura ($p=0,005$), sendo o consumo em ambos os gêneros de 14,28% e, entre os idosos do sexo masculino, de 45,5%. No estudo do Vigitel²⁷ entre adultos e idosos das capitais brasileiras, foi encontrado um percentual de 31,1% do consumo de carnes com excesso de gordura em ambos os gêneros, também sendo consumo maior no sexo masculino. Já no estudo de Heitor et al.,²⁵ foi encontrado um percentual ainda maior entre a população estudada, 48,5% dos idosos não tinham o hábito de retirar o excesso de gordura das carnes ou a pele das aves. Segundo a World Health Organization (WHO),²⁸ o surgimento de várias doenças crônicas não transmissíveis é ocasionado pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, devendo o seu consumo ser reduzido.

O presente estudo apresentou uma tendência de aumento no consumo de frutas ($p=0,051$) entre os gêneros, demonstrando que a prática desse consumo era predominante na população com uma frequência de 5 a 7 dias por semana. Houve uma tendência também da retirada da pele do frango antes do consumo ($p=0,052$) entre os sexos, em que mais de 70% da amostra relatou essa prática. Esses comportamentos são considerados fatores de proteção para o surgimento de doenças crônicas e o seu consumo é incentivado pela OMS.²⁷

Ao relacionar as variáveis sociodemográficas e risco nutricional, foi encontrada associação significativa para a variável raça ($p=0,045$). Sabe-se que a raça é considerada como fator de risco para o aparecimento de HAS, sendo na raça negra a maior incidência dessa patologia.²⁹ A HAS por si só já é uma condição para o surgimento do quadro de risco nutricional. Uma das consequências do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência das doenças crônicas, dentre elas, a hipertensão. A HAS é considerada um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, por acometimento de diferentes áreas do organismo, dentre elas a cardíaca, cerebral, renal e vascular periférica. Por gerar diversas consequências, a HAS se caracteriza como uma das

causas de maior redução da expectativa e, principalmente, da qualidade de vida da população. O diabetes mellitus e a hipertensão arterial estão associados ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que representam uma elevada taxa de óbito, assim como internações e incapacitação física, contribuindo para o risco nutricional.^{30,31}

No estudo atual, 54,14% dos idosos apresentaram risco nutricional por meio do questionário NSI, onde destes 79,16% foram observados em indivíduos do sexo feminino. No estudo de Alvarenga et al.,⁵ cerca de 69,8% dos idosos apresentaram classificação de risco nutricional, também sendo predominante no sexo feminino. Ao relacionar as variáveis do consumo alimentar e risco nutricional, foram encontradas associações significativas entre as variáveis consumo de verdura/legume cozido ($p=0,003$), consumo de suco de fruta natural ($p=0,049$) e tipo de leite consumido ($p=0,049$). Esse perfil alimentar pode ser explicado pelo fato de que, quando se apresenta alguma patologia, mudanças na alimentação podem ocorrer, fazendo com que aqueles que possuem risco nutricional busquem se alimentar melhor pela sua condição de saúde.

O NSI é uma ferramenta que permite identificar possíveis carências nutricionais em decorrência da presença de patologias, consumo de álcool em excesso, uso de diferentes fármacos, assim como perda ou ganho de peso involuntários, situação de convívio e condições de compra e preparação de alimentos, fazendo com que aqueles que se encontrem em situação de risco nutricional sejam avaliados e acompanhados pelos profissionais de saúde.^{5,32} Segundo Alvarenga et al.,⁵ o NSI é indicado para o uso na atenção básica, pois é um instrumento de fácil aplicação e baixo custo, que permite o rastreamento de indivíduos com risco nutricional, sempre sendo utilizado com o auxílio dos demais parâmetros de determinação, como as medidas antropométricas.

O estudo apresenta limitações, como o fato de a amostra ter sido composta por um número reduzido de idosos, que eram participantes do grupo de ginástica, com perfil mais ativo, o que pode ter influenciado algumas associações. Outro aspecto é a avaliação ter se realizado em uma única unidade de saúde, não sendo possível observar a realidade de idosos atendidos em outras unidades, que vivenciam outras realidades nutricionais, comportamentais, sociais e econômicas que, provavelmente, podem afetar o risco nutricional.

Dessa forma, com o crescimento da população idosa, os serviços de saúde devem estar preparados para atender a esse público, assim como contar com a atuação de uma equipe interdisciplinar, em que o conhecimento de diversas áreas de atuação possibilite a promoção e a melhoria

de saúde dos idosos. Essas ações de saúde que já são realizadas na unidade analisada favoreceram o perfil nutricional encontrado, pois o grupo apresentou bons indicadores de saúde, demonstrando que a inserção de grupos com ações de prevenção, como é o caso atividade física, poderia ser incorporada a outras unidades de atenção primária.

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo, pôde-se concluir que a prevalência de risco nutricional atingiu pouco mais da metade da população estudada. Entretanto, por meio da avaliação dos aspectos nutricionais e dietéticos, uma considerável parcela deste grupo demonstrou possuir bons hábitos alimentares, como o consumo de frutas, verduras e legumes, assim como um bom estado nutricional revelado por meio do peso corporal e IMC, associados à prática de atividade física, que são aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida, reduzindo o aparecimento do risco nutricional. Sendo assim, torna-se necessário que outros estudos como este sejam realizados, para verificar o risco nutricional em outras unidades de saúde e auxiliar na proposição de estratégias que promovam a saúde destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Cervato AM, Derntl AM, Latorre MRDO, Marucci MFN. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Rev Nutr.* 2005 fev.; 18(1):41-52.
2. Fiore EG, Vieira VL, Cervato AM, Tucilo DR, Cordeiro AA. Perfil nutricional de idosos frequentadores de unidade básica de saúde. *Rev Ciênc Méd.* 2006 set./out.; 15(5):369-377.
3. Cruz DT. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011.
4. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AM, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(4):897-908.
5. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 mar.; 44(4):1046-51.
6. Santos ACO, Machado MMO, Leite EM. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Geriatrics & Gerontologia.* 2010 out.; 4(3):168-175.
7. Araújo LAO, Bachion MM. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. *Rev Bras Enferm.* 2004 set./out.; 57(5):586-90.
8. Barbosa Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva: parte 1. Revisão de sua validade após duas décadas de uso. *Arq Gastroenterol.* 2002; 39(3):181-7.
9. Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Paes-Barbosa FC, Ceconello I, Waitzberg DL. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Rev Nutr.* 2008 set./out.; 21(5):553-561.
10. Bueno JM, Martino HSD, Fernandes MFS, Costa LS, Silva RR. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(4):1237-1246.
11. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994; 21:55-67.
12. Nutrition Screening Initiative, report of nutrition screening I: toward a common view. Washington, DC: Nutrition Screening Initiative; 1991.
13. Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Rev Nutr.* 2008 maio/jun.; 21(3):303-310.
14. Amado TCF, Arruda IKG, Ferreira RAR. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. *ALAN.* 2007 out.; 57(4):366-372.
15. Bassler TC, Lei DLM. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). *Rev Nutr.* 2008 maio/jun.; 21(3):311-321.
16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Citado 2015 out.]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>.
17. Benedetti TRB. Atividade física: uma perspectiva de promoção da saúde do idoso no município de Flori-

- anópolis [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2004.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(2):254-6.
19. Scherer R, Scherer F, Conde SR, Bosco SMD. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013 ago.; 16(4):769-779.
20. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MAS, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013 abr.; 16(3):481-493.
21. Taddei CFG, Ramos LR, Moraes JC, Wajngarten M, Libberman A, Santos SC, et al. Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. *Arq Bras Cardiol*. 1997 out.; 69(5):327-333.
22. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 Supl.1):1-51.
23. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006 maio/jun.; 14(3):435-41.
24. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2013/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2ª ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
25. Heitor SFD, Rodrigues LR, Tavares DMS. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. *Texto Contexto Enferm*. 2013 jan./mar.; 22(1): 79-88.
26. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública*. 2003 maio/jun.; 19(3):717-724.
27. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 mar.; 16(3):2011-2022.
28. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004.
29. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1998 jan.; 6(1):33-39.
30. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006 jan./mar.; 15(1):35-45.
31. Mariath AB, Grillo LP, Silva RO, Schmitz P, Campos IC, Medina JRP, et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2007 abr.; 23(4):897-905.
32. Posner BM, Jette AM, Smith KW, Miller DR. Nutrition and health risks in the elderly: the nutrition screening initiative. *Am J Public Health*. 1993 July; 83(7):972-978.

Submissão: janeiro de 2016

Aprovação: maio de 2016
