



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DA CIDADE DE PARINTINS/ AM.

MENDES, Dayse Azevedo¹
CASTRO, Fernanda Farias de²

RESUMO

O aumento da expectativa de vida acarreta desafios, portanto a verificação do estado nutricional do idoso é necessária para o direcionamento de intervenções precoces a fim de prevenir comorbidades. **Método:** Trata-se de pesquisa transversal, exploratória, descritiva, de natureza quantitativa realizada em 11 centros de convivência na cidade de Parintins-AM, com idosos ≥ 60 anos, de ambos os sexos. Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: questionário sociodemográfico, Índice de Massa Corpórea (IMC), Mini Avaliação Nutricional (MAN) e Relação Cintura-Quadril (RCQ). **Resultados:** Os idosos, em sua maioria eram do sexo feminino, pela MAN apresentaram um bom estado nutricional. Ao IMC encontraram-se eutróficos e houve maior nível de significância na correlação com a RCQ em que idosas sobrepeso apresentaram maior risco cardiovascular. **Conclusões:** Com medidas simples de educação, pode-se propiciar conhecimento aos idosos sobre sua saúde garantindo-lhes a diminuição dos agravos e comorbidades.

Palavras Chave: Avaliação Nutricional; Idoso; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The increase in life expectancy poses challenges, so the verification of the nutritional status of the elderly is necessary for the targeting of early interventions in order to prevent comorbidities. **Method:** This is a cross-sectional, exploratory, descriptive study of a quantitative nature carried out in 11 centers in the city of Parintins-AM, with elderly individuals ≥ 60 years old, of both sexes. The following evaluation instruments were applied: sociodemographic questionnaire, Body Mass Index (BMI), Mini Nutritional Assessment (MAN) and Waist-to-Hip Ratio (WHR). **Results:** The elderly, mostly female, by MAN showed a good nutritional status. BMI were found to be eutrophic and there was a higher level of significance in the correlation with WHR, in which overweight elderly women had a higher cardiovascular risk. **Conclusions:** With simple measures of education, it is possible to provide knowledge to the elderly about their health, guaranteeing them the reduction of diseases and comorbidities.

Keywords: Nutritional Assessment; Old man; Health of the Elderly.

RESUMEN

El aumento de la expectativa de vida acarrea desafíos, por lo que la verificación del estado nutricional del anciano es necesaria para el direccionamiento de intervenciones tempranas a fin de prevenir comorbidades. **Método:** Se trata de una investigación transversal, exploratoria, descriptiva, de naturaleza cuantitativa realizada en 11 centros de convivencia en la ciudad de Parintins-AM, con ancianos ≥ 60 años, de ambos sexos. Se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación: cuestionario sociodemográfico, Índice de Masa Corpórea (IMC), Mini Evaluación Nutricional (MAN) y Relación Cintura-cadera (RCQ). **Resultados:** Los ancianos, en su mayoría eran del sexo femenino, por la MAN presentaron un buen estado nutricional. Al IMC se encontraron eutróficos y hubo mayor nivel de significancia en la correlación con la RCQ en que ancianos sobrepeso presentaron mayor riesgo cardiovascular. **Conclusiones:** Con medidas simples de educación, se puede propiciar conocimiento a los ancianos sobre su salud asegurándoles la disminución de los agravios y comorbidades.

Palabras clave: Evaluación nutricional; Ancianos; Salud del Anciano.

¹ Graduanda de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Parintins – CESP/UEA

² MsC. Docente e Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Parintins – CESP/UEA



1. INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa é notável em todo o mundo e no Brasil, mas essa realidade encontra-se ainda em processo de transição. Em 2015 a população de idosos ultrapassou 900 milhões, com estimativas para 2030 de 1.402 milhões e em 2050 haverá mais de dois bilhões de idosos no mundo. No Brasil de um total de 206.081.432 pessoas em 2016, 24.933.461 tem 60 anos e mais. No Amazonas a taxa de envelhecimento em 2016 foi de 12,91% e em 2030 deve chegar a 31,46% (IBGE, 2016).

O aumento da expectativa de vida traz consigo grandes desafios em diversos âmbitos da assistência e principalmente para o setor da saúde, e, no que diz respeito à assistência de enfermagem com relação à nutrição, a avaliação do estado nutricional é de suma importância visto que, entre os maiores problemas de saúde pública no país, a maioria está relacionada com o estado nutricional (CAMARGOS & GONZAGA, 2015).

O organismo envelhecido passa por mudanças significativas no que diz respeito ao perfil alimentar e epidemiológico e, por conta de mudanças no padrão alimentar há o surgimento de desordens alimentares como o aumento de sobrepeso e obesidade, bem como de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que geram incapacidades e dependência. Por isso existe a necessidade de avaliar o estado nutricional utilizando mecanismos e instrumentos validados, que levem em consideração as alterações do organismo que envelhece, sendo possível identificar coletivamente o risco nutricional e subsidiar o estabelecimento e a avaliação de políticas e programas a serem desenvolvidos com vistas a aperfeiçoar a assistência, ofertar satisfação e bem-estar ao idoso e melhorar sua qualidade de vida (TAVARES 2016; apud GARCIA 2016).

A realização deste tipo de investigação utiliza questões simples e rápidas, permitindo destacar sinais de alerta do estado nutricional do idoso, além de poder direcionar intervenções dos profissionais de saúde, especialmente das equipes da Estratégia Saúde da Família, onde o enfermeiro é o principal responsável pelo desenvolvimento das atividades. Além disso, toda a problemática em relação ao consumo de alimentos, dificuldade de acesso à alimentação adequada, poderá ser revelada aos gestores das políticas públicas de saúde assim como gerar aprendizagens entre os moradores e mudanças de comportamentos.

Silva *et al* (2016), diz que o envelhecimento pode até ser um processo natural, mas ele traz consigo alterações significativas no que diz respeito às alterações funcionais e anatômicas e que repercute nas condições de saúde e nutrição do idoso. O baixo peso e a obesidade são



fatores determinantes para o aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e aumento da morbimortalidade em idosos, e, apesar do decréscimo do baixo peso, nos últimos anos observa-se o aumento na prevalência do excesso de peso em idosos de 65 à 74 anos conforme Meneguci (2014). A obesidade em idosos caracteriza-se como sendo o excesso de gordura corporal e no envelhecimento há o aumento da massa gordurosa e mudanças na distribuição dessa gordura no corpo. Isso tudo tem importância clínica por culminar em significativa redução muscular e tornara o idoso susceptível a limitações, dependências, pior qualidade de vida e mortalidades.

A falta de acesso aos alimentos, dificuldades econômicas e hábitos alimentares inadequados e influência do ambiente, contribui de forma significativa para a presença de distúrbios nutricionais associados a outras morbidades como obesidade, diabetes e hipertensão, o que interfere na qualidade de vida dos idosos. A identificação do estado nutricional de determinada comunidade, em especial o indivíduo idoso, tem grande relevância social, pois a partir deste indicador, pode-se medir a qualidade de vida de uma população.

A verificação do estado nutricional poder direcionar intervenções dos profissionais de saúde, especialmente das equipes da Estratégia Saúde da Família, onde o enfermeiro é o principal responsável pelo desenvolvimento das atividades e ações de promoção da saúde, funcionando como um alerta quanto à busca de estratégias educacionais apropriadas aos idosos, visando mudanças necessárias no enfrentamento de doenças decorrentes de má alimentação. Além disso, toda a problemática em relação ao consumo de alimentos, dificuldade de acesso entre outras, poderá ser revelada aos gestores das políticas públicas de saúde, ambiente, abastecimento, transporte e outros envolvidos neste processo. Para os pesquisadores, a importância deste trabalho está no potencial de conhecimento sobre a temática, tão presente em sua realidade, mas pouco investigada e divulgada.

Portanto, este trabalho objetiva avaliar o estado nutricional de idosos cadastrados nos grupos de convivência da cidade de Parintins/ AM, bem como investigar os hábitos alimentares dessa população e identificar a relação do perfil nutricional com as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento é um fenômeno que ocorre a nível global onde todos os países são afetados, independente de desenvolvimento ou não. Esse aumento da expectativa de vida se dá devido às quedas nas taxas de fecundidade e melhorias nos serviços de saúde (CASTRO;



RIBEIRO; DINIZ, 2013). O Ministério da Saúde (2014) afirma que é necessário atentar para o alcance das necessidades particulares destes indivíduos, apesar deste acontecimento representar uma conquista, para assim, se obter uma real qualidade de vida dessa população.

O fenômeno do envelhecimento populacional repercute nas diferentes esferas da estrutura social e caracteriza-se como uma questão de saúde pública, principalmente por suas demandas específicas que fazem necessitar de rápidas mudanças nos diversos setores de atenção, sejam públicos ou privados (LUZ *et al*, 2014).

O Brasil a exemplo dos demais países latino-americanos, também perpassa pelo processo de envelhecimento da população, rápida e intensamente. De acordo com A Organização das Nações Unidas (ONU), para cada 10 pessoas jovens, existe um idoso e esse número, em 2050 deverá ser de três jovens para um idosos dependente (MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013; CARNEIRO *et al.*, 2013)

Grande parte da população brasileira com 60 anos e mais está nas regiões do sudeste (46,25%) e nordeste (26,50%), a menor parcela encontra-se na região norte (5,25%). O Sudeste e o Nordeste possuem juntos mais de 70% da população com 60 anos ou mais. As cinco regiões demográficas distintas no Brasil permitem que o envelhecimento possa variar conforme suas diversidades, desequilíbrios e aspectos culturais. Em regiões mais carentes e menos desenvolvidas economicamente como, norte e centro oeste, a oferta de saúde pública é menor e conseqüentemente existe um número reduzido de pessoas longevas, tanto pelas baixas taxas de fecundidade, quanto pelo histórico migratório de jovens para regiões mais desenvolvidas como é o caso do Sudeste (MAFRA *et al.*, 2013).

Quantos aos dados da razão de dependência, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o percentual de jovens de 0 a 14 anos foi de 33,65% e de idosos de 65 anos ou mais foi de 11,46%, significando que para cada idoso no Brasil existe 2,9 pessoas jovens de 0 a 14 anos.

O número de idosos no município de Parintins é de 7.153 idosos com idade de 60 anos e mais, comparado ao número total de idosos no Amazonas que é de 210.225 significando que Parintins possui 3,4% da população total de idosos do Estado (IBGE, 2010).

O grande desafio do envelhecimento populacional brasileiro é enfrentar um universo de desigualdades sociais, economia frágil, poucos recursos financeiros, acesso precário aos serviços da saúde, sem as devidas alterações estruturais adequadas às demandas do novo grupo etário emergente. São essas desigualdades sociais e econômicas que também atrasam a queda da fecundidade nas regiões subdesenvolvidas e refletem no envelhecimento populacional (LUZ, 2014; WONG & CARVALHO *apud* MAFRA *et al.* (2013).



O envelhecimento é inerente a cada indivíduo, as alterações físicas, fisiológicas, psicológicas, sociais e até comportamentais de cada um determinarão a qualidade sua qualidade de vida. Sabe-se que diversas são as doenças que estão concatenadas ao envelhecimento, tanto pela pré-disposição às morbidades, mas principalmente pelo modo como um indivíduo se comporta ao longo de sua vida, seus hábitos alimentares, se esteve sedentário, se foi tabagista, se conviveu durante anos em ambientes insalubres, entre outros fatores, como a convivência familiar e sua inserção na sociedade. O processo de envelhecer não está diretamente relacionado com a presença de morbidades, incapacidades ou doenças crônicas degenerativas, no entanto, podem se instalar sempre que as condições lhes favorecerem. Entre as principais doenças comuns nessa etapa de vida estão: hipertensão arterial, a diabetes mellitus, o câncer e as más condições nutricionais (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY 2009).

Com o crescente aumento no número de idosos, é necessário que haja a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades dos idosos no que diz respeito ao direito à saúde, acesso aos serviços e bens públicos pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde, universalidade, integralidade, e equidade garantindo assim a atenção integral à sua saúde (LUZ et al. 2014).

Do ponto de vista anatômico, o envelhecer é um processo natural, um sistema contínuo de alterações de cunho funcional e fisiológico que, além de dinâmico e progressivo, reflete na saúde e nutrição do idoso e no qual, sem cuidados integrativos, pode levar o indivíduo à incapacidade e dependência (TEIXEIRA, 2013; CASTRO; RIBEIRO; DINIZ, 2013)

As alterações fisiológicas advindas com o envelhecimento podem afetar negativamente o estado nutricional e, para Fachine & Trompieri (2012), isso faz parte do envelhecimento primário, pois algumas alterações fisiológicas que são relacionadas às características genéticas que atingem de forma gradual e progressiva o organismo e possuem efeito cumulativo, mas que sofrem influência de fatores externos como dietas, exercícios, estilo de vida, educação e posição social. Junto às mudanças fisiológicas, os idosos também podem experimentar profundas mudanças psicossociais e ambientais, como isolamento, solidão, depressão e finanças inadequadas que podem refletir em seu estado nutricional por conta da diminuição na ingesta.

Sejam por questões de ordem fisiológicas ou patológicas, o envelhecimento provoca alterações nutricionais no indivíduo como a redução da ingesta calórica e de nutrientes necessários para o bom funcionamento do organismo. Alguns exemplos são: diminuição das papilas gustativas, que diminui o paladar ao saborear os alimentos, e aí atenta-se para o aumento da ingesta de sal, aumento da secreção salivar e gástrica e a falha na mastigação ocasionada por falta de dentes ou uso de próteses inapropriadas. Além disso, a redução de olfato, visão, o que



ocasiona um maior estado de susceptibilidade a enfermidades por acabar ingerindo alimentos contaminados ou mal cozidos (BOTT *et al.* 2013; RIBEIRO 2011).

Com o envelhecimento o organismo perpassa por diversas alterações como: o decréscimo nas taxas metabólicas basais alterações no sistema digestório, perda de massa magra em substituição pela massa adiposa de maneira a afetar diretamente no consumo alimentar e estado nutricional do idoso (TEIXEIRA, 2013).

A saúde bucal também forma um ciclo com a nutrição que, se inadequada, tem como consequências, cáries, perda de dentição e outras doenças periodontológicas e a ausência dessa dentição dificulta consequentemente a ingesta dos alimentos por conta da dificuldade da mastigação. Além disso, são muitas as mudanças, dentre elas as gastrointestinais que podem afetar a digestão, absorção e metabolização de nutrientes conforme Teixeira (2013).

A obesidade e doenças crônicas no idoso relacionam-se, sobretudo, com a diminuição do nível de atividade física, hábitos alimentares pouco saudáveis, além do consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açucars e tem ainda relação com a perda de massa muscular devido alterações na função endócrina, perda da função neuromuscular por conta da ingestão de proteínas insuficientes (BRASIL, 2012).

Há inclusive, a diminuição da produção hormonal há um aumento de células adiposas, muitos idosos adquirem intolerância à glicose e o diabete mellitus tipo II sobressai-se entre as principais doenças crônicas e cardiovasculares (TEIXEIRA, 2013).

O aumento da massa de gordura em idosos tem relação com a perda de massa muscular e a obesidade sarcopênica caracteriza-se por ser o fenômeno que ocorre no corpo do indivíduo onde se mascara a mudança na composição corporal pela estabilização do peso, ao passo que também é constante a redução da massa muscular e óssea, por conta de “[...] hormonais, nutricionais, metabólicos e imunológicos que levam ao decréscimo de unidades motoras e fibras musculares, culminando na sarcopenia, incapacidade e perda de independência [...]” (DULTRA, 2013 pg. 26).

O envelhecimento demanda mudanças na composição corporal, alterações a nível de massa corpórea e peso corporal, pela redução da massa muscular e aumento da massa adiposa “[...] causada pelas alterações neuroendócrinas (menos responsividade renal ao ADH (*antidiuretic hormone*), redução dos níveis basais de aldosterona, reducao do hormônio de crescimento, hormônios sexuais, aumento do paratormônio, redução da função renal, vitamina D, etc.) e inatividade física (SANTOS, 2013. Pg. 65).



Do mesmo modo, a situação econômica social influencia a saúde do idoso, por isso as políticas públicas e sociais merecem destaque na “[...] garantia efetiva dos direitos dos idosos visando a um envelhecimento digno, de forma que possa suprir suas necessidades físicas, biológicas, psicológicas, sociais e nutricionais” (LUZ *et al*, 2014, pg. 311). Algumas situações emocionais e psicológicas como perda do cônjuge também alteram a nutrição, já que lhes levam a perder o apetite ou mesmo à recusa do alimento devido à solidão vivenciada pelo idoso e também o conduz ao esquecimento e cuidado consigo, por conseguinte a alimentação perde em quantidade e qualidade (TEIXEIRA 2013).

Outro fator preponderante no estado nutricional do idoso é a capacidade funcional. Poder alimentar-se ou fazer seu próprio alimento para atendimento de suas necessidades contribui para a redução das morbidades, entendendo-se que a independência é fundamental para que o ser humano alcance a plenitude de vida e, por isso, deve-se avaliar o idoso de maneira peculiar e ampla (CASTRO; RIBEIRO; DINIZ, 2013).

Tanto as alterações fisiológicas quanto funcionais podem dificultar a vivência do idoso e sua qualidade de vida. O estado nutricional do idoso tem papel fundamental neste processo, devido a alimentação estar relacionada com a maioria das doenças crônicas. Um idoso com baixo peso, por exemplo, pode indicar problemas respiratórios, ou ainda, um idoso obeso indicar o surgimento do diabetes e hipertensão. Portanto, realizar a avaliação nutricional em idosos proporciona não só uma visão do seu estado de saúde, mas o ajuda a entender e modificar esse processo, caso seja necessário (TEIXEIRA, 2013).

A alimentação e a nutrição são dois dos requisitos básicos na promoção e proteção da saúde que possibilitam o desenvolvimento e crescimento humano com qualidade conforme o que preconiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (PNAN - 2012). De acordo com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), a alimentação é um fator condicionante e determinante da saúde e as ações de alimentação e nutrição devem ser exercidas de forma transversal às ações em saúde, com caráter integrante, devendo ter formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.

É necessário deste modo, o conhecimento do estado nutricional do idoso visando garantir a melhor qualidade de vida e a diminuição das taxas de morbimortalidade e, para o traçar do perfil, são necessários estudos antropométricos e dietéticos. Peso, altura, circunferência da cintura e do quadril, no qual representam uma maneira racional e eficiente de se presumir o volume e as distorções de gordura através do estudo das medidas de tamanho e proporções do corpo. Medidas de peso corporal e da altura são realizadas com facilidade e



possuem grande utilidade na avaliação do crescimento e do estado nutricional e o peso representa a soma de todos os compartimentos corporais sendo limitado de valor por si só. Na avaliação nutricional do adulto, porém, quando comparado à altura, peso habitual ou peso ideal, nos fornece índices relevantes para a avaliação nutricional, indicando a existência de obesidade ou desnutrição. (ACUÑA & CRUZ, 2004).

Existem alguns métodos que também são utilizados para avaliar o estado nutricional dos indivíduos além das medidas antropométricas e dietéticas, como a Mini Avaliação Nutricional (MAN) desenvolvido há cerca de 20 anos e que se trata de um instrumento validado, que tem por objetivo avaliar risco de desnutrição em idosos e identificar aqueles que necessitam de uma intervenção precoce além de ser uma importante ferramenta usada para triagem e avaliação nutricional para essa população especificamente.

A MNA dispões de 18 itens agrupados em 4 rubricas, onde *a priori* se realiza avaliação antropométrica através do cálculos do índice de massa corpórea, circunferência braquial e da panturrilha, posteriormente a avaliação geral questionando o idosos sobre o estilo de vida, medicação, mobilidade e presença de sinais de depressão ou demência. Existe ainda uma pequena avaliação dietética sobre o número e ingestão de alimentos, ingestão de líquidos e autonomia de alimentação, finalizando com a avaliação subjetiva sobre a autopercepção do idoso sobre a sua saúde e nutrição (GUIGOZ, 2006, pg 467)

Alguns estudos demonstram que uma intervenção antecipada pode parar a perda de peso em idosos que estão em risco de desnutrição ou subnutridos. Indivíduos idosos melhoraram ou mantiveram sua pontuação na MAN após intervenção nutricional, sugerindo que esta avaliação também pode ser utilizada como ferramenta de avaliação nutricional de acompanhamento (GUIGOZ, 2006).

Unindo-se como complemento à MAN, um método, também utilizado para diagnosticar o estado nutricional de indivíduos, é a Avaliação Subjetiva Global (ASG), proposta por Detsky et al (1987), um modelo de questionário-padrão que investiga aspectos da história clínica e de exame físico e trata-se um instrumento simples, de baixo custo e de grande aceitação na prática clínica (BOTT et. al, 2012)

Existem outros instrumentos e métodos de avaliação nutricional de idosos, cada um atendendo a uma especificidade ou de acordo com o perfil sobre a alimentação e nutrição que se quer demonstrar. No entanto, também é conveniente necessário investir na formação profissional para que modifiquem suas práticas e utilizem esses instrumentos, tão úteis para o cuidado do idoso.



3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, transversal, descritiva, de natureza quantitativa. Para Kauark, Manhães e Medeiros (2010), esse tipo de pesquisa apresenta maior familiaridade com o problema estudado, descreve as características de determinado fenômeno ou população estabelecendo relações entre as variáveis. O estudo foi desenvolvido no Município de Parintins – AM, localizada à margem direito do Rio Amazonas, distante da capital Manaus há 368,80 km, em linha reta, e 420 km por via fluvial.

A população em estudo foi composta por idosos de 60 anos e mais, participantes dos grupos de convivência distribuídos na cidade, coordenados pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação (SEMASTH). Participarão do estudo, 11 grupos, com um total de 1.286 idosos cadastrados. A amostra do estudo foi composta de 296 idosos, com erro amostral de 5 % e nível de confiança de 95%. utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{Pop. Universo } N \blacktriangleright \boxed{1286} \quad n \text{ (tamanho da amostra)} = \boxed{296}$$

$$\text{Estimativa de } P \blacktriangleright \boxed{0,5} \quad n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

$$\text{Estimativa de } Q = 0,5$$

$$\text{Margem de erro } B \blacktriangleright \boxed{5 \%}$$

$$\text{Ordenada da } N(0,1) Z\alpha = 1,96$$

$$\text{Coeficiente de Confiança } \blacktriangleright \boxed{95 \%}$$

$$D = 0,000651$$

Sendo*:

$$\text{Pop. Universo } N \blacktriangleright \dots\dots\dots 1.286$$

$$\text{Estimativa de } p \blacktriangleright \dots\dots\dots 0,5$$

$$\text{Estimativa de } q \dots\dots\dots 0,5$$

$$\text{Margem de erro } B \blacktriangleright \dots\dots\dots 5\%$$

$$\text{Ordenada da } N(0,1) Z\alpha \dots\dots\dots 1,96$$

$$\text{Coeficiente de Confiança (CC) } \blacktriangleright \dots\dots\dots 95\%$$

$$n = \dots\dots\dots 0,000651$$

* No caso da fórmula, a letra “p” significa a proporção ou prevalência esperada do agravo de estudo; o “q” é o complementar de “p”, a margem de erro é a precisão, ou seja, a diferença esperada em relação à verdadeira proporção na população; “Z” é o valor da probabilidade da significância; o “CC” é o intervalo de confiança que geralmente é fixado em 95% e o “n” é o tamanho da amostra.



Para participar da pesquisa, foram selecionados idosos com 60 anos e mais, de ambos os sexos, cadastrados nos grupos de idosos da SEMASTH, com capacidade cognitiva preservada, avaliada a partir do instrumento de Mini Exame do estado Mental – MEM. Por fazer parte de um estudo macro, o MEM não será descrito neste estudo. Foram excluídos idosos pertencentes a qualquer etnia indígena, idosos com capacidade cognitiva limitada para o entendimento dos objetivos da pesquisa.

Para realizar a pesquisa, o projeto foi ao Comitê de Ética e Pesquisa aprovado sob o Parecer: 2363.992/17 (Anexo B) após anuência da Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação (SEMASTH), para informar os objetivos e receber a anuência de realização da mesma e em seguida submetido

A coleta de dados foi realizada em três fases, a saber:

Fase I- Consistiu em realizar reunião com as monitoras dos grupos de idosos e sua coordenação para informar os propósitos da pesquisa e estabelecer um calendário de visitas nos grupos. Em seguida realizaremos visita a todos os grupos para informar aos idosos sobre o objetivo da pesquisa, realizar a apresentação da equipe do projeto e agendamento das entrevistas. A Fase II - Consistiu em realizar a primeira entrevista com a aplicação do Mini Exame do estado Mental – MEM, cujo objetivo é identificar a capacidade cognitiva dos idosos e estarem aptos para participar do projeto. Por fazer parte de um projeto macro, este instrumento de pesquisa não será descrito neste trabalho. A Fase III constou de aplicação dos instrumentos sobre os dados de identificação da população estudada (apêndice A) e a aplicação do Mini Avaliação Nutricional – MAN (Anexo A)(NAJAS e YAMATTO, 2009). Para a aferição e peso e altura, circunferência da cintura e do quadril, foi obedecido os critérios rigorosos de periculosidade e técnicas adequadas padronizadas pelo Ministério da Saúde para identificar o índice de Massa Corpórea – IMC e a Relação Cintura Quadril – RCQ.

No uso do MAN foi considerado os seguintes pontos de corte: estado nutricional adequado: $MNA \geq 24$; risco de desnutrição: MNA entre 17 e 23,5; desnutrição: $MNA < 17$. A avaliação está dividida em quatro partes: (NAJAS e YAMATTO, 2009). Para o IMC foi utilizado a seguinte classificação: < 22 indica baixo peso; >22 e <27 peso adequado ou eutrófico e > 27 sobrepeso, segundo Lipschitz (1994) e a Relação cintura-quadril (RCQ) para verificar o risco de doença cardiovascular que considerou os pontos $\geq 0,85$ cm para as mulheres e $\geq 0,90$ cm para os homens (OMS, 1998).



Na análise dos dados quantitativos foi calculada a média e o desvio-padrão para os dados que apresentavam distribuição normal por meio do teste de *Shapiro-Wilk* ao nível de 5% de significância, já nos casos onde a hipótese de normalidade foi rejeitada foram calculados a mediana e os quartis (Q_i). Na estimativa dos resultados dos instrumentos ainda foram calculados os respectivos Intervalos de Confiança ao nível de 95% (IC95%). Na comparação das médias foi aplicado o teste *t-student* e Análise de Variância (ANOVA), sendo que nos casos que apresentaram diferença para mais de duas médias foi aplicado o teste de *Tukey* (VIEIRA, 2004). Já no caso de rejeição da hipótese de normalidade foram aplicados os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. O software utilizado na análise foi o programa *Minitab* versão 17 e o nível de significância fixado na aplicação dos testes estatísticos foi de 5%. Os resultados serão apresentados a seguir em forma de tabelas.

4. RESULTADOS

4.1 Características da população

A tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos quanto ao gênero e faixa etária, raça e situação conjugal. Dos idosos entrevistados, a maioria (60%) era do sexo feminino, encontravam-se entre 70 e 75 anos, com média de 72 anos sendo que, a idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 92 anos, da cor parda e casados.

Tabela 1. Distribuição segundo gênero e faixa etária dos idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM.

Variáveis (n = 296)	f_i	%
Gênero		
Masculino	117	39,5
Feminino	179	60,5
Faixa etária		
60 --- 65	53	17,9
65 --- 70	67	22,6
70 --- 75	72	24,3
75 --- 80	55	18,6
80 --- 85	27	9,1
85 --- 90	18	6,1
90 --- 95	4	1,4
Q_1 - Mediana - Q_3	66 - 72 - 77	
Mínimo – Máximo	60 – 92	
Raça/Cor		
Parda	250	84,5



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Branca	30	10,1
Negra	14	4,7
Outra	2	0,7
Situação conjugal		
Casado	136	46
União estável	14	4,7
Solteiro	24	8,1
Viúvo	89	30
Divorciado	33	11,2

f_i: Frequencia absoluta simples

A tabela 2 apresenta dados sobre escolaridade e ocupação dos idosos, onde a escolaridade de maior referência apresentada foi o nível primário (56,4%), mas a maioria declarou que sabe ler e escrever (74,7%). Sobre a ocupação, 54,4%, declaram-se agricultor.

Tabela 2. Distribuição segundo os dados de escolaridade e ocupação dos idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM.

Variáveis (n = 296)	f _i	%
Até que série estudou		
Nenhuma	62	21
Primário	167	56,4
1º grau incompleto	31	10,4
1º grau completo	13	4,4
2º grau incompleto	5	1,7
2º grau completo	12	4,1
Superior incompleto	3	1
Superior completo	3	1
Ocupação		
Agricultor	161	54,4
Dona de casa	44	14,8
Profissional liberal	39	13,2
Assalariado com carteira assinada	18	6,1
Funcionário público	15	5,1
Autônomo	13	4,4
Assalariado sem carteira assinada	6	2,0

f_i: Frequencia absoluta simples



A tabela 3 mostra os dados sobre a aposentadora e renda dos idosos. Em sua maioria são aposentados (81,1%) e retiram o sustento para sua vida da aposentadoria (78,7%), com renda mensal entre 1 à 2 salários mínimos (72,3%) para em média de 3 pessoas coabitando com o idoso. O estudo demonstrou que há idosos morando sozinho, mas também idosos que moram com até 19 pessoas na mesma casa.

Tabela 3. Distribuição segundo a renda dos idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM.

Variáveis (n = 296)	f _i	%
Aposentado	240	81,1
Trabalha	58	19,6
De onde tira o sustento da sua vida		
Do seu trabalho	17	5,7
Aposentado	233	78,7
Pensão	28	9,5
Ajuda de parentes	8	2,7
Outra fonte	10	3,4
Renda mensal (em salários mínimos)		
< 1	33	11,2
1 --- 2	214	72,3
2 --- 3	33	11,2
3 --- 5	12	4
≥ 5	4	1,3
Número de pessoas na casa		
Q ₁ - Mediana - Q ₃	2 - 3 - 5	
Mínimo – Máximo	0 - 19	

f_i: Frequência absoluta simples

Na tabela 4 consta os hábitos de vida dos idosos sobre o tabagismo, etilismo, atividade física, domésticas e sociais.

Tabela 4. Distribuição segundo hábitos sociais e atividades mais realizadas dos idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM.

Variáveis (n = 296)	f _i	%
Tabagismo		
Fumante	13	4,4
Ex-fumante	124	41,9
Nunca fumou	159	53,7
Etilismo		
Sim	28	9,5



Parou	96	32,4
Nunca bebeu	172	58,1
Realiza atividade física	191	64,5
Atividades domésticas	270	91,2
Atividades sociais	172	58,1

f_i: Frequencia absoluta simples

Declararam nunca ter fumado (53,7%) predominantemente ou ser ex fumante (41,9%), a maioria nunca ter bebido (58,1%) ou ter parado de beber (32,4%). Realizam atividade física (64,5%) sendo que as atividades domesticas constituem a maior atividade diária praticada (91,2%), além de participarem de atividades sociais.

Com relação aos problemas de saúde, a tabela 5 evidencia que a maior parcela dos entrevistados possui Hipertensão Arterial (50,0%), seguido de Osteoartrose (19,6%) e Diabetes (16,9%), fazem uso de algum tipo de medicação (29,7%) e buscam concomitantemente tratamento caseiro (68,9%).

Tabela 5. Distribuição segundo a frequência da situação de saúde dos idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM

Variáveis (n = 296)	<i>f_i</i>	%
Atualmente possui algum problema de saúde	238	80,4
Quais problemas de saúde está enfrentando atualmente		
HAS	148	50
Osteoartrose	58	19,6
Diabetes	50	16,9
Gastrite	18	6,1
Coração	7	2,4
AVC	3	1
Outras	88	29,7
Uso de algum medicamento	197	66,6
Faz uso de algum tratamento caseiro	204	68,9

f_i: Frequencia absoluta simples



4.2 Estado Nutricional dos idosos

A tabela 6 demonstra o resultado da Mini Avaliação Nutricional (MAN), pode-se observar (que dos 296 idosos entrevistados, 246 (83,1%) encontravam-se em estado nutricional normal, 49 (16,6%) sob risco de desnutrição e apenas 1 (0,3%) desnutrido, dos quais, no sexo masculino 17,1% estão em risco de desnutrição ou desnutridos e 82,9% estão em estado nutricional normal equiparado ao sexo feminino, onde 16,8% estão sob risco de desnutrição ou desnutridas e 83,2% estão em estado nutricional normal. Em relação a faixa etária, os que se encontravam sob risco de desnutrição ou desnutridos tinham em média 73 anos de idade e os que permaneciam em estado nutricional normal variaram de 66 a 76 anos. Idosos que coabitam com 2 a 6 pessoas estão sob risco de desnutrição ou desnutridos e os que coabitam com em média 2 a 5 pessoas estão em estado nutricional normal.

]Não houve diferença estatisticamente significativa para ambos os sexos, faixa etária e número de pessoas que coabitam com o idoso. Sobre a renda, não foi verificada uma diferença significativa ($p < 0,006$), os idosos que ganham menos de um salário mínimo chegaram à 36,4% dos que estão sob risco de desnutrição ou desnutridos e os que recebem mais de dois salários mínimos estão em estado nutricional normal segundo a MAN.

Quando comparada a relação cintura-quadril (RCQ) com a MAN, as idosas que estão desnutridas ou sob risco de desnutrição, apresentaram-se em situação favorável na RCQ (21,4%) predominantemente, enquanto que, as que estão em estado nutricional normal pela MAN, encontram-se em situação desfavorável na RCQ (83,6%). No sexo masculino, 22,5% dos que estavam sob risco de desnutrição ou desnutridos encontravam-se favoráveis na RCQ. Os que estão em estado nutricional normal, encontram-se desfavoráveis em sua maioria (91,3%). Não observou-se diferença estatística significante neste quesito (tabela 7).

Tabela 6. Distribuição segundo a Mini Avaliação Nutricional (MAN) em idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM.

Variáveis (n = 296)	f _i	%	IC95%
Desnutrido	1	0,3	0,0 – 1,9
Sob Risco de desnutrição	49	16,6	12,5 – 21,3
Estado Nutricional Normal	246	83,1	78,3 – 87,2

f_i = frequência absoluta simples; IC95% = Intervalo de Confiança ao nível de 95%.



Na avaliação do Índice de Massa Corpórea (IMC), verificou-se maior número de indivíduos eutróficos (42%), seguidos de idosos em sobrepeso (36,8%) e baixo peso (21,0%). No sexo masculino a maioria encontra-se (47,0%) eutrófico, enquanto no sexo feminino, a predominância (42,5%) foi de idosas em sobrepeso (tabela 8).

Tabela 7: Comparação do resultado do MAN em relação aos dados sociodemográficos, renda, relação cintura quadril dos idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM.

Variáveis	MAN				Total	P
	< 24		≥ 24			
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%		
Gênero						0,940*
Masculino	20	17,1	97	82,9	117	
Feminino	30	16,8	149	83,2	179	
Idade						0,457**
Q ₁ - Mediana - Q ₃	67 - 73 - 77		66 - 72 - 76			
Número que coabitam						0,428**
Q ₁ - Mediana - Q ₃	2 - 4 - 6		2 - 3 - 5			
Renda em SM						0,006*
< 1	12	36,4	21	63,6	33	
1 --- 2	32	15,0	182	85,0	214	
≥ 2	6	12,2	43	87,8	49	
Relação cintura quadril / Gênero						0,256*
< 0,85 / Feminino	3	21,4	11	78,6	14	
≥ 0,85 / Feminino	27	16,4	138	83,6	165	
> 1,0 / Masculino	16	22,5	55	77,5	71	
≥ 1,0 / Masculino	4	8,7	42	91,3	46	

f_i = frequência absoluta simples; Q_i = quartis; Dp = desvio-padrão; *qui-quadrado de Pearson; **teste de Mann-Whitney; ***teste *t-student*. Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

Tabela 8: Distribuição segundo o resultados do índice de massa corpórea (IMC) aplicado nos idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM.

Variáveis (n = 296)	<i>f_i</i>	%	IC95%
IMC			
Baixo peso	62	21	16,4 – 26,0
Estrófico	125	42,2	36,5 – 48,1
Sobrepeso	109	36,8	31,3 – 42,6



f_i = frequência absoluta simples; IC95% = Intervalo de Confiança ao nível de 95%.

Tabela 9: Comparação do resultado do IMC em relação aos dados sociodemográficos, renda, e relação cintura-quadril dos idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM.

Variáveis	IMC						Total	P
	Baixo peso		Eutrófico		Sobrepeso			
	f_i	%	f_i	%	f_i	%		
Gênero							0,043*	
Masculino	29	24,8	55	47,0	33	28,2	117	
Feminino	33	18,4	70	39,1	76	42,5	179	
Idade							<0,001**	
Q ₁ - Mediana - Q ₃	69 -74- 79		67 -72- 77		65 -69- 74			
Número de pessoas na casa							0,988**	
Q ₁ - Mediana - Q ₃	1 - 3 - 5		2 - 4 - 5		2 - 3 - 5			
Renda em SM							0,730*	
< 1	9	27,3	12	36,4	12	36,4	33	
1 --- 2	45	21,0	89	41,6	80	37,4	214	
≥ 2	8	16,3	24	49,0	17	34,7	49	
Relação cintura quadril /							<0,001*	
Gênero								
< 0,85 / Feminino	7	50,0	3	21,4	4	28,6	14	
≥ 0,85 / Feminino	26	15,8	67	40,6	72	43,6	165	
> 1,0 / Masculino	20	28,2	39	54,9	12	16,9	71	
≥ 1,0 / Masculino	9	19,6	16	34,8	21	45,6	46	

f_i = frequência absoluta simples; Q_i = quartis; *qui-quadrado de *Pearson*; **teste de *Mann-Whitney*; Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

Os indivíduos eutróficos tinham idade entre 67 e 77 anos, coabitavam com 2 a 5 pessoas e tinham renda de dois ou mais salários mínimos (49%). Os idosos em sobrepeso estavam na faixa etária de 65 a 74 anos, coabitavam com 2 a 5 pessoas e possuíam renda de um a dois salários mínimos. Os em baixo peso tinham entre 69 e 79 anos, coabitavam com 1 a 5 pessoas e tinham como renda um salário mínimo em sua maioria. Com relação ao gênero e idade foi encontrado um nível de significância estatística de $p < 0,043$ e $p < 0,005$ respectivamente. Na correlação significativa do IMC com a RCQ, observou-se que mulheres com baixo peso estão mais favoráveis (50%) enquanto as que estão sobrepeso encontram-se desfavoráveis (43,6%) na relação cintura-quadril. No sexo masculino, os homens eutróficos (54,9%) e com baixo peso encontram-se mais favoráveis em contrapartida com os homens sobrepeso em situação desfavorável (45,6%) conforme a tabela 9.



6. DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos, o número de idosos do sexo feminino foi maior que do sexo masculino comparando-se à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2013, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que aponta para o fenômeno conhecido como feminização da velhice. Alguns estudos sugerem que as mulheres são mais participantes em grupos de convivência, buscam em maior número o atendimento em saúde e possuem uma vida social mais ativa, por isso aumentam sua expectativa de vida. Esta realidade deve-se muito ao processo educacional das mulheres, que procuram maior conhecimento que homens e, portanto conseguem estar mais inteiradas sobre os mecanismos de proteção e prevenção.

Com relação a raça/cor, predominou os idosos que auto referiram-se como pardos, diferindo de literaturas como de Oliveira *et al.* (2014), onde a raça branca predominou assim como outros estudos em que a raça supracitada esteve dominante até a primeira década do XXI, porém esta realidade equipara-se aos dados da PNAD (2014) que revela que, nas regiões Norte e Nordeste, a maioria dos habitantes se consideravam de cor parda, considerando a mistura de raça na região, essa é a cor predominante.

No que diz respeito a faixa etária, a pesquisa mostrou que os idosos encontravam-se entre 70 e 75 anos, o que Pereira; Spyrides; Andrade (2016), caracteriza como sendo “idosos-idosos” diferindo da maioria de pesquisas como as de Crispim (2014) e Confortin *et al* (2016), que encontrava-se, em sua maioria, entre 60 e 64 anos, ou seja, idosos “mais - jovens”. Ainda conforme Pereira; Spyrides; Andrade (2016), com o avançar da idade a representatividade percentual tende a diminuir, ou seja, deveriam existir idosos mais jovens entre 60 e 69 o que não foi condizente com esta pesquisa. Nessa faixa etária acima de 70 anos, geralmente o idoso começa a entrar em um processo de fragilidade, deixando de ter uma vida social mais participativa.

Quanto à situação conjugal dos entrevistados, predominou idosos casados e viúvos, assemelhando-se ao estudo de Luz *et. al* (2014) com 420 idosos em um município da região do Rio Grande do Sul onde predominou a situação “casado” seguido de “viúvo”. Idosos casados tendem a ter maior companhia e, portanto menos incidência de depressão e dependência. Idosos que são viúvos estão propensos a ser negligentes com sua saúde por enfrentarem a situação estressante da solidão, afetando dessa forma a qualidade de vida, uma vez que implica no convívio social, na autoestima, na alimentação e etc. O fato de o idoso morar só, implica no



estado nutricional, pois geralmente deixa de preparar um bom alimento, pois não tem com quem compartilhar, e ter o prazer de fazer uma boa alimentação.

A maioria dos idosos sabem ler e escrever, no entanto a maior parcela possui apenas o ensino primário, que equivale aos 4 primeiros anos do ensino fundamental, assemelhando-se à pesquisa com idosos residentes em Manaus, de Ribeiro *et al* (2008), que encontrou em sua maioria, idosos analfabetos ou em analfabetismo funcional (com menos de 4 anos de estudo). O analfabetismo interfere negativamente na qualidade de vida e estado nutricional do idoso, uma vez que para reconhecer o valor nutritivo do alimento faz-se necessário informações, reconhecimento dos rótulos, embalagens, dimensionar e quantificar assim como o mínimo de informação para o preparo adequado.

Tendo trabalhado a maior parte de suas vidas como agricultores, atualmente sobrevivem de suas aposentadorias recebendo em média 1 a 2 salários mínimos, apesar de terem exercido na juventude algum tipo de atividade remunerada e terem alcançado a aposentadoria. Banhato *et. al* (2008), diz que o padrão de vida destes indivíduos é inferior, pertencendo desta maneira à classe C ou às classes mais baixas, sendo interessante destacar que existem nesta pesquisa, idosos exercendo atualmente algum tipo de trabalho remunerado, indicando dessa maneira a necessidade de complementação da aposentadoria. Por outro lado, existem idosos nesta pesquisa que relataram sofrer de violência econômica, onde algum membro da família pega o dinheiro do idoso, e usa para comprar drogas, por exemplo, deixando de suprir adequadamente o idoso, em suas necessidades nutricionais.

Com relação aos hábitos de vida, a maioria dos idosos nunca beberam e fumaram, destacando também uma porcentagem de ex-tabagista e ex-etilista. O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo e na população idosa este fator é em maior proporção de acordo com Viana (2013). O tabaco é um dos potentes agentes carcinogênicos para o ser humano e o álcool está associado a hipertensão, cirrose, acidente vascular hemorrágico, além dos carcinomas de orofaringe, laringe, esôfago e fígado (SENGER *et. al*, 2011). Esta pesquisa assemelha-se neste aspecto à pesquisa de Meneguci; Santos; Damião (2014) sobre a avaliação nutricional e fatores sociodemográfico sendo este dado positivo e devendo-se principalmente por estes indivíduos fazerem parte de um grupo que apresenta diversas patologias ajustadas com uso de medicamentos, ou outras atividades sociais.

A realidade social dos indivíduos que moram em Parintins, especialmente os idosos que estão doentes pelo uso de bebidas alcólicas é bastante preocupante. Observamos esquinas de ruas com a presença de 5 ou mais idosos em pleno estado de embriagues dias a fio, e que, com certeza, não cuidam do seu estado nutricional. Neste estudo, não é possível detectar essas



alterações, por esses idosos geralmente estão à margem da sociedade e não fazem parte de nenhum grupo.

Em relação às atividades física e sociais, os dados demonstram positividade neste aspecto, corroborando com a pesquisa de Oliveira *et. al* (2010) que aponta que a pratica de exercícios físicos na terceira idade é agente colaborador para a qualidade de vida devido melhorar as diversas funções orgânicas e cognitivas garantindo maior independência, prevenindo doenças, aumentando os contatos sociais, os ganhos na função cerebral, na força e potência muscular, desta forma garantido maior o vigor e vitalidade.

A prática de exercícios na velhice aumenta a expectativa e qualidade de vida, pois além de ser tratar de um grande aliado na redução de peso, diminui o risco cardiovascular, pois regula os níveis de colesterol, triglicérides e pressão arterial, o surgimento de doenças como osteoporose, diabetes e previne certos tipos de cânceres como o de próstata e de mama. Para os idosos com sobrepeso, a prática de atividade física fará uma grande diferencial na vida dos idosos.

No que diz respeito às condições de saúde, a hipertensão foi a doença que se destacou entre os idosos, como na pesquisa de Mendes *et. al.* (2014) onde a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi prevalente em idosos, principalmente do sexo feminino, maioria também nesta análise. Pilger; Menon; Mathias (2011), em seus estudos com 359 idosos de UBSs no Município de Guarapuava, PR, encontrou 30,5% de idosos do sexo masculino e 37,1% de idosas com HAS auto referida, somando-se à outras diversas patologias crônico- degenerativas.

A HAS constitui-se como sendo um dos principais fatores de risco para o surgimento de patologias cardíacas e para que haja controle é necessário que tenha adesão ao tratamento. Como maior parte dos idosos em Parintins encontram-se hipertensos, é necessário que haja uma reflexão sobre a possibilidade instituir novas estratégias a serem usadas no controle desta doença por parte dos serviços de saúde, de maneira a garantir à população maior conhecimento sobre a patologia, os mecanismos de prevenção e a importância da adesão ao tratamento.

Um pouco mais da metade dos idosos entrevistados faz uso de algum medicamento. Oliveira *et. al* (2009) destacam que idosos normalmente utilizam medicamento por apresentarem múltiplas enfermidades. A maioria deles consome pelo menos um comprimido por dia, e a concentração, metabolismo e absorção deste medicamento é influenciado pelas mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento. Desta forma, é importante destacar que as drogas medicamentosas influenciam negativamente na absorção dos alimentos, na capacidade funcional, bem como habilidade psicomotora, além de aumentar os riscos de acidentes, ferimentos, isolamento e outros agravos.



É necessário dessa forma, que a população idosa tenha conhecimento acerca da utilização e principalmente dos riscos e efeitos medicamentosos, para que se evitem maiores gastos com a saúde e se possam criar estratégias de maneira a melhorar as condições de vida e saúde do idoso.

Grande parte dos entrevistados também faz uso de algum tratamento caseiro como as ervas medicinais, chás e sucos. Balbinot; Velasquez; Dusman; (2013), concordam que o consumo de plantas medicinais advém de tradições familiares e os idosos geralmente possuem conhecimento de suas recomendações terapêuticas, por isso, tornou-se prática usual da medicina popular sendo considerada terapia complementar e/ou alternativa para a promoção de saúde. Bettega *et al.* (2011) afirma contudo que, os fitoterápicos possuem efeitos adversos, porém se utilizados na dosagem correta são poucos os efeitos colaterais, por serem derivados de alterações extrínsecas à preparação como a identificação incorreta das plantas.

Ao avaliar o estado nutricional dos 296 idosos a maioria estão eutróficos, segundo avaliação pela MAN, equiparando-se ao estudo de Paz *et al.* (2012) onde, ao avaliar idosos residentes em uma instituição do Distrito Federal (DF), constatou que a maior parcela encontrava-se em estado nutricional normal, seguidos de risco de desnutrição e desnutrição.

A significância estatística ($p < 0,006$) esteve presente quando correlacionados a MAN com a renda mensal desses entrevistados, onde os que possuem uma renda menor estiveram sob risco de desnutrição ou desnutridos e os que possuem renda de dois salários ou mais estão eutróficos, assemelhando-se a pesquisa multinível no Brasil de Pereira; Spyrides; Andrade; que também aponta que os idosos com renda entre 2 e 5 salários mínimos apresentaram menores chances de desenvolver o baixo peso e diante disso, entende-se que os idosos que possuem alguma carência nutricional são aqueles que detêm de menor renda para suprir suas necessidades, além disso, existem aqueles que dividem seu recurso financeiro com outras pessoas na família. A carência financeira impossibilita que o idoso dê maior atenção para sua alimentação, acaba por adquirir alimentos menos saudáveis que possuem menor valor de mercado, caracterizando uma alimentação pobre em nutrientes e conseqüentemente exacerbando quadro de deficiência nutricional.

A obesidade e o sobrepeso em idosos são considerados problemas de saúde pública, visto que estes estados propiciam maiores riscos no desenvolvimento de patologias cardiovasculares e morbidades crônicas como Diabetes Mellitus. Em relação ao IMC, os idosos permaneceram eutróficos, porém obteve-se um número significativo de idosas em sobrepeso, assemelhando-se aos estudos Pereira *et al.* (2015) que dizem que o excesso de peso das mulheres aumentou de 28,7% para 48% ao longo de 35 anos, ou seja, notório que as mulheres



apresentam maior índice de obesidade e sobrepeso nas pesquisas, porém são poucos os estudos que revelam uma causa particular, mas sabe-se que a o organismo sofre por alterações ao longo dos anos e aos poucos o corpo passa pelo processo da sarcopenia, ao diminuir a massa magra e aumentar a adiposidade sendo processado diferentemente no corpo feminino.

A faixa etária que predominou em indivíduos eutróficos foi na média de idade de 72 anos, condizente com a pesquisa de Meneguci; Santos; Damião; (2014) onde a faixa etária de 70 a 79 encontrava-se eutrófica.

Ao correlacionarmos a MAN com o RCQ, percebemos que os idosos que encontravam-se em estado nutricional considerado normal por essa avaliação, são idosos de maior risco cardiovascular, sugerindo desta forma que nem todos os idosos estariam eutróficos, mas talvez em sobrepeso, que este tipo de avaliação desconsidera.

Na correlação IMC *versus* RCQ, os idosos do sexo masculino que estavam eutróficos apresentaram maior índice na RCQ, enquanto as mulheres que apresentam risco cardiovascular são as que encontram-se em sobrepeso pelo IMC. Gharakhanlou *et al.* (2011) diz que a probabilidade de morte por doença cardiovascular no mundo é maior em homens e mulheres que estão com excesso de peso, porém não foram encontradas pesquisas que apontem maior risco em mulheres como foi detectado neste estudo. Porém compreendeu-se que o índice de massa corpórea por si só não oferece tanta especificidade ao tentar rastrear idosos com excesso de peso, ainda que no modelo utilizado nesta pesquisa, seja o proposto por Lipschitz (1994), que levou em consideração as alterações próprias do envelhecimento.

É necessário portanto que se complementem as medidas antropométricas com outros instrumentos, como no caso da relação cintura-quadril afim de descobrir a quantidade de gordura visceral e o risco cardiovascular que cada um enfrenta. Neste estudo pode-se observar que a RCQ esteve mais relacionada com o IMC do que com a MAN, sugerindo que o IMC e a RCQ sejam os melhores indicadores antropométricos para o perfil lipídico em ambos sexos em idosos ativos em centros de convivência, considerando-os como fatores de risco para doenças cardiovasculares.



CONCLUSÃO

Entende-se então que, a avaliação nutricional nos idosos é de grande importância para que se possa detectar precocemente a necessidade de uma intervenção dietética, objetivando de prevenir comorbidades. Desta forma, visando melhorar qualidade de vida à população idosa emergente e prevenir os agravos, acredita-se que, é necessário que os órgãos públicos e de saúde promovam estratégias que ofertem aos idosos, um maior conhecimento sobre as doenças adquiridas no excesso de peso, as implicações no bem-estar físico e emocional, de maneira a diminuir os índices mortes em idosos por doenças cardiovasculares e neste caso, os agravos decorrentes de um péssimo estado nutricional.

No grupo estudado, o estado nutricional mostrou-se satisfatório, o que não podemos descrever como a única verdade, sendo necessária avaliação minuciosa com outros instrumentos, e acurácia de exames bioquímico que também compõem uma avaliação nutricional. Destacamos também que a Mini Avaliação Nutricional, não é o melhor instrumento de rastreamento do estado nutricional rápido, para uso em grupos de convivência ambulatoriais ou Unidades Básicas de Saúde, tendo o seu melhor uso em idosos mais fragilizados ou institucionalizados. O uso do IMC, responde adequadamente, em nosso ver, ao que propõem o Ministério da Saúde sobre a avaliação nutricional em idosos.

Este estudo possibilitou conhecer a realidade sobre o estado nutricional dos idosos que frequentam os grupos de convivência de Parintins, no entanto, a pesquisa não atingiu idosos vulneráveis, acamados ou abandonados, para qual sugerimos novas pesquisas. A contribuição social deste trabalho evidencia-se pelo conhecimento da realidade local e servirá de subsídios para a implementação de atividades realizadas pela SEMASTH junto aos idosos e planejamento de estratégias adequadas ao grupo.

Colaboradores:

Participaram da coleta dos dados: Alessandra Sâmila de Oliveira Cantuário, Arilson Azevedo da Costa, Evelin Gonçalves de Vasconcelos, Ghedria Loyanna Martins Batista, Hilare da Silva Menezes, Layanne Tavares dos Santos, Mariana Jacob d'Albuquerque Silva, Rafaela Pantoja Cavalcante, Roger Martinho Filgueira Farias.



REFERÊNCIAS

1. ACUNA, Kátia and CRUZ, Thomaz. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. Arq Bras Endocrinol Metab [online], 2004.
2. BALBINOT, S; VESLASQUEZ, P.G., DUSMAN, E. Reconhecimento e uso de plantas medicinais pelos idosos no município de Marmeleiro – Paraná. Rev. Bras. Pl. Med., Campinas, v. 15, n.4, supl.1, p. 632-638, 2013.
3. BANHATO, E.F.C et al. Aspectos sociais e dessaúde de idosos residentes na comunidade de uma cidade brasileira. Psicol. Am. Lat. N. 14, México. Out. 2008.
4. BARDUZZI, G.O. et al. Capacidade funcional de idosos com osteoartrite submetidos a fisioterapia aquática e terrestre. Fisioter. Mov. Curitiba, v. 26, n, 2, p. página 349-360, abr./jun. 2013.
5. BETTEGA, P.V.C. et al. Fitoterapia: dos canteiros ao balcão da farmácia. Archives Oral Res., v. 7, n. 1, 2011.
6. BITTAR, C; LIMA, L.C.V. O impacto das atividade em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. Rev. Kairós Gerontologia, 14 (4), ISSN 22176-90 IX, São Paulo (SP), Brasil, set. 2011.
7. BORREGO, C.C.H. et al., Causas da má nutrição , sarcopenia e fragilidade em idosos. Rev. Assoc. Bras. Nutr.: Vol.4, N.5, jan-jun 2012.
8. BOTT, Thais Aparecida da Silva, TERRA, Talita, URBANO, Laudicéia Soares. Enigmas da dor: ação multiprofissional em saúde Organizadores Fernando Pereira dos Santos, Rosalia Hernades Fernandes Vivan. Londrina : EdUniFil, 2012.
9. BRASIL, IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010 Disponível em: www.ibge.gov.br/apps/população/projeção/. Acessado em: 25/08/2016.
10. BRASIL, IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2012/11/expectativa-de-vida-do-brasileiro-aumenta-para-74-anos>
11. BRASIL, IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2016 Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2014.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
14. BUSSAB, W. O. e MORETTIN, P.A.- Estatística Básica, 5º edição. Editora Saraiva, São Paulo, 2002.



15. CAMARGOS, M.C.S, GONZAGA, M.R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(7):1460-1472, jul, 2015
16. CAMPOLINA, A.G, DINI, P.S, CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil) *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2919-2925, 2011.
17. CARDOZO, N.R. Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. *BRASPEN J* 2017; 32 (1): 94-8
18. CARNEIRO, Luíz Augusto Ferreira, et. al, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013.
19. CASTRO, Fernanda Farias de, RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza, DINIZ, Cleisiane Xavier. Avaliação Multidimensional do Idoso na Atenção Primária à Saúde. *POENF- Atenção Primária à Saúde da Família*, 2013.
20. CAVALCANTE, L.S. et al. Aplicabilidade da MAN–Mini Avaliação Nutricional em Idosos diabéticos. *Nutr.clín.diet.hosp.*2017;37(1):67-74
21. CONFORTIN, S.C. et al., Comparação do perfil socioeconômico e de condição de vida de idosos residentes em áreas predominantemente rural e urbana da Grande Florianópolis, Sul do Brasil. *Cad. Saúde Colet. RJ*, 2016.
22. CRISPIM, K.G.M. Condições de vida e saúde, distúrbios da comunicação e fatores associados: inquérito populacional em idosos residentes em Manaus, AM. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, RJ, 2014.
23. DETSKY AS, McLaughlin JR et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J. Parenter. Enteral Nutr.* 1987; 11: 8-13.
24. DULTRA, M.T. Sarcopenia e Obesidade Sarcopênica com Variáveis Inflamatórias em Mulheres Idosas. Universidade de Brasília. Dissertação[Mestrado em Ed. Física]. Brasília, 2013.
25. FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, Rio de Janeiro, v.1, n.20, p.106-194, jun. 2012.
26. FOCCHESATTO A, ROCKETT FC, PERRY IDS. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(4):779-95.
27. GHARAKHANLOU, R. et al. Medidas antropométricas como preditoras de fatores de risco cardiovascular na população urbana do Irã. *Arq Bras Cardiol.* 2011; [online].ahead print, PP.0-0



28. GUEDES, Ana Carolina Bastos; TIUSSI, Adriani Cristini Rosa; GAMA, Carolina Rebêlo. Avaliação Nutricional Subjetiva do Idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN®). *Comun.ciênc. saúde*. Out-dez, 2008.
29. GUIGOZ, Yves. The Mini Nutritional Assessment (Mna®) Review of The Literature – What Does It Tell Us?. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*© Volume 10, Number 6, 2006.
30. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), 2014. Disponível em: [www. amp.brasil247.com](http://www.amp.brasil247.com)
31. KAUARK, Fabiana da Silva, MANHÃES, Fernanda Castro e MEDEIROS, Carlos Henrique. Metodologia da pesquisa : guia prático. Itabuna : Via Litterarum, 2010.
32. LIMA, L.M. et al. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Idosas do Centro de Convivência para a Terceira Idade de Vitória/ES. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. Volume 21 Número 2 Páginas 119-126 2017
33. LIPSCHITZ, DA. Screening for nutritional status in the elderly. Vol. 21, n.1, 1994.
34. LUZ, E.P. et al. Perfil sociodemográfico e hábitos de vida da população de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev.. Bras. Geriatr. Gerontol.*, RJ, 2014.
35. MAFRA, Simone Caldas Tavares O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico. Viçosa, 2013.
36. MALTA, Maíra Barreto, PAPINI, Silvia Justina, CORRENTE, José Eduardo. Avaliação da Alimentação de Idosos de Município Paulista – Aplicando o Índice de Alimentação Saudável. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Botucatu - São Paulo, 2013.
37. MARINHO, MGV; SILVA, C.C.; ANDRADE, L.H.C. Levantamento Botânico de Plantas Medicinais em Área de Caatinga no Município de de São José de Espinharas, Paraíba, Brasil. *Rev. Bras. Pl. Med.*, v.13, n.2, 2011.
38. MENDES, G.S. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2014 Jul-Set; 9(32):273-278
39. MENEGUCI, J., SANTOS, A.S., DAMIÃO, R. Avaliação Nutricional e fatores sociodemográficos, condições de saúde e hábitos associados em idosos. *O mundo da Saúde*, São Paulo, 2014
40. NAJAS, Myriam e YAMATTO, Talita Hatsumi. Implicações Nutricionais na Funcionalidade do idoso In: PERRACINI, Mônica Rodrigues e FLÓ, Claudia Marina. *Funcionalidade e Envelhecimento*. Cap. 16. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
41. OLIVEIRA, B.L.C.A et al. Situação social e de saúde da população idosa de uma comunidade de São Luís-MA. *Rev Pesq Saúde*,11(3): 25-29, set-dez, 2010
42. OLIVEIRA, B.L.L.C.A, THOMAZ, E. B. A. F., SILVA, R.A., Associação da cor/raça aos indicadores o Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014.



43. OLIVEIRA, C.A.P., et al. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai, 2009
44. PAZ, R.C. et al. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. Revisa 2012; 1(1): 9-18 – Jan/Jun 2012. ISSN: 2179-0981.
45. PEREIRA, D.C. L. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres após a menopausa. Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa de São Paulo, 2015
46. PEREIRA, I. F. S. et al. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(5):e00178814, mai, 2016.
47. PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T.A.F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. rev. Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 19. n. 5. Ribeirão Preto. Set./Oct. 2011.
48. PREVIATO, H. D. R. A.; DIAS, A. P. V.; NEMER, A. S. A.; NIMER, M. Associação entre índice de massa corporal e circunferência da cintura em idosos, Ouro Preto, Minas Gerais. Brasil. Nutr. clín. diet. hosp. 2014; 34(1):25-30
49. RIBEIRO, E.E, et al. Projeto Idoso da Floresta: Indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS) de Manaus-M, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2008;
50. RIBEIRO, R.L. et al. Avaliação nutricional de idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas no município de duque de Caxias/ RJ. Revista Eletrônica Novo Enfoque, ano 2011, v. 12, n. 12, p. 39 – 46
51. SANTOS, A.S. et al. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. REFACS (online) 2014; 2(1): 06-13
52. SANTOS, Rodrigo Ribeiro dos. Et al., Obesidade em Idosos. Rev Med Minas Gerais 2013; 23(1): 64-73.
53. SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com a ingestão alimentar e aspecto socioeconômicos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. RJ, 2011.
54. SILVA, M.R.F. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016
55. SOUZA, Kamila Tavares de, et. al., Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. Uberlândia, 2013.
56. SPINELLY, R.B.S. et al. Avaliação nutricional pela miniavaliação nutricional de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade da região Norte do Rio Grande do Sul. RBCEH, Passo Fundo, v. 7, supl. 1, p. 47-57, 2010.



57. TEIXEIRA, Helena Patrícia. Estado Nutricional Relacionado a Prática de Atividade Física e Qualidade da Dieta de Idosos. TCC (Bacharelado em Nutrição). Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Vitória, 2013.
58. VIANNA, D.A. Influência do tabagismo na qualidade de vida de idosos da comunidade. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.
59. VIEIRA, Sonia – Bioestatística, Tópicos Avançados – Rio de Janeiro. 2.ed. – RJ: Elsevier, 2004.
60. WICHMANN, F.M. A., et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. Ver. Bras. Geriatr. Gerontol., RJ, 2013.

**APÊNDICE A – Questionário Sócio Econômico****A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO****01. Iniciais do Entrevistado** _____**02. Sexo** (1) masculino (2) Feminino **03. Data de Nasc.** ____ / ____ / ____**04. Idade** _____**05. Raça/etnia:** (1) negra (2) amarela (3) branca (4) mulato (5) quilombola (6) parda**06. Nacionalidade** _____ **07. Naturalidade** _____**B - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICO****08. O (a) Sr.(a) sabe ler e escrever?** (1) Sim (2) Não**09. Até que série o Sr (a) estudou?**

- (1) Nenhuma
 (2) Primário
 (3) Ginásio ou 1º grau incompleto
 (4) Ginásio ou 1º grau completo
 (5) 2º grau incompleto (científico, técnico ou equivalente)
 (6) 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)
 (7) Curso Superior incompleto
 (8) Curso superior completo.

10. Atualmente qual é o seu estado conjugal?

- (1) Casado (a) (2) União Estável (3) Solteiro (a) (4) Viúvo (a) (5) Divorciado/desquitado (a) /Separado

11. Qual a sua religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Outra; Qual _____**12. O(a) Sr.(a) teve filhos?** (1) Sim (2) Não **13. (Em caso positivo, quantos?),** especifique o n° de filhos _____**14. Quantas pessoas vivem com o (a) Sr. (a) na casa?** _____ pessoas**15. Que tipo de trabalho (ocupação) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida?** _____**16. O Sr(a) possui aposentadoria** (1) Sim (2) Não**17. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha?** Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.

- (1) Sim (2) Não

18. De onde o (a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?

		SIM	NÃO
A	Do seu trabalho	1	2
B	Da sua aposentadoria	1	2
C	Da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo (a)	1	2
D	De ajuda de parentes e amigos	1	2
E	De outra fonte. Qual:	1	2

19. Em média, qual é a sua renda mensal?

Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. (Atenção: valor líquido) rendimento mensal _____

20. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? (não precisa saber o valor exato, basta o valor aproximado) Rendimento mensal _____**21. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar** _____**22. Tipo de moradia:** (1) Madeira (2) alvenaria (3) Palha (4) Barro (5) Mista (6) Outros _____**23. O(a) Sr.(a) é proprietário(a) do lugar onde mora?** (Especifique apenas uma alternativa)

- (1) Propriedade do entrevistado
 (2) Propriedade do cônjuge do entrevistado



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

- (3) Propriedade do casal
(4) Alugado pelo entrevistado
(5) Residência cedida sem custo p/ o entrevistado
(6) Outra categoria (especifique) _____
- 24. Como é a privada da sua casa?** (1) céu aberto (2) fossa negra (3) vaso sem descarga (4) vaso com descarga (5) outro _____
- 25. Qual o destino do lixo?** (1) joga a céu aberto (2) queima (3) utiliza como adubo (4) coleta de lixo (5) outro _____
- 26. Possui animal de estimação?** (1) Sim (2) Não **27. Qual?** _____
- 28. Observar:** Tem árvores frutíferas no quintal (1) sim (2) não **29. Qual?** _____

C - CONDIÇÕES DE SAÚDE

Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde.

30. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

- (1) Sim (2) Não

31. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?

Especifique os problemas: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

32. O Sr. (a) toma algum medicamento

- (1) Sim (2) Não

33. Qual: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

34. Quais os serviços de saúde que o Sr. Utiliza?

- (a) Saúde da Família
(b) UBS do local onde reside
(c) Hospital (Jofre Cohen ou Pe. Colombo)
(d) Não utiliza

35. Faz uso de algum tratamento caseiro?

- (1) Sim (2) Não

36. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

37. Em caso de doença o Sr (a) procura tratamento alternativo (Rezadeira, Curandeiros, Puxadores, Benzedores...)?

- (1) sim (2) não

38. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

39. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?

- (1) Sim (2) Não

40. Esse esquecimento está piorando nos últimos meses?

- (1) Sim (2) Não

41. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?

- (1) Sim (2) Não

42. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?

- (1) Sim (2) Não

43. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?

- (1) Sim (2) Não

44. Você teve duas ou mais quedas no último ano?

- (1) Sim (2) Não

45. Você tem problema de visão capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.

- (1) Sim (2) Não

46. Você tem problema de audição capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.

- (1) Sim (2) Não

D – HÁBITOS DE VIDA

47. O Sr (a) fuma?



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

(1) sim 43. Quanto tempo? _____ (anos) (2) Não (nunca fumou)

48. Parei de fumar (quanto tempo) _____

49. O Sr. (a) bebe bebida alcoólica ?

(1) sim 46. Quanto tempo? _____ (anos) (2) Não (nunca bebeu)

50. Parei de beber (quanto tempo) _____

51. O Sr(a) faz alguma atividade física, sem ser o trabalho diário?

(1) sim (2) Não

52. Qual

53. Quantas vezes por semana: _____ vezes.

54. O Sr(a) costuma fazer atividades domésticas e/ou campo (1) sim (2) não

55. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

56. O(a) Sr (a) está envolvido em alguma atividade social na sua comunidade?

(1) sim (2) não

57. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

58. Qual o tipo de transporte o (a) Sr (a) usa cotidianamente:

(1) moto (2) bicicleta (3) carro (7) outro _____

F – ALIMENTAÇÃO

59. Quantas refeições o Sr. (a) faz por dia?

(1) Uma (2) Duas (3) Três
(4) Mais de três

60. Qual a fonte de água?

(1) encanada (2) poço (1) rio

Outros: _____

61. Sr(a) cultiva algum tipo de alimento (hortaliças)?

(1) Sim (2) Não

62. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

63. Sr(a) tem algum tipo de criação (aves, suínos, caprinos...) em sua casa?

(1) Sim (2) Não

64. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

65. Qual a maneira de adquirir seu alimento:

(1) compra (2) troca (3) pesca (4) planta (5) caça (6) colhe

Agora vou realizar algumas aferições importantes para identificar alterações no seu estado de saúde.

G – AFERIÇÕES

66. Peso _____ Kg 67. Altura _____ cm 68. Resultado do IMC _____

69. Circunf. Cintura _____ cm 70. Cincurnf. Quadril _____ 71. Resultado da RCQ _____

72. Perímetro Braquial (PB) _____ cm 73. Perímetro da Perna (PP) _____ cm

74. 1ª Aferição: Pressão Arterial _____ mmHg (máxima) _____ mmHg (mínima) **(início da entrevista)**

75. 2ª Aferição: Pressão Arterial _____ mmHg (máxima) _____ mmHg (mínima) **(no final da entrevista)**



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

ANEXO - A

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)



Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem		
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>	
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>	
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>	
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>	
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mas detalhada, continue com as perguntas G-R		
Avaliação global		
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>	
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>	
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>	
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>	
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>	
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>	
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avaliação do Estado Nutricional		
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

Referências

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

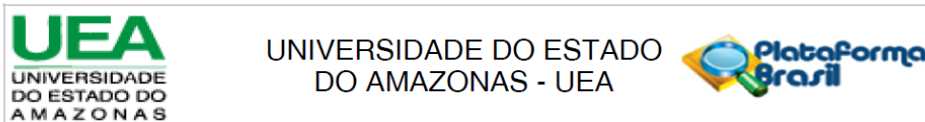
Para maiores informações: www.mna-elderly.com



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

ANEXO B

Parecer do Comitê de ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS NA CIDADE DE PARINTINS - AM

Pesquisador: Fernanda Farias de Castro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78876117.0.0000.5016

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.363.992

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 03 de Novembro de 2017

Assinado por:
Manoel Luiz Neto
(Coordenador)