

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Graduação em Nutrição**

Letícia Follmann

**Estado nutricional dos idosos usuários de uma Unidade Básica de
Saúde em Porto Alegre - RS**

Porto Alegre, 2011

Letícia Follmann

Estado nutricional dos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre - RS

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Medicina Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ilaine Schuch

Porto Alegre, 2011

Letícia Follmann

Estado nutricional dos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre - RS

Trabalho de conclusão de curso de graduação para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Graduação em Nutrição.

Porto Alegre, 16 de novembro de 2011.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o trabalho de conclusão de curso, elaborado por Letícia Follmann, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Eliziane Ruiz (UFRGS)

Prof^o. Virgílio J. Strasburg (UFRGS)

Prof^a Dr^a. Ilaine Schuch (Orientadora)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Expectativa de vida no Brasil por região e por sexo	9
Tabela 2. Prevalência do déficit de peso, de excesso de peso e de obesidade, na população com 45 anos ou mais de idade por sexo (%)	14
Tabela 3. Média e desvio padrão de idade e de indicadores antropométricos por sexo	24
Tabela 4. Média e desvio padrão dos indicadores antropométricos por sexo e faixa etária	24
Tabela 5. Prevalência de baixo peso, eutrofia e sobrepeso por sexo	25
Tabela 6. Prevalência de sobrepeso, eutrofia e baixo peso por sexo e faixa etária..	25
Tabela 7. Prevalência de circunferência da cintura aumentada indicando risco cardiovascular por faixa etária	27
Tabela 8. Prevalência de doenças crônicas	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC – Circunferência da Cintura
DEP – Desnutrição Energético Protéica
DM – Diabetes Mellitus
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC – Índice de Massa Corporal
IRC – Insuficiência Renal Crônica
LAN – Laboratório de Avaliação Nutricional
MG – Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PB – Paraíba
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional de Análise por Domicílios
PNSN – Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPV – Pesquisa sobre Padrões de Vida
RS – Rio Grande do Sul
SC – Santa Catarina
SIS – Sistema de Indicadores de Saúde
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SP – São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e Nossa Senhora, por me darem força e capacidade para concluir este trabalho, sempre me iluminando nessa caminhada.

Aos meus amados pais, Rosa Rita e Renato, que acreditaram em mim, e com esforços investiram em meu conhecimento, sempre me apoiaram nos momentos bons e difíceis dessa caminhada. Por suas formas persistentes de me incentivar durante o longo percurso.

À minha irmã, Patrícia, por compreender e acalmar meus momentos de angústia e tensão, sempre me apoiando com otimismo.

À minha amiga e orientadora Ilaine Schuch, que acreditou em mim, sempre apoiando e colaborando com afinco para a realização deste trabalho.

Aos amigos da Casa do Estudante (CEUFRGS), que vivenciaram cada fase da elaboração do TCC. Em especial aos amigos(as) Mikael, Pedro, Carla, Amanda, Clarissa, Raquel, Priscila, Vivian e Samantha, pela motivação e apoio nesse período e pela compreensão em relação às minhas ausências e às oscilações de humor.

A todas as amigas-colegas do curso de Nutrição, que tiveram que entender a minha ausência em alguns momentos de diversão devido aos momentos de reflexão para escrever o TCC. Por me proporcionarem momentos de alegrias e distrações nessa etapa, em especial a Amanda, Rochelly, Karina e Fernanda.

Aos demais amigos e amigas que estiveram presentes em algum momento nessa etapa, que me apoiaram e compreenderam.

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, estiveram presentes nos momentos de alegria ou não, neste período da minha vida.

A todos, meu Muito Obrigada!

RESUMO

O crescimento da população idosa e o aumento da expectativa de vida são uma tendência em todo o mundo. Com o envelhecimento acontecem alterações na composição corporal e o estado nutricional do idoso pode estar relacionado com doenças crônicas. Com o objetivo de descrever o perfil nutricional de idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre, realizou-se um estudo transversal, com análise de dados secundários a partir do Cadastro do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do ano de 2010. Foram descritas as variáveis de idade, sexo, peso, altura, IMC e circunferência da cintura, com avaliação do estado nutricional e descrição da presença de risco de doença cardiovascular e de doenças crônicas não transmissíveis. Dos 131 indivíduos avaliados, 68,7% eram mulheres. A média de peso, altura e circunferência da cintura foi mais alta nos homens, mas o IMC médio foi maior nas mulheres. Observou-se a predominância de sobrepeso em ambos os sexos, com percentual maior nas mulheres (51,11%). Com o aumento da idade, observa-se um aumento da prevalência do baixo peso, tanto nos homens quanto nas mulheres. Encontrou-se 78,86% de idosos com circunferência da cintura inadequada, apresentando risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular. A hipertensão arterial sistêmica mostrou-se como a doença mais prevalente (70,99%), seguida por Diabetes Mellitus (24,43%) e dislipidemia (20,61%). Devem ser desenvolvidas estratégias que retardem a evolução das doenças, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos, com autonomia e independência. Opções para melhorar essas situações são programas de educação nutricional continuada, estímulo por parte da equipe de saúde e dos familiares à prática de atividade física pelo idoso, sempre mantendo o monitoramento do perfil nutricional.

Palavras-chaves: Idoso. Saúde do idoso. Nutrição do idoso. Doença crônica não transmissível

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO.....	8
1.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E NECESSIDADES NUTRICIONAIS: ASPECTOS GERAIS	11
1.3 PERFIL NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL	13
1.4 CONSUMO ALIMENTAR DOS IDOSOS.....	15
1.5 EPIDEMIOLOGIA DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE NOS IDOSOS	16
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 OBJETIVO GERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4 METODOLOGIA	19
4.1 TIPO DE ESTUDO	19
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	19
4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO	20
4.4 TÉCNICAS DE AFERIÇÃO DAS VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS.....	21
4.5 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	21
4.6 PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS	22
4.7 CONDIÇÃO DE MORADIA DOS INDIVÍDUOS.....	22
4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

. Uma alta prevalência de doenças crônicas e um maior número de alterações e incapacidades associadas ao envelhecimento caracterizam um aumento na utilização de serviços de saúde pela população idosa

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cada vez mais se tem falado em atenção básica como referência aos serviços de saúde municipais, vendo, por exemplo, o crescimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos últimos anos (Gil, 2006).

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), esta é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Para os usuários do SUS, a atenção básica é o contato preferencial com os sistemas de saúde (MS, 2006).

Na atenção básica, a vigilância alimentar e nutricional da população permite conhecer os problemas de nutrição, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos distúrbios nutricionais. Essas informações são disponibilizadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no SUS.

1.1 DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

A expectativa de vida no mundo inteiro vem aumentando, o que faz crescer consideravelmente o número de pessoas idosas, fenômeno este que acontece tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (Bassler e Vianna, 2009).

A melhoria das condições de vida da população contribui para o aumento da expectativa de vida, reduzindo também a taxa de mortalidade. Essas melhorias são promovidas através de políticas públicas e dos avanços tecnológicos. As melhorias podem ser observadas na diminuição das taxas de mortalidade infantil, que se dá pelos cuidados de saúde durante a gestação e o acompanhamento do recém-

nascido na amamentação, na melhor escolarização, no investimento em saneamento básico, e nos avanços da medicina. (IBGE, 2010a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como idoso o indivíduo com mais de 65 anos em países desenvolvidos, e, em países em desenvolvimento, as pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2006). De acordo com o Estatuto do Idoso, do Ministério da Saúde, uma pessoa idosa é aquela com mais de 60 anos (Brasil, 2003).

De acordo estimativas da OMS, há em torno de 605 milhões de idosos no mundo, sendo 400 milhões em países em desenvolvimento. A projeção para o ano de 2025 indica que o número de idosos será de 1,2 bilhões, e a Suíça e o Japão serão os países com maior proporção de pessoas mais velhas (Brito, 2008).

No Brasil, desde a década de 60, tem se observado um rápido envelhecimento da população, que é reflexo do aumento da expectativa de vida (Danilow et al, 2007). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a nova expectativa de vida do brasileiro é de 73,1 anos, sendo esta maior em mulheres, média de 77 anos. Na tabela 1 estão descritas as expectativas de vida por região e sexo.

Em 2025, projeções indicam que o Brasil será o 6º país com maior população de idosos do mundo (IBGE, 2010b). Atualmente, a proporção de idosos na população brasileira é de 11,3%, representando em torno de 21 milhões de brasileiros (IBGE, 2010a).

Tabela 1. Expectativa de vida no Brasil por região e por sexo

Região	Ambos os sexos	Homens	Mulheres
Região Sul	75,2 anos	71,9 anos	78,7 anos
Região Sudeste	74,6 anos	70,7 anos	78,7 anos
Região Centro-Oeste	74,3 anos	70,9 anos	77,8 anos
Região Norte	72,2 anos	69,3 anos	75,1 anos
Região Nordeste	70,4 anos	66,9 anos	74,1 anos

Fonte: Adaptada de: IBGE, 2010b.

No Rio Grande do Sul, assim como no Brasil, há um declínio na participação da população menor de 15 anos e um aumento das pessoas com mais de 60 anos, sendo o segundo estado brasileiro com maior número de idosos (14%), ficando atrás somente do Rio de Janeiro (IBGE, 2010b).

Em Porto Alegre, a população idosa passou de 160.540 pessoas no ano de 2000 para 211.896 pessoas em 2010. Segundo dados do Censo Demográfico 2010, Porto Alegre tem a maior população de idosos, concentrados principalmente no bairro Moinhos de Vento (26,9%), superando o bairro Copacabana (23,2%), do Rio de Janeiro. (IBGE, 2010b)

Segundo o IBGE (2010a), dentre a população crescente de idosos há também um maior número de mulheres. No ano de 1991, 54% da população idosa eram mulheres e, em 2009, esse número subiu para 55,8% (IBGE, 2009). A feminilização da população idosa, apesar de ser um fenômeno mundial, é mais intensa no Brasil, onde as mulheres vivem em média oito anos mais do que os homens (IBGE, 2002).

Estudos mostram que há diminuição nas taxas de fecundidade da população brasileira e um alto índice de mortalidade por fatores externos entre os homens, o que pode ajudar a explicar um maior número de mulheres idosas, quando comparado ao número de homens (IBGE, 2010a). Para esta situação também colaboram a redução da mortalidade das mulheres no parto, a maior preocupação com cuidados pessoais e de saúde, consumo diferenciado do álcool e tabaco e uma inserção diferenciada no mercado de trabalho.

Junto com a feminilização, a população de idosos acompanha o processo de urbanização crescente no Brasil, aumentando a proporção de idosos na área urbana. Em 1991, a proporção de idosos residentes na área rural era de 23,3%, passando para 16,5% em 2009 (IBGE, 2009). Essa tendência ocorre devido à redução da demanda de mão-de-obra em atividades agrícolas, da modernização e mecanização do trabalho, migração em busca de melhores condições de vida, facilidade de acesso a outros serviços. (IBGE, 2010b).

1.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E NECESSIDADES NUTRICIONAIS: ASPECTOS GERAIS

O trabalho realizado por Ruiz et al. (2008), buscou observar a existência de concordância entre como os idosos definiam qualidade de vida e os hábitos e estilos de vida que eles têm de fato, através de um inquérito populacional com indivíduos de 60 anos e mais. A maior parte dos idosos do estudo definiu como qualidade de vida as relações interpessoais, boa saúde e equilíbrio emocional, relatando ainda a qualidade de vida ser boa quando há satisfação com a família e com o lar, e praticar trabalhos voluntários.

A interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica resulta em um envelhecimento saudável, e o bem-estar é resultado de um equilíbrio entre as dimensões da capacidade funcional dos idosos (Alves, Leite e Machado, 2008).

Nogueira et al. (2010) procuraram determinar os fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos (com 80 anos ou mais) não institucionalizados do município de São Geraldo (MG). Ser do gênero feminino, a faixa etária e não ter cônjuge presente são condições que se associaram à pior capacidade funcional.

Com o envelhecimento, ocorrem modificações na composição corporal, diminuição da taxa metabólica basal e decréscimo da estatura. O olfato e o paladar podem se tornar menos agudos, a perda dos dentes pode prejudicar a mastigação, e osteoporose e fraturas são mais comuns (Silva, 2010).

Tibo (2007) trata as diversas alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento. Uma delas é a alteração da composição corporal, aumentando o tecido adiposo e perda de massa muscular, com diminuição do peso. Há um aumento da reabsorção óssea, que diminui a espessura do osso. Outros órgãos também passam por alterações, como o fígado e o intestino, além do sistema respiratório (Costa, 2008).

Quanto ao sistema nervoso, além de diminuir de volume e peso, é no cérebro que ocorrem as alterações mais importantes do envelhecimento (Tibo, 2007). Cardoso et al (2007), ao revisarem a literatura, descreveram que a diminuição do cérebro, bem como alterações nos neurônios, podem fazer com que patologias

como acidente vascular cerebral, demências e doenças degenerativas de Alzheimer e Parkinson acometam o sistema nervoso.

Com o envelhecimento, a capacidade pulmonar do indivíduo diminui, devido à perda da elasticidade do tecido pulmonar e diminuição na eficiência dos músculos respiratórios. O trato gastrointestinal apresenta perda do tônus da parede muscular, que pode gerar constipação devido a um peristaltismo lento (Costa, 2008). Segundo Cancela (2008), há uma redução da capacidade de eliminação de toxinas pelo fígado, bem como da metabolização de medicamentos.

Podem também ocorrer alterações sensoriais, como na audição, visão e no equilíbrio, resultantes da diminuição da sensibilidade dos neurônios, acarretando a atenuação desses sentidos (Cancela, 2007; Costa, 2008; Nogueira et al., 2010). Na alteração do equilíbrio, está envolvida a perda de flexibilidade dos tendões e ligamentos e, assim, as articulações diminuem a amplitude de movimentos (Costa, 2008).

Com relação aos micronutrientes, a recomendação seguida geralmente é aquela segundo as DRIs (*Dietary Reference Intakes*) de 2005. Mesmo as necessidades energéticas dos idosos sendo inferiores a de um adulto mais jovem, as necessidades da maioria dos micronutrientes não são reduzidas (Elmadfa e Meyer, 2008).

Um dos principais micronutrientes relacionados com o envelhecimento é o cálcio, e seu metabolismo está diretamente ligado com a perda de massa óssea que ocorre na pessoa idosa, além da redução da absorção do cálcio da dieta (Costa, 2008). A recomendação diária deste nutriente para o idoso é de 1200 mg segundo as DRIs, e a suplementação pode ser necessária em alguns casos.

Relacionada ao cálcio, está a vitamina D, que auxilia no metabolismo ósseo. De acordo com Moynihan (2007), os idosos têm suscetibilidade à deficiência de vitamina D, devido à idade, casos de insuficiência renal, redução da exposição à luz solar e menor eficiência de produção de vitamina D pela pele. Assim, para atingir as recomendações, pode ser necessária a suplementação.

Outras deficiências que podem ser encontradas em pessoas idosas são a de ferro, ácido fólico e vitamina B₁₂. De acordo com Magalhães (2008), a anemia é considerada um problema de saúde pública e é causada pela deficiência desses nutrientes, sendo relacionada à incapacidade funcional e também associada com

uma maior vulnerabilidade a condições adversas e levando a um maior tempo de internação hospitalar.

A recomendação de ferro é de 8 mg por dia, mas muitas vezes essa recomendação não é atingida, devido à uma dieta inadequada ou problemas de absorção do nutriente, investigando também possível perda de sangue, e, assim, deve ser feita a reposição de ferro quando necessária (Gualandro et al., 2010).

Quanto às recomendações de vitamina B₁₂ e ácido fólico, um estudo de Kemp et al. (2002), que analisou a relação da ingestão de alimentos com a concentração sanguínea desses nutrientes de 65 indivíduos recrutados de centros de idosos em Nova Jersey, indicou que aproximadamente 90% dos idosos que participaram apresentaram consumo alimentar abaixo do recomendado segundo as DRIs.

Para o zinco, a recomendação é de 8 mg/d. Mocchegiani et al. (2007) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de evidenciar a má nutrição do idoso, e apresentam que o zinco tem sua importância quando se trata da eficiência da função imune, na atividade antioxidante e na diferenciação celular durante a velhice.

1.3 PERFIL NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

No Brasil, de acordo com trabalhos como a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 e a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), o excesso de peso entre os idosos é bastante prevalente.

A desnutrição energético-proteica (DEP) pode ocorrer em pessoas idosas e está associada à perda de massa magra, diminuição da massa óssea, diminuição da função cognitiva e aumento da morbidade e mortalidade, e a redução do consumo de alimentos e diminuição da capacidade de absorção pode levar a deficiências de micronutrientes (Moynihan, 2007).

Tabela 2. Prevalência do déficit de peso, de excesso de peso e de obesidade, na população com 45 anos ou mais de idade por sexo (%)

Grupos de idade	Total	Masculino	Feminino
Déficit de peso			
45 a 54 anos	1,8	1,3	2,2
55 a 64 anos	2,1	2,0	2,2
65 a 74 anos	3,2	2,5	3,8
75 anos ou mais	4,4	3,1	5,4
Excesso de peso			
45 a 54 anos	58,3	58,7	58,0
55 a 64 anos	60,7	58,0	63,0
65 a 74 anos	56,2	52,2	59,5
75 anos ou mais	48,6	43,9	51,9
Obesidade			
45 a 54 anos	19,3	16,8	21,5
55 a 64 anos	21,3	15,9	26,0
65 a 74 anos	17,9	12,4	22,4
75 anos ou mais	15,8	11,9	18,6

Fonte: Adaptada de: POF 2008-2009.

Com relação ao estado nutricional, Bassler e Lei (2008), em um estudo transversal descritivo, onde analisaram o perfil nutricional de idosos pertencentes a grupos paroquiais, encontraram uma prevalência de 57,4% de sobrepeso nos idosos estudados, segundo o IMC, e as mulheres apresentaram maior frequência. A taxa de desnutrição foi baixa, sendo de 9,6%.

Bueno (2008) encontrou resultados semelhantes em idosos que participavam de um programa assistencial da UNIFAL, em Alfenas, MG. Nesse estudo, encontrou-se 52,4% de sobrepeso, sendo que o baixo peso atingia 19,5% da população dos idosos estudados. Esse estudo mediu também o percentual de gordura corporal (%GC) desses idosos, encontrando 37,8% com %GC elevado. Um estudo de Silveira, Kac e Barbosa (2009), que avaliou idosos residentes em Pelotas (RS), mostrou que 48% da população estudada se encontrava acima do peso.

Silva et al. (2007) analisaram os fatores de risco para doença cardiovascular em 100 idosos diabéticos, no estado de SP. Os resultados apontaram para uma

prevalência de 42% de sobrepeso ou obesidade, e 71% de valores inadequados de circunferência da cintura. A hipertensão arterial foi encontrada em 54%, e mais da metade dos idosos apresentaram dislipidemia. Esses resultados apontam para uma frequência elevada de fatores de risco para doença cardiovascular. Em relação às características de estilo de vida, 65% dos idosos relataram consumir dietas sob orientação médica e 71% eram sedentários.

1.4 CONSUMO ALIMENTAR DOS IDOSOS

O estudo sobre o consumo alimentar do idoso é o de Lima-Filho et al. (2009), que teve por objetivo apresentar as práticas alimentares dos idosos, os principais alimentos, quando e como eram consumidos. Foram entrevistados 96 idosos de Campo Grande. Os autores observaram que a maioria realizava entre três e quatro refeições diárias. O café da manhã era composto de produtos lácteos, pão, frutas e café. O jantar geralmente era substituído por um lanche mais leve (pães, frutas, biscoitos) e o almoço era tido como a refeição mais importante do dia, sendo que a maioria o fazia com a família ou sozinho, quando morava nesta condição. As carnes mais consumidas eram a bovina e a de frango. Alimentos light e diet eram consumidos por 55,2% desta população.

No estudo de Viebig et al. (2009), foi avaliado o consumo de frutas e vegetais por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. Cerca de 35% dos idosos não consumiam diariamente nenhum tipo de frutas e hortaliças, e apenas 19,8% relataram consumo de 5 porções ou mais. De acordo com Freitas et al. (2011), os dez alimentos mais consumidos por idosos, em estudo realizado na zona leste de São Paulo, foram o café (infusão), o arroz branco, o feijão carioca, o açúcar refinado, o leite integral, o adoçante, o pão francês, o leite desnatado, a alface e margarina.

Morimoto (2011) realizou um trabalho a fim de estimar as prevalências de inadequação de ingestão de vitaminas e minerais em adultos e idosos do município de São Paulo, segundo condições socioeconômicas. Ela encontrou altas prevalências de inadequação do consumo de vitaminas A, C, tiamina e riboflavina, cujas fontes alimentares – frutas, hortaliças, cereais integrais, leite e derivados –

apresentaram um baixo consumo. Além disso, a autora encontrou uma alta ingestão de sódio.

Martins et al. (2010) realizaram um estudo para avaliar a associação entre a ingestão inadequada de alimentos e hipertensão arterial, lipídeos e glicose séricos em idosos diabéticos e hipertensos. Da amostra estudada, 97% eram sedentários. Os resultados mostraram que os idosos consumiam principalmente cereais (7,2 porções) e óleos e gordura (5,2 porções). As porções de frutas e vegetais, em média, não chegaram a 3 porções diárias. Um consumo inadequado de frutas, hortaliças, leite e derivados foi encontrado em 76,5% dos idosos, e houve associação positiva entre a hipertensão e o consumo inadequado desses alimentos.

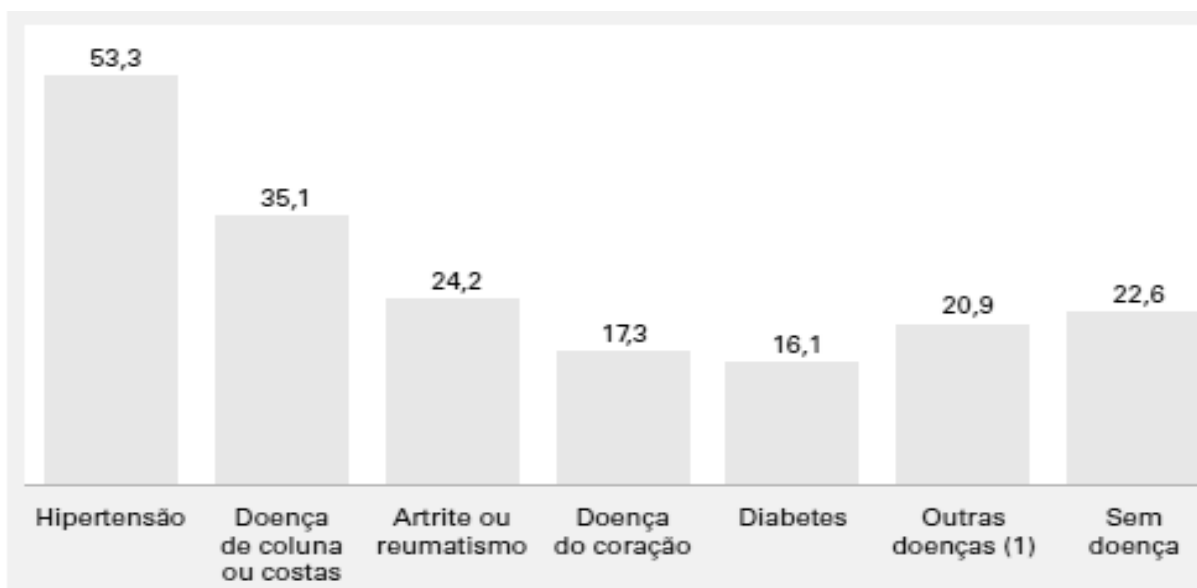
1.5 EPIDEMIOLOGIA DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE NOS IDOSOS

Com o envelhecimento da população, que é um processo natural, ocorrem mudanças no perfil epidemiológico e nutricional da população, predominando as doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, uma proporção relativamente alta de idosos refere sofrer de alguma doença crônica (IBGE, 2010a), conforme apresentado na figura 1.

O desenvolvimento de doenças crônicas em idosos pode estar associado com as modificações que ocorrem na alimentação e também no organismo com o envelhecimento. A influência do estado nutricional na origem e agravamento das doenças crônicas é amplamente reconhecida. Com o envelhecimento, a gordura total aumenta e é redistribuída, acumulando na região abdominal, em virtude da redução da atividade física e da taxa metabólica basal (Sampaio, 2004).

Estudos recentes têm investigado quais são as doenças crônicas mais frequentes nas pessoas idosas e qual a sua relação com o estado nutricional, que interfere na qualidade de vida dessa população, que muitas vezes depende de algum cuidador, mora sozinho ou ainda, encontra-se institucionalizado.

Figura 1. Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que declararam sofrer algum tipo de doença crônica, segundo os principais tipos.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

(1) Inclui depressão (9,2%), asma ou bronquite (5,9%), tendinite ou tenossinovite (5,0%), insuficiência renal crônica (3,3%) e câncer (2,5%).

A doença de Alzheimer é uma condição crônica que pode estar presente entre a população de idosos, cujos sintomas podem estar associados com os distúrbios nutricionais observados em pessoas com essa doença. Perda de peso pode ocorrer em paciente com doença de Alzheimer, e a consequente desnutrição pode levar a complicações como infecção, falência respiratória e insuficiência cardíaca, aumentando a mortalidade (Castro e Frank, 2009; Campanella, 2007). Há estudos, como o de Machado et al. (2009), que mostram que o ganho de peso pode ser um efeito protetor no desenvolvimento da doença.

Em 2007, Danilow et al. realizaram um estudo com 149 idosos de um instituto de longa permanência no Distrito Federal, e encontraram como doenças mais prevalentes a hipertensão arterial sistêmica (51,6%), o acidente vascular cerebral (26,5%) e diabetes mellitus (19,4%).

No estudo de Costa et al (2009), foram entrevistados, por telefone, 9038 idosos, sendo 55% hipertensos. Dentre os indivíduos com hipertensão, encontrou-se uma prevalência de atividade física insuficiente de 88%, um consumo de frutas e hortaliças menor que 5 porções diárias e 23% deles consumiam habitualmente carnes gordurosas.

Felipe, Munaretti e Lima (2009), constataram uma prevalência de hipertensão de 45,65% entre mulheres idosas de Balneário Camburiú (SC) avaliadas no estudo. Das 138 idosas analisadas, verificaram que a maioria era obesa, que realizavam atividades leves e apresentavam alto risco para complicações metabólicas. Em relação ao consumo alimentar, alimentos considerados de risco para doenças cardiovasculares eram consumidos por idosas que referiram diabetes e depressão.

2. JUSTIFICATIVA

Há um crescimento mundial da população idosa, e a maior expectativa de vida contribui para isso. Alterações na composição corporal acontecem com o envelhecimento, e o estado nutricional pode estar associado ao desenvolvimento de doenças crônicas, resultando também em uma maior demanda pela atenção à saúde nos serviços básicos do SUS.

A vigilância alimentar e nutricional tem como objetivo fornecer um diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população, permitindo conhecer os problemas de nutrição, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos distúrbios nutricionais. Atualmente essas informações são disponibilizadas pelo SISVAN, no SUS.

Monitorar as alterações no estado nutricional dos idosos é fundamental, pois possibilita o controle de doenças crônicas, e também a realização de intervenções precoces para a prevenção das mesmas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil nutricional dos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar o estado nutricional a partir de variáveis antropométricas.

Analisar presença de risco cardiovascular.

Descrever as patologias crônicas presentes.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho trata-se de um estudo transversal, com análise de dados secundários a partir do Cadastro do SISVAN, em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – RS.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo corresponde a 131 indivíduos de ambos os sexos, institucionalizados ou não, que residem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, de Porto Alegre-RS e que foram cadastradas no SISVAN, de janeiro a dezembro no ano de 2010. Utilizou-se a definição do Estatuto do Idoso (2003) para idosos, sendo os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.

A UBS Santa Cecília possui em torno de 5 mil pessoas cadastradas, sendo ligada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Funcionando como uma unidade de ensino e pesquisa interligada a rede municipal de saúde realiza atenção primária em saúde. Acolhe acadêmicos de todas os cursos da áreas da saúde. Abrange uma área que inclui regiões dos bairros Santa Cecília, Rio Branco, Jardim Botânico, Santana e Petrópolis.

De acordo com a PNAB (MS, 2006), cada equipe da ESF deve ficar responsável por, no máximo, 4 mil habitantes, com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. A equipe deve ser composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, que deve ser número suficiente para ter 100% de cobertura na área de abrangência da equipe.

A organização da UBS Santa Cecília está de acordo com os princípios da ESF e mantém 4 equipes que são constituídas por um médico de saúde da família, um(a) enfermeiro(a) e um(a) agente comunitário (a), com apoio de médicos residentes e técnicos em enfermagem, para poder atender a uma maior parcela da população de sua área.

As equipes multiprofissionais são responsáveis por acompanhar um número definido de famílias, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e na manutenção da saúde da comunidade, que se localiza em uma área delimitada.

O LAN do curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está inserido na UBS Santa Cecília. Realiza o monitoramento nutricional da população adscrita à mesma através do SISVAN.

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram analisadas as seguintes variáveis:

- Variáveis demográficas: idade, sexo.
- Variáveis antropométricas: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura (CC)
- Condição do idoso no domicílio: reside só, com companheiro(a), com neto ou filho ou irmã(o) ou cuidador, com família, ou é institucionalizado.
- Doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, insuficiência renal crônica e osteoporose.

4.4 TÉCNICAS DE AFERIÇÃO DAS VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

Os dados de peso, altura e CC foram coletados pela nutricionista responsável pelo LAN, devidamente treinada para realizar medidas antropométricas.

Para a coleta, a responsável seguiu um protocolo utilizado no laboratório e que segue a referência do SISVAN/MS (2004), registrando as variáveis em um banco de dados.

Para aferição da massa corporal utilizaram-se os seguintes equipamentos e técnicas:

- Balança digital com precisão de 100g com medida máxima de 200Kg da marca Welmy. O indivíduo com o mínimo de roupas possível posicionando-se em pé no centro da plataforma da balança, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.

- Para a mensuração da altura: estadiômetro fixo Sanny; indivíduos descalços, colocando-se na posição ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo e de costas para o equipamento. Os calcanhares, os ombros e as nádegas deviam ficar em contato com o antropômetro. As pernas e os pés formando ângulo reto e a cabeça posicionada de modo a exibir o maior eixo que se possa traçar do crânio (“Plano de Frankfurt”).

A CC foi aferida com um fita métrica flexível Sanny Medical com 2m de comprimento no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, solicitando ao indivíduo que expirasse totalmente após passada a fita, na posição horizontal ao plano do chão. O indivíduo em pé, descalço, na posição ereta, braços soltos e ao longo do corpo, respirando normalmente.

4.5 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

Para avaliar o estado nutricional, utilizou-se o IMC, que é calculado dividindo o peso atual do indivíduo pela sua altura ao quadrado, expressando a medida em Kg/m².

O estado nutricional dos idosos foi classificado de acordo com Lipschitz (1994): magreza se IMC < 22 Kg/m², eutrofia quando o IMC estava entre 22 e 27 Kg/m², e IMC > 27 indicava excesso de peso.

A circunferência da cintura foi classificada segundo os pontos de corte indicados na tabela seguinte, do Ministério da Saúde (2004), mostrando se o indivíduo idoso apresenta ou não risco para desenvolvimento de doença cardiovascular. Foram excluídos dessa análise os indivíduos que não apresentavam registro da CC.

Quadro 1. Pontos de corte e avaliação de risco aumentado para doenças cardiovasculares de acordo com a circunferência da cintura

Circunferência da cintura	Risco Aumentado para Doenças Cardiovasculares
≥ 80 cm	para mulheres
≥ 94 cm	para homens

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

4.6 PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS

Foram coletados dados sobre a presença de doenças crônicas não transmissíveis nos indivíduos avaliados. Esses dados foram coletados a partir dos prontuários da família na UBS Santa Cecília. Esses prontuários são padronizados pela UBS. Para este estudo foram registradas as doenças crônicas não transmissíveis a seguir: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, insuficiência renal crônica e osteoporose.

4.7 CONDIÇÃO DE MORADIA DOS INDIVÍDUOS

Para a avaliação de condição de moradia, foi coletado pelo prontuário com quem os idosos moram. Eles foram classificados nos seguintes grupos:

- 1- mora com companheiro(a)
- 2- mora com neto ou filho ou irmão(ã) ou cuidador
- 3- mora com família
- 4- mora sozinho
- 5- institucionalizado

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados e organizados em planilhas do programa Microsoft Excel 2010, constituindo o banco de dados. Para a análise estatística utilizou-se o programa SPSS versão 19.0. Foram calculadas prevalências, médias e DP e, para verificar a existência de diferenças utilizou-se o teste exato de Fischer.

Para fins de análise os dados foram agrupados e apresentados em faixas de idade dos idosos, conforme preconizado pela OMS (1995) e descrito por Santos e Sichieri, (2005):

- 60-69 anos;
- 70-79 anos;
- \geq 80 anos.

A utilização do banco de dados do LAN foi autorizada pela responsável.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi avaliado um total de 131 indivíduos idosos, dos quais 90 (68,7%) eram mulheres e 64 (48,85%) residiam com o (a) companheiro(a) e filhos. Os valores das médias e do desvio padrão da idade e dos indicadores antropométricos encontram-se descritos na tabela 3. Uma maior procura das mulheres pelos serviços de saúde, bem como as suas diferenças biológicas e de atitudes em relação às doenças, pode explicar a maior frequência de mulheres idosas nos estudos realizados com esta população (Machado et al, 2006).

No estudo de Santos e Sichieri (2005), que avaliaram o estado nutricional de 699 idosos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) com 60 anos ou mais, no Rio de Janeiro, foi encontrado 60% de indivíduos do sexo feminino, sendo essa diferença de número entre homens e mulheres característica do envelhecimento.

Observa-se no presente trabalho que a média de idade foi mais alta nos homens, assim como o peso, a estatura e a circunferência da cintura. Entretanto, o IMC médio foi maior nas mulheres.

Tabela 3. Média e desvio padrão de idade e de indicadores antropométricos por sexo

	Idade (anos)	Peso (Kg)	Estatura (m)	IMC (Kg/m ²)	CC (cm)
Homens					
(n=41)	72,25 (7,06)	76,96 (12,7)	1,69 (0,067)	26,79 (3,73)	98,73 (12,66)
Mulheres					
(n=90)	69,9 (8,05)	66,55 (13,31)	1,56 (0,06)	27,42 (5,07)	93,56 (13,67)
Total					
(n=131)	70,7 (7,83)	69,69 (13,93)	1,60 (0,09)	27,18 (4,71)	95,17 (13,58)

Mastroeni et al. (2010), que analisaram os dados antropométricos de 218 idosos não institucionalizados e residentes na área urbana em Joinville (SC), encontraram valores de IMC maior nas mulheres, com diferença estatisticamente significativa.

Tabela 4. Média e desvio padrão dos indicadores antropométricos por sexo e faixa etária.

	60 - 69,9 anos		70 - 79,9 anos		>80 anos	
	Homens (n=19)	Mulheres (n=53)	Homens (n=13)	Mulheres (n=22)	Homens (n=9)	Mulheres (n=16)
Peso (Kg)	79,68 (12,05)	69,38 (13,61)	75,10 (11,26)	64,98 (11,62)	72,18 (14,24)	59,51 (11,43)
IMC (Kg/m ²)	27,71 (3,74)	27,93 (5,11)	25,73 (3,19)	27,35 (5,02)	25,74 (3,83)	25,83 (4,70)
CC (cm)	99,91 (12,93)	93,9 (13,4)	98,45 (11,84)	94,35 (14,73)	96,55 (12,94)	91,54 (12,81)

A média e desvio padrão dos indicadores antropométricos de peso, IMC e CC estão descritos na tabela 4, por grupo de idade dos idosos.

Os indicadores antropométricos de peso, IMC e circunferência da cintura são menores tanto nos homens quanto nas mulheres nas faixas de maior idade. A redução no peso, em valores absolutos de quilogramas, foi maior nas mulheres com o aumento da idade, do que nos homens. Na tabela 5 se observa a predominância de sobrepeso em ambos os sexos, sendo o percentual maior nas mulheres.

Tabela 5. Prevalência de baixo peso, eutrofia e sobrepeso por sexo

	Baixo Peso	Eutrofia	Sobrepeso
Homens (n=41)	9,75%	43,9%	46,34%
Mulheres (n=90)	13,33%	35,55%	51,11%
Total (n=131)	12,21%	38,16%	49,6%

Quando divididos em faixas etárias, pode-se perceber uma tendência de o sobrepeso reduzir com o aumento da idade e, concomitantemente, há um aumento na prevalência do baixo peso, tanto nos homens como nas mulheres, não havendo diferença significativa entre os sexos, conforme podemos observar na tabela 6. Os homens apresentam um percentual maior de eutrofia em todas as faixas etárias quando comparados às mulheres.

Tabela 6. Prevalência de sobrepeso, eutrofia e baixo peso por sexo e faixa etária

	60 - 69,9 anos		70 - 79,9 anos		>80 anos	
	Homens (n=19)	Mulheres (n=52)	Homens (n=13)	Mulheres (n=22)	Homens (n=9)	Mulheres (n=16)
Baixo Peso	5,26%	11,53%	15,38%	9,09%	11,11%	25%
Eutrofia	36,84%	34,61%	46,15%	36,36%	55,55%	37,5%
Sobrepeso	57,89%	53,84%	38,46%	54,54%	33,33%	37,5%

Em 2006, Campos et al. realizaram um trabalho que teve por objetivo avaliar a prevalência de distúrbios nutricionais e de características sociodemográficas associadas. Descreveram o perfil nutricional e fatores associados em idosos brasileiros não asilados que residem nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, utilizando dados da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV). Os resultados

apontaram que há um maior risco para o baixo peso com o aumento da idade, assim como uma diminuição na presença de sobrepeso. Um maior risco de baixo peso foi identificado em idosos com menos renda domiciliar.

Uma revisão da literatura sobre pesquisas nacionais do estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira publicada por Nascimento et al. (2011), mostrou que o sobrepeso é mais frequente nas mulheres, conforme o encontrado no presente trabalho. Os mesmos autores também descreveram que a prevalência de baixo peso aumenta com a idade, sendo mais visível em maiores de 80 anos e variando entre os sexos. Também discutem uma transição nutricional que vem acontecendo, onde a prevalência de baixo peso vem reduzindo, e a de sobrepeso aumentando.

Fiore et al. (2006) avaliaram o perfil nutricional de 73 idosos frequentadores de uma Unidade Básica de Saúde em área de alta vulnerabilidade social em São Paulo, e encontraram o sobrepeso mais prevalente nas mulheres, mas a prevalência de baixo peso foi maior entre os homens, o que difere do presente trabalho.

No trabalho de Menezes, Souza e Marucci (2008), que teve por objetivo avaliar o estado nutricional dos idosos de Fortaleza utilizando diferentes indicadores antropométricos (IMC, dobra cutânea tricipital e circunferência muscular do braço), foram coletados dados de 483 indivíduos com mais de 60 anos, de ambos os sexos, residentes em domicílios particulares. Eles encontraram uma prevalência de eutrofia entre os idosos (47,3%), sendo esta maior na faixa etária de 70-79,9 anos, quando comparada aos idosos com menos de 70 e com mais de 80 anos.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) mostrou uma prevalência de baixo peso de 2,1% em indivíduos na faixa etária de 55 a 64 anos de idade, aumentando para 4,4% acima dos 75 anos. A prevalência de baixo peso manteve-se maior nas mulheres. Quanto ao excesso de peso, a POF mostrou que, na faixa etária dos 55 aos 64 anos, a prevalência era de 60,7%, diminuindo para 48,6% acima dos 75 anos, mas sempre se mantendo maior nas mulheres (BRASIL, 2010)

No presente trabalho, obtivemos os dados relativos à medida da CC de apenas 123 idosos, dentre os avaliados. Quando analisamos os dados conjuntamente, encontramos uma prevalência de 78,86% de idosos com circunferência da cintura inadequada, indicando risco para doença cardiovascular, sendo esta proporção maior entre as mulheres, 82,35%.

Quando analisamos os dados a partir da distribuição nas três faixas de idade dos idosos observou-se que o percentual elevado de inadequação da medida de circunferência da cintura manteve-se, conforme podemos observar na tabela 7.

O estudo de Santos e Sichieri (2005) já citado anteriormente mostrou que a inadequação do perímetro da cintura foi superior a 50% entre as mulheres e cerca de 40% entre os homens.

Tabela 7. Prevalência de circunferência da cintura aumentada indicando risco cardiovascular por faixa etária

	60 - 69,9 anos		70 - 79,9 anos		>80 anos	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
	(n=18)	(n=48)	(n=12)	(n=21)	(n=8)	(n=16)
CC inadequada	77,77%	83,3%	66,66%	76,19%	62,5%	87,5%

De acordo com a OMS (1998), o excesso de gordura abdominal está associado a distúrbios no metabolismo de glicose e lipídios, que estão relacionados com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, resistência a insulina e hipertensão arterial sistêmica. O envelhecimento está associado com alterações corpóreas, como a redução da massa magra e o aumento na gordura e essa adiposidade aumentada, principalmente a que se manifesta na área abdominal, está associada com o risco aumentado para o desenvolvimento de doenças crônicas graves (Krause, 2005).

A CC aumentada oferece risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular, e o indivíduo idoso já apresenta um maior risco devido ao envelhecimento, que apresenta como características vasos sanguíneos menos elásticos e resistência periférica total aumentada, elevando também o risco de hipertensão (Krause, 2005).

Na análise da presença de doenças crônicas nos idosos, no presente trabalho, a hipertensão arterial sistêmica mostrou-se como a doença mais prevalente (70,99%), seguida por diabetes mellitus (24,43%) e dislipidemia (20,61%). Apesar de não ser encontrada diferença estatisticamente significativa quanto à prevalência das doenças crônicas, os percentuais apresentaram-se elevados.

Tabela 8. Prevalência de doenças crônicas

	DM*	HAS*	Dislipidemia	ICC*	Alzheimer	IRC*	Outras**
Prevalência (n=131)	24,4%	70,99%	20,61%	10,69%	0,76%	6,11%	19,08%

*DM = diabetes mellitus; HAS = hipertensão arterial sistêmica; ICC = insuficiência cardíaca congestiva; IRC = insuficiência renal crônica.

**Outras: depressão e osteoporose.

Quanto à relação entre sobrepeso e a presença de doenças crônicas nos idosos, encontrou-se que, quanto mais alto o IMC do indivíduo, maior é presença de hipertensão arterial, valor $p \leq 0,021$.

Diversos estudos têm destacado a relação entre o estado nutricional e as doenças crônicas nos idosos, principalmente a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (Nascimento, 2011). A prevalência de hipertensão arterial em 426 idosos não-institucionalizados de Campinas (SP) foi avaliada por Zaitune et al. (2006), que obtiveram uma prevalência de 51,8%, mostrando-se significativamente mais alta em idosos com sobrepeso ao serem comparados com os eutróficos.

Leite-Cavalcanti et al. (2009) avaliaram a presença de doenças crônicas e o estado nutricional em 117 idosos pertencentes aos centros de Referência e Cidadania, de João Pessoa, PB, com o objetivo de oferecer subsídios para o planejamento local de ações de saúde. A maioria dos indivíduos avaliados também eram mulheres, e a doença crônica mais prevalente foi a hipertensão arterial (56,4%), seguida de dislipidemia (33,3%) e diabetes mellitus (20,5%).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2008) mostrou que quase metade dos idosos avaliados (48,9%) apresentava mais de uma doença crônica, e, dentre as doenças, a hipertensão era a que mais se destacava, atingindo 53,3% dos idosos. Com bastante frequência também se apresentavam as dores de coluna (35,1%) e artrite ou reumatismo (24,2%).

Alves et al. (2007) procuraram investigar a influência das doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardíaca, pulmonar, câncer e artropatia) na capacidade funcional dos indivíduos com mais de 60 anos, avaliando 1769 idosos residentes no município de São Paulo. Encontraram a hipertensão como a doença mais prevalente (53,4%), e uma forte associação da doença pulmonar, artropatia, hipertensão arterial e da doença cardíaca com a dependência

dos idosos para as atividades de vida diárias, ou seja, com uma baixa capacidade funcional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população estudada no presente trabalho foi composta na sua maioria por mulheres. Encontramos uma alta prevalência de sobrepeso, que aparece com mais frequência nas mulheres. O baixo peso é pouco prevalente, mas aumenta com o aumento da idade. As mulheres apresentaram um IMC mais alto que os homens, mas pode-se observar uma média maior de peso e circunferência da cintura nos homens.

Foi encontrada uma prevalência elevada de circunferência da cintura inadequada, indicando um maior risco de desenvolvimento de doença cardiovascular. Com relação às doenças crônicas, encontrou-se nos idosos a presença principalmente de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. Com relação ao estado nutricional e a presença de doenças crônicas, a hipertensão arterial estava mais presente nos indivíduos com IMC elevado.

Um envelhecimento saudável está associado com uma boa alimentação e um estado nutricional adequado, mostrando que a nutrição é importante nas mudanças fisiológicas que acontecem com o aumento da idade. Quando não se tem medidas efetivas para que a nutrição do idoso seja adequada, ocorre o que foi mostrado neste e em tantos outros trabalhos: uma tendência de aumento de peso, revelando que a população idosa está passando por um processo de transição nutricional, com um aumento da prevalência de sobrepeso e, conseqüentemente, o desenvolvimento das doenças crônicas em grande parte desta população.

Vários fatores da qualidade de vida dos idosos e de seus hábitos estão relacionados para que se desenvolvam as doenças crônicas, sendo importante que a atenção básica ofereça uma assistência multidisciplinar, que vise a abordagem integral na saúde do indivíduo idoso.

Devido ao aumento da população idosa brasileira, este trabalho mostra a necessidade constante de informações sobre as condições de saúde e estado nutricional de indivíduos idosos, pois essas informações são muito importantes para

que sejam criadas e executadas ações de saúde efetivas na área de abrangência das ESF, inclusive da UBS Santa Cecília, permitindo a busca de estratégias pertinentes à realidade do local.

Na atenção básica em saúde, é importante que haja intervenções específicas para a população idosa, uma vez que estes representam uma grande parcela da demanda dos serviços de saúde. Devem ser desenvolvidas estratégias que retardem a evolução das doenças, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos, com autonomia e independência. Opções para melhorar essas situações são programas de educação nutricional continuada, estímulo por parte da equipe de saúde e dos familiares à prática de atividade física pelo idoso, sempre mantendo o monitoramento do perfil nutricional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. et al. **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil.** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago., 2007.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C.J. **Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão da literatura.** *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, 2008.
- BASSLER, T. C.; VIANNA, L. A. C. **Perfil nutricional de idosos residentes na área urbana do município de Nova Mutum-MT: uma proposta de monitoramento.** *Uniciências*, v. 13, p. 87-106, 2007.
- BASSLER, C.; LEI, D. L. M. **Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR).** *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 21, n. 3, p. 311-321, maio/jun. 2008.
- BRASIL. IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro, 2002.
- _____. IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro, 2008.
- _____. IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro, 2009.
- _____. IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro, 2010b.
- _____. IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Despesas, rendimentos e condições de vida.** Rio de Janeiro, 2010a.
- _____. IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980–2050.** Série Estudos e pesquisas, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008_projecao.pdf> . Acessado em 05 jun. 2011.
- _____. IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em 29 de agosto de 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 1. ed., 2.^a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde, **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN.** Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, F. (coordenador). **Populações e políticas sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais**. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2008.

BUENO, J. M. et al. **Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1237-1246, 2008.

CAMPANELLA, L. C. de A. et al. **Relação entre padrão alimentar e estado nutricional de idosos hospitalizados**. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 100-108, 2007.

CAMPOS, M. A. G. et al. **Estado nutricional e fatores associados em idosos**. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 4, p.214-221, 2006.

CANCELA, D. M. G. **O processo de envelhecimento**. *Universidade Lusíada do Porto*, 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

CARDOSO, A. S. et al. **O processo de envelhecimento do sistema nervoso e possíveis influências da atividade física**. *UEPG Ci. Biol. Saúde*, Ponta Grossa, v. 13, p. 29-44, set./dez. 2007.

CASTRO, P. R.; FRANK, A. A. **Miniavaliação nutricional na determinação do estado de saúde de idosos com ou sem a doença de Alzheimer: aspectos positivos e negativos**. *Estud. Interdiscipl. do Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 45-64, 2009.

COSTA, M. F. F. L. et al. **Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006**. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 18-26, 2009.

COSTA, V. C. I. **Fisiologia do envelhecimento: o declínio dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, reprodutor, digestivo, endócrino e nervoso**. In: *Apostila UNAERP – Fisiologia do adulto e do idoso*. Ribeirão Preto, 2008.

DANILOW, M. Z. et al. **Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal**. *Com. Ciências da Saúde*, v. 18, n. 03, p. 9-16, 2007.

ELMADFA, I.; MEYER, A. L. **Body Composition, Changing Physiological Functions and Nutrient Requirements of the Elderly**. *Ann Nutrition and Metabolism*, n. 52, p. 2-5, 2008.

FELIPE, M. R.; MUNARETTI, A. M.; LIMA, E. C. de. **Atividade física, perfil antropométrico e padrão de consumo alimentar de idosos pertencentes aos**

clubes de melhor idade do município de Balneário Camboriú, Santa Catarina. *Revista da Unifebe*, 2009.

FIORE, E. G. et al. **Perfil nutricional de idosos frequentadores de Unidade Básica de Saúde.** *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 15, n. 5, p. 369-377, 2006

FREITAS, A. M. P.; PHILIPPI, S. T.; RIBEIRO, S. M. L. **Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, n. 1, p. 161-177, 2011.

GIL, C. R. R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** *Caderno de Saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GUALANDRO, S. F. M.; HOJAIJ, N. H. S. L.; FILHO, W. J. **Deficiência de ferro no idoso.** *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, n. 32, p. 57-61, 2010.

KEMP, F. W. et al. **Relationships between immunity and dietary and serum antioxidants, trace metals, B vitamins, and homocysteine in elderly men and women.** *Nutr. Res.*, n. 22, p. 45-53, 2002.

Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. Editado por L. Kathleen Mahan e Sylvia Escott-Stump, 11 ed. Sao Paulo: Roca, 2005.

LEITE-CAVALCANTI, C. et al. **Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros.** *Revista de Saúde Pública*, v. 11, n. 6, dez. 2009.

LIMA-FILHO, D. O. et al. **Comportamento alimentar do consumidor idoso.** *Ravista de Negócios*, Blumenau, v. 13, n. 4, p. 27-39, out./dez. 2008.

LIPSCHITZ, D. A. **Screening for nutritional status in the elderly.** *Primary Care*, v. 21, 1994.

MACHADO, J. et al. **Estado nutricional na doença de Alzheimer.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 55, n. 2, p. 188-191, 2009.

MAGALHÃES, S. M. M. **Anemia no idoso.** *Prática Hospitalar*, n. 59, set./out. 2008.

MARTINS, M. P. S. C. et al. **Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos.** *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 23, n. 3, p. 162-170, 2010.

MASTROENI, M. F. et al. **Antropometria de idosos residentes no município de Joinville-SC, Brasil.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 29-40, 2010.

MENEZES, T. N. de; SOUZA, J. M. P. de; MARUCCI, M. F. N. **Avaliação do estado nutricional dos idosos residentes em Fortaleza/CE: o uso de diferentes**

indicadores antropométricos. *Ver. Bras. Cineantropometria Desemp. Humano*, v. 10, n. 4, p. 315-322, 2008.

MOCHEGANI, E. et al. **Zinc, metallothioneins, and longevity: effect of zinc supplementation: zincage study.** *Ann NY Acad. Sci.*, n. 1119, p. 129-146, 2007.

MORIMOTO, J. M. **Ingestão habitual de nutrientes por adultos e idosos residentes no município de São Paulo.** 2011, 66 p. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde Pública, USP, São Paulo, 2011.

MOYNIHAN, P. J. **The relationship between nutrition and systemic and oral well-being in older people.** *JADA*, v. 138, abril 2007.

NASCIMENTO, C. de M. et al. **Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura.** *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 21, n. 2, p. 174-180, 2011.

NOGUEIRA, S. L. et al. **Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos.** *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-9, jul./ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Physical status: use and interpretation of anthropometry.** Geneva; 1995.

_____. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998

_____. **A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015.** Cairo, 2006.

RUIZ, T. et al. **Correlação entre visão de qualidade de vida e aspectos do estilo de vida em idosos do município de Botucatu-SP.** *Revista APS*, v. 11, n. 2, p. 145-151, abr./jun. 2008.

SAMPAIO, L. R. **Avaliação nutricional e envelhecimento.** *Revista de Nutrição*, Capinas, v. 17, n. 4, p. 507-514, out./dez., 2004.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. **Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos.** *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 163-168, 2005.

SILVA, T. G. da; PAIVA, A. C. de. **Estado nutricional e ingestão alimentar de idosos participantes do projeto UNIPAM Sênior, do Centro Universitário de Patos de Minas-MG.** *Perquirere*, Patos de Minas, UNIPAM, v. 2, n. 7, p. 14-23, dez. 2010.

SILVA, R. C. P.; SIMÕES, M. J. S.; LEITE, A. A. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2.** *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 28, n. 1, p. 113-121, 2007.

SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. **Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal.** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1569-1577, jul. 2009.

TIBO, M. G. M. **Physiological and anatomical changes in elderly.** *Revista Médica Ana Costa*, 2007.

VIEBIG, R. F. et al. **Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo.** *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 5, p. 806-813, 2009.

ZAITUNE, M. P. A. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 285-94, 2006.