

ALINE FERREIRA BRANDÃO

**ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECÔNOMICO-
DEMOGRÁFICAS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DO RIO
GRANDE, RS**

RIO GRANDE

2008

ALINE FERREIRA BRANDÃO

**ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECÔNOMICO-
DEMOGRÁFICAS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DO RIO
GRANDE, RS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

**Orientadora: Dr^a. Giovana Calcagno Gomes.
Co-orientadora: Dr^a. Marlene Teda Pelzer.**

RIO GRANDE

2008

B817 Brandão, Aline Ferreira

Estado nutricional e características socio-econômico-demográficas de idosos institucionalizados em Rio Grande / RS / Aline Ferreira Brandão. – Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2008. 70 f.; 29,7 cm.

Orientador: Giovana Calcagno Gomes

Co-orientador: Marlene Teda Pelzer

Dissertação (mestrado) –Universidade Federal do Rio Grande.

Curso de Pós-graduação em Enfermagem, 2008.

Anexos: 86-89

Apêndices: f. 90-92

Referências bibliográficas: f. 77-85

1. Idosos 2. Estado nutricional. 3. Instituição de Longa Permanência para idosos. 3 Mini-avaliação nutricional. 4. Rio GrandeI. I. Brandão, Aline Ferreira. II. Gomes, Giovana Calcagno Gomes. III. Pelzer, Marlene Teda. IV. Universidade Federal do Rio Grande.

CDU 612.3-053.9

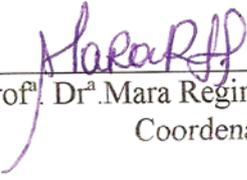
ALINE FERREIRA BRANDÃO

**ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICO-
DEMOGRÁFICAS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DO RIO
GRANDE, RS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação da Banca Examinadora para obtenção do título de

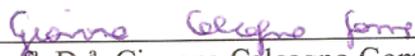
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada, na versão final, em 27 de agosto de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

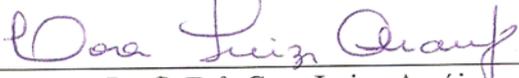


Prof.^a Dr.^a Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora

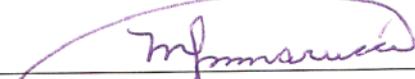
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Giovana Calcagno Gomes
Presidente (FURG)



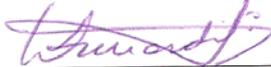
Prof.^a Dr.^a Cora Luiza Araújo
Membro Efetivo (UFPEL)



Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Nunes Marucci
Membro Efetivo (FSP/ USP - SP)



Prof.^a Dr.^a Silvana Sidney Costa Santos
Membro Efetivo (FURG)



Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Membro Suplente (FURG)

AGRADECIMENTOS

E chega o momento de agradecer.....

Dedico este trabalho aos meus pais que me deram a vida, amor e que torcem por meu sucesso em todos os momentos.

A Deus e aos amigos espirituais que me iluminaram no caminho desta conquista, que sempre foi um sonho, mas que finalmente realizei.

A minha orientadora Giovana, que me acolheu e aceitou as minhas escolhas, trabalhando com temas que não eram de seu cotidiano. Por toda a atenção, paciência e dedicação. Obrigada pela oportunidade.

A minha co-orientadora Teda, por auxiliar com seus conhecimentos na temática do idoso.

As minhas colegas de trabalho (Ângela, Cintia, Grace, Juliana e Fabiana) pelo incentivo, apoio e compreensão.

Aos colegas da Pós-graduação, pelo convívio e novas amizades que levarei para a vida, em especial a Cláudia.

Aos idosos que aceitaram participar desta pesquisa, sendo seu consentimento imprescindível para a realização deste trabalho. Obrigada por toda troca de histórias e experiências.

Aos funcionários das instituições sempre solícitos a passarem as informações necessárias.

Ao amigo e colega Vagner, que participou deste trabalho contribuindo com a sua atenção, disponibilidade e auxílio em todas as etapas do trabalho.

À amiga e colega Carmem, obrigada por sua amizade, sugestões e contribuições para a realização deste trabalho.

À amiga e colega Lucimara, por seu auxílio e disposição em contribuir, nos diversos momentos deste trabalho.

E a todos os outros amigos que direta ou indiretamente participaram desta pesquisa ao me darem apoio, atenção e carinho. Compreendendo em diversos momentos minha ausência e demonstrando nesta fase o quanto é importante nossa amizade.

"Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim". [Chico Xavier]

RESUMO

BRANDÃO, Aline Ferreira. **Estado nutricional e características sócio-econômico-demográficas de idosos institucionalizados em Rio Grande, RS.** 2008. 70 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Nesta perspectiva, a institucionalização pode tornar-se uma importante opção para o cuidado ao idoso garantindo sua saúde e conforto. Um aspecto a ser priorizado, neste contexto, é a garantia de um bom estado nutricional. Assim, os objetivos do estudo foram: avaliar o estado nutricional e descrever as características socioeconômico e demográficas dos idosos residentes em ILPIs da cidade do Rio Grande, RS. Foi realizado um estudo transversal, descritivo com 153 idosos residentes em cinco ILPIs cadastradas na Vigilância Sanitária, no período de setembro de 2007 a janeiro de 2008. Os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos foram seguidos. Para o levantamento das características foi utilizado formulário específico e para a avaliação do estado nutricional foi utilizado o formulário da MAN. Os dados foram digitados no programa Epi Info versão 6.04 e analisados no programa Stata, versão 9.2. Para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva usual (média, desvio padrão e percentuais). Verificou-se que os idosos residentes em ILPIs da cidade do Rio Grande, configuraram-se como mulheres com mais de oitenta anos, brancas, viúvas, com baixa renda e baixa escolaridade, procedentes da própria casa ou da casa de familiares, principalmente por apresentarem falta de um cuidador domiciliar. Quanto ao estado nutricional, a maioria, 50,3% (n=47) encontrava-se em risco de desnutrição, 30,1 % (n=46) encontravam-se desnutridos e 19,6% (n=30) bem nutridos. Conclui-se que a MAN apresentou-se como um método eficiente para a avaliação do estado nutricional. As ILPIs são uma necessidade e desempenham importante papel no acolhimento e cuidado aos idosos, no entanto, precisam ser fiscalizadas de forma que realmente cumpram seu papel social, pois os idosos residentes são um grupo vulnerável à desnutrição. Mais atenção precisa ser dada a nutrição destes idosos tendo em vista que a desnutrição é uma das principais causas de morbi-mortalidade neste grupo populacional.

Palavras-chave: Estado nutricional. Idosos. Instituição de Longa Permanência para idosos. Mini-avaliação Nutricional.

ABSTRACT

BRANDÃO, Aline Ferreira. **Nutritional Status and Socio-economic-demographic Characteristics of Elderly Institutionalised People in Rio Grande/RS** 2008. 70 f. Dissertation (Master in Nursey) – Post graduation in Nursey program, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande/RS.

The Brazilian population is aging in a fast way since the beginning of the 60s, narrowing the base of the population pyramid progressively. In this perspective, the institutionalization can become an important option for the senior people care guaranteeing their health and comfort. An aspect to be prioritized, in this context, is the warranty of a good nutritional status. So, the aims of the study were: to evaluate the nutritional status and to describe the old people socioeconomic and demographic characteristics who reside in ILPIs in Rio Grande/RS. This is a descriptive cross sectional study made with 153 resident seniors in five ILPIs registered in the Sanitary Surveillance, during September of 2007 to January of 2008. The ethical aspects for human beings research were followed. For the investigation of these characteristics, a specific form was used and for the nutritional status evaluation, the MAN form was used. The data were typed in the software Epi Info version 6.04 and analyzed in the software Stata, version 9.2. In order to analyze the data we used descriptive statistics (average, standard and percentile deviation). We've found that the seniors resident in ILPIs in this city were configured as women with more than eighty years, white, widows, with low income and low education, coming from the own house or from family house, mainly for they not have a present home caretaker. For the nutritional status, most of them, 50,3% (n=47) had malnutrition risk, 30,1% (n=46) were undernourished and 19,6% (n=30) had a normal nutritional status. So, we've concluded that MAN showed as an efficient method for the nutritional status evaluation. The ILPIs are a need and they play important part in the reception and caring to the seniors, however, they need to be supervised in order to they really accomplish their social role, despite of the resident seniors are a vulnerable group to the malnutrition. More attention needs to be given to the nutrition of this population because the malnutrition is one of the main morbi-mortality causes in this population group.

Key-Word: Nutritional Status. Senior. Institution of Long Permanence for Seniors. Nutritional Mini-Evaluation.

RESUMEN

BRANDÃO, Aline Ferreira. Estado nutricional y características socioeconómicas y demográficas de los ancianos institucionalizados en Rio Grande / RS. 2008. 70 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande/RS.

La población brasileña está envejeciendo de manera rápida desde el comienzo de los años 60, reduciendo gradativamente la base de la pirámide poblacional. En esta perspectiva, la institucionalización puede convertirse en una importante opción para el cuidado de los ancianos garantizando su salud y comodidad. Una cosa a tener prioridad en este contexto es la garantía de un buen estado nutricional. Por lo tanto, los objetivos del estudio fueron: evaluar el estado nutricional y describir las características socioeconómicas y demográficas de los ancianos residentes en las ILEAs en la ciudad de Rio Grande / RS. Fue realizado un estudio transversal descriptivo con 153 ancianos residentes en cinco ILE registradas en la Vigilancia Sanitaria en el período comprendido entre septiembre de 2007 a enero de 2008. Los preceptos éticos para la investigación con seres humanos fueron seguidos. Para levantamiento de las características fue utilizado formulario específico y para evaluación del estado nutricional fue utilizado el formulario de la MAN. Los datos fueron introducidos en Epi Info versión 6.04 y analizados en el programa Stata, versión 9.2. Para el análisis de los datos utilizados fue utilizado la estadística descriptiva usual (media, desvío estándar y porcentaje). Se verificó que los ancianos residentes en ILEAs de Rio Grande, configurase como mujeres con más de ochenta años, blancas, viudas, pobres y de bajo nivel de educación, procedentes de la propia casa o de la casa de parientes, principalmente por presentaren falta de un cuidador en casa. En cuanto a estado nutricional, la mayoría, 50,3% (n = 47) se encuentra en riesgo de desnutrición, 30,1% (n = 46) eran desnutridos y 19,6% (n = 30) bien nutridos. Llegamos a la conclusión de que la MAN se presenta como un método eficaz para la evaluación del estado nutricional. Las ILEAs son una necesidad y desempeñan un importante papel en la acogida y atención a los ancianos, sin embargo, deben ser supervisados de manera que realmente cumplan su función social, porque los ancianos residentes son un grupo vulnerable a la malnutrición. Debe prestarse más atención a la nutrición de estos ancianos, teniendo en mira que la malnutrición es una de las principales causas de la morbimortalidad en este grupo poblacional.

Palabras clave: Estado Nutricional. Ancianos, Institución de Larga Estancia para Ancianos. Pequeña Evaluación Nutricional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS, SEGUNDO SEXO, IDADE, COR DA PELE, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDADE E RENDA – RIO GRANDE (RS), 2008..... | 37 |
| TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS, SEGUNDO A INSTITUIÇÃO, PROCEDÊNCIA, MOTIVO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO, TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E PRESENÇA DE PROFISSIONAIS– RIO GRANDE (RS), 2008..... | 38 |
| TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS, SEGUNDO A PRESENÇA PATOLOGIA APRESENTADA..... | 39 |
| FIGURA 1 - CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS ESTUDADOS ATRAVÉS DA MAN (N=153)..... | 40 |
| TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO O ITEM AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA, A PARTIR DA MAN..... | 41 |
| TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO O ITEM AVALIAÇÃO GLOBAL, A PARTIR DA MAN | 42 |
| TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO O ITEM AVALIAÇÃO DIETÉTICA, A PARTIR DA MAN..... | 43 |
| TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO O ITEM AUTO-AVALIAÇÃO, A PARTIR DA MAN..... | 44 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ILPIs | Instituição de longa permanência para idosos |
| MAN | Mini-avaliação nutricional |
| IBGE | Instituto brasileiro de geografia e estatística |
| DCNT | Doenças crônicas não transmissíveis |
| PNSPI | Política nacional saúde pessoa idosa |
| OMS | Organização mundial de saúde |
| AGS | Avaliação global subjetiva |
| CP | Circunferência da panturrilha |
| AJ | Altura joelho |
| CB | Circunferência do braço |
| IMC | Índice massa corporal |
| PCSE | Prega cutânea subescapular |
| NHANES | National health and nutrition examination survey |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | HIPÓTESES | 16 |
| 3 | OBJETIVO | 17 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO | 18 |
| 4.1 | O IDOSO NO BRASIL | 18 |
| 4.2 | A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS | 20 |
| 4.3 | ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO | 24 |
| 4.4 | O USO DA MINI-AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN) NA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS | 28 |
| 5 | METODOLOGIA | 31 |
| 5.1 | TIPO DE ESTUDO | 31 |
| 5.2 | LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO..... | 31 |
| 5.3 | POPULAÇÃO DO ESTUDO | 32 |
| 5.4 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO | 32 |
| 5.5 | MÉTODO DE COLETA DOS DADOS: | 33 |
| 5.6 | ANÁLISE DOS DADOS | 35 |
| 5.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 35 |
| 6 | RESULTADOS | 37 |
| 6.1 | PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO..... | 37 |
| 6.2 | AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS ATRAVÉS DA MAN..... | 40 |
| 7 | DISCUSSÃO | 45 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 51 |
| | REFERÊNCIAS | 55 |
| | APÊNDICE A - Autorização da direção da Instituição de longa permanência para idosos - ILPI... 63 | 63 |
| | APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido | 64 |
| | APÊNDICE C - Dados socioeconômicos e demográficos..... | 65 |
| | APÊNDICE D - Mini-avaliação nutricional (MAN ^R)..... | 67 |
| | ANEXO – Parecer do Comitê de Ética da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.. | 69 |

1 INTRODUÇÃO

A distribuição etária da população mundial tem apresentado visível alteração nas últimas décadas, em razão da expansão da expectativa de vida e do conseqüente aumento de idosos, o que representa novos desafios no campo da pesquisa nutricional. (CAMPOS, MONTEIRO, ORNELAS, 2000). Segundo Chaimowicz (1997), a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional.

Tendo em vista este aumento populacional, torna-se necessária a implementação de estratégias que dêem conta das necessidades desta parcela da população, principalmente, no que diz respeito a suas necessidades de saúde. Em um cenário de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam seqüelas de doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida. De acordo com o ultimo censo realizado pelo IBGE (2000), a população de 60 anos ou mais no Brasil é de 14.536.029 de pessoas, representando 8,6% da população. Em 2050, os idosos corresponderão a 14,2% da população brasileira. (CHAIMOWICZ, 1997).

Neste sentido, os profissionais da saúde devem estar preparados para orientar corretamente o idoso e seus familiares acerca de estilos saudáveis de vida. Para isso, devem conhecer os hábitos de vida, suas especificidades e eventuais patologias que os mesmos possam ter.

Uma das necessidades da população idosa é a criação de instituições que os acolham, tendo em vista que, muitas famílias, não dispõem de cuidadores para esta função. Estes locais são chamados de Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs¹. Em relação à institucionalização, Chaimowicz e Greco (1999) apontam que a internação do idoso em uma instituição de longa permanência é uma alternativa em situações como: necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência

¹ Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicilio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. (RDC Nº 283, DE 23 DE SETEMBRO DE 2005).

temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados.

Quando o idoso procura uma ILP os fatores que o conduzem apresentam particularidades e individualidades como: favorecimento de práticas religiosas, fuga da solidão, necessidade de cuidados de saúde, conflitos e exclusão familiar. (BESSA; SILVA, 2008).

O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000). A situação nutricional da população idosa brasileira sinaliza a necessidade de buscar conhecer e compreender todas as peculiaridades que afetam o consumo alimentar do idoso, levando-se em consideração as características regionais nas quais estão incluídos. (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

É fato incontestável a importância da alimentação saudável, completa, variada e agradável ao paladar para a promoção da saúde e para a prevenção e controle de doenças. (BOOG, 1999).

Um dos principais aspectos a ser priorizado, neste contexto, como forma de manter o idoso saudável é a garantia de um bom estado nutricional. Para Marchini, Ferrioli e Moriguti (1998), vem ocorrendo um aumento importante no número de pacientes mantidos em casas de repouso, cujo estado nutricional pode ser considerado crítico.

A compreensão dos fatores que afetam o consumo alimentar é uma escolha viável para auxiliar os profissionais de saúde a reverter os índices de má nutrição em pessoas idosas, o que resultaria em melhores condições de saúde e, conseqüentemente, de vida. (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000). Investigações vêm mostrando formas de melhorar a qualidade de vida daqueles que estão no processo de envelhecer, e uma das formas de se obter essa melhoria é o desenvolvimento de programas de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esses programas de saúde, que têm como base a comunidade e que implicam promoção da saúde do idoso, devem ter a nutrição como uma das áreas prioritárias. (WHO, 1995).

Para Otero, Rozenfeld e Gadelha (2001), o papel da desnutrição como causa de morte na população idosa, bastante discutida internacionalmente, tem sido pouco considerado em estudos brasileiros. Desta forma, em seu trabalho enfocou a desnutrição como um evento importante na velhice, capaz de levar o paciente idoso ao óbito. A magreza excessiva da população idosa é apontada como um fator mais fortemente associado à mortalidade do que o

excesso de peso. A determinação do diagnóstico nutricional e a identificação dos fatores que contribuem para tal diagnóstico no indivíduo idoso são, portanto, processos fundamentais, mas complexos. Alterações fisiológicas, processos patológicos crônicos e situações individuais que ocorrem com o envelhecimento, geralmente interferem no estado nutricional do indivíduo. (SAMPAIO, 2004).

Não existem dados exatos sobre o número de idosos institucionalizados no Brasil e nem estudos prospectivos sobre a demanda futura, mas não há indício de que está diminuindo a necessidade de institucionalização. (BORN; BOECHAT, 2006). Assim, o processo de institucionalização do idoso, somado ao contexto do envelhecimento, indica fortemente que a desnutrição seja um dano particular nas pessoas idosas. (SANTOS; REZENDE, 2006).

Para o idoso, a mudança de hábitos de vida pode ser muito difícil de ser aceita e incorporada. Em situação de institucionalização, este passa a conviver com novas regras, um novo contexto social, horários diferenciados e, provavelmente, uma dieta distinta daquela com a qual estava acostumado. Tudo isso associado à perda de seus vínculos familiares, a patologias e às limitações impostas pelo envelhecimento, pode tornar o idoso mais vulnerável e susceptível a problemas nutricionais.

Com o índice crescente da população idosa, as instituições constituem-se, na maioria das vezes, opção ímpar para uma melhor qualidade de vida desses indivíduos. Porém, é necessário que eles recebam toda ajuda estrutural, tanto de recursos materiais quanto humanos, para se atender, da melhor forma possível, a essa população com características especiais. (DAVIM; TORRES; DANTAS; LIMA, 2004).

Como nutricionista, na prática profissional desenvolvo meu trabalho no setor de Clínica médica de um hospital universitário (seria interessante colocar de médio porte ou talvez o número de leitos que possui), observando diariamente a internação de idosos e que geralmente chegam com o seu estado nutricional alterado. Concomitantemente, num trabalho voluntário realizado durante dois meses em uma instituição de longa permanência, identifiquei algumas dificuldades relacionadas à alimentação dos idosos tais como: número de refeições insuficiente, cardápio único, não respeitando a individualidade e ausência do levantamento das necessidades nutricionais.

Diante das dificuldades enfrentadas neste aspecto, em meu cotidiano, surgiram diversos questionamentos: Que importância é dada à nutrição dos idosos? Que critérios são utilizados para a elaboração dos cardápios oferecidos? Qual o perfil do idoso institucionalizado em Rio Grande? Quais os fatores de risco para desnutrição presentes nas ILPIs?

Tendo em vista que não existem outros trabalhos na área de avaliação nutricional de idosos na cidade de Rio Grande e sendo este, portanto, um trabalho pioneiro na cidade, acredito que o conhecimento gerado seja fundamental para a identificação de indivíduos em risco nutricional e que possa subsidiar uma intervenção alimentar para a prevenção e controle de enfermidades.

Com base no exposto acima, as questões norteadoras da pesquisa foram:

Qual o estado nutricional do idoso residente em uma instituição de longa permanência? E quais as características sócio-econômico e demográficas dos idosos residentes nestas instituições?

Tendo em vista o aumento da população idosa, o número insuficiente de estudos que possam caracterizar o estado nutricional do idoso institucionalizado, a presente pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer os riscos nutricionais nesta população. Dessa forma, considero ser de significativa relevância científica para o campo da enfermagem/saúde, representando contribuição para o trabalho com idosos.

2 HIPÓTESES

O perfil sócio-demográfico de idosos institucionalizados na cidade do Rio Grande *deverá ser constituído em sua maior parte por idosos:*

- do sexo feminino
- com idade entre 60 a 69 anos
- cor da pele branca
- com baixa escolaridade
- maioria solteira ou viúva

O estado nutricional dos idosos institucionalizados não é adequado.

3 OBJETIVO

Avaliar o estado nutricional e identificar as características sócio-econômico e demográficas dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos na cidade do Rio Grande.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir apresentarei uma revisão acerca do idoso no Brasil, da institucionalização do idoso, do estado nutricional e do uso da Mini-avaliação nutricional na avaliação nutricional de idosos.

4.1 O IDOSO NO BRASIL

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, são uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização. (PAPALÉO NETTO, 2002). Com o aumento considerável da população de idosos, esta preocupação aumentou. Estimou-se que em 2006, a população brasileira com mais de 60 anos era da ordem de 17,6 milhões de habitantes. A sua participação no total da população nacional dobrou nos últimos 50 anos; passou de 4%, em 1940, para 8,6 %, no ano de 2000. Algumas projeções recentes indicam que esse segmento poderá ser responsável por 15% da população brasileira no ano de 2020. (CAMARANO, 2006). De acordo com o censo realizado pelo IBGE (2000), a população de 60 anos ou mais no Brasil é de 14.536.029 de pessoas, representando 8,6% da população.

Para Camarano (2006) o crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, dada a alta fecundidade que prevalecia no passado em comparação à atual e a redução da mortalidade. No Brasil, a preocupação com os aspectos demográficos do envelhecimento de sua população é relativamente recente.

A autora aponta que em 2000, dos 14 milhões de idosos, 55% eram do sexo feminino. Em nosso país, a predominância feminina entre as pessoas idosas é um fenômeno tipicamente urbano, já que nas áreas rurais predominam os homens. Essa diferença é explicada pela maior participação das mulheres no fluxo migratório rural urbano. Elas também predominam entre os residentes nas instituições de longa permanência, constituindo aproximadamente 58% dos residentes. (CAMARANO, 2006).

Segundo Rodrigues e Rauth (2006), a baixa nas taxas de fecundidade e mortalidade infantil, a melhora nas condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia, são os principais determinantes do processo de envelhecimento da população brasileira, cujo perfil tornou-se mais nítido nos últimos 20 anos.

O nosso país ainda não resolveu problemas clássicos do subdesenvolvimento, como saúde, educação, saneamento básico, habitação, previdência social, transporte, urbanização etc., e já se depara com uma massa de idosos necessitando de atendimento imediato. Dessa forma, o conhecimento da situação da velhice num país com tantas diferenças regionais, onde a esperança de vida nos estados mais pobres do Nordeste não chega aos 60 anos e nos mais desenvolvidos no Sul passa dos 70 anos, nos permite constatar que não existe uma velhice, mas velhices distintas. (RODRIGUES; RAUTH, 2006).

As investigações vêm mostrando formas de melhorar a qualidade de vida daqueles que estão no processo de envelhecer, e uma das formas de se obter essa melhoria é o desenvolvimento de programas de saúde. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), esses programas de saúde têm como base a comunidade e implicam na promoção da saúde do idoso. (WHO, 1995). Assim, percebe-se que o aumento no número de idosos tem, também, aumentado a necessidade de uma mudança no perfil dos serviços de saúde. Torna-se necessária a implementação de políticas públicas de saúde específicas para a população idosa, bem como a criação de instrumentos para a sua avaliação e controle, de forma a dar conta das demandas de saúde desta população, garantindo-lhes melhor qualidade de vida e bem-estar.

Na abordagem do idoso, o conhecimento amplo e as visões complementares de múltiplos profissionais são elementos essenciais para que possamos captar toda a complexidade de fatores que influenciam o envelhecer e o adoecer nesta população. As trocas entre profissionais são imprescindíveis e necessárias, já que os idosos representam um segmento da população que mais do que qualquer outro, se reveste de características importantes de heterogeneidade entre pessoas da mesma faixa etária, inclusive no modo de viver e adoecer, reforçando assim a necessidade do investimento no aperfeiçoamento de recursos humanos que componham equipes multiprofissionais, integradas por pensar, sentir e agir interdisciplinarmente, com enfoque gerontológico e geriátrico, para as intervenções no processo de saúde e doença. (SAYEG; MESQUITA, 2002).

A Organização Mundial de Saúde tem feito um trabalho no sentido de mudar a concepção da saúde como ausência de doenças e, neste esforço, estabelece a estratégia da Promoção de Saúde que no processo de envelhecimento, torna-se condição fundamental para que este possa se dar de forma saudável. (BUSS, 2003). Na Carta de Ottawa estabeleceu-se o vínculo entre a saúde e qualidade de vida, com destaque na criação de ambientes propícios à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais, e com isso, abriu-se espaço institucional para ações de promoção da saúde do idoso. Foi a partir desta carta que saúde passou a ser

vista de forma mais abrangente, como um estado de bem estar físico, mental e social. (BRASIL, 2002).

A Promoção de Saúde foi colocada como uma nova perspectiva e estratégia de atuação para propiciar uma atenção abrangente à saúde do idoso possibilitando assim, melhor qualidade de vida. (BUSS, 2003). Veras (1987) referiu que é necessário que o conjunto da sociedade tome consciência do crescimento da população idosa, e, de forma justa e democrática, encontre os caminhos que levem à equidade na distribuição dos serviços e facilidades para com este grupo populacional.

Nunca antes na história da humanidade os países haviam registrado um contingente tão elevado de idosos em suas populações. O desafio que se apresenta é a elaboração de cenários em que os avanços da ciência e da tecnologia permitam ao ser humano alcançar esses limites de forma independente, não fragilizado, livre de diversas doenças e com uma expectativa de vida que se aproxime do limite biológico máximo. (VERAS, 2003).

4.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS

O envelhecimento das populações, mesmo em nosso país, tem gerado significativo aumento das ILPIs. Essas constituem opção para a residência de idosos e devem sofrer importantes transformações estruturais e de recursos humanos, ao longo dos próximos anos. (SOUZA; SANTOS, 2007). A institucionalização torna-se um processo irreversível, em que parte da população idosa precisará necessariamente se submeter. (PAVAN; MENEGHEL; JUNGES, 2008).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG-SP) somente em 2003 cunhou a expressão “Instituições de Longa Permanência para Idosos” (ILPI), para designar esse tipo de instituição. No Manual de Funcionamento para ILPI, as define como “estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio”. (SBGG, 2004, p. 3).

Conforme Born e Boechat (2006) antes da existência destas instituições, os idosos eram abrigados em asilos de mendicidade, juntamente com os pobres, desempregados, crianças abandonadas e doentes mentais, cujos locais correspondiam a lugares sombrios e

malcheirosos. Com o passar dos tempos, as demais categorias - pobres, mendigos, doentes, loucos, crianças - foram trabalhadas de modo isolado e somente no século XX o termo asilo passou a ser uma instituição específica para abrigar idosos.

De acordo com Cortelletti, Casara e Herédia (2004), as instituições asilares se caracterizam como uma comunidade que reside sob o mesmo teto, utilizando os mesmos espaços físicos, sem que isto assegure, necessariamente, relações de maior proximidade, laços e vínculos afetivos/sociais, assim como vida comunitária para seus residentes. O cotidiano do Asilo prima pela impessoalidade, pela falta de autonomia, flexibilidade e liberdade em que a perda de identidade e independência são ameaças constantes.

Atualmente, a legislação vigente busca garantir a salubridade destes ambientes e a qualidade do cuidado ali oferecido ao idoso, garantindo ambientes para socialização, valorização da independência e autonomia, preservação da individualidade e respeito da identidade do idoso.

A condição familiar do idoso no Brasil espelha o desenrolar dos eventos socioeconômicos, demográficos e de saúde deste ao longo dos anos, demonstrando que o número de filhos, separações, viuvez, novas uniões, entre outras situações, podem ser o desenlace para o idoso morar sozinho, com parentes ou em asilos. (DAVIM et al, 2004). Algumas famílias escolhem a ILPI por acharem que seu idoso será mais bem cuidado nesse local; outras fazem da institucionalização uma transferência de cuidados, procurando isentar-se de responsabilidades.

Apesar de ser uma opção importante para o cuidado ao idoso, é necessário que, antes da ILPI, a família pense em outras opções para manter o idoso em casa, pois estudos mostram que a internação dos idosos em serviços de longa permanência representa um modelo excludente, que causa uma importante deterioração na sua capacidade funcional e autonomia, com aceleração de todos os processos patológicos a que está sujeita a velhice. (SILVESTRE, COSTA NETO, 2003; CORTELLETTI, CASARA, HERÉDIA, 2004).

Assim, a institucionalização do idoso decorre de diversos fatores, não sendo adequado culpar familiares pela decisão, ou generalizar a idéia de abandono por parte da família. Para muitos idosos a ILPI assume o papel de uma nova família, na qual o mesmo poderá construir importantes laços afetivos, sendo para estes muito significativa. (CREUTZBERG, 2005).

Segundo o relatório da V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil, publicado pela Comissão de Direitos

Humanos da Câmara dos Deputados. (BRASIL, 2002), o número de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) era de 19 mil em todo o país. Estes números não são muito fidedignos, tendo em vista a clandestinidade de grande número de instituições, que acabam se tornando inexistentes entre os dados oficiais. Por sua vez, dados da Gerência de Atenção à Pessoa Idosa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), mostram que o total de idosos que se utilizam das ILPIs, conveniadas ao Ministério, até o ano de 2004, era de 24.964 idosos. (CAMARANO, 2004).

A implementação de políticas de fiscalização e suporte às ILPIs é imprescindível, além da criação de outras modalidades de cuidado ao idoso como: hospitais-dia, centros de convivência, reabilitação ambulatorial e serviços de assistência domiciliar, além do suporte aos cuidadores por meio da formação de grupos e facilitação do acesso do idoso aos serviços de saúde. (PELZER, 2005; DIOGO, 2006; MENDONÇA, 2006).

A assistência aos idosos em regime de internato é questionada em países mais avançados, devido aos altos custos e às dificuldades de manutenção. A literatura internacional aponta outra realidade, a da multiplicação de programas de atendimento ao idoso na comunidade, possibilitando a permanência no próprio domicílio até a idade mais avançada, mudando o perfil das instituições, aumentando o número de idosos, mais idosos com consideráveis perdas funcionais, e com síndromes demenciais. (BORN; BOECHAT, 2006).

No Brasil, ainda que a grande proporção de idosos institucionalizados seja dependente por problemas físicos ou mentais, a miséria e o abandono são os principais motivos da institucionalização. Além disso, estudos comprovam que a dependência física e/ou psíquica, geralmente, está relacionada com a internação. (CHAIMOWICZ, 1997). Em um país marcado pela diversidade cultural e grandes desigualdades sócio-econômicas, também as instituições para idosos se mostram diferenciadas quanto aos padrões de atendimento, qualidade da estrutura, organização financeira e população atendida. (BORN; BOECHAT, 2006).

Nas regiões sudeste e sul do Brasil, o perfil da população atendida em instituições assemelha-se aos dados internacionais, sobretudo nas casas de repouso e clínicas geriátricas, entidades voltadas para idosos com maior poder aquisitivo e cujos serviços tem um alto valor agregado. É possível verificar que as instituições beneficentes/filantrópicas também estão apresentando um aumento progressivo nestes dados. (BORN; BOECHAT, 2006).

No entanto, muitas ILPIs continuam sendo lugares desprovidos de profissionais qualificados, havendo falta de pessoal médico e de enfermagem. Sendo assim, a maior parte do trabalho é realizada por “cuidadores”, sem formação ou capacitação específica. De acordo com a portaria nº 810/1989 e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (SBGG,

2004), as ILPIs devem contar com: Médico, Odontólogo, Enfermeiro e sua equipe, Nutricionista, Psicólogo, Farmacêutico, Profissional de Educação Física, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Advogado e trabalhadores para desempenhar serviços gerais. (BRASIL, 1989; SBGG, 2004).

É imprescindível que as pessoas que atuam em ILPIs estejam capacitadas tecnicamente e emocionalmente, assumindo o cuidado integral ao idoso. Para que isso ocorra, além de qualificações técnicas e científicas, essas pessoas precisam gostar de idosos, conhecer realmente cada um dos residentes, respeitando a diversidade do envelhecer. A equipe deve estar sintonizada num mesmo objetivo para que ocorra a devida sinergia entre as ações de todos os envolvidos. (MARTINEZ; BRÊTAS, 2004; BORN; BOECHAT, 2006).

Pensadas como cenários de cuidados, estas instituições ainda constituem um desafio, principalmente, se contrastadas com a proposta da promoção da saúde, que se funda no empoderamento, expressos, entre outros aspectos, pelo direito à individualidade, muitas vezes interdito neste contexto. (FREIRE; TAVARES, 2005). Davim et al (2004) relatam que o asilo não deve ser configurado apenas como uma instituição que acolhe idosos rejeitados ou abandonados pela família, mas também deve ser lembrado, compreendido e respeitado como uma escolha dentro de um contexto de vida de cada indivíduo.

Em relação à alimentação, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005) determina que as Instituições devem garanti-la aos idosos, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias e devem manter os padrões de qualidade em relação à manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos.

É preciso rever os conceitos sobre a instituição para idosos, que deve ser parte integrante e indispensável dos programas de atenção à população de maior idade e a internação deve seguir uma indicação criteriosa, precedida de avaliação médica e social. (BORN; BOECHAT, 2006).

Nas ILPIs, muitas barreiras interpõem-se ao alcance dos objetivos nutricionais, tais como os limites impostos pelos recursos institucionais, inserindo padrões de gerenciamento, financeiros, que direta ou indiretamente aumentam o risco de desnutrição. Porém este risco não pode estar associado somente à institucionalização, já que pode ser influenciada também pelas condições individuais dos idosos como saúde debilitada e medicações utilizadas. (SANTOS; REZENDE, 2006).

Yamamoto e Diogo (2002) destacaram a necessidade de incentivo governamental, seja na forma de verbas e isenção de impostos, como na criação de serviços de atenção terciária ao

idoso, os quais possibilitem ao idoso pelo menos continuar sob o convívio familiar, que com certeza representará em menores custos de atendimento a esta população.

Em 26 de setembro de 2005 a Resolução RDC nº 283, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi criada para regulamentar o funcionamento das ILPIs. Segundo esta as ILPIs podem oferecer três modalidades assistenciais: Modalidade I - destinada a idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda; Modalidade II - destinada a idosos com dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado tais como: alimentação, mobilidade, higiene e que necessitem de auxílios e cuidados específicos e Modalidade III - destinada a idosos com dependência que requeiram assistência total, com cuidados específicos, nas atividades de vida diária. (BRASIL, 2005).

De acordo com esta resolução a instituição deve propiciar:

liberdade de credo e de ir e vir; preservar sua identidade e privacidade assegurando um ambiente de respeito e dignidade; promover ambiência acolhedora, promover convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência, integração dos idosos nas atividades desenvolvidas pela comunidade local; incentivar a participação da família e da comunidade na atenção do idoso residente; desenvolver atividades que estimulem a autonomia nos idosos e promover condições de lazer, como: atividades físicas recreativas e culturais, entre outras. (BRASIL, 2005, p. 3).

Deve possuir um responsável técnico com formação de nível superior que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local, oferecer área física adequada às necessidades dos idosos com acesso externo por no mínimo duas portas; pisos antiderrapantes; rampas e escadas com corrimão e sinalização além de possuir dormitórios separados por sexo, para no máximo quatro pessoas, dotados de banheiro, luz de vigília e campainha de alarme; sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar; espaço ecumênico e/ou para meditação; sala administrativa; refeitório com área mínima de 1m² por usuário; cozinha e despensa; lavanderia; local para guarda de roupas de uso coletivo; local para guarda de material de limpeza; almoxarifado; vestiário e banheiro para trabalhadores; área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre. (BRASIL, 2005).

4.3 ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO

O grande desafio da sociedade é saber manter a saúde e a qualidade de vida de uma população em processo de envelhecimento. Uma boa alimentação e um estado nutricional adequado beneficiam tanto o indivíduo idoso como a sociedade, já que a boa nutrição está associada a um menor grau de dependência e menor tempo de recuperação de doenças, diminuindo o uso de recursos da saúde. (FAUSTINO NETO, 2003).

O aumento do envelhecimento mundial das populações gera maior necessidade em aprofundar a compreensão sobre o papel da nutrição na promoção e manutenção da independência e autonomia dos idosos. (SAMPAIO, 2004). Torna-se necessário produzir informações nutricionais referentes ao grupo para começar a avaliar sua problemática específica e enfrentar os desafios da pesquisa no campo de nutrição e envelhecimento dentro das peculiaridades do país. (TAVARES; ANJOS, 1999).

De acordo com Sampaio (2004) a avaliação do estado nutricional do idoso é considerada complexa em razão da influência de uma série de fatores, os quais necessitam ser investigados, detalhadamente, visando diagnóstico nutricional acurado, possibilitando uma intervenção nutricional efetiva. A ausência de uma rotina de avaliação nutricional e incapacidade de distinguir diferenças entre os sinais e sintomas de subnutrição com os do envelhecimento, destacam-se como causas de subdiagnóstico nutricional nesta faixa etária. (FAUSTINO NETO, 2003).

O aumento da expectativa de vida requer intervenções com enfoque nas especificidades da população idosa, que levem em conta as alterações fisiológicas e biológicas no processo de envelhecimento normal e que afetam a composição corporal do idoso (CABISTANI, 2007).

A determinação do diagnóstico nutricional e a identificação dos fatores que contribuem para o diagnóstico de desnutrição no indivíduo idoso são, portanto, processos fundamentais, mas complexos. É fundamental que, além da identificação do diagnóstico nutricional, sejam investigados os fatores que podem explicar os diagnósticos encontrados, permitindo uma intervenção nutricional adequada. (SAMPAIO, 2004).

O risco nutricional sob o qual os idosos estão expostos é o resultado de múltiplos fatores fisiológicos, sociais, psicológicos e econômicos. A queda das funções fisiológicas com a idade leva à menor eficiência na absorção e no metabolismo dos nutrientes. Nessa fase da vida, há maior incidência de doenças crônicas que, em associação com medicamentos, pode afetar a utilização destes nutrientes. (CESAR, 2005). Por sua vez, Santos e Rezende (2006) afirmam que a desnutrição é freqüentemente observada na população idosa, na qual 30 a 40% dos homens e mulheres acima de 75 anos apresentam perda ponderal de aproximadamente

10%. Ela ocorre em 2 a 10% dos idosos saudáveis, enquanto nos idosos institucionalizados a prevalência é ainda maior, alcançando 30-60 %.

O envelhecimento normal está associado a alterações fisiológicas e biológicas, que afetam a alimentação e a nutrição do idoso. (NAJAS; PEREIRA, 2006). As maiores causas para perda de peso em idosos são sociais, psiquiátricas, médicas e relacionadas com a idade. (MORIGUTI et al, 2001).

A perda de dentes é uma condição comum nos idosos e diminui a capacidade mastigatória limitando a seleção de alimentos. (FAUSTINO NETO, 2003). Sendo assim, ocorre maior probabilidade de apresentarem sinais de subnutrição do que aqueles com dentes e próteses totais bem adaptadas. O autor também aponta que a disfagia ocorre normalmente com 40 a 60 % dos residentes de asilos e, também, contribui para o declínio da ingestão alimentar. Os fatores que interferem no apetite e ingestão de alimentos incluem a deficiência visual, que diminui o reconhecimento e apreciação de cores e textura dos alimentos.

Além disso, a mudança para uma instituição impõe alterações na rotina alimentar dos idosos podendo acarretar diminuição na sua ingestão fragilizando sua saúde. (SANTELLE; LEFÉVRE; CERVATO, 2007). A dependência que muitas pessoas têm para se alimentar é um fato observado em até 50% dos idosos vivendo em asilos e outro aspecto importante no consumo de alimentos, principalmente quando o número de cuidadores é insuficiente frente à demanda. (FAUSTINO NETO, 2003).

A avaliação nutricional é um dos maiores desafios na prática clínica. O envelhecimento compromete parâmetros antropométricos, bioquímicos e hematológicos frequentemente usados para avaliar o estado nutricional do adulto. (MATOS, 2005). Para avaliação do estado nutricional são utilizadas as variáveis antropométricas utilizadas em estudos epidemiológicos, que apesar de apresentar limitações representam um importante instrumento de avaliação para pesquisas com esta população. (MENEZES, 2008).

A antropometria é um importante indicador do estado nutricional. (MENEZES; MARUCCI, 2005; SANTOS; SICHIERI, 2005; BORBA; WOLFF; LIBERALI, 2007) por fornecer dados sobre as medidas físicas e a composição corporal, ser um método não invasivo, de fácil e rápida execução e que pode ser aplicado em diversas faixas etárias. (MENEZES; MARUCCI, 2005; ACUNÃ; CRUZ, 2004; BORBA; WOLFF; LIBERALI, 2007).

Em estudo que buscou avaliar a morbi-mortalidade de pacientes cirúrgicos idosos comparados a pacientes mais jovens e a associação com valores baixos de IMC, concluiu-se que a incidência de complicações pós-operatórias, mortalidade e tempo de internação são

altos em pacientes cirúrgicos de idade avançada, quando comparados com pacientes mais jovens, demonstrando a necessidade de uma avaliação diferenciada nos idosos para a indicação de suporte nutricional precoce, visando minimizar os riscos inerentes a essa faixa etária. (BICUDO-SALOMÃO, 2006).

Bueno et al (2008), concluíram que a avaliação antropométrica e bioquímica do idoso são de extrema importância para a identificação das alterações que acompanham o envelhecimento e se refletem no estado nutricional e possível desenvolvimento de doenças.

Estudos comprovam que a desnutrição é mais frequente em idosos com idade mais avançada. O processo de envelhecimento físico, mental e social, acarreta alterações corporais importantes de serem avaliadas: o peso e a altura se alteram, há diminuição de massa magra e modificação no padrão de distribuição da gordura corporal, há diminuição da taxa metabólica basal e do nível de atividade física. (MENEZES; MARUCCI, 2005; CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000; SAMPAIO, 2004; ACUNÃ; CRUZ, 2004; SANTOS; SICHIERI, 2005; PERISSINOTTO et al, 2002; COSTA; MONEGO, 2003; VILLAREAL et al, 2005; CAMPOS et al, 2001; PENIÉ, 2005; COHENDY et al, 1999).

A prevenção da desnutrição está na sua detecção precoce, logo a necessidade de acompanhamento regular, em que a avaliação geriátrica, medidas antropométricas e exames laboratoriais podem servir de parâmetro inicial e para acompanhamento anual. (SANTOS; REZENDE, 2006).

A avaliação nutricional do idoso apresenta limitações em relação aos dados e padrões de referência para as medidas antropométricas. Devido a falta de padrões de referência para as medidas antropométricas em idosos nos países em desenvolvimento, a OMS recomenda o uso dos dados de referência do Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III – 1988-1994) constituída com base em uma amostra de idosos não institucionalizados. (SILVEIRA; LOPES; CAIAFFA, 2007)

Existem vários métodos para avaliar o estado nutricional de idosos, os principais são:

- a) Avaliação antropométrica: é essencial para a avaliação nutricional, entretanto algumas alterações que ocorrem no envelhecimento podem comprometer a determinação de um diagnóstico antropométrico acurado e preciso. Cita-se: Estatura e altura do joelho, Peso, IMC, Prega cutânea tricipital, subescapular e circunferência do braço, circunferência muscular do braço, área muscular do braço corrigida, circunferência da panturrilha, circunferência da cintura, Bioimpedância elétrica e Raio X de dupla varredura (DEXA). (CABISTANI, 2007).

b) Avaliação dietética – Inquéritos alimentares: As peculiaridades que afetam o consumo alimentar do idoso e seu estado nutricional devem ser levadas em conta junto com a análise da ingestão alimentar. Utiliza-se o questionário de frequência alimentar, história alimentar, registros alimentares e índices de qualidade global da dieta. (LAUFFER; WIECK, 2007).

c) Avaliação bioquímica: os principais marcadores bioquímicos são divididos em duas categorias, a avaliação de massa muscular corporal (índice creatinina-altura) e estado nutricional protéico (Albumina, pré-albumina, transferrina, hematócrito, hemoglobina, ferritina). (MOULIN, 2007).

Como não existe um instrumento preciso para avaliação é necessário uma abordagem conjunta de indicadores que possibilitem uma avaliação nutricional mais fidedigna. Entre os métodos que utilizam conjuntamente os componentes da avaliação clínica bioquímica, antropométrica, da composição corporal e da ingestão dietética podemos citar a Avaliação Global Subjetiva (AGS) e a Mini- avaliação Nutricional (MAN). (SILVEIRA; LOPES; CAIAFFA, 2007).

A AGS é um método simples, de baixo custo, validado, podendo ser realizado rapidamente a beira do leito (Barbosa Silva, 2000). Em estudo realizado com idosos utilizando a AGS concluiu-se que este se trata de um bom método para avaliação do estado nutricional de idosos e de fácil reprodução. (DUERKSEN et al, 2000).

Dentre os instrumentos que foram desenvolvidos para avaliar o estado nutricional de idosos, a Mini-avaliação Nutricional (MAN) merece destaque, pois engloba antropometria, avaliação dietética, avaliação global, autopercepção de saúde e estado nutricional. (ACUÑA; CRUZ, 2004).

4.4 O USO DA MINI-AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN) NA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS

A Mini-Avaliação Nutricional é um método diagnóstico que pode ser facilmente conduzido por clínicos gerais, nutricionistas e equipe da enfermagem. Não é demorado e não requer equipamento sofisticado para sua execução. A MAN é composta de simples mensurações e rápidas questões que podem ser efetuados em cerca de 10 minutos. (GUIGOZ; VELLAS; GARRY, 1994).

Foi desenvolvida conjuntamente pelos departamentos de Medicina Interna e Clínica Gerontológica do Hospital Universitário de Toulouse na França, pelo Programa de Nutrição Clínica da Universidade do Novo México dos Estados Unidos e pelo Centro de Pesquisa da Nestlé em Lausanne na Suíça. (VELLAS et al, 1999).

Em 1991 em Toulouse, na França, foi realizado um estudo para testar a MAN, comparando a população composta por idosos frágeis de um centro clínico e idosos saudáveis de uma Universidade da terceira idade. Além da MAN, foi utilizada uma avaliação nutricional completa, usando antropometria, marcadores bioquímicos e a ingestão dietética e avaliação geriátrica funcional. A amostra foi composta por 105 idosos do centro e 50 da Universidade da Terceira idade. (GUIGOZ; VELLAS; GARRY, 1994).

Em 1993 (Toulouse), um estudo foi realizado para validação da MAN. No mesmo ano foi realizado um estudo em Albuquerque, com idosos saudáveis para avaliar o potencial da MAN em uma população saudável e para validá-la em um contexto cultural diferente. (GUIGOZ; VELLAS; GARRY, 1994).

A MAN^R é composta por 18 itens que na sua forma original é apresentada em quatro partes: 1) avaliação antropométrica: índice de massa corporal, circunferência do braço e da panturrilha, e perda de peso; 2) avaliação global: tipo de acomodação, ingestão de medicamentos, presença de doenças agudas (incluindo estresse psicológico), mobilidade, problemas neuropsicológicos e presença de úlceras na pele ou escaras; 3) avaliação dietética: número de refeições diárias, consumo de diferentes grupos alimentares, ingestão diária de líquidos e autonomia para se alimentar; 4) avaliação subjetiva: autopercepção do idoso em relação ao estado de saúde e nutricional. Cada questão possui de 2 a 4 alternativas como resposta que, individualmente, possuem pontuações específicas ao final, o escore classifica o paciente segundo o estado nutricional em **Bem Nutrido**: MAN > 24; **Risco de desnutrição**: MAN entre 17 e 23,5 e **Desnutrição** : MAN < 17 .(GUIGOZ; VELLAS; GARRY, 1996).

A MNA^R já foi utilizada por vários autores, demonstrando ser um método eficaz em avaliar idosos com risco de desnutrição e caracterizado como um método simples e rápido de ser realizado. Desde que foi criada, vários estudos tem avaliado a sensibilidade, especificidade e confiabilidade da MAN. Mais de 200 publicações científicas são encontradas, usando o Medline/Pubmed, usando a MAN como palavra chave. (VELLAS et al, 2006).

Segundo Guigoz e Vellas (2002) a MAN tem estudos envolvendo mais de 10.000 idosos em diferentes lugares (comunidades, cuidado domiciliar, hospitais, ILPIs, entre outros), em diferentes países como a Bélgica, França, Grécia, Israel, Suécia, EUA entre outros. A MAN é recomendada pela ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and

Metabolism) como um instrumento de triagem específico para idosos. (KONDRUP et al, 2003)

De acordo com Guigoz, Vellas e Garry (1996), a MAN é valiosa na identificação de idosos subnutridos, tem alta sensibilidade (96%) e especificidade (98%), com pequena variação entre diferentes pessoas empregando este teste.

Ruiz-López et al (2003), estudaram idosas, residentes em instituições privadas com o objetivo de determinar quais fatores contribuem para aumentar o risco de desnutrição. Soini, Routasalo e Lagström (2004) estudaram idosos frágeis em atendimento domiciliar, com idade entre 75 – 94 anos com o objetivo de estudar as características da MAN^R neste grupo.

Christensson, Unosson e Ek (2002), em estudo transversal com idosos institucionalizados compararam a MAN e a ASG (Avaliação Subjetiva Global). A ASG apresentou sensibilidade de 93% e a MAN, de 96%. Já a especificidade foi 61% para a ASG e 26% para a MAN.

Os dados sobre o estado nutricional de idosos no Brasil são escassos e o conhecimento sobre o uso e avaliação da MAN ainda são limitados. Ferreira (2005) constatou que a MAN é método adequado para o diagnóstico de desnutrição e risco de desnutrição em idosos institucionalizados, apresentando vantagens, dificuldades e limitações. Pereira (2004), assim como Ferreira demonstrou em seu trabalho com idosos institucionalizados que a MAN é alternativa útil na avaliação nutricional, por ser prática e permitir o diagnóstico dos idosos sob risco, permitindo intervenção nutricional precoce, evitando que os indivíduos venham a ficar desnutridos. Emed, Kronbauer, Magnoni (2006) realizaram um estudo com 114 idosos de casas de repouso, utilizando a MAN. A mesma mostrou-se eficiente em detectar precocemente o risco de desnutrição, comparando com o IMC.

Ferreira, Nascimento e Marucci (2008), visando verificar o uso da MAN para a avaliar o estado nutricional de idosos institucionalizados do sul do Brasil, concluíram que a MAN possui boa acurácia e sensibilidade quando se pretende diagnosticar desnutrição e risco de desnutrição em idosos, entretanto em relação a estes aspectos apresenta baixa especificidade.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo tem característica quantitativa descritiva. Realizou-se estudo de delineamento transversal. Estudo transversal é descrito por Rouquaryol (1999), como tipo de estudo baseado em investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de um grupo ou comunidade, observando fator ou efeito no mesmo momento histórico.

Como vantagens do estudo transversal destacam-se: o menor custo para sua implementação quando comparado a estudos de coorte, por exemplo; é adequado para doenças (ou desfechos) de longa duração e relativamente comuns; importantes no planejamento de saúde.

5.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade do Rio Grande. Esta cidade é a mais antiga do Rio Grande do Sul, está situada no extremo sul do estado. Possui aproximadamente 196 mil 928 habitantes, de acordo com o IBGE. O município construiu sua riqueza ao longo da história devido à forte movimentação industrial, principalmente devido ao porto e atividade pesqueira. (WIKIPEDIA, 2007).

Em 2000, nesta cidade os idosos representavam, conforme o IBGE, uma população de 20 mil 794 pessoas, ou seja, pouco menos de 10% da população total do município.

Em agosto de 2007, estavam cadastradas na vigilância sanitária sete ILPIs, totalizando em torno de 212 idosos institucionalizados. O estudo foi realizado nas sete instituições da cidade; sendo que as duas instituições com menor número de idosos foram utilizadas para a realização do estudo piloto de forma que pudéssemos testar os instrumentos utilizados para a coleta de dados e aprimorarmos a técnica de coleta. O estudo piloto foi realizado em duas instituições com o menor número de idosos, com a finalidade de averiguar a logística do trabalho de campo e a adequação dos instrumentos de coleta de dados em condições reais de trabalho. As duas instituições eram particulares, na primeira residiam 5 idosos, 3 foram

avaliados, 1 não aceitou participar e 1 idoso foi excluído por estar em estágio terminal de vida. Na segunda instituição residiam 11 idosos, 8 foram avaliados e 3 idosos estavam em estágio terminal. Estes dados não foram computados no estudo.

Das cinco instituições participantes do estudo, quatro eram particulares e uma instituição era mista (particular e filantrópica).

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por 153 idosos, residentes em instituições de longa permanência da cidade do Rio Grande – RS, cadastradas na Vigilância Sanitária, cujos dirigentes assinaram a autorização (APÊNDICE A) para a realização do estudo e cujos idosos deram o consentimento para a participação no mesmo. Para aqueles idosos que não puderam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), mas consentiram em participar, foi utilizada a impressão digital.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

Idade a partir de 60 anos, segundo a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1997)

Residir em instituições de longa permanência

Critérios de Exclusão:

Idosos com amputação de membros

Idosos sem possibilidades terapêuticas, em estágio terminal de vida

Idosos ausentes no momento da coleta

5.5 MÉTODO DE COLETA DOS DADOS:

A coleta de dados foi realizada após a autorização dos responsáveis pelas instituições, e dos idosos, para participação na pesquisa. Após orientação acerca dos objetivos e metodologia do estudo foram combinados os dias e horários mais adequados para a realização da coleta dos dados. Esta foi realizada durante os dias úteis e finais de semana, de acordo com a disponibilidade do local a ser pesquisado. A coleta de dados aconteceu no período de setembro de 2007 a janeiro de 2008.

Os dados socioeconômicos e demográficos foram coletados para a descrição da população e obtidos diretamente do prontuário dos idosos e anotados em formulário específico (APÊNDICE C). Quando estes não constavam no prontuário, as informações foram obtidas com os profissionais de saúde das instituições. Os dados coletados foram: idade, sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade (em anos), procedência, renda (em salários mínimos nacionais), motivo da institucionalização, tempo na instituição (em meses) e presença de patologias. Sobre as instituições foi investigada: a inclusão de profissionais de saúde no quadro de funcionários.

Para a avaliação do estado nutricional dos idosos foi utilizada a MAN - “Mini-Avaliação Nutricional” (APÊNDICE D). As variáveis antropométricas foram realizadas para preencher os itens avaliação antropométrica contidos na MAN, como: peso, altura, perímetro do braço e da panturrilha. No caso dos idosos acamados foi necessário aferir a altura do joelho e a prega cutânea subescapular.

O peso foi aferido utilizando balança digital da marca Tanita, com capacidade máxima de 150 quilos e precisão de 100 gramas. Os idosos foram pesados sem sapatos, descartando vestes e outros objetos mais pesados como casacos, relógios, bijuterias, chaveiros, carteiras, e outros.

Para estimar o peso dos idosos acamados, foram usadas as seguintes equações de. (CHUMLEA; ROCHE, STEINBAUCH, 1985):

$$\text{HOMEM} = [(0,98 \times \text{CP}) + (1,16 \times \text{AJ}) + (1,73 \times \text{CB}) + (0,37 \times \text{PCSE}) - 81,69]$$

$$\text{MULHER} = [(1,27 \times \text{CP}) + (0,87 \times \text{AJ}) + (0,98 \times \text{CB}) + (0,4 \times \text{PCSE}) - 62,35]$$

CP= circunferência da panturrilha

AJ= altura do joelho

CB= circunferência do braço

PCSE= prega cutânea subescapular

A circunferência braquial foi medida com fita métrica não distensível da marca Sanny com 2m. Posicionou-se o idoso com o braço direito despido e estendido junto ao tronco, foi localizado o extremo do ombro (processo acromioclavicular) e o extremo do cotovelo (processo olecrânio), marcando com caneta no ponto correspondente à metade da distância desses dois extremos (ponto médio). Foi reposicionado o braço, de forma que este ficasse estendido ao longo do tronco, com as palmas das mãos voltadas para dentro. A fita métrica foi colocada horizontalmente ao redor do braço. O profissional verificou se a fita estava no mesmo nível em todas as partes, de modo que a fita não ficasse frouxa, nem apertada. Realizou-se a leitura sendo o resultado obtido registrado. (BARROS, 2005).

A circunferência da panturrilha foi tomada com o idoso em pé, ereto, com os pés separados aproximadamente 20 cm, de forma com que o peso estivesse distribuído uniformemente. No caso dos acamados, foram colocados sentados com as pernas soltas sem encostar no chão e no caso dos que não conseguiram ficar sentados, flexionou-se o joelho ao ângulo de 90 graus. Depois de posicionada a fita métrica horizontalmente na área de maior diâmetro da panturrilha, verificando se a fita estava em posição horizontal e no mesmo nível em todas as partes, de modo que a fita não estivesse frouxa, nem apertada e realizada a leitura. (BARROS, 2005).

A medida da prega cutânea subescapular foi aferida com um plicômetro científico da marca Cescorf com sensibilidade de 0,1mm, com o idoso em pé, ereto, com os braços relaxados ao longo do corpo. A medida da dobra cutânea subescapular foi tomada no local logo abaixo do ângulo inferior da escápula, diagonalmente, num ângulo de, aproximadamente, 45 graus ao plano horizontal do corpo. Depois de identificado o local foi medido a dobra 1 cm abaixo e na diagonal. E seguindo as instruções gerais para dobras cutâneas. (BARROS, 2005). Para os idosos acamados a medida da prega cutânea subescapular foi aferida com o idoso em decúbito lateral direito, braço direito sobre os travesseiros e pernas fletidas. O braço esquerdo ao longo do tronco, com a palma da mão para baixo. A um centímetro abaixo do ângulo inferior da escápula, a pele foi pinçada, afastando-a do músculo. (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1991).

Para obter a medida da altura, utilizou-se estadiômetro de alumínio com precisão de 1mm, sendo escolhido local adequado como parede sem rodapés ou batente de porta, de maneira a formar ângulo reto com o piso. Os idosos foram medidos descalços, em posição ortostática, com as costas e a parte posterior dos joelhos encostados ao estadiômetro. (BARROS, 2005).

Os idosos que estavam acamados tiveram a sua altura estimada pela medida da altura do joelho. Foi utilizada uma fita métrica inelástica, medindo a distância do calcanhar do pé esquerdo até a patela do joelho do mesmo lado. O idoso estava sentado ou deitado, com o joelho flexionado a 90 graus. Medindo duas vezes sucessivas e a diferença entre elas não ultrapassando 0,5cm. (BARROS, 2005).

$$\text{HOMENS} = [2,02 \times \text{altura do joelho em cm}] - [0,04 \times \text{idade (anos)}] + 64,19$$

$$\text{MULHERES} = [1,83 \times \text{altura do joelho (em cm)}] - [0,24 \times \text{idade (anos)}] + 84,88$$

As mensurações antropométricas foram realizadas pela pesquisadora, a qual se submeteu a um treinamento para padronização das medidas.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram colhidos através da Mini-Avaliação Nutricional e dos prontuários dos idosos institucionalizados. Após o término da coleta dos dados, iniciou-se a revisão dos formulários para digitação. Os formulários, depois de codificados e revisados, foram duplamente digitados utilizando-se o programa Epi Info versão 6.04. (WHO, 1997). O pacote estatístico usado para as análises foi o programa Stata 9.2 for Windows. (STATA, 2005).

Para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva usual (média, desvio padrão e percentuais).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo em vista tratar-se de uma amostra formada por idosos institucionalizados, foi solicitada autorização da direção das instituições para que o estudo fosse realizado nas suas dependências. O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Com o parecer favorável do Comitê, conforme Protocolo nº 019/2007 (ANEXO), foi iniciada a coleta dos dados.

Foi solicitado o Consentimento Livre e Esclarecido de cada idoso para participar do estudo. Àquele idoso que apresentou algum distúrbio cognitivo que dificultou sua comunicação foi solicitado o auxílio do seu respectivo cuidador na ILPI para a coleta das informações de acordo com manual MAN (www.mna-elderly.com).

Foi garantido o anonimato dos idosos e Instituições. A pesquisadora comprometeu-se com a devolução dos dados do estudo às ILPIs pesquisadas, além da publicação dos resultados derivados deste estudo. Durante todas as etapas da pesquisa foi seguida a Resolução 196 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

6 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados do estudo, que foram divididos em duas partes: Perfil sócio-econômico e demográfico dos idosos institucionalizados em Rio Grande/RS e Avaliação do estado nutricional, através da MAN.

6.1 PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS, SEGUNDO SEXO, IDADE, COR DA PELE, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDADE E RENDA – RIO GRANDE (RS), 2008

| VARIÁVEL | N | % | VARIÁVEL | N | % |
|-------------|-----|------|-----------------------------|----|------|
| Sexo | | | Estado civil | | |
| Masculino | 35 | 22,9 | Solteiro | 35 | 22,9 |
| Feminino | 118 | 77,1 | Casado | 10 | 6,5 |
| Idade | | | Separado | 12 | 7,8 |
| 60- 69 | 19 | 12,4 | Viúvo | 96 | 62,8 |
| 70-79 | 48 | 31,4 | Escolaridade (em anos) | | |
| 80-89 | 60 | 39,2 | 0 | 65 | 42,5 |
| 90 ou + | 26 | 17,0 | 1 a 4 | 50 | 32,7 |
| Cor da pele | | | 5 a 8 | 23 | 15,0 |
| Branca | 139 | 90,8 | 9 ou + | 15 | 9,8 |
| Preta | 12 | 7,9 | Renda (em salários mínimos) | | |
| Parda | 2 | 1,3 | Até 1 | 80 | 54,4 |
| | | | 1,1 a 2,9 | 48 | 32,7 |
| | | | 3,0 ou + | 19 | 12,9 |

NOTAS: N= número de idosos (frequência absoluta). %= frequência de idosos (frequência relativa).

No período da coleta, 196 idosos estavam institucionalizados, foram estudados 153 idosos que representaram 78,1% dos idosos residentes nas instituições participantes do estudo. Do total de idosos, 9,2 % (18) foram excluídos por estarem em estágio terminal de doença ou hospitalizados, 3,5% (7) tinham menos de 60 anos e 9,2% (18) recusaram-se a participar do estudo.

Do total de participantes verificou-se que a maioria era do sexo feminino 77,1% (118). Em relação à idade, 56,2% (86) idosos possuem 80 anos ou mais, sendo que a média foi de 80,4 anos (DP =9,1). Quanto à cor da pele dos idosos, 90,8% (139) eram brancos, 7,9% (12) eram negros e 1,3% (2) eram pardos.

Quanto ao estado civil 96 (62, 8%) dos idosos eram viúvos. A maioria deles (115= 75,2%) possuía baixa escolaridade, de zero a quatro anos de estudo. Chama a atenção que 65 (42,5%) deles nunca estudaram. A média de escolaridade foi de 2,9 anos (DP=3,8). Em relação à renda, apenas 19 idosos (12,9%) receberam três ou mais salários mínimos. A maioria deles, 128 (87,1%) recebia até 2,9 salários mínimos, sendo que a maior frequência de idosos, 80 (54,4%), recebia apenas um salário mínimo. A média de renda foi de 1,8 salários mínimos (DP=1,6).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS, SEGUNDO A INSTITUIÇÃO, PROCEDÊNCIA, MOTIVO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO, TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E PRESENÇA DE PROFISSIONAIS- RIO GRANDE (RS), 2008

| CARACTERÍSTICA | N | % | CARACTERÍSTICA | N | % |
|-------------------------------|----|------|-----------------------------|-----|-------|
| Instituição | | | Tempo de instituição (anos) | | |
| 1 | 9 | 5,9 | < 1 | 49 | 32,0 |
| 2 | 6 | 3,9 | 1 a 4 | 57 | 37,0 |
| 3 | 57 | 37,2 | ≥ 5 | 47 | 31,0 |
| 4 | 36 | 23,6 | Presença de Profissional * | | |
| 5 | 45 | 29,4 | Médico | 153 | 100,0 |
| Procedência | | | Nutricionista | 147 | 96,1 |
| Rua | 2 | 1,3 | Enfermeiro | 138 | 90,2 |
| Outra instituição | 11 | 7,2 | Fisioterapeuta | 0 | 0,0 |
| Casa de familiares | 46 | 30,0 | Assistente Social | 93 | 60,8 |
| Casa própria | 77 | 50,3 | Psicólogo | 93 | 60,8 |
| Hospital | 8 | 5,3 | Técnico de Enfermagem | 153 | 100,0 |
| Não identificado | 9 | 5,9 | Auxiliar de Enfermagem | 99 | 64,7 |
| Motivo da Institucionalização | | | | | |
| Abandono | 2 | 1,3 | | | |
| Ausência de cuidador | 40 | 26,1 | | | |
| Ausência de familiares | 14 | 9,2 | | | |
| Opção própria | 51 | 33,4 | | | |
| Tratamento de saúde | 46 | 30,0 | | | |

NOTAS: N= número de idosos. %= frequência de idosos. * números de idosos por profissionais

Como mostra a tabela 2, as instituições que possuem maior número de idosos são a 3 com 57 idosos (37,2%), a 4 com 36 idosos (23,6%) e a 5 com 45 idosos (29,4%). Quanto a procedência, a maioria dos idosos 77 (50,3%) veio da própria casa ou da casa de familiares, 46 idosos (30 %). No entanto, o estudo mostra uma migração de idosos entre as instituições da cidade, pois 11 (7,2%) são procedentes de outras ILPIs.

Com relação ao motivo da institucionalização verifica-se que, apesar de a maioria dos idosos 51 (33,4%) referir que foi por opção própria, um número significativo de idosos estão na ILPI por ausência de cuidadores no seu domicílio, 40 (26,1%) e por necessitarem de tratamento de saúde, impossível de ser realizado em casa, 46 (30%).

Quanto ao tempo de institucionalização, o estudo revela que 49 idosos (32%) estão na ILPI há menos de um ano, 57 idosos (37%) estão entre um e quatro anos e 47 (31%) estão há cinco anos ou mais, sendo a diferença entre eles pequena. Há idosos há mais de dez anos institucionalizados. A média de tempo de institucionalização foi de 54,5 meses (DP=69,0).

Em relação à presença de profissionais na ILPI, verifica-se que todos os idosos contam com suporte médico e do técnico de enfermagem, 153 (100%). A maioria conta com suporte da nutricionista, 147 idosos (96,1%) e da enfermeira, 138 idosos (90,2%). Nenhuma instituição possui Fisioterapeuta no seu quadro funcional.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS, SEGUNDO A PRESENÇA PATOLOGIA APRESENTADA

| VARIÁVEL | N | % | VARIÁVEL | N | % |
|-----------------------|-----|------|--------------|-----|------|
| Presença de Patologia | | | Dislipidemia | | |
| Sim | 109 | 71,2 | Sim | 10 | 6,5 |
| Não | 44 | 28,8 | Não | 143 | 93,5 |
| Diabetes | | | Depressão | | |
| Sim | 26 | 16,9 | Sim | 13 | 8,5 |
| Não | 127 | 83,1 | Não | 140 | 91,5 |
| HAS | | | Cardiopatias | | |
| Sim | 67 | 43,8 | Sim | 11 | 7,2 |
| Não | 86 | 56,2 | Não | 142 | 92,8 |
| Alzheimer | | | | | |
| Sim | 11 | 7,2 | | | |
| Não | 142 | 92,8 | | | |

NOTAS: N= número de idosos. % = frequência de idosos

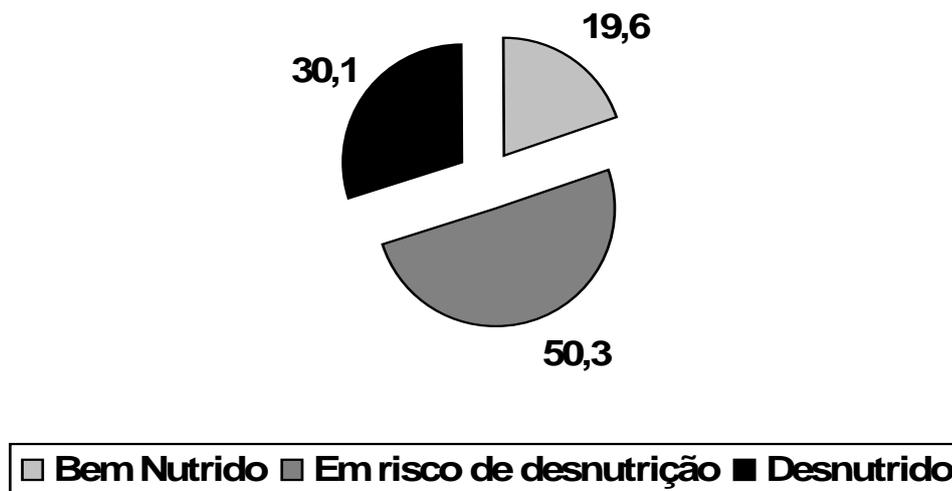
O estudo evidenciou que os idosos apresentam diversas patologias (n=109, 71,24%). Entre elas cita-se: Diabetes Melitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia, Alzheimer,

Trombose, Distúrbios Psiquiátricos, Distúrbios Circulatorios, Anemia, Constipação, Depressão, Acidente Vascular Cerebral, Epilepsia, Isquemia, Parkinson, Câncer, Insuficiência Renal Crônica, Hepatite C, Labirintite, Lúpus Eritematoso Subcutâneo, Asma, Cardiopatia, Artrose e Reumatismo.

As patologias mais prevalentes foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, 67 idosos (43,2%); Diabetes Mellitus, 26 idosos (16,9%); Depressão, 13 idosos (8,5%); Cardiopatia e Alzheimer, 11 idosos (7,2 %), respectivamente e Dislipidemia, 10 idosos (6,5 %).

6.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS ATRAVÉS DA MAN

FIGURA 1- CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS ESTUDADOS ATRAVÉS DA MAN (N=153).



Descrição do escore da MAN:

N = 153;

Média = 19,3;

DP = 5,1.

O estado nutricional dos idosos foi avaliado segundo a MAN. A maioria, 50,3% (n=47) encontrava-se em risco de desnutrição, 30,1 % (n=46) encontravam-se desnutridos e 19,6 % (n=30) bem nutridos. O escore da MAN variou entre 7 e 27,5 pontos, sendo que a média foi de 19,3 pontos (DP=5,1).

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO O ITEM AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA, A PARTIR DA MAN

| I – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA | | |
|--|---------|---------|
| VARIÁVEL | N (153) | % (100) |
| 1 - IMC | | |
| IMC < 19 | 38 | 24,8 |
| IMC >=19 e < 21 | 22 | 14,4 |
| IMC >= 21 e < 23 | 19 | 12,4 |
| IMC >= 23 | 74 | 48,4 |
| 2 - Circunferência do braço | | |
| CB < 21 | 20 | 13,0 |
| 21 <= CB <= 22 | 18 | 11,8 |
| CB > 22 | 115 | 75,2 |
| 3 - Circunferência da Panturrilha | | |
| CP < 31 | 79 | 51,7 |
| CP >= 31 | 74 | 48,3 |
| 4 - Perda de peso nos últimos três meses | | |
| Perda de peso > 3 kg | 12 | 7,9 |
| Não sabe | 45 | 29,4 |
| Perda de peso entre 1 e 3 kg | 40 | 26,1 |
| Sem perda de peso | 56 | 36,6 |

NOTA: N= número de idosos. %= frequência de idosos.

Quanto à Avaliação antropométrica, verificou-se que a maioria dos idosos (48,4%, n=74), apresentou IMC maior ou igual a 23 kg/m², sendo que 24,8% apresentaram IMC menor que 19 kg/m². Em relação à Circunferência do braço, 75,2% (n=74) apresentaram maior que 22 cm, mas 24,8% apresentaram menor ou igual a 22 cm. A maioria, 51,7% (n=79) apresentou Circunferência da panturrilha menor que 31 cm.

Em relação à perda de peso nos últimos três meses, 36,6% (n=56) não tiveram e 29,4%(n=45) não sabiam se tinham perdido peso. No entanto, 34% (n=52) apresentaram perda de peso, destes 7,9% (12) de mais de três quilos.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO O ITEM AVALIAÇÃO GLOBAL, A PARTIR DA MAN

| II - AVALIAÇÃO GLOBAL | | |
|--|---------|--------|
| VARIÁVEL | N (153) | %(100) |
| 5 - Vive em casa | | |
| Não | 153 | 100,0 |
| Sim | | |
| 6 - Toma mais de três medicamentos por dia | | |
| Sim | 70 | 45,8 |
| Não | 83 | 54,2 |
| 7 - Sofreu estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses | | |
| Sim | 59 | 38,6 |
| Não | 94 | 61,4 |
| 8 - Mobilidade | | |
| Restrito ao leito ou cadeira de rodas | 26 | 17,0 |
| Capaz de levantar da cama ou cadeira, mas não sai da casa. | 31 | 20,2 |
| Sai da casa | 96 | 62,8 |
| 9 - Problemas neuropsicológicos | | |
| Demência ou depressão grave | 14 | 9,1 |
| Demência leve | 39 | 25,5 |
| Sem problemas psicológicos | 100 | 65,4 |
| 10 - Úlceras de decúbito | | |
| Sim | 16 | 10,5 |
| Não | 137 | 89,5 |

NOTAS: N= número de idosos. %= frequência de idosos.

Em relação à Avaliação global, verifica-se que 45,8% tomam mais de três medicamentos por dia; 38,6% sofreram estresse ou doença aguda nos últimos três meses; 37,2% apresentam dificuldades para se movimentar sendo que destes 17% estão restritos ao leito ou à cadeira de rodas e 20,2%, apesar de saírem do leito, já não saem de casa. 34,6% deles apresentam algum tipo de demência e 10,5% deles apresentam úlceras de decúbito.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO O ITEM AVALIAÇÃO DIETÉTICA, A PARTIR DA MAN

| III – AVALIAÇÃO DIETÉTICA | | |
|--|---------|---------|
| VARIÁVEL | N (153) | % (100) |
| 11 - Quantas refeições completas o idoso faz por dia | | |
| 1 refeição | 0 | 0,0 |
| 2 refeições | 5 | 3,3 |
| 3 refeições | 148 | 96,7 |
| 12 - Consumo do idoso | | |
| Pelo menos uma porção de laticínio por dia? | | |
| Sim | 146 | 95,4 |
| Não | 7 | 4,6 |
| 2 ou mais porções de feijão ou ovo por dia | | |
| Sim | 123 | 80,4 |
| Não | 30 | 19,6 |
| Carne , peixe ou ave todo os dia? | | |
| Sim | 104 | 68,0 |
| Não | 49 | 32,0 |
| SE: | | |
| 0 - 1 sim | 18 | 11,8 |
| 2 sim | 54 | 35,3 |
| 3 sim | 81 | 52,9 |
| 13 - Consome dois ou mais porções de fruta ou vegetais por dia | | |
| Sim | 70 | 45,8 |
| Não | 83 | 54,2 |
| 14 - Têm diminuído a ingestão de comida nos últimos três meses | | |
| Grave diminuição | 12 | 7,9 |
| Moderada diminuição | 56 | 36,6 |
| Sem diminuição | 85 | 55,5 |
| 15 - Quanto líquido consomem por dia | | |
| Menos de três xícaras | 40 | 26,2 |
| 3 - 5 xícaras | 79 | 51,6 |
| Mais que 5 xícaras | 34 | 22,2 |
| 16 - Modo de alimentar | | |
| Requer assistência para alimentar-se | 13 | 8,5 |
| Alimenta-se só com alguma dificuldade | 22 | 14,4 |
| Alimenta-se só sem qualquer problema | 118 | 77,1 |

NOTAS: N= número de idosos. %= freqüência de idosos.

Quanto à Avaliação dietética, o estudo evidenciou que a maioria dos idosos (96,7%) faz três refeições ao dia e ingere laticínios pelo menos uma vez ao dia (95,4%). 19,6% deles não ingere duas ou mais porções de feijão ou ovo por dia; 32% não come carne todos os dias.

Quanto ao consumo de duas ou mais porções de frutas ou vegetais por dia, a maioria (54,2%) não consome. 44,5% dos idosos do estudo diminuíram a ingestão de comida nos últimos três meses.

Em relação ao consumo de líquidos, 26,2% consomem menos que três xícaras por dia. 22,9% dos idosos apresentam alguma dificuldade para alimentar-se sendo que destes 8,5% só comem se forem auxiliados.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO O ITEM AUTO-AVALIAÇÃO, A PARTIR DA MAN

| IV – AUTO-AVALIAÇÃO | | |
|---|---------|---------|
| VARIÁVEL | N (153) | % (100) |
| 17 - Você acha que tem algum problema nutricional | | |
| Grave desnutrição | 6 | 4,0 |
| Não sabe ou moderada desnutrição | 70 | 45,7 |
| Sem problema nutricional | 77 | 50,3 |
| 18 - Como considera a sua saúde | | |
| Não é boa | 34 | 22,2 |
| Não sei | 26 | 17,0 |
| Boa | 70 | 45,8 |
| Melhor | 23 | 15,0 |

NOTAS: N= número de idosos. %= frequência de idosos.

Quanto a sua auto-avaliação, verifica-se que a maioria dos idosos (50,3 %) se avalia como sem problemas nutricionais e considera a sua saúde como boa (45,8%). No entanto, 49,7% deles acreditam estar gravemente desnutridos ou ter uma desnutrição moderada e 22,2% acreditam que sua saúde não é boa.

7 DISCUSSÃO

Por tratar-se de um grupo etário que está em rápido crescimento no Brasil e no mundo, é fundamental que se conheça o perfil dos idosos institucionalizados para o estabelecimento de políticas públicas de saúde que visem garantir uma boa nutrição e saúde. Em relação ao perfil, o estudo evidenciou que a maioria dos idosos institucionalizados da cidade do Rio Grande, em 2008, são mulheres com idade acima de oitenta anos, brancas, viúvas, com baixa renda e baixa escolaridade. O perfil demográfico encontrado mostrou similaridades com outros estudos realizados com idosos no país.

Pereira (2004), ao estudar o risco de desnutrição em idosos institucionalizados do município do Rio de Janeiro, verificou que a maioria das pessoas idosas era do gênero feminino (59,6%), porém não houve nenhuma diferença estatística significativa entre os gêneros ($p=0,519$). Borba, Wolff e Liberali (2007) ao avaliarem o perfil antropométrico e alimentar de idosos institucionalizados em Blumenau/ SC verificaram que 88,8% deles eram do gênero feminino.

Em relação à idade dos idosos institucionalizados, verificou-se que a maioria deles possui idade mais avançada, acima de 80 anos. Ferreira (2005) ao estudar o uso da MAN para o diagnóstico de desnutrição e risco de desnutrição em idosos residentes em ILPIs de Guaratinguetá/ SP verificou uma média de idade de 73,7 anos. Resende (2001) em ILPIs de Uberlândia/ MG e Bennemann (2002) em ILPIs de Bragança Paulista/ SP encontraram médias de idade um pouco maiores, 76,9 e 77,8 anos, respectivamente. No entanto, Menezes (2000), em ILPIs de Fortaleza/ CE, encontrou uma maior proporção de idosos com 80 anos e mais.

Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2000) referem que à medida que a idade avança, as pessoas tornam-se menos ativas, sua capacidade física diminui e surgem alterações psicológicas levando à incapacidade, aumentando a incidência de doenças crônicas não transmissíveis nesta fase da vida e o grau de dependência do idoso. A pessoa idosa ao desencadear um processo de dependência, dentro do seu ambiente familiar, acaba por alterar toda dinâmica, e conseqüentemente sua estrutura familiar, o que pode contribuir para sua institucionalização, fato evidenciado neste estudo.

O estudo revelou que 62,8% dos idosos institucionalizados são viúvos e que foram para a instituição após a perda de seu cônjuge. A interrupção do vínculo familiar com o cônjuge predispõe as pessoas idosas a procurarem uma ILPI como seu novo lar. Na maioria das vezes, o idoso não se encontra preparado psicologicamente para morar com seus filhos e

netos, já que o surgimento de conflitos entre as gerações pode dificultar as relações. (ESPITIA; MARTINS, 2006). Em muitas situações, após a viuvez, a opção por residir em uma ILPI parte da própria pessoa idosa que deseja um local onde encontre atenção, conforto, segurança e atendimento de suas necessidades básicas. (ESPITIA; MARTINS, 2006; PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Quanto à procedência, este estudo evidenciou como principais locais de origem dos idosos institucionalizados a própria casa ou a casa de familiares. Aqueles que vieram de casa própria ficaram viúvos ou eram solteiros e apresentaram alguma limitação que lhes demandou maiores cuidados. Na falta de um cuidador domiciliar a opção foi pela institucionalização.

A baixa escolaridade e a baixa renda verificadas no estudo são citadas por outros autores como associadas à desnutrição. (ALVA; NOCEDAL; CABALLERO, 2003; MASTROENI et al, 2007; RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; RAMOS et al 1993; CABRERA; JACOB FILHO, 2001). Em estudo que objetivou identificar a prevalência de déficit nutricional em idosos residentes em uma clínica geriátrica de Belo Horizonte/MG verificou-se que 63,4% dos idosos haviam estudado por no máximo quatro anos (COELHO; ROCHA; FAUSTO, 2006). Mastroeni et al (2007), ao estudarem o perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville / SC, verificaram que 72,9% dos idosos não haviam completado o ensino fundamental e 9,2% eram analfabetos. A maior parte deles, 45,6%, recebia até dois salários mínimos.

Cabe destacar que na época em que nossos idosos eram jovens, a ênfase era dada ao trabalho precoce, pouco se valorizando o estudo. Não havia uma exigência de escolaridade maior para se conseguir um emprego. Não era comum a mulher trabalhar fora do contexto domiciliar, assim, com a morte do esposo muitas delas tornaram-se pensionistas. Antes disso, dependiam financeiramente destes. Também, destaca-se que a baixa renda está associada à baixa escolaridade. (MASTROENI et al, 2007).

Baixa renda e baixa escolaridade, também estão associadas ao menor acesso à alimentação saudável e variada e ao acesso aos serviços de saúde. Sem condições de arcar com um plano privado de saúde os idosos institucionalizados podem ficar a mercê dos serviços públicos deficitários em termos de consultas médicas, leitos hospitalares e fornecimento de medicamentos.

O estudo mostra, também, uma migração de idosos entre as instituições da cidade. Os idosos trocam de instituição em busca de uma economicamente mais em conta ou de melhores condições assistenciais. As condições sócio-econômicas comprometidas influenciam

diretamente na busca de uma vaga em ILPIs, como uma alternativa no que se refere à moradia do idoso. (ESPITIA; MARTINS, 2006).

Em relação à presença de trabalhadores nas ILPIs para cuidar dos idosos, verifica-se que a maioria das instituições estudadas possui médicos e técnicos de enfermagem no seu quadro funcional. No entanto, estes são em número inferior ao preconizado além de não possuírem preparo específico para o cuidado ao idoso. Santos et al (2008) referem que muitas ILPIs continuam sendo lugares desprovidos de trabalhadores qualificados, havendo falta de pessoal para o cuidado aos idosos. Mesmo na modalidade assistencial na qual os idosos possuem o menor grau de dependência é previsto em lei um cuidador para cada 20 idosos, uma das instituições estudadas possui apenas um técnico de enfermagem por turno para o cuidado a cerca de cinquenta e sete idosos.

O fato de termos idosos casados institucionalizados, mesmo que em uma pequena proporção (7,02% na instituição 3, 2,78% na 4 e 11,11% na 5), apresenta a ILPI como uma opção para os casais de idosos que necessitam de uma moradia onde recebam cuidados diferenciados de saúde. Este fato não foi evidenciado em outros estudos a que tivemos acesso.

Muitos idosos do estudo apresentam alguma patologia (71,24%). A depressão e outras alterações clínicas foram relatadas nos estudos de Azevedo et al (2007), Pirliche e Lochs (2001), Alva, Necedal e Caballero (2003), Suarez et al (2004), Arellano et al (2004), Emed, Kronbauer e Magnoni (2006) como relacionadas com a desnutrição em idosos. Azevedo et al (2007) referem que idosos com história de estresse psicológico ou doença aguda apresentaram 6,84 vezes mais chance de estarem desnutridos.

Ao realizar a avaliação do estado nutricional dos idosos institucionalizados na cidade do Rio Grande, no período de realização do estudo, através da MAN, verificou-se que 19,6% dos idosos estavam bem nutridos, 50,3% em risco de desnutrição e 30,1% desnutridos.

Dados semelhantes foram encontrados por Cereda, Valzolghen e Pedrolli (2008) ao estudarem a MAN como um bom preditor do status funcional de idosos com risco de desnutrição institucionalizados em Milão/Itália. Verificaram que 20,3% deles estavam desnutridos e 51,1% estavam com risco para desnutrição. Ruiz-López et al (2003) ao avaliarem a prevalência de desnutrição em mulheres idosas institucionalizadas em ILPIs da Espanha, verificaram que 7,9% delas eram desnutridas e 61,8% delas tinham risco de desnutrição. Ferreira (2005) identificou que 21,3% dos idosos em ILPIs de Guaratinguetá/ SP estavam nutridos, 50,6% em risco de desnutrição e 28,1% desnutridos.

Guigoz, Vellas e Garry (1996) ao comparar idosos institucionalizados com idosos da comunidade, através de uma revisão bibliográfica, verificaram que 22% a 59% dos

institucionalizados estavam desnutridos e que, apenas, 1% a 7% dos vivendo na comunidade estavam desnutridos. Os autores concluíram que por si só a própria institucionalização é um fator de risco para a desnutrição.

Em relação à avaliação antropométrica dos idosos, neste estudo, a maioria dos idosos apresentou Circunferência do braço maior que 22 cm e circunferência da panturrilha menor que 31 cm. Cabistani (2007) refere que a circunferência do braço nos dá uma estimativa das reservas protéico-calóricas e a circunferência da panturrilha é um bom indicador das modificações que ocorrem com a massa magra com o envelhecimento. Em relação à circunferência do braço e à circunferência da panturrilha, Menezes e Marucci (2005), Sampaio (2004), Acunã e Cruz (2004) referem que com o aumento da idade cronológica há uma modificação na distribuição da gordura corporal, há diminuição do tecido gorduroso dos braços e pernas e aumento no tronco. WHO (1995) refere que a CB e CP estimam a reserva muscular e são bons indicadores de desnutrição em idosos, principalmente quando sua diminuição se dá em função da diminuição da atividade física.

Este estudo revela, também, que 34% dos idosos perderam peso nos últimos três meses. Santos (2007) refere que a perda de peso rápida e involuntária em um idoso é sinal de enfermidade física deteriorante ou grave. O tecido perdido provavelmente inclui massa corporal magra e gordura corporal. Azevedo et al (2007) referem que a redução na ingestão de alimentos nos últimos três meses, antes da avaliação nutricional, foi o principal fator associado à presença de desnutrição em seu estudo (66,9%). Para Sampaio (2004) a ingestão inadequada de alimentos é um dos principais fatores que interferem no estado nutricional do idoso. Já Emed, Kronbauer e Magnoni (2006) e Penié (2005) verificaram em seus estudos que 41% e 65,6% dos idosos avaliados pela MAN, respectivamente, referiram diminuição da ingestão alimentar nos últimos três meses.

Destaca-se que em nenhuma das instituições estudadas havia registros acerca da evolução do peso dos idosos residentes, inclusive naquelas que possuem nutricionistas, evidenciando a não realização da avaliação nutricional dos idosos como rotina. Este dados foram, também, verificados por Ferreira (2005); Resende (2001); Saletti et al (2000), Christensson, Unosson e Ek (2002); Waitzberg et al (1999).

Em relação à avaliação global, proposta pela MAN, 45,8% dos idosos faziam uso de mais de três medicamentos. Emed, Kronbauer e Magnoni (2006) em seus estudos com idosos em ILPIs verificaram que 54,3% de sua amostra utilizava pelo menos três medicamentos por dia. Ruiz-López et al (2003), ao avaliarem o risco para desnutrição em mulheres idosas institucionalizadas em Granada na Espanha consideraram a polimedicação como um fator de

risco para a desnutrição em pessoas idosas. Correlacionaram o uso de três drogas ou mais com a presença de patologias, alteração do status mental e físico do idoso e diminuição da sua qualidade de vida. Santos (2007) refere que a pluripatologia, e a polifarmácia podem influenciar negativamente a ingestão de alimentos e a digestão, absorção e utilização de nutrientes pelo organismo podendo levar à desnutrição.

Em relação a problemas com a mobilidade, Ferreira (2005) verificou que 47,2% dos idosos residentes em ILPIs de Guaratinguetá apresentavam problemas de mobilidade. Já Dalacorte et al (2004) ao estudarem idosos na comunidade encontraram valores bem menores (4,8%). Estes números reforçam a idéia de que a perda da autonomia e da mobilidade pode ser indicativa da causa da busca do idoso e sua família pela institucionalização em busca de cuidados específicos. No estudo de Ferreira (2005) 34,8% e no de Saletti et al (2000) 30% dos idosos estavam restritos ao leito ou a cadeira de rodas.

Quanto ao estudo dietético dos idosos, verificou-se que 96,7% deles fazem pelo menos três refeições ao dia e 95,4% ingerem laticínios, pelo menos uma vez ao dia. 32% não comem carne todos os dias, 44,5% deles apresentaram diminuição na ingesta alimentar nos últimos três meses e 26,2% ingerem menos que três xícaras de líquidos ao dia. Além disso, 22,9% deles apresentam dificuldades para alimentarem-se sozinhos.

Viana (2000) observou que 69,5% das ILPIs ofereciam cinco refeições diárias. O autor e Toral, Gubert e Schmitz (2006) recomendam o fracionamento das refeições para evitar longos períodos em jejum, mantendo a glicemia em níveis normais para um suprimento energético celular eficiente.

Há evidências de que o aporte calórico oferecido aos idosos nas ILPIs de Rio Grande pode estar deficiente. Observa-se que a ingestão de proteínas parece estar diminuída além de que a ingesta hídrica, também, apresenta-se comprometida. Santos et al (2004) ao estudarem os indicadores do estado nutricional de idosos institucionalizados, também, verificaram um baixo aporte protéico na dieta dos idosos (12%) o que pode comprometer seu consumo energético. Emed, Kronbauer e Magnoni (2006), também encontraram que 96% dos idosos em ILPIs de Curitiba realizavam pelo menos três refeições diárias, deficiência de proteínas na dieta, baixo consumo de frutas (23% consumia menos do que duas porções de fruta por dia) e cerca de um quarto dos idosos ingeria menos de três xícaras de líquido por dia. Ao avaliarem o estado nutricional de idosos de asilos através da MAN encontraram que 63% deles possuíam dificuldade de se alimentarem sozinhos.

Santos (2007) relaciona a desnutrição no idoso como um resultado da falta de ingestão de nutrientes necessários ao desenvolvimento e manutenção de suas funções corpóreas.

Refere que com a idade avançada o consumo alimentar diário diminui podendo levar a desnutrição. Indica a necessidade de uma suplementação nutricional, principalmente para os idosos com IMC abaixo de 22 Kg/m². Refere que, comparado a outros países, o risco de morrer por desnutrição no Brasil durante a velhice é 71% maior do que nos EUA e 32,1% maior que na Costa Rica e que idosos de instituições geriátricas tem uma prevalência de desnutrição entre 25% e 60%. Indica que a deficiência nutricional, principalmente de proteínas, causa alterações fisiopatológicas que refletem em prejuízo funcional, bioquímico e físico.

Em relação à ingesta hídrica, Lauffer e Porto Wieck (2007) referem que, no idoso, alterações na percepção sensorial causam diminuição na sensibilidade a sede. A diminuição na ingesta hídrica, de fibras e a diminuição da atividade física, por sua vez, podem ocasionar modificações intestinais, diminuição na absorção de nutrientes, favorecimento ao aumento da proliferação bacteriana intestinal e diarreia.

Lauffer e Porto Wieck (2007) referem que relatório sobre o estado nutricional e de saúde de idosos realizados nos Estados Unidos entre 1976 e 1980 identificou um melhor padrão alimentar nos idosos que viviam com seu companheiro. Os que viviam sozinhos ou possuíam baixa renda apresentaram alto risco de ingestão alimentar inadequada. Além disso, a perda da autonomia foi relacionada com o maior índice de problemas nutricionais. Ao associarmos o fato de necessitarem de auxílio para se alimentar com o pequeno número de cuidadores na ILPI podemos supor que estes idosos possam não estar sendo alimentados de forma adequada.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento da população de idosos em nosso país e no mundo há evidências da necessidade de garantir o cuidado ao idoso que não possui cuidador familiar domiciliar habilitado e/ ou que necessita de cuidados específicos. Nestes locais os profissionais de saúde devem estar aptos para dar conta de suas necessidades garantindo sua saúde e qualidade de vida.

A nutrição é um importante fator de saúde para o idoso e conhecer os fatores que afetam este estado pode auxiliar os profissionais da saúde a modificá-los recuperando o estado nutricional destes. As ILPIs têm seu funcionamento regulamentado por lei, no entanto, verifica-se que muitos idosos residentes apresentam-se desnutridos ou em risco de desnutrição o que contribui para sua morbi-mortalidade. Por isso, este estudo identificou o perfil sócio-econômico e demográfico dos idosos residentes em ILPIs de Rio Grande, seu estado nutricional segundo a MAN.

A partir do estudo verificou-se que a entrada do idoso na ILPI impõe-lhe mudanças em seus hábitos alimentares tanto no tipo de alimento quanto no local, horário, tempero exigindo do idoso uma repadronização da sua dieta, às vezes, difícil de ser realizada. A perda dos vínculos familiares, presença de patologias e suas limitações e as limitações impostas pela própria velhice podem tornar o idoso mais susceptível à desnutrição. A ILPI é a nova residência do idoso por isso é necessário que os profissionais atuantes nestes locais valorizem a individualidade de cada idoso preservando, dentro da possibilidade, alguns de seus hábitos compreendendo o momento vivido por estes ao ingressarem na instituição, auxiliando-os a superarem as dificuldades iniciais e se ambientarem.

Conhecer o idoso residente é fundamental para se pensar políticas públicas que tenham aderência às suas necessidades. Quanto ao perfil, os idosos residentes em ILPIs da cidade do Rio Grande, no período do estudo, configuram-se como mulheres com idade acima de oitenta anos, brancas, viúvas, com baixa renda e baixa escolaridade, procedentes da própria casa ou da casa de familiares, principalmente por apresentarem falta de um cuidador domiciliar. Alguns, no entanto, se institucionalizaram por vontade própria. Aqueles que vieram da própria casa ficaram viúvos ou eram solteiros e apresentaram alguma limitação que lhes demandou maiores cuidados.

Este perfil evidencia a necessidade de um maior número de ILPIs públicas, para a população de idosos de baixa renda. Mostra, também, que o idoso mais novo tem se mantido no domicílio sendo a instituição uma opção quando este se apresenta mais dependente, com limitações físicas e patologias degenerativas. Este fato mostra a exigência de um número adequado de cuidadores nas ILPIs qualificados para o cuidado específico a este idoso. Outra evidência é a necessidade de um maior suporte às famílias para manterem este idoso no domicílio ampliando sua rede de suporte social, ampliando o atendimento domiciliar ao idoso e às famílias, criando ambulatórios do tipo hospital dia, melhoria do acesso destes aos serviços e profissionais da saúde. Instrumentalizar os familiares a cuidar de seus idosos no domicílio apoiando-os e auxiliando a cuidar de forma que as ILPIs se destinem, apenas, àqueles idosos cujas famílias não possam realmente cuidar ou que não possuam famílias.

Estratégias para melhorar a expectativa de vida do homem idoso precisam ser implementadas, pois 62,75% dos idosos em ILPIs são mulheres que foram para a instituição após terem ficado viúvas.

A baixa escolaridade pode causar desconhecimento acerca de formas adequadas de se alimentar sendo necessária a educação do idoso para a aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis. A educação em saúde fornece conhecimentos para os indivíduos, atua sobre as suas atitudes e seu modo de sentir, capacitando-os a agirem com relação à qualidade de vida. O papel dos profissionais de saúde deve ser o de suporte nutricional para os idosos auxiliando-os a adquirirem comportamento alimentar saudável.

Ao realizar sua avaliação nutricional é preciso, também, entender os seus hábitos de vida, suas preferências e práticas alimentares e as suas necessidades sendo necessária a individualização da dieta, que são medidas possíveis de serem implementadas. Neste estudo, quanto ao estado nutricional do idoso verificou-se que a minoria dos idosos residentes apresenta estado nutricional adequado. Verificou-se que não há, nas instituições estudadas, avaliação nutricional de rotina nem acompanhamento do peso dos idosos. No entanto, 96,1% dos idosos são assistidos por Nutricionistas. Torna-se necessário que os Nutricionistas no desenvolvimento de seu trabalho priorizem o acompanhamento individual de cada idoso, com avaliação nutricional periódica, elaboração de cardápios de acordo com os hábitos e cultura destes idosos e oferecendo suplementação àqueles com diagnóstico de desnutrição.

Com o item avaliação antropométrica da MAN, o estudo evidenciou que muitos idosos não sabiam se haviam perdido peso nos últimos três meses e que estes estavam desnutridos pelo escore, indicando a necessidade da realização da avaliação antropométrica periódica nos idosos a fim de detectar precocemente as alterações que possam levar a um risco nutricional.

Em relação à avaliação global, proposta pela MAN, verificou-se a presença da polifarmácia, presença de estresse ou doença aguda nos últimos três meses, problemas de mobilidade com pacientes acamados ou em cadeira de rodas, pacientes com algum tipo de demência e com úlceras de pressão.

Torna-se necessário acompanhar o efeito dos medicamentos sobre o apetite do idoso e interações da medicação com os alimentos, orientarem o idoso sobre a forma correta de utilizar seus medicamentos; propiciar acompanhamento médico periódico e efetivar a terapêutica necessária de forma a garantir uma boa evolução de suas patologias; atenção especial à nutrição de idosos com problemas de mobilidade, procurando recuperar sua autonomia, implementando estratégias adequadas para a promoção de sua nutrição.

Quanto ao estudo dietético dos idosos, verificou-se que muitos idosos não consomem uma dieta adequada.

Quanto a sua auto-avaliação, o estudo evidenciou que, muitos idosos apresentam sua autopercepção afetada não sendo capazes de perceber sua perda de peso nem seu real estado nutricional tornando-se vulneráveis à piora do seu quadro, necessitando que os profissionais da saúde assumam este papel. Conclui-se que, se os profissionais identificam a perda de peso dos idosos pouco tem feito para evitá-la ou suas estratégias estão sendo pouco efetivas. Torna-se necessário o estudo de estratégias mais efetivas para recuperar o peso e o estado nutricional dos idosos.

Outra evidência é que muitos idosos já chegam à instituição desnutridos sendo a institucionalização uma opção da família/idoso para recuperar seu estado nutricional. Este fato apresenta a ILPI como um local de promoção e reabilitação da saúde do idoso residente e como uma opção que a sociedade dispõe para o acolhimento do idoso, compondo a rede de apoio social das famílias.

Como limitações do estudo verificou-se a falta de registros oficiais nos prontuários dos idosos residentes na maioria das ILPIs estudadas fazendo com que algumas informações tivessem que ser obtidas com os profissionais de saúde, limitação de horários para a coleta de dados e as recusas dos idosos, que obrigaram a pesquisadora a retornar várias vezes em cada instituição ampliando o período planejado para a coleta de dados. Torna-se necessário o cuidado por manter prontuários completos e atualizados de forma que os mesmos possam tornar-se um aliado dos próprios profissionais no acompanhamento dos idosos residentes.

Como contribuições do estudo, concluiu-se que a MAN se mostrou um método eficiente para a avaliação nutricional e identificação dos fatores de risco de desnutrição nos idosos residentes em ILPIs de Rio Grande. A MAN apresentou-se como um método capaz de

ser realizado pelos profissionais da saúde / nutricionistas / enfermeiras, desde que os mesmos recebam ou tenham conhecimentos sobre antropometria, que é imprescindível para a aplicação da MAN. Além de um método de diagnóstico a MAN, apresenta-se, também como um método de prevenção da desnutrição se realizada no momento da inserção do idoso na ILPI e periodicamente. O estudo mostra a possibilidade do uso da MAN para a identificação do estado nutricional de idosos em outros contextos, mostrando-se como uma tecnologia de cuidado.

Além disso, o estudo possibilitou a associação da teoria com a prática, construindo conhecimentos que podem subsidiar os dirigentes das ILPIs estudadas a planejarem estratégias para reverter o quadro nutricional dos seus idosos residentes. Ao devolver os resultados do estudo aos dirigentes das ILPIs, o mesmo tornou-se uma prática social possibilitando tornar estas, locais de promoção e prevenção de saúde.

Concluiu-se que as ILPIs, hoje, são uma necessidade e desempenham importante papel no acolhimento e cuidado aos idosos, no entanto, precisam ser fiscalizadas de forma que realmente cumpram seu papel social, pois os idosos residentes são um grupo vulnerável à desnutrição. Espero que este estudo possa ter ampliado a pesquisa na área da gerontologia, mais especificamente na área da nutrição do idoso residente em ILPIs em Rio Grande, no RS e no Brasil.

REFERÊNCIAS

ACUNÃ, X.; CRUZ, I. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos em situação nutricional da população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 345-61, 2004.

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas: Alínea, 2004.

ALVA, M. C. V.; NOCEDAL, S. G. R.; CABALLERO, M. L. H. Desnutrición em lãs personas de edad avanzada. **Nut Clín**, México, v. 6, n. 1, 70-79, 2003.

ARELLANO, M. et al. Clinical impactol different scores of the Mini Nutritional Assesment (MNA) in the diagnosis of malnutrition in patients with coognitive impairment. **Arch Gerontol Geriatr Suppl**; n.9, p. 27-31, 2004.

AZEVEDO, L. C. et al. Principais fatores da mini-avaliação nutricional associada a alterações nutricionais de idosos hospitalizados. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 3, p. 7- 14, 2007.

BARROS, D. C. (Org.). **SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde: A Antropometria**. Rio de Janeiro, 2005. 104p.

BENNEMANN, R. M. Avaliação do estado nutricional de idosos com e sem distúrbios cognitivos, residentes em instituição geriátrica do município de Bragança Paulista – Estado de São Paulo. 2002. 125 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2002.

BESSA, Maria Eliana Peixoto; SILVA, Maria Josefina da. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n.2, p. 258-265, abr./jun. 2008

BICUDO-SALOMAO, Alberto; AGUILAR-NASCIMENTO, José Eduardo de; CAPOROSSI, Cervantes. Risco nutricional em cirurgia avaliado pelo índice de massa corporal ajustado ou não para pacientes idosos. **Arq. Gastroenterol.**, v. 43, n. 3, p. 219-223, jul./set. 2006.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1999, v. 15, n. 2, p. 139-47.

BORBA, A. M. N. L.; WOLFF, J. H.; LIBERALI, R. Avaliação do perfil antropométrico e alimentar de idosos institucionalizados em Blumenau – Santa Catarina. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 11–18, maio/jun., 2007.

BORN, T; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1131-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989**. Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos: Brasília, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. **Resolução 196/96** que normaliza a pesquisa em seres humanos. Brasília, 9f. 4 Suppl, p. 15-25. 1996

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa**, 2002.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n o 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 27 set. 2005. Seção 1, p.58-60.

BUENO, Júlia Macedo et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1237-1246, jul/ago. 2008.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, C.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. p. 15-38.

CABISTANI, N. M. Avaliação Antropométrica. In: BUSNELLO, FC.(Org.). **Aspectos Nutricionais no Processo do Envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 19- 27.

CABRERA, M. A. S.; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, p. 494-501, 2001

CAMARANO, A. A. **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p 88-105.

CAMPOS, M. T. F. S; MONTEIRO, J. B. R; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr**, Campinas, v.13, n. 3, p. 157-65, 2000.

CAMPOS, M. T. F. S. et al. Correlação entre diferentes parâmetros de avaliação do estado nutricional. **Rev Bras Nutr Clin**, Niterói, v. 16, n. 1, p. 1-5, 2001.

CEREDA, E.; VALZOLGHEN, L.; PEDROLLI, C. Mini Nutritional assessment is a good predictor of functional status in institutionalized elderly at risk of malnutrition. **Clinical Nutrition**, v. 27, n.5, p. 700-705,out. 2008;.

- CESAR, T. B. et al. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. **Rev. Nutr. Campinas**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 357-365, maio/jun. 2005.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997; 31(2).
- CHAIMOWICZ, F; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999.
- CHRISTENSSON, L.; UNOSSON, M.; EK, A. C. Evaluation of nutritional assesment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. **Eur J Clin Nutr**, v. 56, n. 9, p. 810-818, set. 2002.
- CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F.; STEINBAUCH, M. C. Estimating stature from knee-height for persons 60 to years of age. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 33, n. 2, p. 116-120, 1985.
- COELHO, A. K.; ROCHA, F. L.; FAUSTO, M. A. Prevalence of undernutrition in elderly patients hospitalized in a geriatric unit in Belo Horizonte, MG, Brazil. **Nutrition**, v. 22, n. 10, p. 1005-1011, 2006.
- COHENDY, R. et al. Preoperative nutritional evaluation of elderly patients: the Mini Nutritional Assesment as a practical tool. **Clin Nutr**, v. 18, n. 6, p. 345-348, 1999.
- CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (Org.). **Idoso asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Educs/Edipucrs, 2004.
- COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. Avaliação Geriátrica Ampla. **Rev da UFG**, v. 5, n 2, dez. 2003. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html. Acesso em: 25 jul. 2008.
- CREUTZBERG, M. A instituição de Longa Permanência para Idosos e sua relação com o Sistema Societal: uma análise na perspectiva da Teoria de Sistemas de Niklas Luhmann. 2005. 225 f. **Tese** (Doutorado em Gerontologia Biomédica) –Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.
- CUNHA, S. F.; CUNHA, D. F. Nutrição em Geriatria. In: NETO, F. T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2003.
- DALACORTE, R. R. et al. Mini Nutritional Assessment score and the risk for undernutrition in free-living older persons. **J Nutr Health Aging**, v. 8, n. 6, p. 531-534, 2004.
- DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 518-524, maio/jun. 2004.
- DIOGO, M. J. D. Modalidades de Assistência ao Idoso e à Família: impacto sobre a Qualidade de Vida. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1383-1387.

DUERKSEN, Donald R. et al. The Validity and Reproducibility of Clinical Assessment of Nutritional Status in the Elderly. **Nutrition**, v. 16, p. 740-744, 2000.

EMED, T. C. X. S.; KRONBAUER, A.; MAGNONI, D. Mini Avaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. **Rev. Bras Nutr Clin**, v. 21, n.3, p. 219-223, 2006.

ESPITIA, A. Z.; MARTINS, J. J. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina, v. 35, n. 1, p. 52-59, 2006.

FAUSTINO NETO, T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2003.

FERREIRA, L. S. Uso da Mini Avaliação Nutricional para o diagnóstico de desnutrição e risco de desnutrição de idosos residentes em instituições de longa permanência. 2005. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

FERREIRA, L. S.; NASCIMENTO, L. F.; MARUCCI, M. F. Use of the mini nutritional assessment tool in elderly people from long-term institutions of southeast of Brazil. **J Nutr Health Aging**, v.12, n. 3, p. 213-217, mar. 2008.

FREIRE, J. R. C; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: Conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n. 16, p. 147-158, 2005.

GUIGOZ, Y; VELLAS, B. J.; GARRY, P. J. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. **Facts Research in Gerontology**, v. 4, s. 2, p. 15-59, 1994.

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B. J.; GARRY, P. J. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. **Nutr Rev**, v. 54, n.1, p. 59-65, 1996.

GUIGOZ, Yves; LAUQUE, Sylvie; VELLAS, Bruno J. Identifying the elderly at risk for malnutritionThe Mini Nutritional Assessment. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 18, n. 4, p. 737-757, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2000). Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidosohtm>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

KONDRUP, J. et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. **Clinical Nutrition**, v. 22, n. 4, p. 415-421, 2003.

LAUFFER, A.; PORTO WIECK, F. Avaliação dietética: inquéritos alimentares. In: BUSNELLO, F. C. (Org.). **Aspectos Nutricionais no Processo do Envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 29-39.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Illinois: Abridged, 1991, 90p.

MARTINEZ, S. H. L.; BRÊTAS, A. C. P. O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar. **Acta Paul de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 181-188, abr./jun. 2004.

MASTROENI, M. F. et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Rev. Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 190-201, 2007.

MATOS, L. J. E. C. Risco de desnutrição em idosos na comunidade. 2005. 101 f. **Dissertação** (Mestrado em Medicina Social)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2005.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev. Bras Ciên e Mov**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 21-32, abr. 2000.

MENDONÇA, J. M. B. Instituição de Longa Permanência para Idosos e Políticas Públicas. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 168-90, 2006.

MENEZES, T.N. Avaliação antropométrica e do consumo alimentar de idosos residentes em instituições geriátricas da cidade de Fortaleza–Ceará. 2000. 125 f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2000.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza-CE. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 169-175, 2005.

MENEZES, Tarciana Nobre de; SOUZA, José Maria Pacheco de; MARUCCI, Maria de Fátima Nunes. Avaliação do estado nutricional dos idosos residentes em Fortaleza/CE: o uso de diferentes indicadores antropométricos. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum**, Florianópolis, v. 10, n. 4, p. 315-322, 2008.

MOULIN, C. C. Avaliação Bioquímica. In: BUSNELLO, F. C.(Org.). **Aspectos Nutricionais no Processo do Envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 41-47.

MORIGUTI, Julio Cesar et al. Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. **Med. J.**, São Paulo, v. 119, n. 2, p.72-77, mar. 2001.

NAJAS, M.; PEREIRA, F. A. I. Nutrição em Gerontologia. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2006. p.1180-88.

OTERO, U. B.; ROZENFELD, S.; GADELHA, A. J. Óbitos por desnutrição em idosos, São Paulo e Rio de Janeiro. Análise de séries temporais. 1980-1996. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 191-205, 2001.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórica definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p 2-12.

PAVAN, Fábio José, MENEGHEL, Stela Nazareth; JUNGES, José Roque. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-2189, set. 2008.

PELZER, M. T. Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um Grupo de Ajuda Mútua. 2005. 134 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem)– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PENIÉ, J. B. State of malnutrition in Cuban hospitals. **Nutrition**, v. 21, p. 487- 497, 2005.

PEREIRA, R. S. Risco de desnutrição em idosos institucionalizados do município do Rio de Janeiro; um estudo com a Mini Avaliação Nutricional (MAN). 2004. 98 f. **Dissertação** (Mestrado em Medicina Social)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

PERISSINOTTO, E. et al. Anthropometric measurement in the elderly: age and gender differences. **Brit J Nutr**, London, v. 87, p. 177-186, 2002.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007.

PIRLICH, Matthias; LOCHS, Herbert. Nutrition in the elderly. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, v. 15, n. 6, p. 869-884, dez. 2001.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-221, 1987.

RESENDE, C. H. A. **Desnutrição em idosos institucionalizados em asilos**. 2001. 126 f. **Tese** (Doutorado em Medicina)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2001.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 186-192.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

RUIZ-LÓPEZ, M. D. et al. Nutritional risk in institutionalized older women determined by the Mini Nutritional Assessment Test: What are the main factors? **Nutrition**, v. 19, p. 767-771, 2003.

SALETTI, A. et al. Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. **Gerontology**, v. 46, p. 136-145, 2000.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 17, n. 4, p. 507-514, out./dez. 2004.

SANTELLE, O.; LEFÉVRE, 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. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3061-65, dez. 2007.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, 2005.

SANTOS, J. L. et al. Anthropometric measurements in the elderly population of Santiago, Chile. **Nutrition**, v. 20, n. 5, p. 452-457, 2004.

SANTOS, J. S. Desnutrição. In: BUSNELLO, F. M. (Org.). **Aspectos Nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 95-100.

SANTOS, S. S. C. S. et al. O papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos. **Rev Enferm UFPE**, Pernambuco, v. 2, n. 3, p. 262-268, 2008.

SANTOS, V. H.; REZENDE, C. H. A. Nutrição e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.930-41.

SAYEG, M.; MESQUITA, R. V. Políticas públicas de Saúde para o Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1083-89.

SILVEIRA, E. A.; LOPES, A. C. S.; CAIAFFA, W. T. Avaliação do estado nutricional de idosos. In: KAC, Gilberto; SICHIERI, Rosely; GIGANTE, Denise Petrucci (Org.). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 105-125.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003.

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Seção São Paulo. **Instituição de Longa Permanência para Idosos**: manual de funcionamento. São Paulo: SBGG, 2004.

SOINI, H.; ROUTASALO, P.; LAGSTRÖM, H. Characteristics of the Mini Nutritional Assessment in elderly home- care patients. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 58, n. 1, p. 64-70, jan. 2004.

STATACORP. **Stata Statistical Software**: Release 9. Texas: Stata Corporation LP, 2005.

SOUZA, Diba Maria Sebba Tosta de; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 958-964, set./out. 2007.

SUÁREZ, M. M. S. et al. Desnutrición hospitalaria em El hospital universitario “Calixto García”. **Rev. Cuba Invest Bioméd**, Cuba, v. 23n. 4, p. 227-234, 2004.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 759-768, out./dez. 1999.

TORAL, N.; GUBERT, M. B.; SCHMITZ, B. A. S. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. **Rev. Nutr, Campinas**, Campinas, v. 19, n. 1, 2006.

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

_____. Overview of the MNA^R – Its history and challenges. **The Journal of Nutrition, health & Aging^C**, v. 10, n. 6, p. 456-465, 2006.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio/jun. 2003.

VERAS, R. P. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Públ**, S. Paulo, v. 21, p. 225-233, 1987.

VIANA, I. C. Unidades de alimentação e nutrição (UANs) de instituições geriátricas: estrutura física, operacional e organizacional **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

VILLAREAL, D. T. et al. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition na NAASO the Obesity Society. **Am J Clin Nutr**, v. 82, p. 923-934, 2005.

WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. T. D. Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar. **Rev. Bras Nutr Clin**, v. 14, n. 2, p. 121-134, 1999.

WHO - World Health Organization. **Health of elderly**: background document. Geneva, 1995.

WIKIPEDIA. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio_Grande>. Acesso em 20 abr. 2007.

YAMAMOTO, A.; DIOGO, M. J. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 660-665, 2002.

**APÊNDICE A - Autorização da direção da Instituição de longa permanência para idosos -
ILPI**

Instituição

Rua:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Telefone:

Fui informado (a) que, em Instituições de Longa Permanência, está sendo desenvolvida pesquisa para avaliar o estado nutricional e os fatores de risco para desnutrição em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência na cidade do Rio Grande, RS.

Essa pesquisa será realizada em ILPIs cadastradas na Vigilância Sanitária do município do Rio Grande e é coordenada pela professora Dra. Giovana Calcagno Gomes do Departamento de Enfermagem.

Para participar da pesquisa é necessário realizar medidas de peso, altura, pregas cutâneas e circunferências corporais. Qualquer pergunta ou esclarecimento, no caso de dúvida relativa aos procedimentos da pesquisa, será esclarecido imediatamente.

Diante do que foi exposto, autorizo a realização do estudo na instituição, pela qual sou responsável. Concordo, também, em responder as questões sobre o perfil sócio-econômico-demográfico, alimentação e inclusão de profissionais de saúde no quadro de funcionários da instituição.

Os responsáveis pelo desenvolvimento deste trabalho colocam-se a disposição para esclarecimento ou fornecimento de orientações, palestras etc., sobre os temas abordados nesta pesquisa.

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio Grande,/...../.....

ASSINATURA:

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Esta pesquisa, intitulada “Estado nutricional e fatores de risco para desnutrição em idosos Institucionalizados na cidade do Rio Grande, RS”, tem como objetivos:

Descrever a população do estudo segundo o perfil sócio-econômico e demográfico dos idosos investigados;

Avaliar o estado nutricional dos idosos institucionalizados em ILPs na cidade do Rio Grande;

Identificar os fatores de risco para desnutrição a que estes idosos estão expostos.

Por meio deste, venho solicitar sua participação no desenvolvimento desta pesquisa, através da MAN – Mini Avaliação Nutricional e questionário de dados sócio-econômicos e demográficos, assegurando-lhe:

- A garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente à pesquisa;

- A liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa, sem que lhe traga qualquer prejuízo;

- A segurança de que não será identificado (a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade, podendo inclusive escolher um nome fictício como identificação;

- De que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término da pesquisa;

- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas da pesquisa bem como dos seus resultados;

- Da garantia do sigilo e anonimato.

Nome do/a participante: _____

Assinatura: _____

Local: _____ Data: __/__/200__

Mestranda: Aline Ferreira Brandão CI: 1055236424, e-mail: anutri76@ibest.com.br
Telefone: (53) 91571763.

Orientadora da pesquisa: Giovana Calcagno Gomes: CI: 4029635838, e-mail: acgomes@mikrus.com.br, Telefone: (53) 84079128.

APÊNDICE C - Dados socioeconômicos e demográficos

| | |
|---|---------------------------|
| NOME: | Nº QUEST.: _____ |
| QUESTIONÁRIO _____ DATA ___/___/_____ | DATA: _____ |
| INSTITUIÇÃO | |
| 1- 2- 3- 4- 5- | INST: _____ |
| DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS | |
| 1. Idade DN / / | IDADE : DN ___/___/___ |
| 2. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino | SEXO: _____ |
| 3. Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Outra: | COR: _____ |
| 4. Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a) | CONJ.: _____ |
| 5. O(a) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não → Pule para a pergunta 7M (1) Sim (2) Só assina → Pule para a pergunta 7M | ALFAB.: _____ |
| 6. Até que série o(a) Sr(a) estudou? Anotação: Anos completos de estudo: anos (88) NSA | ESC: ____ |
| 7. Procedência do idoso: (1) rua (2) hospital (3) outra instituição (4) casa de familiares (5) casa própria (6) outros locais (7) não identificado | PROCED.: _____ |
| 8. Qual a sua renda mensal? salários mínimos | RENDA: ____ |
| 9. Motivo da institucionalização (1) abandono; (2) ausência de cuidador; (3) violência; (4) ausência de familiares; (5) opção própria; (6) tratamento de saúde | MOTINS: _____ |
| 10. Tempo de institucionalização: Meses: | TEMPINS: _____ |

| | | | | |
|---|--------------|----------|----------|-----------|
| 11. Inclusão de profissionais de saúde no quadro de funcionários da instituição: | | | | |
| (1) sim (2) não | | 0 NÃO | 1 SIM | |
| | MED | _____ | _____ | PROFSAÚ: |
| | NUT | _____ | _____ | MED: __ |
| | ENF | _____ | _____ | NUT: __ |
| | FISIO | _____ | _____ | ENF: __ |
| | ASS | _____ | _____ | FISIO: __ |
| | PSIC | _____ | _____ | ASS: __ |
| | TEC | _____ | _____ | PSIC: __ |
| | AUX | _____ | _____ | TEC: __ |
| | | | | AUX: __ |
| 12. O idoso apresenta alguma patologia: | | | | |
| (1) sim (2) não | | 0 | 1 | |
| ()se sim, qual(ais)_____ | | NÃO | SIM | |
| | DM | | | PAT.: __ |
| | HAS | | | |
| | ALZHEIMER | | | |
| | DISLIPIDEMIA | | | |
| | OUTRAS | | | |

APÊNDICE D - Mini-avaliação nutricional (MAN^R)

| | | | |
|-----------------------------|-------------------|-----------|------------------|
| Peso (Kg) _____ | Altura (cm) _____ | PSE _____ | PESO: ___ |
| | | | ALT: ___ |
| Altura do joelho (cm) _____ | | | PSE: ___ |
| | | | ALTJ: ___ |

| I. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA | |
|--|-------------|
| 1- Índice de massa corporal (IMC) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 | IMCV ___ |
| 2- Circunferência do braço – CB (cm) (1) 0,0 = CB < 21 (2) 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 (3) 1,0 = CB > 22 | CBV ___ |
| 3- Circunferência da panturrilha – CP (cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 | CPV ___ |
| 4 – Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = perda de peso > 3 Kg 1 = não sabe 2 = perda de peso entre 1 e 3 Kg 3 = sem perda de peso | PPESO ___ |
| II AVALIAÇÃO GLOBAL | |
| 5 – Vive em casa (fora do asilo ou hospital)? 0 = não 1 = sim | |
| 6- Toma mais de 3 medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não | 3 MEDD ___ |
| 7 – Sofreu estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses? 0 = sim 1 = não | STPSIC ___ |
| 8 – Mobilidade 0 = restrito ao leito ou cadeira de rodas 1 = capaz de levantar da cama ou cadeira mas não sai da casa 2 = sai da casa | MOB ___ |
| 9 – Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão grave 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos | PROBNEU ___ |
| 10 - Úlceras de decúbito ou escaras de pele 0 = sim 1 = não | ESCAR ___ |

| III – AVALIAÇÃO DIETÉTICA | | |
|--|---|-------------------|
| 11 - Quantas refeições completas o idoso faz por dia? 0 = 1 refeição 1 = 2 refeições 2 = 3 refeições | <input type="checkbox"/> | Nº REF ____ |
| 12 - o idoso consome: - pelo menos uma porção de laticínio por dia (leite, queijo, iogurte)? | <input type="checkbox"/> Sim Não | CONS LE ____ |
| - 2 ou mais porções de feijão ou ovo por semana Sim Não | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | CONS FE ____ |
| - carne, peixe ou ave todo o dia? Sim Não | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | CONS CA ____ |
| (1) 0,0 = se 0-1 sim (2) 0,5 = se 2 sim (3) 1,0 = se 3 sim | | CONSTP ____ |
| 13 - Consome 2 ou mais porções de frutas ou vegetais por dia? 1 = sim 0 = não | <input type="checkbox"/> | CONS FR ____ |
| 14 - Tem diminuído a ingestão de comida nos últimos 3 meses? Por perda do apetite, problemas digestivos, dificuldade para mastigar ou engolir? 0 = grave diminuição da ingestão 1 = moderada diminuição da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão | <input type="checkbox"/> | DIING ____ |
| 15 - Quanto líquido (água, suco, café, chá, leite...) consome por dia? 0 = menos que 3 xícaras = 0 ponto 1 = 3 - 5 xícaras = 0,5 ponto 2 = mais que 5 xícaras = 1,0 ponto | <input type="checkbox"/> | QUANTLI ____ |
| 16 - Modo de alimentar 0 = requer assistência para alimentar-se 1 = alimenta-se só com alguma dificuldade 2 = alimenta-se só sem qualquer problema | <input type="checkbox"/> | MODALI ____ |
| IV - AUTO AVALIAÇÃO | | |
| 17 - Você acha que tem algum problema nutricional? 0 = grave desnutrição 1 = não sabe ou moderada desnutrição 2 = sem problema nutricional | <input type="checkbox"/> | PROBNUT ____ |
| 18 - Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como você considera sua saúde? 0,0 = não é boa (1) 1,0 boa (3) 0,5 = não sei (2) 2,0 melhor (4) | <input type="checkbox"/> | SAUDE ____ |
| TOTAL (máximo 30 pontos) | | VALOR ____ |
| ESCORE | | |
| ≥ 24 pontos Bem Nutrido (1) de 17 – 23,5 pontos risco de desnutrição (2) < 17 pontos Desnutrido (3) | | AVNUT ____ |

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

**ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER****Protocolo: N° 019/2007****Título do Projeto:** Estado Nutricional e Fatores de Risco para Desnutrição em Idosos Institucionalizados na Cidade do Rio Grande- RS.**Objetivos:** Avaliar o estado nutricional e identificar os possíveis fatores de risco para desnutrição em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência; descrever a população do estudo segundo o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos investigados; avaliar o estado nutricional dos idosos institucionalizados em ILPS na cidade do Rio Grande; e, identificar os fatores de risco para desnutrição a que estes idosos estão expostos.**Orientador(a):** Prof^ª. Dra. Enfa. Giovana Calcagno Gomes**Pesquisador (a) responsável:** Aline Ferreira Brandão**Parecer CEPAS:** O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, com a ressalva de que se detectado a desnutrição o órgão gestor será informado e que medidas sejam tomadas para solucionar o problema. Os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa. Ressalva a importância de apresentar um relatório final.

Rio Grande, 11 de setembro de 2007.



Prof.ª. Dra. Susi Helene Lauz
*Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
da ACSCRG*