

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE UM GRUPO DE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS POR DIFERENTES INSTRUMENTOS

Rubiamara Mauricio de Sousa¹
Maria Tereza Pereira Lucena²
Amélia Ruth Nascimento Lima³
Gabriel Barbosa Câmara⁴
Ivânia Samara dos Santos Pereira⁵

RESUMO

É claro que o envelhecimento afeta diretamente no estado nutricional do idoso por fisiologicamente ocorrerem diversos processos inerentes à humanidade. Com isso, o presente estudo tem como objetivo avaliar o risco nutricional de idosos participantes de um grupo não institucionalizados. Assim como, comparar a estudos progressos descritos na literatura. Sendo assim, o método antropométrico é o mais utilizado para o manejo dos pacientes idosos, devido à sua facilidade de aplicação e à ótima correlação de seus resultados com a composição corporal do indivíduo. Mais também é utilizado a Mini Avaliação Nutricional, que detecta o risco ou mesmo a desnutrição em idosos. Portanto, pode-se verificar que houve uma baixa prevalência de idosos em risco de desnutrir e desnutridos na população avaliada, assim como o aumento destes episódios com o avançar da idade, apesar da quantidade de indivíduos participantes terem sido restrita. Além disso, se observou maior quantidade de idosos com sobrepeso e obesidade. Com isso, faz-se necessário então o acompanhamento desses idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento, Nutrição do Idoso, Estado Nutricional, Saúde do Idoso Institucionalizado.

INTRODUÇÃO

Como processo fisiológico natural, o envelhecimento, se desdobra de diversas formas em função do estilo de vida do indivíduo, mais também da genética. E hoje já não é raro chegar a velhice, como foi durante milênios. A evolução da medicina curativa e preventiva, assim como da qualidade de vida a partir das melhorias das condições de vida da população proporcionou o aumento populacional da faixa etária acima dos 60 anos, classificando a fase idosa (BARRETO et al, 2017).

¹ Pós graduanda do Curso de Nutrição Clínica e hospitalar do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN, rubiaramds@gmail.com;

² Mestranda do Curso de Ciências Naturais e Biotecnologia da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cuité – UFCG, lucenamariatereza@gmail.com;

³ Mestranda do Curso de Ciências Naturais e Biotecnologia da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cuité – UFCG, ameliaruth.lima@gmail.com;

⁴ Pós graduando em Nutrição Clínica Funcional e Esportiva com ênfase em Nutrigenômica da UNIFACISA, gabrielbarbosacamara@hotmail.com;

⁵ Mestranda do Curso de Ciências Naturais e Biotecnologia da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cuité – UFCG, ivania.samara@hotmail.com.

Nas últimas quatro décadas observou-se um aumento superior a 85,5% de pessoas acima de 65 anos. E mais, Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade \geq 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira. Com isso, houve uma crescente em relação ao estudo e entendimento do processo de envelhecimento.

Sendo assim, vale explicitar que em 1982 houve a primeira manifestação global em prol da conscientização do cuidado, do bem-estar da humanidade com a finalidade de alcançar a longevidade. Isso na primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrido em Viena. (TRAMONTINO et al, 2017). E a partir disso as pesquisas e estudos vêm se aprimorando. E com isso, pode-se definir bem-estar ou saúde do idoso, como: capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras e mais, o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica. Entretanto, a permanência do bem-estar, da saúde e da qualidade de vida está ligado a cognição (Capacidade mental), humor, mobilidade e comunicação. Assim como, a consciência de que um estilo de vida saudável influencia na qualidade do envelhecimento (MORAIS, 2018).

É claro que o envelhecimento afeta diretamente no estado nutricional do idoso por fisiologicamente ocorrerem diversos processos inerentes a humanidade (COSTA, 2017). O desequilíbrio nutricional no idoso está reconhecidamente relacionado ao aumento da mortalidade, à susceptibilidade a infecções e à redução da qualidade de vida. Na senescência é comum a coexistência de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, pulmonares, o *diabetes mellitus*, além do uso prolongado de medicamentos que interferem no apetite, no consumo e na absorção de nutrientes e por isso se faz necessário o acompanhamento e cuidado (FÉLIZ e SOUZA, 2009).

A avaliação do estado nutricional do idoso é considerada complexa e por isso, necessita ser investigados detalhadamente, visando diagnóstico nutricional acurado, que possibilite intervenção nutricional adequada. A fim de identificar e suprir as necessidades individuais dos idosos, avaliações nutricionais devem ser realizadas. Os métodos de avaliação mais comuns são o antropométrico, o inquérito dos hábitos alimentares e o bioquímico (TRAMONTINO et al, 2017). Entretanto, no presente estudo utilizou-se a avaliação antropométrica (Circunferência de Braço, Panturilha, Quadril, Cintura, peso e altura) e a Mini Avaliação Nutricional (MAN) como ferramenta metodológica.

O método antropométrico é o mais utilizado para o manejo dos pacientes idosos, devido à sua facilidade de aplicação e à ótima correlação de seus resultados com a composição corporal do indivíduo, como: medidas como peso; altura; combinações de altura e peso; medidas de dobras ou pregas cutâneas; circunferências do braço, da cintura e da panturrilha. A Mini avaliação Nutricional deve constar da avaliação geriátrica, é composta por medidas e questões práticas e é dividida em quatro partes: as medidas antropométricas (circunferências, peso, altura e história de perda de peso), a avaliação global (estilo de vida, medicamentos, mobilidade e doenças), a avaliação dietética (qualitativa e quantitativa) e uma autoavaliação (autopercepção de sua saúde e qualidade nutricional) (TRAMONTINO et al, 2017).

E frente ao aumento expressivo da população idosa no País, à vulnerabilidade nutricional e ainda aos cuidados necessários com a saúde nesta faixa etária, o presente estudo tem como objetivo avaliar o risco nutricional de idosos participantes de um grupo não institucionalizados. Assim como, comparar a estudos progressos descritos na literatura quanto ao estado nutricional de pacientes institucionalizados afim de verificar a qualidade de vida nutricional.

Portanto, na referente pesquisa, foi claro que o estado nutricional está diretamente ligado ao estilo e vida, que pode estar correlato com a vivência ou não em institutos. Fato evidenciado já que o grupo não institucionalizado pesquisado encontrava-se, em sua maioria, acima do peso. Entretanto em comparação ao descrito na literatura, via-se grupos institucionalizado na mesma condição, assim como grupos com o estado nutricional adequados ou em desnutrição. Significando dizer que fatores como: sedentarismo, má alimentação, hábitos irregulares ao longo da vida afeta o estado nutricional, assim como a qualidade de vida do idoso.

Então ficou claro que atualmente se faz necessário o cuidado nutricional para equilíbrio do balanço calórico. O que antes o objetivo era evitar ou combater a desnutrição, hoje se vê a ascensão do sobrepeso e obesidade. Ou seja, o cuidado continua, mas com foco oposto comparo ao de décadas anteriores. E a educação nutricional é de suma importância ao longo da vida a fim de conscientizar a cerca de uma velhice saudável.

METODOLOGIA

Estudo transversal do tipo observacional retrospectivo realizado entre o mês de Março e Abril de 2019, com integrantes do grupo de idosos, o grupo Calebe. Valendo expor que não são institucionalizados, sem fins lucrativos e totalmente voluntários. O grupo reside na Cidade de Natal, Rio Grande do Norte. Os participantes foram submetidos a avaliação antropométrica, assim como responderam um Mini Avaliação Nutricional (MNA) disponível na Nestlé Nutrition Services, de acordo com Organização Mundial de Saúde.

Como critério de inclusão foram aceitos no estudo indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, participantes do grupo específico deste trabalho, não institucionalizados, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE). Já como critério de exclusão: Indivíduos com idade abaixo de 60 anos e idosos não participantes do grupo ou institucionalizados.

A avaliação do estado nutricional foi realizado com diferentes critérios: A) Índice de Massa Corporal (IMC) utilizando-se a classificação: baixo peso ($IMC \leq 22,0 \text{ kg/m}^2$), normal ($22,0 \text{ kg/m}^2 < IMC \leq 27,0 \text{ kg/m}^2$) e sobrepeso ($IMC > 27,0 \text{ kg/m}^2$). B) circunferência do braço de acordo com Frisancho, utilizando-se como referência o percentil 50° para população brasileira, com a equação: adequação da CB (%) = $CB \text{ obtida (cm)} \times 100 / CB \text{ percentil } 50^\circ$. A classificação do estado nutricional do idoso pode ser considerada: desnutrição grave <70%; desnutrição moderada 70-80%; desnutrição leve 80-90%; eutrofia 90-110%; sobrepeso 110-120%; obesidade >120%. C) Perímetro da panturrilha realizada para compor o teste MAN, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) com o ponto de corte de maior ou igual a 31cm. D) Circunferência Abdominal realizada reflete melhor o conteúdo de gordura visceral e também se associa muito à gordura corporal total. O critério da Federação Internacional de Diabetes, estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado a medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres. E) O questionário Mini Avaliação Nutricional (MAN) foi respondido diretamente pelo idoso e, quando impedido, pelo pesquisador do presente estudo. O teste MAN validado para idosos atribui pontuação às etapas de Triagem - medidas antropométricas (PP e IMC) e inquérito sobre ingestão alimentar, motilidade, problemas psicológicos ou doenças agudas e de Avaliação Global - medidas antropométricas (CB e CP), inquérito sobre uso de medicamento, presença de lesões de pele ou escaras, hábitos alimentares e auto-referência do estado de saúde. O somatório dos pontos da Triagem ≥ 12 classifica o idoso como eutrófico e o inquérito é interrompido, enquanto a pontuação ≤ 11 exige a continuidade da aplicação do questionário

correspondente à etapa de Avaliação Global, sendo que um escore final ≥ 24 categoriza o estado nutricional como normal, ≤ 17 a 23,9 risco de desnutrição e < 17 desnutrido.

Por fim, os dados foram copilados no programa da Microsoft Excel 2010 e finalizados no Software IBM SPSS Statistics.

Porém, anteriormente ao início da pesquisa foi apresentada a proposta aos idosos do Calebe e todo o procedimento que foi realizado, logo após, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assim submetido a Plataforma Brasil. E ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Potiguar.

DESENVOLVIMENTO

QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Atualmente, o Brasil é o sexto país com a maior população idosa mundial. Possuindo então, mais de 32 milhões de habitantes com sessenta anos ou mais. E segundo a Organização Mundial de Saúde (2005) a população idosa brasileira, até 2025, crescerá dezesseis vezes enquanto que a população mundial terá um aumento de cinco vezes mais (SANTOS et al, 2013). Isso devido, principalmente, aos avanços da medicina e as mudanças no estilo de vida dos indivíduos (BARROSO, 2005).

Para além, Carneiro e Falcone (2004) trazem a qualidade de vida como condições ou transformações que aumentam as chances de sobrevivência. E hoje a velhice possui cada vez mais características únicas para cada ser humano e tem relação direta com o que cada um viveu durante sua existência, isto é, seu estilo de vida durante as fases anteriores podem determinar a qualidade de vida na terceira idade.

A preocupação especificamente com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos trinta anos. Isso se deu em função do crescimento populacional de idosos e da expansão da longevidade, que passou a ser compartilhada por um maior número de indivíduos vivendo em diversas sociedades (NERI, 2000).

Stival et al (2014) destaca que as pessoas podem ter diferentes idades: a cronológica, que é definida pelo número de anos; a biológica, que é caracterizada pelas mudanças anatômicas ou bioquímicas; e a psicológica, relacionada à sua competência de conduta e adaptação social ao meio. Estas combinadas de forma equilibrada garantem qualidade de vida e conseqüente longevidade buscada cada vez mais pelo ser humano.

O idoso dos anos 80, 90 e 2000 vem evoluindo com o passar das décadas. Comparado aos idosos das décadas anteriores estes estão cada vez mais adaptativos inclusivos

e ativos socialmente, profissionalmente; outro ponto, é a evolução promovendo o aumento da longevidade (FABER, 2015).

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Viver mais sempre foi e será o intuito do ser humano. E esse é um desafio que cresce cada vez mais e se declina a partir da obtenção da qualidade de vida para assim contribuir com o chamado “envelhecimento bem sucedido” (NERI, 2000).

Hoje se discute muito a respeito do processo de envelhecimento, assim como o aumento da expectativa de vida, a diminuição da natalidade e os avanços científicos com o foco no entendimento dessa fase da vida (SILVA, CAMINHA, GOMES, 2013). Entretanto, antes é necessário entender o que é o envelhecimento. Sendo assim, entende-se como envelhecimento uma fase do ser humano, inerente à vida, com características específicas e que provocam no organismo modificações fisiológicas, biológicas, psicológicas e sociais. E mais, esse processo altera também a vida dos indivíduos, as famílias, a demanda por políticas públicas e a distribuição dos recursos na sociedade (SANTOS, 2010).

Adjunto ao envelhecimento muito das vezes decorrências dessa fase da vida são encontrados. Sendo assim, os efeitos secundários do envelhecimento atualmente são atribuídos não ao envelhecimento propriamente dito, mas a fatores de estilo de vida ou a doenças que podem acompanhar ou não essa fase da vida. Já os efeitos primários são graduais a idade e promove deterioração corporal inevitável, inerentes a vida (BIRREN, BENGSTON, 1988).

Com isso, Busse (1987) acredita que os efeitos da idade, principalmente os secundários, podem ser afastados a partir da manutenção da boa forma e do equilíbrio alimentar. Inclusive Rowe e Kahn (1987) relatam que uma “velhice bem sucedida” deve ser associada a uma boa saúde física, mental e existência a base de uma vida cheia de resiliência.

ENVELHECIMENTO X NUTRIÇÃO

Lawton (1991) defende o envelhecimento saudável, positivo associado a uma boa qualidade de vida, ligado ao estilo de vida. Goldstein (1995) traz em seu estudo também que indivíduos não mantêm padrões de comportamento estáticos ao longo do tempo, o oposto, esses sempre mudam seu comportamento para fazer frente às demandas da vida que se alteram ao longo da existência. O que caracteriza o processo de envelhecimento de forma adaptativo multidimensional segundo ao estilo de vida pelo qual o indivíduo se expõe (BACKMAN et al, 1990). E isto, está diretamente correlacionado com a alimentação, assim como a prática de exercício físico.

Entretanto, estudo realizado por Malta et al. (2013), evidenciou-se que 32,9% dos idosos avaliados ingeriam dieta de “má qualidade”; 60,3% “necessitam de melhorias” e apenas 6,8% apresentaram uma dieta de “boa qualidade”.

Martins et al (2016) relata que nessa fase da vida há várias peculiaridades em relação ao consumo de alimentos e que por isso, e junto do crescimento populacional, faz-se necessários ações educativas de conscientização e aprendizagem a cerca do comportamento alimentar afim de auxiliar no combate de uma má alimentantação nessa fase. Tal que o Ministério da Saúde preconiza a ação dos profissionais de saúde quanto a estimular os idosos a terem uma alimentação saudável (BRASIL, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 38 (Trinta e oito) integrantes do grupo não institucionalizados, intitulado Calebe, apenas 18 (Dezoito) não encaixavam nos critérios de inclusão. Sendo assim, todos 20 (vinte) participantes inclusos sob as condições metodológicas de inclusão foram instruídos e submetidos à pesquisa.

Das 20 pessoas, 85% (17) eram do sexo feminino e 15% (3) eram do sexo masculino. Com relação as faixa etária, a prevalência foi de idosos com 60 anos (25%) enquanto os outros participantes estavam na faixa de idade entre 61 a 80 anos. Quanto ao grau de instrução, nenhum dos participantes possuíam ensino médio completo.

Quanto à avaliação antropométrica, mais especificamente em relação ao IMC, pôde-se notar 80% (16) com sobrepeso/obesidade e 20% (4) eutróficas. E mais, a partir dos dados copilados notou-se também que 100% (20) dos participantes obtiveram o Perímetro de Panturrilha (PP) maior ou igual a 31cm, indicando que não há depleção da massa muscular (sarcopenia). Vale explicitar que a PP fornece a medida mais sensível da massa muscular nos idosos por indicar alterações na massa magra que ocorrem com a idade e com o decréscimo na atividade física (CUPARRI, 2005). Já a Classificação do estado nutricional segundo a Perímetro de Braço (PB) é utilizada como indicador de reserva calórica e proteica e, com isso, pode-se notar que dos participantes 5% (1) encontra-se com desnutrição leve, 30% (6) eutrófico, 25% (5) com sobrepeso e 40% (8) com obesidade. Indicando que não houve perda da reserva calórica, proteica. E por fim, a partir da Circunferência Abdominal (CAB) viu-se que dos integrantes do grupo não institucionalizado, apenas 10% (2 mulheres) se encontraram normal para o preconizado, entretanto, 90% (18) estavam elevados, sendo 3 homens e 15 mulheres.

Quanto aos copilados adquiridos após a realização da Mini avaliação nutricional (MAN), 75% (15) encontrava-se com o estado nutricional normal, já 25% (5) sob risco de desnutrição. Vale explicitar que os participantes da pesquisa sob risco de desnutrição estão acima de 70 anos sendo os resultados associados ao aumento da idade e suas características (CUPARRI, 2005). E mais, a partir da triagem e logo após a avaliação global, os participantes relataram perda de peso associado à perda de apetite e dois ainda expressaram que deambulam, mas não são capazes de sair de casa sozinhos.

Em suma os resultados supracitados, apresentaram entre a amostra, elevado percentual de sobrepeso e obesidade, níveis elevados em relação ao perímetro de braço, circunferência abdominal; e percentuais positivos quanto ao perímetro de panturrilha e segundo a Mini Avaliação Nutricional em sua totalidade.

Sendo assim, o processo de envelhecimento é acompanhado por diversas alterações, inclusive na composição corporal dos indivíduos. Nesse contexto, as mudanças de declínio do estado nutricional (desnutrição) sempre foram e são associadas ao baixo peso com fatores de risco trazidos com o aumento da idade, porém atualmente, o percentual de pessoas com progressiva deposição da gordura corporal, como também a sua redistribuição, sendo observada uma diminuição na região dos membros e um maior acúmulo na região abdominal está cada vez maior, principalmente na população idosa (CUPARRI, 2005).

Característico da terceira idade as alterações do estado nutricional são notórias, inclusive, entre grupos institucionalizados, mas também em grupos não institucionalizados. Sendo assim distintos resultados quanto ao estado nutricional entre esses grupos podem ser visualizado e acredita-se que tanto as diferenças quanto as semelhanças advém do estilo de vida (GEIB, 2012).

Tal que Ramos (2008) em seu estudo com 248 idosos evidenciou que idosos não institucionalizados possuíam o Índice de Massa Corporal (IMC) maior que dos idosos institucionalizados ($27,4 \pm 4,7$ vs. $25,4 \pm 4,3$ kg/m², respectivamente). Garcia, Romani e Lira (2007) em seu estudo observou um percentual de 14,9% dos idosos classificados como desnutridos, 24,4% na faixa de sobrepeso e 9,1% de obesidade. Sendo todos os participantes institucionalizados. O trabalho de Chilimia & Ismail¹⁷ e Mijares et al, com idosos indianos e hispânicos respectivamente, evidenciam um percentual de 29,8% e 26,8 % de desnutridos institucionalizados.

Os estudos supracitados demonstram resultados diferentes o que segundo a Organização Mundial de Saúde (2005) pode significar que a diferença está relacionada com a

idade, tanto para o estudo descrito na literatura como para o presente estudo. Já Chilimia e Ismail (1998) e Mijares et al (2001) justificam os resultados pela dificuldade do acesso aos alimentos, diferenças culturais, condições de vida e de pobreza. Um adendo que ocorre também no mundo ocidental, inclusive para o aumento do sobrepeso, são as facilidades da alimentação pronta e ultraprocessados e seu barateamento. E isto é visto no estudo de Perissinotto et al (2002) em que na comunidade estudada apenas observou-se 5% de desnutrição e um alto consumo de calorias, aumentando assim os percentuais de obesos idosos.

Vale salientar que Cuppari (2005) considera que o IMC não distingue o peso associado ao músculo ou à gordura corpórea, tornando fundamental averiguar a composição corpórea, sobretudo quando os valores de IMC estiverem nos limítrofes ou fora da normalidade ($27\text{kg}/\text{m}^2$). Entretanto, apesar de não representar a composição corporal dos indivíduos, a facilidade de obtenção de dados de peso e estatura, bem como sua boa correlação com morbidade e mortalidade justificam a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC) em estudos epidemiológicos e na prática clínica desde que se usem pontos de corte específicos para a idade, especialmente, se associados a outras medidas antropométricas que expressem a composição e a distribuição da gordura corpórea (CERVI, FRANCESCHINI E FIORI, 1998).

Além disso, quanto à adequação da circunferência de braço, dos 140 que puderam ser avaliados por este parâmetro, 41 encontram-se na média no percentil 50 (P50), ou seja, 29,3% dos idosos, 31,2% estão abaixo do P50 e 39,3% acima do P50 (RAMOS, 2008). Com isso, como o presente estudo, o percentual de idosos acima do P50 ainda sim foram maiores o que pode está associado aos hábitos alimentares errôneos e ao sedentarismo verificado a partir da MAN.

Analisando o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade com base na circunferência abdominal, Cabrera e Jacob Filho (2001) apontou que dos 847 idosos avaliados a CAB dos homens (281) estava $>100\text{ cm}$ e o das mulheres (566) $>98\text{cm}$, isto é, correspondentes aos percentis 75 (sobrepeso\obesidade). O que significa dizer que os autores identificaram relação entre a CAB e a presença de co-morbidades. Que se pôde observar entre as mulheres uma frequência maior de Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA), além da prática regular de atividade física e ausência de tabagismo. Nos homens, estavam significativamente mais relacionados à CAB a DM, HA, HDL-c baixo, hipertrigliceridemia. Portanto, no presente estudo pôde ser associado mediante o questionário (MAN) aplicado.

Quanto a Mini Avaliação Nutricional (MAN) Sperotto e Spinelli (2010) em seu estudo com 20 idosos institucionalizados encontraram 7 idosos desnutridos (escore <17) e 13 idosos sob risco para desnutrição (escore 17-23,5) não sendo encontrado nenhum idoso com bom estado nutricional. Em concordância, outro estudo também realizado com idosos institucionalizados, do Rio Grande do Sul, encontrou apenas 19,6% dos idosos bem nutridos, 50,3% em risco de desnutrição e 30,1% desnutridos (BRANDÃO, 2008). E mais, Emed, Kronbauer e Magnoni utilizando a MAN encontrou de 114 idosos de uma instituição curitibana 61% de idosos sob risco de desnutrição, 33% eutróficos e 6% desnutridos. Isto significa dizer que em comparação com o presente estudo, os idosos institucionalizados possuem maiores risco de desnutrirem quando comparado aos não institucionalizados (SANTOS, SICHIERI 2005).

Considerando os dados relatados no estudo, pode-se perceber que a partir da avaliação do estado nutricional através da Mini Avaliação Nutricional (MAN) não foi possível detectar com total veracidade o estado nutricional dos idosos já que estar ocorrendo à transição nutricional nesta faixa etária, onde estudos relatam maior prevalência de excesso de peso. Além de não ter achados literários significantes com idosos não institucionalizados que possam ser comparados com o presente estudo. Com isso, vale expor que a MAN é voltado apenas para avaliar o estado nutricional de indivíduos em risco nutricional e desnutrição. Desconsiderando-se assim, os indivíduos que apresentaram IMC ≥ 23 , classificando-os como normal, sendo desnecessária a continuação da avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os resultados levantados a partir dos dados obtidos através da pesquisa exploratória, segundo MAN e consequente avaliação antropométrica mostram que o perfil dos idosos estudados encontra-se baixos para risco de desnutrição, entretanto, ver-se um maior índice de sobrepeso e obesidade. O que claramente não pôde ser detectado pela ferramenta metodológica já que MAN é voltado apenas para avaliar o estado nutricional de indivíduos em risco nutricional e desnutrição.

Além disso, não foi possível maior detecção do estado nutricional dos idosos, pois estar ocorrendo à transição nutricional nesta faixa etária. Outras possíveis causas da maioria dos idosos de não apresentarem desnutrição pode ter sido condições ambientais como acesso a alimentos de qualidade satisfatória, questões sanitárias adequadas nas moradias, entre outros.

Portanto, pode-se verificar que houve uma baixa prevalência de idosos em risco de desnutrir e desnutridos na população avaliada, assim como o aumento destes episódios com o avançar da idade, apesar da quantidade de indivíduos participantes terem sido restrita. Além disso, se observou maior quantidade de idosos com sobrepeso e obesidade. Por isso, o estado nutricional está claramente ligado ao estilo de vida fazendo-se necessário então o acompanhamento dos idosos sob risco a desnutrição, assim como da outra parcela de idosos para que não corram riscos nutricionais. Porém faz-se necessário

REFERÊNCIAS

BACKMAN et al. The optimization of episodic remembering in old age. Successful aging: perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University. Cambridge. 1990.

BARRETO, J. Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. **Sociologia: Revista da faculdade de Letras da Universidade do porto**, v.15, 2017.

BIRREN, J.E. BENGSTON, V.L. Emergent theories of aging Nova York: Springer. 1988.

BUSSE, E. W. Primary and Secondary aging. In GL. Ed. Maddox. The encyclopedia of aging. Nova York: Springer. 1987.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Alimentação saudável para a pessoa idosa. Um manual para profissionais da saúde. Brasília- DF, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf > Acesso em: 25.abr.2019

BRANDÃO AF. Estado nutricional e características sócioeconômico-demográficas de idosos institucionalizados na cidade do Rio Grande, RS. [dissertação]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande; 2008.

CAMPOLINA, et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad Saúde Pública** 2013;29:1217-29.

CABRERA, M. A. S; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, 2001, 45.5:494-501.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C.; PRIORI, S. E. Análise crítica do uso de índice de massa corporal para idosos. *Revista de Nutrição*, 1998, 18(6):765-75.

COSTA, F. N. Comparação do estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. 2017.

CUPPARI, L. Guia de Nutrição Clínica do Adulto. Barueri: Manole, 2005.

CHILIMA, D.M, ISMAIL S.J. Anthropometric characteristics of older people in rural Malawi. *Eur J Clin Nutr*. 1998; 52:643-9.

CHUMLEA et al. Prediction of body weight for nonambulatory elderly from anthropometry. *J.Am.Diet. Assoc.*, v.88, n.5,p.564-568.

FÉLIX, L.N.; SOUZA, E.M.T. Nutritional assessment of institutionalized elderly with different instrument. **Revista de Nutrição**, v.22, n.4, p.571-580. 2009.

FRISANCHO A.R. Triceps skin fold and upper arm muscle size norms for assessment of nutritional status. *Am J Clin Nutr*. 1974; 27(10):1052-8

GARCIA, A.N.D.M.;ROMANI, S.D.A.M.;LIRA, P.I.C.D. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. **Revista de Nutrição**. 2007

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012, 17;123-133.

GOLDSTEIN, L.L. Stress e coping na vida adulta e na velhice. In Neri. **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso da vida**. Campina, SP. 1995.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [Acesso 27.abr.2019]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm

LAWTON, M.P. A multidimensional view of quality of life. In frail elders. 1991.

MALTA, M.B; PAPINI, S.J; CORRENTE, J.E. Avaliação da alimentação de idosos do município paulista- Aplicação do índice de alimentação saudável. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.18, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/09.pdf> >. Acesso em: 24.abr.2019

MARTINS, M.V; SOUZA, J.D; FRANCO, F.S; MARTINHO, K.O; TINÔCO, A.L.A. Consumo alimentar de idosos e sua associação com o estado nutricional. *HU Revista*, Juiz de Fora, vol. 42, 2016. Disponível em: < <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2517> >. Acesso em: 24.abr.2019

MIJARES et al. Prevalencia de malnutrición entre ancianos institucionalizados en la Comunidad Valenciana. *Med Clin*. 2001; 117(8): 289-94

MORAES, E. N. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. 2018.

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In Duarte. 2000.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. 2005.

PERISSINOTTO et al. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. *Br J Nutr*. 2002; 87(2): 177-86.

RAMOS, L. J. Avaliação do estado nutricional de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não institucionalizados no município de Porto Alegre, RS. 2008.

ROWE, J. W. KAHN, R. L. Human aging: usual and successful science, p. 237;143-149. 1987.

SANTOS D. M, SICHIERI R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:163-8.

SANTOS S. S. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev. Bras. Enferm*. 2010;63(6):1035-9

SANTOS, T. R. A. et al. Consumo de medicamentos por idosos. **Revista de Saúde Pública**. v. 47, n. 1, p. 94-103. 2013

SILVA, G.M.L.; CAMINHA, L. O.; GOMES, I. S. O corpo e o tempo: a percepção dos idosos de um grupo de convivência. **Pensar a Prática**, v. 16, n.4, p. 956-1270. 2013.

SPEROTTO, F.M; SPINELLI, R.B. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim-RS. **Perspectiva, Erechim**, 2010, 34.125:105-115.

STIVAL et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 2014; 17(2): 395-405.

TRAMONTINO, V. S. et al. Nutrição para idosos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 21, n.3, p. 215-267. 2017.

TOMASE, et al. Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. **Cad Saúde Pública**. 2014;30:1515-24.

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. Report of the WHO Expert Committee WHO Technical Report Series, 854.