



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA



**IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UM ESTUDO SOBRE O RISCO
NUTRICIONAL E SEUS FATORES ASSOCIADOS**

JULIANA LOURENÇO SILVA

RECIFE

2014

JULIANA LOURENÇO SILVA

**IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UM ESTUDO SOBRE O RISCO
NUTRICIONAL E SEUS FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva – PPGISC do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

RECIFE

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586i Silva, Juliana Lourenço.
Idosos institucionalizados: um estudo sobre o risco nutricional e seus
fatores associados / Juliana Lourenço Silva. – Recife: O autor, 2014.
73 f.: il.; tab.; gráf.; 30 cm.

Orientadora: Ana Paula de Oliveira Marques.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS,
Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Idoso. 2. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 3.
Avaliação nutricional. 4. Desnutrição. I. Marques, Ana Paula de Oliveira.
(Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2014-091)

JULIANA LOURENÇO SILVA

**IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UM ESTUDO SOBRE O RISCO
NUTRICIONAL E SEUS FATORES ASSOCIADOS**

Essa dissertação foi apresentada no dia 27 de fevereiro de 2014 ao Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva – PPGISC do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques
Orientadora

Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal
Membro Titular Interno

Profa. Dra. Ilma Kruze Grande de Arruda
Membro Titular Externo

Aos idosos institucionalizados que fizeram parte desta pesquisa.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, minha fortaleza e refúgio em todos os momentos.

À minha família, em especial a minha mãe Auzeny e minhas tias Azenete e Alaíde, pela dedicação e amor incondicional.

À querida Professora e Orientadora Dra. Ana Paula Marques, pelo aprendizado, incentivo, paciência e compreensão na realização dessa pesquisa.

À querida Professora Dra. Márcia Carréra, pelo apoio, pela oportunidade de aprendizagem e pela participação nas minhas bancas examinadoras.

Às Professoras Dra. Tânia Campos Fell Amado e Dra. Ilma Kruze Grande de Arruda, pela disponibilidade em participar da banca de qualificação e de defesa da Dissertação, respectivamente.

Ao Professor José Natal, pela análise estatística, pela paciência e pelos momentos de aprendizado.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde do Idoso, em especial à Isabelle Nóbrega, Benvinda Pereira, Danielle Ferreira, Erika Gomes e Elisa Moura, pelos momentos de troca de conhecimentos e expectativas.

Ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa, ao Instituto Assistência Social e Cidadania - IASC e à coordenação das instituições pesquisadas, pela autorização e apoio para a realização deste estudo.

Aos queridos idosos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e pelos momentos de troca de experiências.

Aos Alunos de iniciação científica, que tanto ajudaram na coleta e digitação dos dados.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva - PPGISC, pelos novos conhecimentos adquiridos em Saúde Coletiva.

Ao secretário do PPGISC, José Moreira, pela atenção e disponibilidade em relação aos diversos requerimentos.

A todos os meus queridos amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho. Pelos conselhos e palavras de apoio, confiança e otimismo.

“Tudo tem seu tempo determinado,
e há tempo para todo propósito
debaixo do céu”.

(Eclesiastes 3.1)

RESUMO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acelerada no Brasil, acarretando importantes mudanças sociais, culturais e econômicas. Assim, tem crescido a prestação de serviços de cuidados formais, entre os quais se situam as chamadas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Nesta perspectiva, o objetivo da pesquisa foi avaliar o risco nutricional e seus fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife/PE. Foi realizado um estudo transversal, descritivo com 167 idosos residentes em nove instituições não privadas, no período de janeiro a maio de 2013. Os idosos foram avaliados quanto ao estado nutricional e as condições sociodemográfica e de saúde. Para avaliação do risco nutricional foi aplicado o questionário Mini Avaliação Nutricional (MAN). Na análise dos dados, realizou-se estatística descritiva e testes de associação entre as variáveis explicativas (condições sociodemográficas e de saúde) e resposta (risco nutricional) por meio de análises uni e multivariada, utilizando-se a regressão de Poisson. A razão de prevalência foi considerada como a medida de associação. Verificou-se que os idosos, na sua maioria, eram mulheres, na faixa etária de 70 a 79 anos, solteiro, com menor nível de escolaridade e baixa renda. Em relação a sua condição de saúde, a maior parte deles (78,4%) atribuiu valoração positiva, apesar da condição de comorbidade presente em torno de 62% da casuística. Quando avaliados pela MAN, a maioria dos idosos se mostrou em risco nutricional (52.1%), representado por aqueles em risco de desnutrição ou desnutridos. Na análise multivariada, o risco nutricional foi estatisticamente associado com as seguintes variáveis: saúde autopercebida (RP ajustada=1.6, IC95%: 1.09–2.23, p=0.012), IMC (RP ajustada=2.2, IC95%: 1.48 – 3.18, p<0.001) e quantidade de medicamentos em uso (RP ajustada=1.6, IC95%: 1.10 – 2.21, p=0.010). Diante do exposto no presente estudo, observa-se a realidade desse idoso institucionalizado como um problema de saúde pública. E diante disso, espera-se que o resultado dessa pesquisa contribua no estabelecimento ou na implementação de estratégias de cuidado nutricional, que atuem tanto no monitoramento como na intervenção terapêutica visando, assim, uma assistência mais integral e efetiva.

Palavras-chave: Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Avaliação Nutricional. Desnutrição.

ABSTRACT

Populational aging is occurring in an accelerated rate in Brazil, resulting in significant social, cultural and economic changes. Thus, it has grown the formal care services, among which lie the institutions called for the Aged (ILPI). In this perspective, the objective of the research was to evaluate the nutritional risk and associated factors among institutionalized elderly in the city of Recife / PE. A descriptive cross-sectional study of 167 elderly residents in nine non-private institutions was conducted from January to May 2013. The elderly were evaluated by their nutritional status and sociodemographic and health conditions. To assess nutritional risk questionnaire Mini Nutritional Assessment (MNA) was applied. In analyzing the data, we performed descriptive statistics and tests of association between the explanatory variables (sociodemographic and health conditions) and response (nutritional risk) by univariate and multivariate analyzes, using Poisson regression. The prevalence ratio was considered as the measure of association. It was found that the elderly, mostly were women, aged 70-79 years old, single, less educated and low income. Regarding their health condition, most of them (78.4%) attributed positive rating, despite the co morbid condition present in approximately 62% of the sample. When evaluated by MAN, most seniors proved at nutritional risk (52.1%), represented by those at risk of malnutrition or malnourished. In multivariate analysis, nutritional risk was statistically associated with the following variables: self-perceived health (adjusted OR = 1.6, 95% CI: 1.09-2.23, $p = 0.012$), BMI (adjusted OR = 2.2, 95% CI: 1.48-3.18 $p < 0.001$) and number of medications (adjusted OR = 1.6, 95% CI: 1.10- 2.21, $p = 0.010$). Given the above in the present study, there is the reality of institutionalized elderly as a public health problem. And before that, it is hoped that the outcome of this research helps the establishing or implementing strategies for nutritional care, acting both as monitoring therapeutic interventions, thus aiming at a more comprehensive and effective assistance.

Key-words: Elderly. Long-Term Care Facilities. Nutritional Assessment. Malnutrition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1 - Velocidade de envelhecimento populacional: nº de anos para a população de 65 anos ou mais crescer de 7% para 14%.	18
Figura 2 - Projeção da População do Brasil: 1950-2050.	19
Figura 3 - Índice de Idade no Brasil: 1980-2050.	20
Figura 4 - Brasil: Razão de Dependência das Crianças, Idosos e Total (1950-2050).	20
Quadro 1 - Instituições de Longa Permanência para Idosos no Município do Recife de natureza pública e filantrópica. Recife, PE, 2013.	34
Gráfico 1 - Condição nutricional dos idosos institucionalizados, segundo avaliação pela MAN. Recife - PE, 2014.	43

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 - Distribuição das frequências absoluta (N) e relativa (%) dos idosos institucionalizados, segundo as variáveis sociodemográficas. Recife - PE, 2014.	40
Tabela 2 - Distribuição das frequências absoluta (N) e relativa (%) dos idosos institucionalizados, segundo as variáveis condições de saúde. Recife - PE, 2014.	42
Tabela 3 - Análise univariada das variáveis condições sociodemográficas ao risco nutricional. ILPI públicas e filantrópicas no município de Recife - PE, 2014.	43
Tabela 4 - Análise univariada das variáveis condições de saúde ao risco nutricional. ILPI públicas e filantrópicas no município de Recife - PE, 2014.	45
Tabela 5 - Análise multivariada de Poisson de risco independente. ILPI públicas e filantrópicas no município de Recife - PE, 2014.	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
ANS	Avaliação Nutricional Subjetiva
ASG	Avaliação Subjetiva Global
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CP	Circunferência da panturrilha
DCNT	Doença crônica não transmissível
DP	Desvio padrão
IASC	Instituto de Assistência Social e Cidadania
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
MAN	Mini Avaliação Nutricional
MMSE	Mini-mental State Examination
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RDI	Razão de Dependência dos Idosos
SEAS	Secretaria de Estado de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO MUNDO E NO BRASIL.....	17
2.2	ENVELHECIMENTO E ESTADO NUTRICIONAL.....	22
2.2.1	ALTERAÇÕES ORGÂNICAS, FISIOLÓGICAS E METABÓLICAS.....	22
2.2.2	DOENÇAS CRÔNICAS E USO DE MEDICAMENTOS.....	24
2.2.3	ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIOECONÔMICOS.....	25
2.3	O IDOSO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	26
2.4	AVALIANDO O RISCO NUTRICIONAL EM IDOSOS: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE ESTUDOS GERONTOLÓGICOS.....	29
3	OBJETIVOS	32
3.1	GERAIS.....	32
3.2	ESPECÍFICOS.....	32
4	MATERIAIS E MÉTODOS	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	34
4.3	POPULAÇÃO ELEGÍVEL.....	34
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	34
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	34
4.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	35
4.7	VARIÁVEIS INVESTIGADAS.....	35
4.8	COLETA DE DADOS.....	36
4.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5	RESULTADOS	40
6	DISCUSSÃO	47
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICES	66
	Apêndice A - Roteiro de Entrevista.....	67
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	69
	ANEXOS	70

Anexo A - Mini Avaliação Nutricional.....	71
Anexo B - Carta de Anuência.....	72
Anexo C - Comitê de Ética em Pesquisa.....	73

1 INTRODUÇÃO

A distribuição etária da população mundial tem apresentado visível alteração nas últimas décadas, em razão da expansão da expectativa de vida e do conseqüente aumento do número de idosos. Essa mudança na configuração populacional, conhecida como transição demográfica, vem ocorrendo de forma acelerada nos países em desenvolvimento e especialmente no Brasil (VERAS, 2009).

De acordo com o Censo Populacional de 2010, os brasileiros com 60 anos ou mais já somam 18 milhões de indivíduos, representando 12% da população total (IBGE, 2010). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde - OMS, o Brasil em 2025 terá a sexta maior população idosa no mundo com 31,8 milhões de idosos. (BRASIL, 2007).

Esse envelhecimento populacional, no entanto, vem se desenvolvendo num contexto de grandes mudanças sociais, culturais e econômicas. Segundo Marin et al. (2012), novos arranjos familiares, caracterizados pelo grande número de separações, com famílias nucleadas e espaços físicos cada vez menores, são fatores que contribuem para a falta de apoio aos idosos. Além disso, percebe-se que a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, vem eximindo o ônus desta no cuidado obrigatório dos idosos. (PAVAN; MENEGHEL; JUNGES, 2008).

Nesta perspectiva, tem crescido a prestação de serviços de cuidados formais, entre os quais se situam as chamadas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Nos países em transição demográfica avançada – no caso as nações desenvolvidas, a proporção de idosos institucionalizados chega a ser em torno de 11%, enquanto que no Brasil esse percentual não alcança 1,5% (GALESI et al.,2008).

De acordo com um levantamento feito por Camarano e Kanso (2010), existem cerca de 3500 instituições para idosos no Brasil, mas esse número pode ser ainda maior já que muitas delas não estão cadastradas e funcionam na clandestinidade. Ainda segundo essa pesquisa, verificou-se que a maioria das instituições brasileiras é de natureza filantrópica, sendo custeada principalmente pelos recursos dos próprios residentes e/ou familiares. Aproximadamente 57% das receitas provêm da mensalidade paga por esses.

É importante mencionar que a institucionalização pode trazer inúmeras conseqüências, tanto positivas quanto negativas, como reflexos da adaptação à vida asilar. A mudança para a instituição pode significar para o idoso uma espécie de confinamento, uma vez que este se vê muitas vezes privado de suas atividades familiares e corriqueiras, sendo obrigado a viver uma

situação limitada e prejudicada, podendo comprometer assim a sua qualidade de vida (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008). Além dos condicionantes específicos do próprio envelhecer, existem outros fatores que podem afetar o estado nutricional desta população, tais como: situação social (pobreza, isolamento social), alterações psicológicas (demência, depressão), condição de saúde (doenças crônicas, disfagia, polifarmácia, alterações na mastigação, perda da capacidade funcional e da autonomia), entre outros (BOSTROM et al., 2011).

As consequências dos fatores de risco mencionados acima estão associadas, muitas vezes, ao menor consumo alimentar. O desequilíbrio nutricional no idoso está relacionado positivamente ao aumento da morbimortalidade, à susceptibilidade a infecções e à redução da qualidade de vida (FELIX; SOUZA, 2009).

De acordo com Casas et al. (2004), a prevalência de desnutrição na população idosa oscila de 15 a 60%, dependendo do local onde o idoso se encontra – em casa, asilo ou hospital – e da técnica utilizada para diagnóstico de desnutrição. Segundo um estudo realizado por Guigoz (2006), altas taxas de desnutrição e risco de desnutrição foram encontradas em idosos institucionalizados com valores de 21% e 51%, respectivamente.

Nesta perspectiva, uma avaliação nutricional simples e sistematizada, que permita detectar precocemente os idosos em risco nutricional, deveria fazer parte da assistência ao idoso institucionalizado (ABAJO et al., 2008). Esse tipo de avaliação é importante para a melhora da qualidade de vida destes idosos, uma vez que muitos aspectos dietéticos estão relacionados com o ambiente, a socialização e o envelhecimento (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008).

Considerando o grau de vulnerabilidade que os idosos residentes em ILPI apresentam, tanto pelo aspecto relacionado à idade quanto pelas condições impostas pela institucionalização, percebe-se a necessidade da realização de estudos que melhor retratem a magnitude do risco nutricional destes idosos, assim como os fatores associados a esta situação.

Desta forma, espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para uma assistência mais integral e qualificada por parte da equipe de saúde no ambiente asilar, subsidiando o estabelecimento de estratégias de prevenção, monitoramento e intervenção

terapêutica, com vistas à manutenção de um adequado estado nutricional e promoção de uma melhor qualidade de vida para os idosos institucionalizados.

Com base no exposto acima, a questão norteadora da pesquisa foi a seguinte: Qual o risco nutricional em idosos institucionalizados no município de Recife - PE e seus fatores associados?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir será apresentada uma revisão bibliográfica acerca do envelhecimento populacional, do estado nutricional do idoso, do processo de institucionalização e da avaliação do risco nutricional.

2.1 Envelhecimento Populacional no Mundo e no Brasil

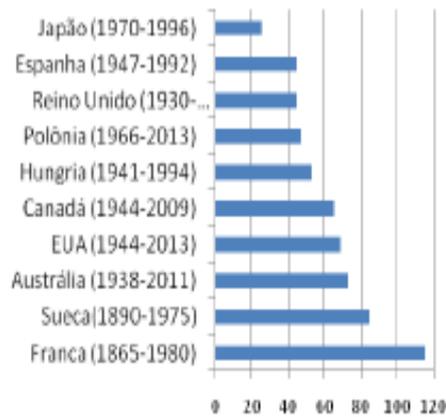
O envelhecimento demográfico ou populacional é definido como o acúmulo progressivo de maiores contingentes populacionais nas faixas etárias mais avançadas (PONTES et. al, 2009). Esse processo se dá por meio da queda da fecundidade e mortalidade, ocasionando diminuição considerável da população mais jovem e aumento da expectativa de vida e aumento no número de idosos (BANCO MUNDIAL, 2011). Segundo Pontes (2009), uma proporção de 10% ou mais de idosos na população indica a presença de uma estrutura demográfica tipicamente envelhecida.

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS são considerados idosos, nos países desenvolvidos, os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, ao passo que nos países em desenvolvimento, considera-se a idade de 60 anos. (CHRISTOPHE, 2009). Atualmente, pessoas com 60 anos ou mais representam o grupo etário que mais cresce no mundo. De acordo com Quaresma (2008), o percentual de idosos na população mundial evoluiu, no período de 1950 a 2007, de 8% para 11% e as projeções para 2050 (ONU, 2011) apontam uma percentagem de 22%.

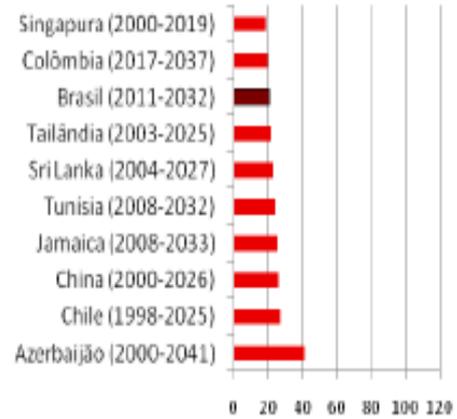
Vale destacar que esse processo de envelhecimento, oriundo da transição demográfica, é fortemente condicionado pelas condições socioeconômicas e políticas em que se realiza nos diferentes países (BRITO, 2008). A transição demográfica nos países desenvolvidos ocorreu de forma gradual, possibilitando avanços sociais e políticos que se refletem nas condições de vida dos idosos. Em contraste, a transição registrada nos países em desenvolvimento, se deu de forma rápida, resultando em importantes desafios para a saúde pública e economia destas nações (SILVEIRA; LOPES; CAIAFFA, 2007) (figura 1).

Figura 1. Velocidade de envelhecimento populacional: nº de anos para a população de 65 anos ou mais crescer de 7% para 14%.

a. Países Desenvolvidos



b. Países em desenvolvimento

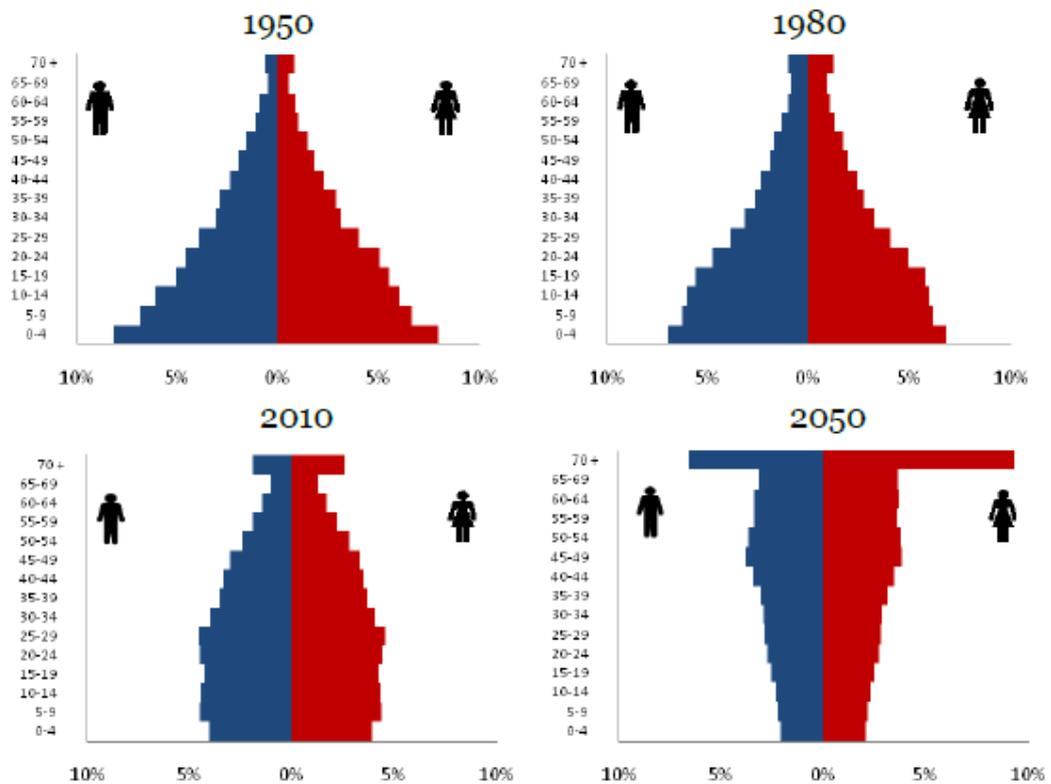


Fonte: National Institutes of Health, 2009.

Segundo as projeções da ONU (2011), os países desenvolvidos irão apresentar, antes de 2050, um aumento na população idosa de 2,4% ao ano; e entre 2050 e 2100, esse incremento será na ordem de 0,7%. Já aqueles considerados em desenvolvimento, o ritmo de crescimento do número de idosos será, até 2100, maior que 3% ao ano. Ainda de acordo com a ONU, até 2025, cerca de 840 milhões de idosos estarão vivendo nos países em desenvolvimento, o que representará 70% da população idosa em todo mundo.

Comparado a outros países da América Latina, o Brasil está em uma fase avançada no processo de transição demográfica e o reflexo destas transformações pode ser observado na pirâmide populacional brasileira (figura 2), onde o formato tipicamente triangular com uma base alargada, está cedendo lugar a uma pirâmide com base mais estreita e vértice mais largo, característica de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 2007). Segundo estimativas do IBGE (2008) nos próximos 40 anos, a população idosa irá mais do que triplicar, com aproximadamente 65 milhões em 2050.

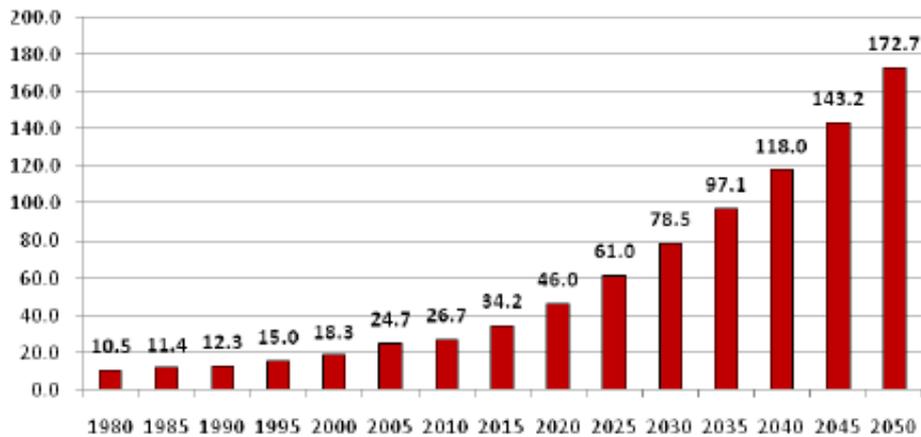
Figura 2. Projeção da População do Brasil: 1950-2050.



Fonte: IBGE, 2008.

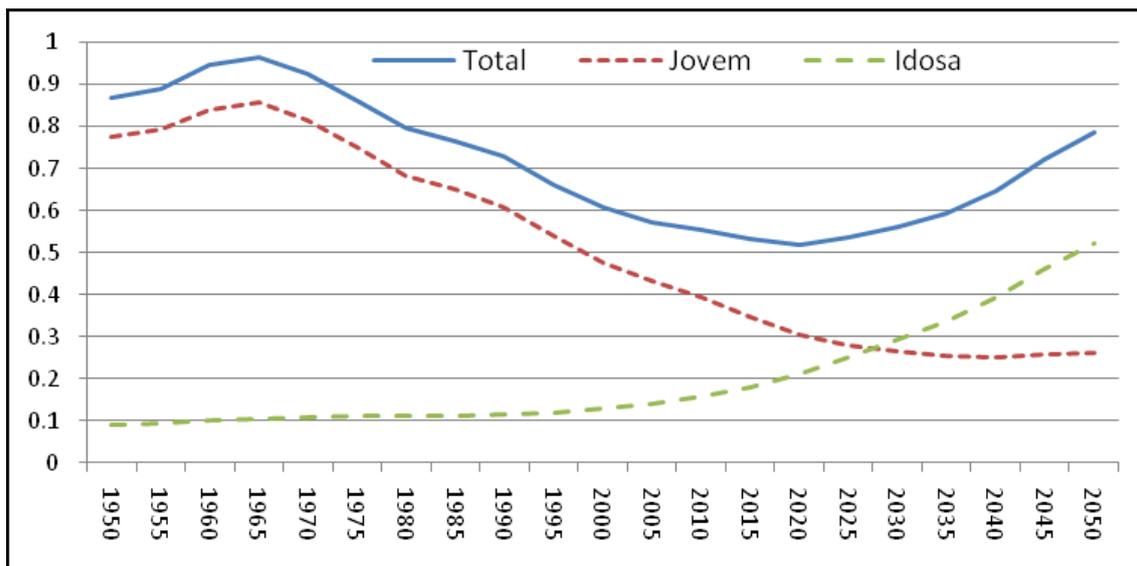
No século passado, até a década de 1940, verificavam-se no Brasil baixas oscilações das taxas de natalidade e mortalidade, o que repercutia em estabilidade etária da população (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010). Entretanto, nos últimos 60 anos, a fração de idosos na população brasileira tem aumentado significativamente. Em 1950, eles eram 2,6 milhões e representavam 4,9% da população total. Com um crescimento anual de 3,4% comparados a 2,2% da população em geral, em 2010 os idosos representavam 19,6 milhões de indivíduos (BANCO MUNDIAL, 2011; IBGE, 2010).

Alterações na estrutura etária de uma população são bem resumidas por mudanças no Índice de Envelhecimento, o qual corresponde ao número de pessoas com 65 anos ou mais por 100 jovens com menos de 15 anos. No caso do Brasil, esse indicador apresentou um pequeno aumento nos últimos 30 anos, de apenas 16,2 pontos entre 1980 e 2010. Mas durante os próximos quarenta anos esse índice apresentará um aumento exponencial, como pode ser observado na figura 3, onde sofrerá um acréscimo de 146 pontos (BANCO MUNDIAL, 2011).

Figura 3. Índice de Idade no Brasil: 1980-2050.

Fonte: IBGE, 2008.

A alteração nas relações intergeracionais pode ser vista, também, pela Razão de Dependência dos Idosos (RDI), que é a proporção do número de idosos em relação à população em idade ativa – pessoas de 15 a 59 anos (PONTES, 2009). Essa relação pode ser observada na figura 4. Para Carvalho e Rodríguez-Wong (2008), a RDI provavelmente duplicará, entre 2000 e 2025 e se considerar o período de 2000-2050, essa medida irá quadruplicar.

Figura 4. Brasil: Razão de Dependência das Crianças, Idosos e Total (1950-2050).

Fonte: Nações Unidas-Divisão de População Perspectivas da População Mundial, 2008.

Paralelo ao envelhecimento da população verifica-se o aumento da longevidade, traduzida pelos ganhos na esperança de vida ao nascer, onde no Brasil esse indicador alcançou

73,76 anos em 2010, para ambos os sexos (IBGE, 2013). Nesse mesmo ano, a esperança de vida ao nascer das mulheres (77,38 anos) foi superior à dos homens em 7,17 anos. Dados do IBGE (2013) indicam que no período de 1980/2010 houve um acréscimo de 11,24 anos na expectativa de vida do brasileiro e estima-se que, em 2050, o Brasil atingirá o patamar de 81,3 anos (PONTES, 2009).

É interessante ainda observar a intensificação do envelhecimento entre os mais idosos, onde as pessoas com 80 anos ou mais, constituem o grupo etário que mais vem crescendo no Brasil, embora ainda represente um contingente pequeno do ponto de vista demográfico (NASRI, 2008). Enquanto 14,3% dos idosos, de ambos os sexos, em 2010, tinham 80 anos ou mais de idade, em 2050 deverão corresponder a aproximadamente 28% (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008; IBGE, 2010).

O processo de envelhecimento da população brasileira caracteriza-se também por uma feminização, já que em 1950 existiam aproximadamente 100 homens para cada 100 mulheres na faixa etária de 65 a 69 anos. Em 2000 eram somente 81 homens e em 2020 deverão ser 78 do sexo masculino para cada 100 do feminino (CAMARANO, 2007). A razão entre os sexos é ainda maior nas idades mais avançadas, já que a representação das mais idosas passará de 18% para 31%, no período de 2000/2050 (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008).

Cabe destacar que o envelhecimento populacional não se trata de um fenômeno isolado, uma vez que está associado a modificações do perfil epidemiológico. Segundo Veras (2009), anualmente são adicionados 650 mil idosos à população brasileira, sendo que grande parte destes apresentam doenças crônicas e algumas limitações funcionais. Assim, verifica-se no Brasil um cenário típico de países longevos, caracterizado por um número elevado de enfermidades crônicas, complexas e onerosas, no qual as doenças podem ser múltiplas e perdurar por anos, demandando cuidados de saúde constantes (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Nesta perspectiva, a transição demográfica está longe de ser considerado um processo neutro, pois ocasiona uma série de alterações de magnitude profunda na sociedade, as quais abrangem o setor econômico, o mercado de trabalho, os sistemas e serviços de saúde e as relações familiares (BRITO, 2008). E diante desses desafios, cabe aos setores públicos a formulação e implementação de políticas que atendam a essa nova realidade, levando em conta as peculiaridades que a população idosa apresenta.

2.2 Envelhecimento e Estado Nutricional

O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, sendo caracterizado por alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007). Embora seja um processo natural, o envelhecimento pode influenciar de maneira significativa tanto a condição de saúde como a nutrição do idoso, uma vez que essas mudanças o tornam mais vulnerável ao desenvolvimento de distúrbios nutricionais, que contribuem para o aumento da morbimortalidade (NASCIMENTO et al., 2011; PFRIMER; FERRIOLLI, 2008).

O estado nutricional demonstra o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo atingidas, para manutenção da composição e funções adequadas do organismo (FRANGELLA; MARUCCI; TCHAKMAKIAN, 2008). Este pode ser comprometido por vários fatores, desde aqueles relacionados à própria senescência (envelhecimento normal) até os de origem ambiental, como os aspectos socioeconômicos. No entanto, estes condicionantes não atuam de maneira uniforme ou padronizada, considerando a heterogeneidade da população idosa e diferenciais em relação às condições de vida do idoso (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010; SANTOS; REZENDE, 2006).

Nesta perspectiva, os fatores associados ao estado nutricional do idoso podem estar agrupados em:

2.2.1 Alterações orgânicas, fisiológicas e metabólicas

Com o envelhecimento, ocorrem importantes modificações na composição corporal, caracterizada pelo aumento e redistribuição de gordura e redução de massa magra – água e tecidos muscular e ósseo (MORAES et al. 2008). A distribuição do tecido adiposo caracteriza-se pela concentração na região do tronco, com aumento de gordura abdominal e diminuição da gordura periférica (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007). O idoso tem um aumento de 20% a 30% na gordura corporal total, ou seja, de 2% a 5% por década, após os 40 anos (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010).

A redução involuntária da massa muscular, denominada sarcopenia, contribui para a redução da força e função musculoesquelética, limitando assim a capacidade funcional e a autonomia dos idosos (FRANGELLA; MARUCCI; TCHAKMAKIAN, 2008). O envelhecimento é marcado por uma perda aproximada de 2 a 3% de massa corporal magra por década e como consequência há diminuição do metabolismo basal (em torno de 10 a 20%

com o decorrer da idade), que leva à anorexia e à redução da ingestão alimentar (HARRIS, 2005).

Cabe lembrar que a ocorrência de sarcopenia também diminui a quantidade de líquido no organismo. A água corporal total reduz de 15 a 20%, levando o idoso ao risco de desidratação (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007). Outra mudança corporal observada é a osteopenia, diminuição da massa óssea, que ocasiona a redução da estatura nos idosos. A cifose torácica, a redução dos discos intervertebrais e o achatamento plantar contribuem nesse processo. A redução na altura chega a ser de 1 cm nos homens e 1,5 cm nas mulheres por década, a partir dos 40-50 anos. (MORAES et al. 2008).

Também é observada entre os idosos uma redução da acuidade dos órgãos dos sentidos (visão, audição, olfato, gustação e tato), levando ao desinteresse pela alimentação. As sensações reduzidas de paladar (digeusia) e odor (hiposmia) são comuns em idosos e pode resultar de uma variedade de fatores, do envelhecimento normal e de certas doenças, tais como a doença de Alzheimer; medicações, intervenções cirúrgicas, radioterapia e exposição ambiental. Essas disfunções tendem a começar ao redor dos 60 anos e se tornam mais graves a partir dos 70 anos de idade (MONTEIRO, 2009).

A diminuição da sensibilidade por gostos primários (doce, amargo, ácido e salgado) pode estar associada com a diminuição do número de gemas gustativas das papilas linguais (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008). Nos jovens, esse número corresponde a mais de 250 corpúsculos para cada papila, enquanto nas pessoas acima de 70 anos esse valor cai para menos de 100, o que acarreta um decréscimo do limiar de detecção e identificação de sabor em consequência do envelhecimento (PAULA et al., 2008).

A redução do olfato e paladar também podem ser considerados importantes fatores de risco para as doenças crônicas, uma vez que gera no idoso à vontade ou tendência de acrescentar condimentos ou concentrar as preparações, tornando a sua alimentação mais rica em sódio ou açúcar (PAULA et al., 2008). Ainda vale destacar que a perda auditiva, a visão prejudicada e a redução na capacidade funcional podem levar a prejuízos na ingestão de alimentos, em razão da diminuição do reconhecimento e da habilidade de se alimentar (HARRIS, 2005).

Fatores relacionados à saúde oral, como edentulismo ou perda dentária parcial, uso inadequado de próteses, cáries dentárias, infecções periodontais e xerostomia (redução da secreção salivar) acarretam prejuízos no processo de mastigação, dificultando assim a fase inicial da digestão, e conseqüentemente levando a restrição alimentar (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007). No Brasil, é alta a prevalência de idosos desdentados ou com número

reduzido de dentes, sendo esta situação um reflexo da condição de vida do idoso e do seu acesso às ações e serviços em saúde bucal (MONTEIRO, 2009).

Em relação à xerostomia, estima-se que 30% das pessoas com 65 anos ou mais apresentam esse problema, que muitas vezes está relacionado à presença de doenças sistêmicas e o uso contínuo de medicamentos (MONTEIRO, 2009; PFRIMER; FERRIOLLI, 2008). Cabe destacar, que esse problema não apenas está associado com o processo de mastigação, mas pode também favorecer o aparecimento da disfagia, dificultando assim a capacidade de deglutição do idoso (TANNEN, 2012).

Podem ser citadas ainda outras alterações fisiológicas que comprometem as necessidades nutricionais do idoso, tais como: atrofia da mucosa gástrica; hipocloridria (redução da secreção ácida) com alterações na absorção de ferro, cálcio, ácido fólico, B12 e zinco; obstipação intestinal; tendência à diminuição da tolerância à glicose; atividade da amilase salivar reduzida; redução da atividade de enzimas proteolíticas como a amilase e a lipase pancreáticas; redução do fluxo sanguíneo renal e da taxa de filtração glomerular, entre outros (MORAES et al. 2008).

2.2.2 Doenças crônicas e uso de medicamentos

Na velhice é relativamente comum a presença de múltiplas patologias, impondo aos idosos, condições adversas ao seu processo de envelhecimento. As doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemias, osteoporose e doenças cardíacas, interferem significativamente no estado nutricional da população geriátrica, uma vez que alteram as necessidades nutricionais e os processos de digestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes (SANTOS; REZENDE, 2006).

Cabe ainda ressaltar que o diagnóstico da doença, muitas vezes, condiciona a mudança de hábitos alimentares, como parte essencial ao tratamento. E esse novo padrão alimentar é caracterizado, principalmente por limitação da ingestão de sódio, gorduras saturadas, açúcar, entre outros alimentos. No entanto, esse tipo de restrição pode assumir características negativas para o idoso, associando-se à fantasia de perda de afeto, carinho e atenção e acarretando, conseqüentemente uma perda de apetite e baixo consumo alimentar (SILVA; CÁRDENAS, 2007).

Os idosos também podem apresentar doenças concomitantes, sendo necessária a utilização de múltiplos medicamentos (polifarmácia). Isto pode comprometer ainda mais o estado nutricional, tendo em vista a possibilidade desses fármacos causarem efeitos colaterais

(como, anorexia, gastrite) ou promover a interação entre medicamentos ou, ainda, entre drogas e alimentos ou nutrientes, podendo gerar graves complicações (FRANGELLA; MARUCCI; TCHAKMAKIAN, 2008).

Vale destacar que determinados medicamentos podem alterar as sensações sensoriais do paladar e olfato. Drogas excretadas na saliva podem potencializar os efeitos adversos nas sensações gustativas tanto pela modificação dos mecanismos de transdução quanto pela produção própria de algum sabor (PAULA et al., 2008). Além disso, o uso de fármacos em longo prazo pode interferir na digestão, na absorção e no metabolismo de nutrientes, causando anorexia e até desnutrição (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008).

2.2.3 Aspectos psicológicos e socioeconômicos

A condição de alimentação e nutrição do idoso não é determinada somente pelas mudanças fisiológicas do envelhecimento, mas também pelos aspectos relacionados à condição socioeconômica e familiar. Baixo poder aquisitivo, solidão, isolamento social, perda do cônjuge ou parentes próximos e amigos, demência, depressão e perda da independência são fatores que podem levar a um rápido e indesejável declínio do estado nutricional (MOREIRA; HORIE, 2008).

O baixo poder econômico é uma característica marcante da população idosa brasileira e tal situação, é ainda agravada pela exclusão dos idosos do mercado de trabalho e pelos altos custos com medicamentos e tratamento de saúde, tornando essa parcela da sociedade mais vulnerável (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007). Em muitos casos, a renda dos idosos é utilizada para a sobrevivência do grupo familiar, o que compromete o acesso a uma alimentação de melhor qualidade e adequada (FRANGELLA; MARUCCI; TCHAKMAKIAN, 2008).

É importante mencionar o significado simbólico da “comida” enquanto reflexo do modo de pensar, sentir e interagir no interior das relações sociais. O isolamento social e a solidão afetam a aceitação da alimentação pelo idoso, devido a não estar estimulado. Assim, o idoso pode agir reduzindo o consumo de alimentos ou não se interessando em se alimentar (MONTEIRO, 2009). A quantidade de alimento ingerido durante uma refeição realizada em companhia de outra pessoa é 44% maior do que quando comparada a uma refeição solitária (HARRIS, 2005).

Também é preciso verificar se a falta de apetite é um sintoma de depressão. Muitas vezes, esse problema pode estar associado à baixa ingestão de nutrientes e a depressão tem

sido identificada como uma das principais causas de perda de peso em pessoas idosas (CENTURIÓN et al., 2010). Cabe lembrar que prejuízos cognitivos, como demências, podem causar deficiência nutricional. Conforme a evolução do quadro, as sensações de sede e fome passam despercebidas pelo idoso demenciado. Muitas vezes esses desidratam e passam um dia inteiro sem se alimentar, sem se darem conta disso (CASTRO; FRANK, 2009).

2.3 O Idoso e a Institucionalização

O envelhecimento populacional acelerado, a diminuição da fecundidade e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho vêm contribuindo para a redução do cuidado familiar ao idoso (GALESI et al., 2008). As mudanças nos arranjos familiares, incluindo os novos padrões de nupcialidade, como descasamentos e recasamentos, também vêm enfraquecendo os vínculos e os laços de solidariedade entre as gerações (CHRISTOPHE, 2009). Diante desse contexto, uma das alternativas encontrada é a institucionalização, nas chamadas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

No Brasil, as instituições para idosos têm sua origem ligada aos asilos, inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas. Com o envelhecimento populacional e aumento da sobrevivência de pessoas com redução de capacidade física, cognitiva e mental, os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde. E com essa nova função híbrida, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugere a adoção do termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Paralelamente ao crescimento dessas instituições, principalmente a partir da década de 80, foi sendo criada uma estrutura legal para regular suas atividades. Na Constituição de 1988, a saúde e a educação são entendidas como direito de todos e dever do Estado. Nela o apoio aos idosos passa explicitamente a ser dever da família, do Estado e da sociedade. Na prática, porém, a família continuou sendo a principal responsável por este apoio (PINTO; SIMSON, 2012).

Em 1989, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, expediu a Portaria nº 810, na qual se encontravam as *Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento ao Idoso*. Segundo esta portaria, consideram-se ILPIs os estabelecimentos com denominações diversas,

correspondentes aos locais equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais, sob-regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado.

Essas instituições ainda devem oferecer instalações físicas em condições de salubridade e segurança e dispor de um quadro de profissionais capacitados para atender às necessidades de cuidados de saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários, além de desenvolver outras atividades características da vida institucional (Portaria nº 810/89). Vale ressaltar que essa portaria ficou por longo tempo como a única regulamentação especificamente dirigida às ILPI.

Em 2001 a Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) expediu a Portaria nº 73, que introduz a expressão “atendimento institucionalizado” e considera prioritário o atendimento dos idosos que se apresentam sem família e em situações de vulnerabilidade. Essa portaria ainda estabeleceu as *Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil*, onde se definiram as três modalidades de instituições (ou unidades nas instituições), conforme o grau de dependência do idoso asilado. No entanto, o resultado prático desta regulamentação foi pouco expressivo (PINTO; SIMSON, 2012).

E após significativa mobilização tanto de especialistas e da população em geral foi promulgado, em 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741). Este representa um avanço legal, pois regulamenta os direitos assegurados à pessoa idosa, determinando as obrigações das entidades assistenciais e atribuindo penalidades nas situações de desrespeito ao idoso (BORN; BOECHAT, 2006).

Nesse documento encontra-se referência às ILPI no Título IV - Da Política de Atendimento ao Idoso - Capítulos II a VI - onde são apresentados requisitos, princípios norteadores, regras de fiscalização e penalidades. As instituições também são citadas nos capítulos sobre Assistência Social e Habitação, artigos 35 e 37, respectivamente. O Estatuto ainda estabelece que as entidades governamentais e não governamentais responsáveis pela assistência aos idosos deverão inscrever seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741)

No artigo 50, Capítulo II do Estatuto, estão relacionadas às obrigações das entidades de atendimento ao idoso, onde se encontra estabelecida, entre outras, a exigência da celebração de contrato escrito para a prestação de serviços. Este contrato, por sua natureza jurídica, estará sujeito, entre outras, às regras do Código de Defesa do Consumidor. A fiscalização das entidades de atendimento ao idoso, e especificamente das ILPI, passa a estar a cargo dos Conselhos do Idoso, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária.

Em 14 de julho de 2005, foi implementada a *Norma Operacional Básica* (NOB 1), instrumento que normatiza o Sistema Único da Assistência Social. O atendimento em ILPI enquadra-se, a partir de então, como um serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, e que deverá ser executado em parceria com os estados, municípios e a sociedade civil. Fica estabelecido que essas instituições dirigem-se aos idosos que perderam parte de sua autonomia física ou mental e cuja família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para prestar o cuidado adequado (PINTO; SIMSON, 2012).

Para nortear sua missão fiscalizadora, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou a Resolução – RDC 283/05. Nesse documento, as ILPI são classificadas em três modalidades, conforme o grau de dependência dos idosos que abrigam; define as características físicas de equipamentos e recursos humanos mínimos, de forma a assegurar os critérios de acesso, resolubilidade e humanização; estipula a comunicação obrigatória e imediata de “eventos-sentinela” e preconiza a articulação das ILPIs com os serviços públicos de saúde (DANILOW et al., 2007; PINTO; SIMSON, 2012).

Atualmente no Brasil, cerca de 84 mil idosos residem em ILPIs – um número expressivo, embora represente menos de 1% dos idosos brasileiros (IBGE, 2010). A maioria dessas instituições asilares se classifica como beneficente/filantrópica (65,2%) e apenas 6,6% são consideradas públicas. Entretanto, nos últimos anos, a maior parte das ILPI fundadas no Brasil é privada, indicando assim a alteração do perfil desses estabelecimentos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Embora as ILPI atendam os idosos quanto às necessidades de moradia, higiene, alimentação e acompanhamento médico, há o inconveniente de afastá-los do seu convívio familiar, favorecendo o isolamento e a inatividade física e mental, com consequências negativas à sua qualidade de vida. Para o idoso institucionalizado, as perdas são muitas, e isto justifica a grande incidência de estados depressivos, sentimentos de solidão e limitação das possibilidades de uma vida ativa (MARIN et al., 2012).

Para Soares et al. (2012), as ILPI são mesmo que inconscientemente, espaços de controle individual e social, onde perduram relações de poder e hierarquia, aos quais os idosos devem submeter-se, abrindo mão, muitas vezes, de sua individualidade. Esses autores ainda pontuam outros aspectos que poderão influenciar a adaptação do idoso à vida asilar, tais como: convivência com indivíduos estranhos; perda da vida afetiva e sexual; falta da autonomia financeira e abandono por parte de amigos e familiares.

2.4 Avaliando o Risco Nutricional em Idosos: Considerações a partir de Estudos Gerontológicos

O risco nutricional pode ser entendido como qualquer situação em que haja fatores, condições ou diagnósticos que possam afetar o estado de nutrição do indivíduo (CARUSO, 2008). A população idosa é considerada como um dos grupos etários de maior risco, pois o seu estado nutricional está associado a um conjunto de fatores não apenas relacionado à senescência, mas também, ao estilo de vida (fumo, dieta, atividade física), presença de doenças crônicas, medicalização, fatores psicossociais e econômicos, entre outros (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010).

Embora o Brasil se encontre num cenário de transição nutricional onde a prevalência de sobrepeso e obesidade vem crescendo a cada ano, a desnutrição continua sendo um problema preocupante entre os mais velhos. Estima-se que a desnutrição ocorra entre 2-10% dos idosos que vivem em suas residências, enquanto naqueles institucionalizados a prevalência é ainda maior, alcançando de 30 a 60% (SANTOS; REZENDE, 2006). No Brasil, segundo a última Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, o déficit de peso na população idosa correspondeu a 8,6% (IBGE, 2010).

Cabe ainda mencionar, que a desnutrição é raramente considerada um problema médico principal, no entanto, encontra-se associada a diversas complicações, como aumento da morbimortalidade, maior risco no desenvolvimento de infecções, perda da autonomia e redução da qualidade de vida (GASKILL et al., 2008). Diante desse quadro, percebe-se a importância da avaliação nutricional, que tanto será útil na identificação dos distúrbios nutricionais como irá possibilitar uma intervenção adequada e precoce, promovendo assim a recuperação do estado de nutrição do indivíduo (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007).

Infelizmente, ainda não existe um consenso sobre o melhor método de avaliação nutricional do idoso, uma vez que não há parâmetros ou critérios de classificação específicos para esse grupo etário (FRANGELLA; MARUCCI; TCHAKMAKIAN, 2008). Desta forma, a avaliação requer uma análise conjunta de diversas técnicas ou métodos, tais como história clínica, exame físico, medidas antropométricas, dados bioquímicos, inquérito alimentar, composição corporal, função muscular, imunidade celular, entre outros (FÉLIZ; SOUZA, 2009).

Entretanto, para que seja feita uma avaliação nutricional detalhada se verifica além do alto custo, uma grande disponibilidade de tempo para sua realização adequada. E diante desse contexto, nos últimos anos, têm sido desenvolvidos instrumentos econômicos e fáceis de

manusear que permitem avaliar nutricionalmente a população idosa (COLEMBERGUER; CONDE, 2011). Nesta perspectiva, inserem-se os métodos subjetivos de avaliação, também denominados de triagem nutricional.

Esse tipo de triagem surgiu, pioneiramente, para utilização na população hospitalizada, com a Avaliação Nutricional Subjetiva (ANS), proposta por Detsky et al., (1984). Posteriormente, outra metodologia foi proposta para avaliar o risco nutricional em idosos institucionalizados, a Mini Avaliação Nutricional – MAN (CARUSO; MARUCI, 2008). A MAN é considerada um método não invasivo, de fácil aplicação, fidedigno e de baixo custo, sendo utilizada com a finalidade de identificar o risco de desnutrição no idoso (FÉLIZ; SOUZA, 2009).

O desenvolvimento da MAN se deu em 1989, no encontro da Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia, em Acapulco. O intuito era a elaboração de um instrumento para avaliação do estado nutricional de idosos semelhante à *Mini-mental State Examination* (MMSE), utilizada para avaliar a função cognitiva. A MAN foi construída por meio de um esforço conjunto do Centro de Medicina Interna e Geriatria Clínica em Toulouse (França), do Programa de Nutrição Clínica da Universidade do Novo México (EUA) e do Centro de Pesquisa da Nestlé – Suíça (G UEDES; GAMA; TIUSSI, 2008).

Para validação da MAN, foram realizados três estudos tanto com idosos saudáveis quanto com aqueles que apresentavam alterações de saúde. No total foram avaliados mais de seiscentos idosos, em diferentes populações, e os resultados obtidos com a MAN foram comparados a uma avaliação nutricional completa, incluindo os seguintes parâmetros: IMC, circunferência de braço e panturrilha, medida de dobras cutâneas tricipital e subescapular, avaliação bioquímica (albumina, pré-albumina, proteína ligadora de retinol, transferrina, ceruloplasmina, proteína C-reativa, alfa-1-glicoproteína, colesterol, vitaminas A, D, E, B1, B2, B6, B12, folato, cobre e zinco), hemograma completo e inquérito dietético - recordatório alimentar de 03 dias e frequência alimentar (CASTRO; FRANK, 2009).

Os resultados obtidos com a MAN apresentaram alta correlação com os parâmetros nutricionais utilizados, que são considerados padrão ouro. Esse instrumento ainda foi considerado um método sensível, específico e acurado na identificação do risco de desnutrição, uma vez que apresenta escores com sensibilidade de 96%, especificidade de 98% e valor prognóstico para desnutrição de 97% (GUIGOZ; LAUQUE; VELLAS, 2002).

Nesta perspectiva, Emed et al. (2006) avaliaram o estado nutricional de 114 idosos institucionalizados na cidade de Curitiba/PR, utilizando a MAN e o Índice de Massa Corporal (IMC). E por meio deste estudo, foi demonstrado que a Mini Avaliação detectou com maior

precisão a desnutrição quando comparada ao IMC. Ainda, segundo Guedes et. al (2008), a MAN é considerada um método de avaliação subjetiva mais sensível ao diagnóstico de desnutrição nos idosos do que a Avaliação Subjetiva Global (ASG).

Do ponto de vista da sua aplicabilidade, a Mini Avaliação pode ser feita em nível ambulatorial, hospitalar, institucional e em atendimento domiciliar (FERREIRA; MARRUCI, 2008). Em revisão sistemática realizada por Cortez e Martins (2012), verificou-se que o questionário da MAN vem sendo utilizado em diferentes pesquisas gerontológicas, com tradução em várias línguas, como português, francês, italiano, japonês, alemão, espanhol, entre outras. Desta forma, pode ser comprovada a boa aceitação e credibilidade desse instrumento como método de avaliação nutricional.

Entretanto, a aplicação desse protocolo pode apresentar algumas limitações, especialmente quando utilizada com idosos demenciados, uma vez que as informações são obtidas junto aos cuidadores. E caso esses sejam funcionários de instituições asilares, ainda apresenta o inconveniente de não acompanhar com exatidão, na maioria das vezes, a rotina dos idosos, devido à sobrecarga de trabalho e a troca rotineira de turnos, inviabilizando assim a coleta dos dados. (CASTRO; FRANK, 2009). Ainda vale lembrar, que a MAN não avalia o sobrepeso e a obesidade, sendo necessária a utilização de outros métodos ou instrumentos de avaliação nutricional (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008).

3 OBJETIVOS

O presente estudo apresentou os seguintes objetivos geral e específicos:

3.1 Geral: Avaliar o risco nutricional em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência no município de Recife, Pernambuco.

3.2 Específicos:

- Caracterizar a amostra segundo variáveis sociodemográficas e condições de saúde;
- Identificar a prevalência de desnutrição nos idosos institucionalizados;
- Verificar associação entre desnutrição/risco de desnutrição e as variáveis investigadas.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A seguir serão descritos os principais métodos e materiais utilizados para realização da presente pesquisa.

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo adotou um delineamento de natureza transversal, com característica quantitativa descritiva. Os estudos de corte seccional ou transversal produzem “instantâneos” da situação de saúde da população investigada. Esses instantâneos são produzidos com base na avaliação individual da condição de saúde de cada membro da comunidade ou população estudada. Sendo assim, os mesmos podem ser classificados como individuados e observacionais (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2003).

O baixo custo, a simplicidade analítica e o alto potencial descritivo são citados por Almeida Filho e Rouquayrol (2003) como vantagens do estudo descritivo de corte transversal; e como desvantagens, os autores pontuam a vulnerabilidade a vieses a que está sujeito, em especial *bias* de seleção e de prevalência e seu baixo poder analítico, o que impede a testagem de hipóteses de causalidade, na grande maioria dos estudos em que esse desenho é utilizado, limitando-se apenas à testagem de hipóteses de associação.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), de natureza pública e filantrópica, localizadas no município de Recife, Pernambuco. De acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), as ILPIs devem ser inscritas no respectivo Conselho Municipal da Pessoa Idosa, visando a sua regulamentação para funcionamento. Além disso, no município de Recife, essas instituições são vinculadas ao Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC), órgão responsável pelo monitoramento e fiscalização das mesmas.

O quadro 1 apresenta a descrição das respectivas instituições que foram investigadas no presente estudo, segundo dados obtidos pelo IASC.

Quadro 1. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Município do Recife de natureza pública e filantrópica. Recife, PE, 2013.

INSTITUIÇÕES	ENDEREÇO	ADMINISTRAÇÃO
Espaço Ieda Lucena	Rua: Áureo Xavier, nº 95 Cordeiro - Recife/PE	Pública
Lar Porto Seguro	Rua: Odete Monteiro, s/nTorre - Recife/PE	
Associação Espírita Casa dos Humildes	Rua Henrique Machado, 110 Casa Forte - Recife/PE	Filantrópica
Abrigo Lar de Maria – Centro Espírita Moacir	Rua Paula Batista, nº 205 Casa Amarela – Recife/ PE	
Abrigo Lar de Jesus	Rua Vitorino Palmares, s/nº Torre – Recife/PE	
Casa do Amor	Rua Ramiz Galvão, nº 218 Arruda Recife /PE	
Instituto Padre Venâncio	Av. Afonso Olindense, 1764 Várzea Recife/PE	
Abrigo Cristo Redentor (Alfredo Pereira Correia)	Av. Agamenon Magalhães, s/nº Jangadinha - Curado Recife/PE	
Abrigo Espírita Batista de Carvalho (Lar das vovozinhas)	Av. São Paulo, nº 373 Jardim São Paulo Recife/PE	

Fonte: Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC).

Dessas instituições, apenas três se enquadravam na categoria mista, ou seja, acolhiam tanto o idoso do sexo feminino como masculino, sendo as demais exclusivas para mulheres. As ILPIs trabalhavam em plena capacidade, abrigando entre 09 e 138 idosos.

4.3 População Elegível

A população foi composta por 395 idosos residentes nas ILPIs selecionadas para o estudo, de ambos os sexos, com idade equivalente ou superior a 60 anos.

4.4 População do Estudo

Foram entrevistados e avaliados todos os idosos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos no item 4.5.

4.5 Critérios de Inclusão

- Estar cadastrado na ILPI no período do estudo.
- Ter idade mínima igual ou acima de 60 anos – condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso;
- Deambular mesmo com dispositivos de auxílio à marcha e/ou com ajuda de terceiros.

4.6 Critérios de Exclusão

- Idosos com comprometimento de cognição ou de comunicação que pudessem interferir durante a coleta de dados;
- Idosos acamados ou cadeirantes.

4.7 Variáveis Investigadas

Dependente: Condição nutricional a ser avaliada utilizando-se como protocolo a Mini Avaliação Nutricional - MAN (GUIGOZ; VELLAS; GARRY, 1994).

Independentes:

Condições sociodemográficas:

- Natureza da instituição: pública ou filantrópica.
- Tempo de institucionalização: até 2 anos, de 3 até 5 anos, mais de 5 anos.
- Sexo: feminino ou masculino.
- Idade: considerada em anos completos a partir da data de nascimento e coleta de dados.
- Faixa etária: categorizada em três níveis (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais).
- Estado civil: casado (a) ou tem companheiro (a), solteiro (a), viúvo (a), separado (a) ou divorciado (a).
- Frequentou a escola: sim ou não.
- Escolaridade: para fins de análise será considerado o número de anos com aprovação, sendo categorizada em analfabeto, até 4 anos de estudo, 5 a 9 anos de estudo, 10 anos ou mais.
- Situação previdenciária: aposentado (a), pensionista, aposentado (a) e pensionista, não é aposentado (a) /pensionista .
- Renda: considerado o rendimento mensal total do idoso distribuído nos seguintes intervalos: não possui rendimentos, até um salário mínimo, mais de um salário mínimo. Tomando como sendo 01 (um) salário mínimo o valor vigente ao período da coleta dos dados, ou seja, R\$ 678,00.

Condições de saúde:

- Saúde autopercebida: muito boa, boa, regular.
- Prática de atividade física: sim ou não. Tomando como sendo a prática de atividade física com frequência mínima de 03 vezes por semana e duração de 30 minutos.
- Morbidade registrada no prontuário.
- Quantidade de doenças: até uma doença, duas doenças ou mais. Foram consideradas somente aquelas morbidades registradas no prontuário.
- Quantidade de medicamentos em uso: até 3, 4 a 6, 7 ou mais. Dados obtidos a partir das informações contidas nos prontuários.
- Índice de Massa Corporal (IMC): $< 22 \text{ kg/m}^2$, $22 \text{ a } 27 \text{ kg/m}^2$, $> 27 \text{ kg/m}^2$.

4.8 Coleta de Dados

Inicialmente, foi realizada uma visita em cada uma das nove instituições, no intuito de apresentar os objetivos e a metodologia da pesquisa para os respectivos diretores ou coordenadores dessas ILPI, visando assim à autorização dos mesmos para a realização do estudo. Após essa etapa, foram combinados os dias e horários mais adequados para a realização da coleta de dados. Esta foi feita nos dias úteis da semana, de acordo com a disponibilidade de cada local a ser pesquisado.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2013, por meio de entrevistas individualizadas. Cada instituição disponibilizou um local reservado para a coleta de dados, favorecendo assim a privacidade entre o pesquisador e o idoso. Para o registro das informações foi utilizado um questionário semi estruturado (APÊNDICE - A), com questões fechadas e semiabertas, organizado em blocos, incluindo: dados de identificação, sociodemográficos e condições de saúde.

Os dados socioeconômicos e demográficos foram obtidos diretamente junto aos idosos e/ou por meio da ficha de admissão dos mesmos na ILPI. Os idosos ainda foram indagados sobre a sua autopercepção da saúde e prática de atividade física. Também foram coletados dados secundários (presença de patologias e uso de medicamentos) por meio da análise dos prontuários de saúde de cada idoso.

Para avaliar a condição nutricional dos idosos foi utilizado como protocolo a Mini Avaliação Nutricional - MAN (ANEXO – A), proposto por Guigoz, Vellas e Garry (1994). Esse instrumento é constituído por 18 questões que se dividem em duas partes (triagem e

avaliação global), onde são avaliadas questões sobre: antropometria, condição geral de saúde, consumo alimentar e avaliação subjetiva.

Sua classificação é feita de acordo com o número de escore, sendo que valores maiores ou iguais a 24 indicam um estado nutricional normal; entre 17 e 23.5 sugerem risco de desnutrição e menores que 17 indicam desnutrição. No estudo o idoso foi considerado em risco nutricional quando pela pontuação da MAN foi classificado em risco de desnutrição ou desnutrido.

As medidas antropométricas da MAN incluem: peso, altura, circunferências do braço e panturrilha. Para a obtenção desses dados foram realizadas duas medidas e, se houvesse diferença nos valores, fazia-se uma terceira, calculando-se a média aritmética das mesmas.

Para aferição do peso foi utilizada uma balança portátil digital da marca Tanita®, com variação de 0,1 kg e capacidade de até 150 kg. Os idosos foram pesados com os pés descalços e usando roupas leves, sendo descartados vestes e outros objetos mais pesados, como casacos, relógios, bijuterias, carteiras e outros. No momento da pesagem, o idoso permaneceu com o corpo ereto e no centro da balança.

Para a medida da altura foi utilizado um estadiômetro portátil de marca Altorexata®. (Capacidade: medição de 115 cm a 210 cm; graduação: 1mm). Para essa aferição, o idoso ficou de costas para o estadiômetro com a face posterior dos joelhos encostados à parede, braços estendidos ao longo do corpo, descalço, com os pés juntos, em posição ereta, o máximo possível, e com a cabeça ereta, olhando para o horizonte. Também foi escolhido local adequado como parede sem rodapé ou batente da porta, de maneira a formar ângulo reto com o piso.

A circunferência da panturrilha (CP) foi obtida por meio de uma fita métrica inextensível. O idoso permaneceu sentado, com o joelho flexionado num ângulo de 90°, e a medida foi realizada na área de maior diâmetro da panturrilha. Também foi verificado se a fita estava em posição horizontal e no mesmo nível em todas as partes, de modo que não estivesse frouxa ou apertada no momento da leitura.

Para realização da medida da circunferência do braço, o idoso posicionou-se com o braço estendidos ao longo do corpo e com a palma da mão voltada para a coxa. Em seguida, foi localizado o extremo do ombro (acrômio) e o extremo do cotovelo (olecrano), marcado com uma caneta o ponto correspondente à metade da distância desses dois extremos (ponto médio). Posteriormente, o idoso flexionou seu braço em direção ao tórax, formando um ângulo de 90°. Assim, o braço foi contornado com a fita métrica inextensível no ponto marcado de forma exata evitando a compressão da pele.

O estado nutricional também foi avaliado utilizando-se o IMC, o qual consiste na medida do peso corporal (kg), dividido pela medida da estatura (m) elevada ao quadrado (P/E^2). A classificação proposta por Lipschitz (1994) foi utilizada para classificar o estado nutricional dos idosos. Esta considera os seguintes pontos de corte: baixo peso ($< 22 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($22 \text{ a } 27 \text{ kg/m}^2$) e excesso de peso ($> 27 \text{ kg/m}^2$).

Além da pesquisadora principal participaram da coleta dos dados, 03 bolsistas de iniciação científica, alunas do curso de graduação de Enfermagem e Nutrição da UFPE, previamente treinadas quanto aos procedimentos da pesquisa e técnica de entrevista. Um piloto foi realizado com 10 idosos institucionalizados, residentes em uma das ILPI selecionadas para o estudo. O procedimento teve por objetivo, avaliar o instrumento de coleta e os procedimentos a serem adotados e necessidade de possíveis ajustes.

4.9 Análise dos Dados

Após a coleta dos dados, os questionários foram revisados e digitados com dupla entrada utilizando-se o programa Microsoft Office Excel (versão 2007). Em seguida, os dados foram transferidos para o programa Epi Info 6.4, visando à verificação e validação dos dados, sendo excluídas assim possíveis inconsistências. Para análise dos dados utilizou-se o programa estatístico Stata 12. SE.

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequências absoluta e relativa (variáveis categóricas); e valores mínimo, máximo, média e desvio padrão, para as variáveis contínuas. Foi utilizado o teste *t* de Student para comparar as médias entre as variáveis contínuas e o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas, com nível de significância estatística de $p < 0,05$.

A associação entre as variáveis explicativas (condições sociodemográficas e de saúde) e resposta - que neste estudo é o risco nutricional, foi avaliada por meio de análises uni e multivariada, utilizando-se a regressão de Poisson com variância robusta, adotando-se a razão de prevalência como medida de associação. Na análise univariada, as variáveis explicativas foram avaliadas individualmente, obtendo-se estimativas das razões de prevalências, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança e os valores *p* dos teste de associação com a resposta.

As variáveis com valores $p < 0,20$ nos testes de associação foram incluídas no modelo de regressão multivariável de Poisson, a fim de identificar aquelas com associação

significante ao nível de 0,05 e obter as correspondentes estimativas das razões de prevalências, ajustadas pelo controle de confundimento com as demais variáveis.

4.10 Aspectos Éticos

O presente estudo foi vinculado a um projeto maior intitulado: “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR” o qual foi encaminhado ao Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC) da Prefeitura do Recife, órgão responsável pelo monitoramento das Instituições de Longa Permanência da região metropolitana do Recife e concedido Carta de Anuência (ANEXO – B) para realização da pesquisa nas ILPI conveniadas ao órgão governamental em questão e registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 02013112600005208) (ANEXO – C) e que atende às normas previstas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde.

Desta maneira, a investigação atendeu aos requisitos preestabelecidos na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

Os idosos participaram do estudo de forma voluntária e por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE – B), onde foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Para aqueles que não puderam assinar o termo, mas aceitaram em participar da pesquisa, foi utilizada a impressão digital. Ainda foi garantido o anonimato dos idosos e a pesquisadora comprometeu-se com a divulgação dos resultados do estudo junto as IPLI pesquisadas, além da formatação de artigo a ser encaminhado à revista indexada.

5 RESULTADOS

A população do estudo correspondeu a 167 idosos. A média da idade desses foi de 76.6 anos (DP±9.3 anos), variando entre 60 e 101 anos. A média de idade encontrada para o sexo feminino equivalente há 78 anos (DP±9.1 anos) foi significativamente maior do que no masculino ($p < 0.001$).

A maior parte dos idosos (82.6%) reside em instituições filantrópicas e quanto ao tempo de institucionalização, 61.7% deles estão na ILPI há no máximo, dois anos. Em relação às variáveis sociodemográficas, observa-se uma predominância de idosos do sexo feminino (69.5%), solteiro (52.7%) e com idade entre 70 a 79 anos (36%).

Apesar de 76% dos residentes terem frequentado a escola, o nível de escolaridade dos mesmos é considerado muito baixo, até quatro anos de estudo (49.0%). Em relação à renda, verifica-se que 74.8% dos institucionalizados recebem até um salário mínimo, refletindo o baixo poder econômico dos mesmos. As características sociodemográficas desses idosos encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das frequências absoluta (N) e relativa (%) dos idosos institucionalizados, segundo as variáveis sociodemográficas. Recife - PE, 2014.

Variável	N	%
Natureza da Instituição		
Pública	29	17.4
Filantrópica	138	82.6
Tempo de institucionalização		
Até 2 anos	103	61.7
De 3 até 5 anos	24	14.4
Mais de 5 anos	40	23.9
Sexo		
Masculino	51	30.5
Feminino	116	69.5
Faixa etária (em anos)		
60 a 69	48	28.7
70 a 79	60	36.0
80 ou mais	59	35.3
Estado civil		
Casado ou tem companheiro (a)	13	7.8
Solteiro (a)	88	52.7
Viúvo (a)	46	27.5
Separado (a) ou divorciado (a)	20	12.0

(Continua)

Tabela 1. Distribuição das frequências absoluta (N) e relativa (%) dos idosos institucionalizados, segundo as variáveis sociodemográficas. Recife - PE, 2014.

Variável	N	%
Frequentou a escola		
Sim	127	76.0
Não	40	24.0
Escolaridade (anos de estudo)		
Analfabeto	40	24.0
Até 4	82	49.0
5 a 9	24	14.4
10 ou mais	21	12.6
Situação previdenciária		
Aposentado (a)	126	75.4
Pensionista	12	7.2
Aposentado (a) e pensionista	4	2.4
Não é aposentado (a) /pensionista	25	15.0
Rendimento pessoal*		
Não tem rendimentos	25	15.0
Até 1 salário mínimo	125	74.8
Mais de 1 salário mínimo	17	10.2
Total	167	100

* Considerado o salário mínimo vigente no ano de 2013 - R\$ 678,00.

Quando questionados em relação a sua condição de saúde (tabela 2), os idosos em sua maioria (78,4%), atribuíram valoração positiva (muito boa/boa), apesar do registro de morbidade presente em 75% dos prontuários e a condição de duas ou mais enfermidades, em torno de 62% dos idosos investigados. Em relação à quantidade de fármacos, 45.5% dos residentes utilizavam até três medicamentos/dia.

Quanto à prática de atividade física em torno de 87% dos idosos eram sedentários. No que se refere ao IMC, segundo a classificação feita por Lipschitz (1994), a maior parte dos idosos institucionalizados (35.3%) apresentou um estado nutricional normal ou eutrófico.

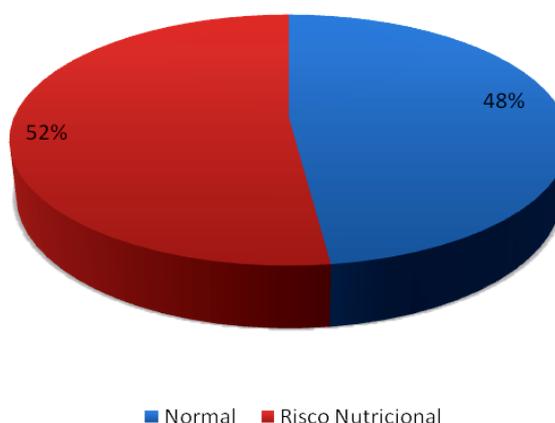
Tabela 2. Distribuição das frequências absoluta (N) e relativa (%) dos idosos institucionalizados, segundo as variáveis condições de saúde. Recife - PE, 2014.

Variável	N	%
Saúde autopercebida		
Muito boa	70	41.9
Boa	61	36.5
Regular	36	21.6
Prática de atividade física*		
Sim	22	13.2
Não	145	86.8
Morbidade registrada no prontuário		
Sim	126	75.4
Não	41	24.6
Quantidade de doenças		
Até uma doença	64	38.3
Duas doenças ou mais	103	61.7
Quantidade de medicamentos em uso		
Até 3	76	45.5
4 a 6	60	35.9
7 ou mais	31	18.6
IMC (kg/m²)		
< 22	55	32.9
22 a 27	59	35.3
Mais de 27	53	31.7
Total	167	100

* Considerada prática de atividade física com frequência mínima de 03 vezes por semana e duração de 30 minutos.

Quando avaliados pela MAN, 52.1% dos idosos estavam em risco nutricional, representado por aqueles tanto em risco de desnutrição ou como desnutridos, como pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1. Condição nutricional dos idosos institucionalizados, segundo avaliação pela MAN. Recife - PE, 2014.



As tabelas 3 e 4 apresentam os resultados da análise univariada, na qual foram exploradas as relações entre o risco nutricional e as variáveis relativas às condições sociodemográficas e de saúde, respectivamente. Foram encontradas cinco variáveis com valor $p < 0.20$ (faixa etária, rendimento pessoal, saúde autopercebida, quantidade de medicamentos em uso e IMC).

Tabela 3. Análise univariada das variáveis condições sociodemográficas ao risco nutricional. ILPI públicas e filantrópicas no município de Recife - PE, 2014.

Variável	Total (N)	Risco nutricional		RP (IC95%)	Valor p
		Não %(N)	Sim %(N)		
Natureza da Instituição					
Pública	29	48.3(14)	51.7(15)	1,0	0.965
Filantrópica	138	47.8(66)	52.2(72)	1.0 (0.68 – 1.49)	
Tempo de institucionalização					
Até 2 anos	103	46.6(48)	53.4(55)	1.2(0.80 - 1.75)	0.456*
De 3 até 5 anos	24	41.7(10)	58.3(14)	1.3(0.80 - 2.10)	
Mais de 5 anos	40	55.0(22)	45.0(18)	1.0	
Sexo					
Masculino	51	54.9(28)	45.1(23)	1.0	0.253
Feminino	116	44.8(52)	55.2(64)	1.2(0.87 - 1.73)	
Faixa etária (em anos)					
60 a 69	48	58.3(28)	41.7(20)	1.0	0.050*
70 a 79	60	48.3(29)	51.7(31)	1.2(0.82 - 1.88)	
80 ou mais	59	39.0(23)	61.0(36)	1.5(0.99 - 2.17)	

(Continua)

Tabela 3. Análise univariada das variáveis condições sociodemográficas ao risco nutricional. ILPI públicas e filantrópicas no município de Recife - PE, 2014.

Variável	Total (N)	Risco Nutricional		RP (IC95%)	Valor p
		Não %(N)	Sim %(N)		
Estado civil					0.710
Casado ou tem companheiro (a)	13	61.5(8)	38.5(5)	1.0	
Solteiro (a)	88	45.5(40)	54.5(48)	1.4(0.69 - 2.90)	
Viúvo (a)	46	45.7(21)	54.3(25)	1.4(0.67 - 2.96)	
Separado (a) ou divorciado (a)	20	55.0(11)	45.0(9)	1.2(0.50 - 2.72)	0.668
Frequentou a escola					
Sim	127	48.8(62)	51.2(65)	1.0	
Não	40	45.0(18)	55.0(22)	1.1(0.77 - 1.49)	0.939*
Escolaridade (anos de estudo)					
Analfabeto	40	45.0(18)	55.0(22)	1.0(0.64 - 1.72)	
Até 4	82	51.2(42)	48.8(40)	0.9(0.58 - 1.48)	
5 a 9	24	41.7(10)	58.3(14)	1.1(0.65 - 1.89)	
10 ou mais	21	47.6(10)	52.4(11)	1.0	0.230
Situação previdenciária					
Aposentado (a)	126	45.2(57)	54.8(69)	1.7(0.94 - 3.10)	
Pensionista	12	33.3(4)	66.7(8)	2.1(1.03 - 4.19)	
Aposentado (a) e pensionista	4	50.0(2)	50.0(2)	1.6(0.50 - 4.87)	
Não é aposentado (a) /pensionista	25	68.0(17)	32.0(8)	1.0	0.196
Rendimento pessoal**					
Não tem rendimentos	25	68.0(17)	32.0(8)	1.0	
Até 1 salário mínimo	125	44.0(55)	56.0(70)	1.73(0.95-3.14)	
Mais de 1 salário mínimo	17	47.1(8)	52.9(9)	1.65(0.80-3.43)	
Total (N)	167	80	87		

NOTAS: RP = razão de prevalência; IC= intervalo de confiança; valor p = nível de significância. *Teste de tendência linear de Wald; ** Considerado o salário mínimo vigente no ano de 2013 - R\$ 678,00.

Tabela 4. Análise univariada das variáveis condições de saúde ao risco nutricional. ILPI públicas e filantrópicas no município de Recife - PE, 2014.

Variável	Total (N)	Risco Nutricional		RP (IC95%)	Valor p
		Não %(N)	Sim %(N)		
Saúde autopercebida					0.005*
Muito boa	70	60.0(42)	40.0(28)	1.0	
Boa	61	42.6(26)	57.4(35)	1.4(1.00 - 2.06)	
Regular	36	33.3(12)	66.7(24)	1.7(1.15 - 2.41)	0.836
Prática de atividade física**					0.634
Sim	22	50.0(11)	50.0(11)	1.0	
Não	145	47.6(69)	52.4(76)	1.0(0.67 - 1.64)	
Morbidade registrada no prontuário					0.834
Sim	126	46.8(59)	53.2(67)	1.1(0.76 - 1.55)	
Não	41	51.2(21)	48.8(20)	1.0	
Quantidade de doenças					0.115*
Até uma doença	64	46.9(30)	53.1(34)	1.0(0.77 - 1.39)	
Duas doenças ou mais	103	48.5(50)	51.5(53)	1.0	
Quantidade de medicamentos em uso					< 0.001
Até 3	76	52.6(40)	47.4(36)	1.0	
4 a 6	60	48.3(29)	51.7(31)	1.1(0.78 - 1.54)	
7 ou mais	31	35.5(11)	64.5(20)	1.4(0.96 - 1.94)	
IMC (kg/m²)					
< 22	55	27.3(15)	72.7(40)	2.0(1.37 - 3.01)	
22 a 27	59	52.5(31)	47.5(28)	1.3(0.84 - 2.08)	
Mais de 27	53	64.2(34)	35.8(19)	1.0	
Total (N)	167	80	87		

NOTAS: RP = razão de prevalência; IC= intervalo de confiança; valor p = nível de significância. *Teste de tendência linear de Wald; *** Considerada prática de atividade física com frequência mínima de 03 vezes por semana e duração de 30 minutos.

A tabela 5 apresenta os resultados do modelo final ajustado. Adotando-se o nível de significância de 5%, a análise multivariada mostrou que o risco nutricional foi estatisticamente associado com as seguintes variáveis: saúde autopercebida, IMC e quantidade de medicamentos em uso. Portanto, aqueles idosos com uma autopercepção regular da sua saúde e que fazem uso de 7 ou mais fármacos têm 60% de mais chance de estar em risco nutricional do que os outros idosos. Já que aqueles com $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$ tem aproximadamente o dobro de chance (RP ajustada=2.2) de estar em risco nutricional dos que os demais idosos.

Tabela 5. Análise multivariada de Poisson de risco independente. ILPI públicas e filantrópicas no município de Recife - PE, 2014.

Variável	RP ajustada[†] (IC95%)	Valor p[*]
Saúde autopercebida		0.012
Muito boa	1.0	
Boa	1.4(0.97 – 1.91)	
Regular	1.6(1.09 – 2.23)	
IMC (kg/m²)		<0.001
< 22	2.2(1.48 – 3.18)	
22 a 27	1.3(0.86 – 2.07)	
Mais de 27	1.0	
Quantidade de medicamentos em uso		0.010
Até 3	1.0	
4 a 6	1.3 (0.93 – 1.75)	
7 ou mais	1.6 (1.10 – 2.21)	

NOTAS: RP = razão de prevalência; IC= intervalo de confiança; valor p= nível de significância. [†]Ajustada pelas outras variáveis da Tabela. ^{*}Teste de tendência linear de Wald.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou um elevado percentual de idosos institucionalizados em risco nutricional e esse dado pode ser considerado alarmante, uma vez que, a deficiência nutricional pode estar muitas vezes, relacionada ao aumento da morbimortalidade. É importante destacar, que essa percentagem poderia ser ainda maior, pois nesta pesquisa foram excluídos tanto idosos com comprometimento cognitivo como os acamados ou cadeirantes, situações estas onde a desnutrição em geral é mais prevalente.

Segundo um estudo realizado na cidade de Duque de Caxias/RJ, que teve por objetivo comparar o perfil nutricional de idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas, verificou um pior estado de nutrição entre os que eram institucionalizados. Dos 34 idosos residentes das instituições, 23 (68%) apresentaram um quadro de risco de desnutrição ou eram desnutridos. Já dos 36 não institucionalizados, 07 (19%) apresentaram essa deficiência nutricional (RIBEIRO et al., 2011).

Já uma pesquisa feita no município de Ipatinga/MG, com 17 residentes em ILPI, mostrou que aproximadamente 71% dos idosos apresentaram uma condição nutricional deficiente - risco de desnutrição/desnutrido (ANDRADE; FONSECA; STRACIERI, 2009). Outros estudos que também utilizaram a MAN como instrumento de avaliação nutricional apontam para um considerável número de idosos institucionalizados em risco de desnutrição ou desnutridos, com uma prevalência oscilando entre 38-61% e 6-28%, respectivamente (BOSTRÖM et al., 2011; BOURDEL-MARCHASSON et al., 2009; BRANDÃO, 2008; COLEMBERGUER; CONDE, 2011; PEREIRA; SANTA CRUZ, 2011). Desta forma, percebe-se que os valores encontrados em Recife são semelhantes aos encontrados em outras pesquisas.

Na avaliação do estado nutricional de idosos não existe um método considerado “padrão-ouro”, uma vez que não há parâmetros ou critérios de classificação específicos para essa população (FRANGELLA; MARUCCI; TCHAKMAKIAN, 2008). No entanto, o IMC tem sido um dos indicadores mais empregados, já que muitos autores o consideram como um instrumento simples, de baixo custo, confiável, rápido e de fácil utilização (CORTEZ; MARTINS, 2012).

Entretanto, a utilização do IMC apresenta limitações por não considerar as mudanças da composição e estrutura corporal, que são peculiares no idoso, como diminuição da estatura, acúmulo de tecido adiposo, declínio de massa corporal magra e da quantidade de água no organismo (FÉLIX; SOUZA, 2009). A mensuração do risco nutricional na terceira idade, portanto, requer a análise conjunta dos métodos existentes (antropometria, consumo

alimentar, exame clínico), a fim de se obter um diagnóstico mais global e fidedigno do estado de nutrição do idoso (CARUSO; MARUCI, 2008). Nessa perspectiva, percebe-se a importância da utilização da Mini Avaliação.

Vale salientar que o presente estudo mostrou uma associação estatística entre IMC e risco nutricional. Segundo Ferreira e Marruci (2008), o peso declina com o avançar da idade e, em geral, homens e mulheres manifestam diminuição do IMC a partir de 70-75 anos. Embora não exista um consenso sobre os pontos de corte apropriados para o diagnóstico do estado nutricional dos idosos, sabe-se que um IMC reduzido está diretamente relacionado ao aumento da morbimortalidade, maior suscetibilidade a infecções e menor qualidade de vida (CORTEZ; MARTINS, 2012).

Nesta perspectiva, constata-se a importância da MAN, pois não somente avalia os parâmetros antropométricos como ajuda na identificação de possíveis fatores que podem levar a deficiências nutricionais. De acordo com Castro e Frank (2009), o mais importante na aplicação desse instrumento é que o diagnóstico de risco de desnutrição pode ocorrer quando o idoso avaliado ainda não apresentar perda ponderal ou alterações séricas de albumina, ou seja, antes que as manifestações clínicas aconteçam.

Vale lembrar, que a Mini Avaliação é considerada um método de alta sensibilidade e especificidade na identificação de risco de desnutrição ou desnutrição em idosos (GUIGOZ; LAUQUE; VELLAS, 2002). Não sendo útil, portanto, na avaliação daqueles com sobrepeso ou obesidade. Dessa forma, cabe a adoção de outros métodos de triagem nutricional, como o IMC, para posterior avaliação nutricional mais detalhada.

O presente estudo também mostrou que aqueles idosos que utilizaram um maior número de fármacos, têm 60% de mais chance de estar em risco nutricional. Esse fato pode influenciar tanto a ingestão como a digestão, absorção e utilização de nutrientes, comprometendo, desta forma, o estado nutricional do idoso. Essas interações são facilitadas, pois os medicamentos, em sua maioria, são administrados por via oral. Os nutrientes também podem modificar os efeitos dos fármacos por interferirem em processos farmacocinéticos, como absorção, distribuição, biotransformação e excreção, acarretando prejuízo terapêutico (MONTEIRO, 2009).

Outros problemas ocasionados pelos medicamentos consistem nos distúrbios gustativos, que podem até evoluir para um quadro de ageusia (disfunção caracterizada pela perda total do paladar). Drogas excretadas na saliva podem potencializar os efeitos adversos, modificar a transdução gustatória ou alterar a produção própria de algum sabor (PAULA et al., 2008). Pfrimer e Ferriolli (2008), também afirmam que a utilização de fármacos é um dos principais

responsáveis pelo problema da xerostomia no idoso. Esse pode ocasionar uma sensação de ardor na mucosa oral, reduzindo assim o consumo alimentar.

Vale ainda salientar, que a presente pesquisa mostrou que aqueles idosos com autopercepção regular sobre a sua saúde têm 60% de mais chance de estar em risco nutricional do que os demais. A razão desse resultado pode estar relacionada ao aspecto psicossocial, já que a institucionalização pode trazer um sentimento de abandono, solidão, tristeza e até mesmo depressão para aqueles idosos não adaptados à vida asilar. E dessa forma, encontram-se os mesmos com uma autoestima reduzida, podendo influenciar, o consumo alimentar e conseqüentemente seu estado nutricional.

A relação causal entre depressão e desnutrição ainda é incerta. Tem sido observado que os indivíduos deprimidos apresentam frequentemente, maiores deficiências de algumas vitaminas, tais como: ácido fólico ou piridoxina e alguns minerais, como o magnésio ou zinco, em comparação com indivíduos sem depressão. Além disso, a depressão tem sido identificada como uma das principais causas de perda de peso não intencional em pessoas idosas (CENTURIÓN et al., 2010).

Vale ainda lembrar, que a mudança para a instituição impõe alterações na rotina diária dos idosos, sobretudo na área da alimentação, que podem acarretar modificações de hábitos alimentares e fragilizar a saúde destes indivíduos. Segundo um estudo desenvolvido em São Paulo com 40 idosos institucionalizados, observou-se que aqueles desnutridos ou em risco de desnutrição apresentaram uma exigência maior quanto a uma alimentação mais elaborada e variada, quando comparados aos que tinha um estado nutricional adequado (SANTELLE; LEFÈVRE; CERVATO, 2007). Os autores dessa pesquisa destacam que a inapetência de alguns idosos está relacionada tanto a forma de preparo dos alimentos que não agradam ao paladar, como à assistência inadequada durante as refeições.

Desta forma, percebe-se a importância de um bom planejamento alimentar que leve em consideração, as necessidades nutricionais do idoso, sua condição de saúde e seus hábitos alimentares. Monteiro (2009), ainda destaca as condições ambientais (como, por exemplo, a decoração do salão de refeições), o modo de preparo dos alimentos, a qualidade higiênico-sanitária e a forma de apresentação dos pratos como elementos essenciais para uma boa aceitação da alimentação por parte dos idosos asilados.

Em relação as característica sociodemográficas, o estudo mostrou uma predominância do sexo feminino nas instituições e estas apresentaram uma média de idade superior aos homens. Esses resultados não diferem muito de outras pesquisas, onde o percentual de idosas residentes em instituições de longa permanência situa-se em torno de 60-80% (ANGELO;

SILVA; LIMA, 2011; NETO et al., 2011; VOLPINI; FRANGELLA, 2013). No entanto, isso pode ser explicado pela grande oferta de instituições exclusivas para mulheres, que no caso do estudo em Recife, 2/3 das ILPI pesquisadas se enquadraram nessa categoria de acolhimento.

Outra explicação para esse resultado se refere à feminização do envelhecimento. Os possíveis fatores para maior longevidade das mulheres em relação aos homens dizem respeito a menor exposição das mulheres a riscos que determinam a mortalidade por causas externas, a procura mais sistemática por serviços de saúde ao longo de toda a vida e ainda por menor consumo de bebidas alcoólicas e tabaco quando comparadas aos homens. A longevidade das idosas também pode ser devido a fatores genéticos e biológicos que, ainda, necessitam de maiores estudos (PONTES et al., 2009).

Quanto à faixa etária, o estudo em Recife apresentou um maior percentual de idosos com 70 anos ou mais, se comparado à pesquisa realizada em Curitiba, onde o valor ficou em torno de 57% (WACHHOLZ; RODRIGUES; YAMANE, 2011). Entretanto, uma pesquisa feita em Florianópolis, com 167 idosos institucionalizados, mostrou uma percentagem ainda maior de idosos nessa faixa etária (85.6%), predominando aqueles com idade acima de 80 anos, que representavam aproximadamente 59% (RAUEN et al., 2008).

Vale mencionar o aumento do grupo dos “mais idosos” (80 anos ou mais) como um importante fator na institucionalização, devido à maior tendência no comprometimento da condição de saúde desses, especialmente no aspecto da dependência. Segundo Talmelli (2010), a institucionalização está, na maioria das vezes, associada a uma maior dependência física e cognitiva. Nesses casos, a família alega falta de recursos financeiros, espaço físico insuficiente ou pouca disponibilidade de tempo para o cuidado ao idoso, sendo encaminhado então o mesmo para uma instituição, mesmo contra sua vontade (MARIN, 2012).

Outra característica apontada no presente estudo se refere à predominância de idosos solteiros. Esse resultado também foi encontrado em outras pesquisas com idosos institucionalizados, com valores entre 30-50% (ARAÚJO et al., 2008; DANILOW et al., 2007; PEREIRA; SANTA CRUZ, 2011). Esse dado sugere que a existência de parentes não garante a permanência dos idosos no núcleo familiar, sendo necessária a presença de um cônjuge. Ainda vale mencionar que os solteiros podem ser encaminhados para as instituições, quer por questões financeiras ou de saúde e também por não terem filhos que possam se dedicar aos cuidados dos mesmos.

Já um estudo realizado em Rio Grande/RS, com 153 residentes em ILPI, revelou um maior número de viúvos, representando em torno de 63% do total de idosos institucionalizados (BRANDÃO, 2008). De acordo com uma pesquisa realizada por Terra et

al. (2009), em instituição filantrópica e privada na cidade de Porto Alegre, mostrou que “carência familiar, viuvez, solidão” foram os principais motivos de asilamento para ambos os locais de estudo. Segundo Araújo et al. (2008), a prevalência de indivíduos sem vínculos familiares reflete a mudança das relações dentro da própria família, que vem perdendo os tradicionais laços de apego e solidariedade, podendo motivar assim a institucionalização.

No que diz respeito às demais variáveis, a pesquisa mostrou que os idosos, na sua maioria, tinham menor nível de escolaridade e baixa renda. Isso pode ser devido à realização do estudo em ILPI públicas e filantrópicas, já que, muitas vezes, essas se tornam a única opção para os idosos em estado de vulnerabilidade social. Ou seja, aqueles que nem apresentam vínculos familiares e nem recursos financeiros satisfatórios para suprir as suas necessidades de moradia, alimentação e saúde.

Na literatura científica, alguns estudos vêm mostrando uma predominância de idosos institucionalizados analfabetos ou com poucos anos de estudo (até o ensino fundamental), com percentuais que variam entre 25-43% e 23-66%, respectivamente (ARAÚJO et al., 2008; BRANDÃO, 2008; DANILOW et al., 2007; PEREIRA; SANTA CRUZ, 2011; RAUEN et al., 2008;). No que se refere à renda, Brandão (2008) observou que aproximadamente 54% dos residentes em ILPI recebiam até um salário mínimo. Já uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, com 344 idosos institucionalizados, revelou que cerca de 90% desses recebiam menos de dois salários mínimos (PEREIRA; SANTA CRUZ, 2011).

Mastroeni et al. (2007) destacam que na época em que os idosos de hoje eram jovens, a ênfase era dada ao trabalho precoce, pouco se valorizando o estudo. Não havia uma exigência de uma escolaridade maior para se conseguir um emprego. Muitos trabalhavam como empregada doméstica, lavadeira, cozinheira, pedreiro, servente ou realizavam atividades no campo. Além disso, não era comum a mulher trabalhar fora do contexto familiar e muitas delas dependiam financeiramente dos seus maridos.

Para Camarano e Pasinato (2007), uma das vulnerabilidades que atingem a população idosa é a perda de autonomia, que pode levar a graves consequências tanto na capacidade laborativa como na geração de renda. Embora a aposentadoria rural e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) tenham sido importantes na diminuição do número de idosos pobres, o Brasil ainda precisa avançar nas políticas públicas que deem sustentabilidade nesse processo de envelhecimento populacional.

Segundo Brito (2008), a transição demográfica está longe de ser considerada neutra, pois pode potencializar as adversidades econômicas e sociais, ampliando as graves desigualdades que marcam a sociedade brasileira. De acordo com o Banco Mundial (2011), enquanto um

idoso de 60 anos recebe dois terços do que um indivíduo com 30-49 anos recebe, aquele com 70 anos de idade recebe apenas cerca de 25%.

No que se refere às condições de saúde, o presente estudo mostrou um alto percentual de idosos com doenças concomitantes, especialmente crônicas. E de acordo com dados encontrados na literatura, verifica-se que uma nutrição deficitária pode favorecer tanto o aparecimento de doenças como um pior prognóstico para os agravos em saúde, que por sua vez, repercutem negativamente no estado nutricional, instaurando-se desta maneira um ciclo vicioso má nutrição – doença (SOUSA; GUARIENTO, 2009).

Segundo Silva (2006), em torno de 85% dos idosos apresentam alguma doença crônica não transmissível (DCNT) e 30% no mínimo duas patologias associadas. Essas doenças interferem significativamente no estado nutricional, uma vez que os seus portadores necessitam de restrições dietéticas para o seu tratamento e, além disso, essas patologias podem alterar as necessidades nutricionais e os processos de digestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), a pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode favorecer melhor saúde e qualidade de vida. Entretanto, a situação encontrada no presente estudo mostra que a maioria dos idosos não realiza atividade física regularmente, prejudicando dessa forma ainda mais a sua condição de saúde.

Soares et al. (2012) ainda lembram que a maioria das instituições asilares não estimula a prática de atividades de lazer, interação social ou exercícios físicos, transformando dessa forma o idoso num sujeito passivo, que convive em um ambiente onde a rotina é praticamente igual para todos. Tais fatores podem favorecer a redução da capacidade funcional, cognitiva e a depressão em idosos asilados.

Embora os dados referentes à condição de saúde dos idosos institucionalizados em Recife se assemelhem a outras pesquisas (ARAÚJO et al., 2008; DANILOW et al., 2007; LEHN et al., 2012; NETO et al., 2011; TERRA et al., 2009; VOLPINI; FRANGELLA, 2013), esse resultado precisa ser avaliado com cautela. Uma vez que, muitas vezes, foram encontrados registros incompletos nos prontuários dos idosos, especialmente no que se refere ao diagnóstico e ao número de patologias, podendo os dados estarem sub ou superestimados.

Também é importante mencionar que apesar da presença de morbidade(s), a maioria dos idosos da presente pesquisa mostrou uma autopercepção positiva sobre a sua condição de

saúde. Esse resultado pode ser explicado pelo fato do idoso asilado considerar, muitas vezes, a saúde não apenas como ausência de dor ou desconforto físico, mas também como uma sensação de segurança proporcionada pela instituição. Outros estudos, como os realizados em ILPI no Distrito Federal e Rio Grande do Sul, também mostraram resultados semelhantes (ARAÚJO et al., 2008; TERRA et al., 2009).

Segundo Pestana e Espírito Santo (2008), a dificuldade em definir saúde está ligada ao fato de que a mesma não é um fenômeno estático, ocorrendo da mesma forma para todos. Enquanto processo individual, tanto a saúde quanto a doença estão muito mais relacionadas à representação de cada sujeito tem do que seja saúde e doença. Nessa perspectiva, os fatores psicológicos, sociais, culturais e econômicos podem influenciar na determinação desse conceito pelos idosos.

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, verifica-se a importância da realização de uma avaliação nutricional sistemática por parte da equipe de saúde da ILPI, já que os idosos institucionalizados representam uma população vulnerável aos distúrbios nutricionais, tanto pelo aspecto relacionado à idade quanto pelas condições impostas pela institucionalização. Ainda cabe mencionar a relevância da pesquisa no sentido de não apenas mostrar a magnitude e os fatores associados ao risco nutricional, mas de alguma forma contribuir na assistência mais integral desse idoso, subsidiando assim o estabelecimento de estratégias de prevenção, monitoramento e intervenção terapêutica, visando desta forma uma melhor qualidade para esses idosos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional vem ocorrendo num contexto de importantes mudanças na sociedade brasileira. Essas transformações dizem em respeito aos novos arranjos familiares, caracterizado por famílias cada vez menores e com necessidades financeiras que exigem a maior participação da mulher no mercado de trabalho. Nessa perspectiva, o cuidado da pessoa idosa está sendo, muitas vezes, transferido da família para as Instituições de Longa Permanência (ILPI).

É importante lembrar que a ida do idoso para uma ILPI pode trazer significativas implicações na condição de saúde deste, seja relacionado ao aspecto funcional, cognitivo ou de nutrição. Desta forma, percebe-se a importância da realização de estudos que melhor retratem o perfil desse idoso e avaliem, até que ponto, as condições de institucionalização representam um fator de risco para essa faixa etária.

De acordo com os dados do presente estudo, foi encontrado um alto percentual de idosos em risco nutricional, refletindo assim o grau de vulnerabilidade que esses apresentam. Nessa perspectiva, constatou-se a importância da MAN como instrumento de triagem, já que essa avaliação permite identificar o problema de deficiência nutricional, em pessoas idosas, mesmo antes que as alterações clínicas se manifestem. E essa característica é de suma importância, pois muitas vezes o distúrbio de alimentação e nutrição é considerado uma condição inerente ao processo de envelhecimento.

Quanto aos fatores associados ao risco nutricional, a análise multivariada encontrou as seguintes variáveis de risco independente: saúde autopercebida, IMC e quantidade de medicamentos em uso. Esse resultado sugere então a realização de novos estudos, especialmente os de característica longitudinal, para maior aprofundamento no conhecimento desses fatores e até na possibilidade de identificação de outros prováveis condicionantes de risco nutricional.

Em relação aos demais dados da pesquisa, os idosos institucionalizados em Recife foram, na sua maioria, do sexo feminino, solteiro, na faixa etária de 70 a 79 anos, de menor nível de escolaridade e de baixa renda. Essa caracterização sociodemográfica, no entanto, não se mostrou muito diferente de outros estudos em instituições asilares. Além disso, esses resultados refletem o próprio cenário da transição demográfica brasileira, marcada pelas desigualdades socioeconômicas e ausência de políticas públicas estruturantes que melhor atendam essa nova realidade populacional.

Quanto à condição de saúde, verificou-se um alto percentual de idosos com doenças crônicas concomitantes e altamente medicalizados. Embora esses dados corroborem com o atual perfil epidemiológico brasileiro, cabe analisar essa informação com cautela, já que em muitas ILPIs pesquisadas não havia um registro completo e sistematizado dos problemas de saúde dos idosos. Desta forma, percebe-se a necessidade da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), com a finalidade de avaliar de uma forma mais fidedigna tanto as condições de senescência como senilidade desse idoso.

No que se refere à autopercepção da sua saúde, a maioria dos idosos institucionalizados respondeu uma valoração positiva (boa/muito boa). Esse dado pode sugerir, então, a visão transcendente ou ampliada da saúde, que não é considerada apenas pela ausência de doença, mas também estar relacionada aos aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais.

Diante do exposto no presente estudo, observa-se a realidade desse idoso institucionalizado como um problema de saúde pública. E diante desse cenário, espera-se que o resultado dessa pesquisa contribua, de alguma forma, no estabelecimento ou na implementação de estratégias de cuidado nutricional, que atuem tanto no monitoramento do estado de nutrição, conforme recomendação do próprio Ministério da Saúde, como na intervenção terapêutica visando, desta forma, uma assistência mais integral e efetiva desse idoso residente em ILPI.

Além disso, espera-se que por meio de estudos como esse, realizado em instituições geriátricas, possibilitem uma maior articulação entre a academia, os profissionais de saúde, as instituições representativas da pessoa idosa e de controle social para uma discussão mais ampla sobre a situação de vulnerabilidade dessa parcela populacional.

REFERÊNCIAS

ABAJO, A. C et al. Protocolo de valoración, seguimiento y actuación nutricional en un centro residencial para personas mayores. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 23, n. 2, p. 100-10, mar./abr. 2008. Disponível em: < <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n2/original5.pdf>>. Acesso em: 18 jul. de 2012.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 149 – 77.

ANDRADE, D. D. G.; FONSECA, S. S.; STRACIERI, A. P. M. Mini Avaliação Nutricional, avaliação da capacidade cognitiva e funcional de idosos em uma Instituição de Longa Permanência no município de Ipatinga, MG. **NUTRIR GERAIS – Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, v. 3, n. 5, p. 428-443, 2009. Disponível em:< http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/5_edicao/Artigo_MINI_AVALIACAO_NUTRICIONAL.pdf>. Acesso em: 24 nov. de 2013.

ANGELO, B.H.B.; SILVA, D. I. B.; LIMA, M. A. S. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.663-673, 2011. Disponível em: < <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n4/v14n4a06.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

ARAÚJO, N. P. et .al. Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal. **Rev.Ciênc. Méd.**, Campinas, v.17, n 3, p.123-132, 2008.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil Mais Velho**. Washington, 2011. 64 p. <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2012.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, E. V. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1131-1141.

BOSTRÖM A. M et al. Nutrition status among residents living in a veterans' long-term care facility in Western Canada: a pilot study. **Journal of the American Medical Directors Association**, Indiana, v.12, n.3, p. 217-25, mar 2011. Disponível em: < http://www.trecresearch.ca/en/Translating%20Research%20in%20Elder%20Care%20News/2010/12/~/_media/University%20of%20Alberta/Faculties/Faculty%20of%20Nursing/Departments/Translating%20Research%20in%20Elder%20Care/Documents/Resources/Articles/Nutrition_Status_of_Veterans_.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2012.

BOURDEL-MARCHASSON, I. et al. Undernutrition in geriatric institutions in South-West France: policies and risk factors. **Nutrition**, v. 25, p. 155-64, 2009.

BRANDÃO A. F. **Estado nutricional e características sócio-econômico-demográficas de idosos institucionalizados na cidade do Rio Grande, RS**, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: <http://www.argo.furg.br/bdtd/tde_arquivos/9/TDE-2009-01-27T095219Z-125/Publico/Aline.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2007. 192 p. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

_____. Portaria n. 810, de 22 de setembro de 1989. **Dispõe sobre normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/senado/conleg/idoso/DOCS/.../Portaria810.doc>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

>. Acesso em: 08 ago. de 2013.

>. Acesso em: 30 nov. 2012.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E. V. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>>. Acesso em: 20 ago. de 2012.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. Textos para discussão (IPEA). Rio de Janeiro, 2007. 34 p.

<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1844/1/TD_1292.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

CARUSO, L. Risco nutricional. In: ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. (Org.). **Avaliação Nutricional: Novas perspectivas**. São Paulo: Roca, 2008. p. 318-329.

CARUSO, L.; MARUCCI, M. F. N. A. Triagem nutricional: abordagem na prática clínica. In: ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. (Org.). **Avaliação Nutricional: Novas perspectivas**. São Paulo: Roca, 2008. p. 13-22.

CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 597-605, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

CASAS R. J. et al. Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 34, n. 5, p. 238-43, 2004. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v34n05a13066402pdf001.pdf>>. Acesso em: 22 jul. de 2012.

CASTRO, P. R.; FRANK, A. A. Mini Avaliação Nutricional na determinação do estado de saúde de idosos com ou sem a doença de Alzheimer: aspectos positivos e negativos. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 45-64, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/download/5483/7062>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

CENTURIÓN L et al. Asociación entre riesgo de desnutrición y capacidad afectiva en personas de edad avanzada institucionalizadas de la Comunidad de Madrid. **Nutr. clín. diet. Hosp**, v. 30, p. 33-41 2010.

CHRISTOPHE, M. **Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?** Rio de Janeiro, 2009. 178 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais). Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009. . Disponível em: <http://www.ence.ibge.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=f1b628df-b86e-4eab-89a2-26d3086ded8a&groupId=37690208>. Acesso em: 12 jul. 2012.

COLEMBERGUER, J. P.; CONDE, S. R. Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 59-63, 2011. ; 21 (2): 59-63. Disponível em: <

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/6909/6269>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

CORTEZ A. C. L; MARTINS M. C. C. Indicadores Antropométricos do Estado Nutricional em Idosos: Uma Revisão Sistemática. **UNOPAR Científica. Ciências biológicas e da saúde**, Londrina, v. 14, n. 4, p. 271-7, 2012. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=655276&indexSearch=ID>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

CREUTZBERG, M. et al. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 147-160, 2007. Disponível em: < http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2012.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n 4, p 500-8, 2010.

DANILOW, M. Z. et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, v.18, n.1, p.9-16, 2007. Disponível em: < http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_1art01perfil.pdf> Acesso em: 30 nov. 2013.

DETSKY, A.S. et al. Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques to hospitalized patients: methodology and comparations. **JPEN**, v. 8, n. 2, p. 153-159, 1984.

EMED, T. C. X. S.; KRONBAUER, A.; MAGNONI, D. Mini Avaliação Nutricional como Indicador de Diagnóstico em Idosos em Asilos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 3, set. 2006.

FELIX, L. N; SOUZA, E. M. T. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 571-580, jul./ago. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n4/v22n4a12.pdf>>. Acesso em: 15 jul. de 2012.

FERREIRA L. S; MARRUCI M. F. N. Ações preventivas na terceira idade. In: JACOB FILHO W; GORZONI M. L. **Geriatria e gerontologia: o que todos devem saber**. São Paulo: ROCA, 2008, p. 63-83.

FRANGELLA, V.S.; MARUCCI, M. F. N.; TCHAKMAKIAN, L. A. Avaliação nutricional em diferentes situações: Idosos. In: ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. (Org.). **Avaliação Nutricional: Novas perspectivas**. São Paulo: Roca, 2008. p. 291-317.

GALESI, L. F. et.,al. Perfil alimentar e nutricional de idosos residentes em moradias individuais numa instituição de longa permanência no leste do estado de São Paulo. **Revista de Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 19, n. 3, p. 283-290, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/632/530>>. Acesso em: 19 jul. de 2012.

GASKILL D. et al. Malnutrition prevalence and nutrition issues in residential aged care facilities. **Australasian Journal on Ageing**, v. 27, n. 4, p. 189-94, dez. 2008.

GUEDES, A. C. B.; GAMA, C. R; TIUSSI, A. C. R. Avaliação nutricional subjetiva do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN®). **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 377-384, 2008. Disponível em: <http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2008Vol19_4art03avaliacaonutricional.pdf>. Acesso em: 13 ago. de 2012.

GUIGOZ Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) Review of the literature – what does it tell us? **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, Nova York, v. 10, n. 6, p. 466-487, 2006. Disponível em: <<http://www.mna-elderly.com/publications/341.pdf>>. Acesso em: 26 ago. de 2012.

GUIGOZ Y.; LAUQUE S.; VELLAS B. J. Identifying the elderly at risk for malnutrition: The mini nutritional assessment. **Clinics in Geriatric Medicine**, Filadélfia, v. 18, n. 4, p. 737-57, nov. 2002.

GUIGOZ, Y; VELLAS, B; GARRY, P. J. Mini Nutritional Assessment: A practical Assessment tool for grading the nutritional satate of elderly patients. **Facts Research in Gerontology**, v. 4, n. 2, p. 15-50, 1994.

HARRIS, N. G. Nutrição no envelhecimento. In: MANHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. (Ed.). **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2005. p. 304-325.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em 12 jul. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010, 130 p. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Projeção da População do Brasil: 1950- 2050**. Rio de Janeiro, 2008, 93p. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Tábuas Abreviadas de Mortalidade por Sexo e Idade**. Rio de Janeiro, 2013, 116p. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuas_abreviadas_mortalidade/2010/>. Acesso em: 12 jan. 2014.

KAMIMURA, M. A.; SAMPAIO, L. R.; CUPPARI, L. Avaliação nutricional na prática clínica. In: CUPPARI, L. (Coord.). *Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Manole, 2009. p. 27-70.

LEHN, F. et al. Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. **J. Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 30, n.1, p.53-58, 2012. Disponível em:<
http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p53-58.pdf> Acesso em: 30 nov. 2013.

LIPSCHITZ D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MARIN, M. J. S. et al. Compreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.147-154, 2012. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/16.pdf>>. Acesso em: 24 nov. de 2013.

MARUCCI M.F.N; ALVES R.P; GOMES M.M.B.C. Nutrição na geriatria. In: SILVA S. M. C. S, MURA J. D. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. p. 391-416.

MASTROENI, M. F. et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: um estudo de base domiciliar. **Rev. Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 10, n.2, p. 190-201, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/06.pdf>>. Acesso em: 18 dez. de 2013.

MONTEIRO, M. A. M. Percepção sensorial dos alimentos em idosos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 34-42, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo6%20.pdf>>. Acesso em: 15 nov. de 2013

MORAES E. M, et al. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p. 63-84.

MOREIRA R. M. M; HORIE N. C. O. In: JACOB FILHO W. **Terapêutica do Idoso**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008, p. 351-70.

NASCIMENTO C. M et al. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 21, n. 2, p. 174-180, 2011. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/367/353>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. v. 6, n. 1, p.4-6, 2008. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>>. Acesso em: 15 nov. de 2013

NETO, J. A. C. et al. Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 2, p. 207-216, abr./jun. 2011.
ONU. **World Population Prospects: The 2010 revision. Highlights and Advance Tables**. Nova York, 2011. 163 p. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Highlights.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2012.

ONU. **World Population Prospects: The 2010 revision. Highlights and Advance Tables**. Nova York, 2011. 163 p. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Highlights.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2012.

PAULA, R. S. et al. Alterações gustativas no envelhecimento. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 217-235, 2008. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2518/1603>>. Acesso em: 24 nov. de 2013.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p.2187-2190, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/25.pdf> >. Acesso em: 15 nov. de 2013.

- PEREIRA M. R. S; SANTA CRUZ C. M. A. Risk of malnutrition among Brazilian institutionalized elderly: a study with the Mini Nutritional Assessment (MNA) questionnaire. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, Nova York, v. 15, n. 7, p. 532-5, ago. 2011.
- PESTANA, L. C.; ESPÍRITO SANTO, F.H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 268-75, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a08.pdf>>. Acesso em: 15 nov. de 2012.
- PFRIMER, K.; FERRIOLLI, E. Fatores que interferem no estado nutricional do idoso. In: VITOLO, M. R (Ed.). **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p.459-465.
- PINTO, S. P. L. C.; SIMSON, O. R. M. V. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: Sumário da Legislação. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.169-174, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n1/18.pdf> >. Acesso em: 24 nov. de 2013.
- PONTES, R.J.S., et. al. Transição Demográfica e Epidemiológica In: MEDRONHO, R.A., et al. **Epidemiologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 123– 151.
- QUARESMA M. L. Questões do envelhecimento nas sociedades contemporâneas. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 21-47, dez. 2008. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=605574&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 jun. 2012.
- RAUEN, M. S. et al. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n.3, p.303-310, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n3/a05v21n3.pdf>>. Acesso em: 08 ago. de 2013.
- 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**, v. 12, n. 12, p. 39 – 46, 2011. Disponível em: < <http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files/12/artigos/06.pdf>>. Acesso em: 15 nov. de 2013.
- SANTELE, O.; LEFÈVRE, A. M. C.; CERVATO, A. M.. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3061-3065, dez, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/28.pdf>>. Acesso em: 08 ago. de 2013.

SANTOS A. C. O; MACHADO M. M. O; LEITE E. M. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 168-175, 2010.

SANTOS, V. H.; REZENDE, C. H. A. Nutrição e envelhecimento. In: Freitas, E. V. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 930-941.

SILVA M. L.T. Geriatria. In: WAIZBERG D.L (Ed.). **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. Sao Paulo: Atheneu; 2006.

SILVA, V. P.; CÁRDENAS, C. J. A comida e a sociabilidade na velhice. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 10, n.1, jun. 2007, p. 51-69.

SILVEIRA, E. A; LOPES, A. C. S; CAIAFFA, W. T. Avaliação do estado nutricional do idoso. In: . KAC, G (Org). **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 105-125.

SOARES, E. et al. Estudo epidemiológico do perfil do idoso institucionalizado em instituições do interior paulista. **Rev. Ciênc. Ext.** v.8, n.1, p.35, 2012. Disponível em:< http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/viewFile/686/630> Acesso em: 24 out. de 2013.

SOUSA, V. M. C.; GUARIENTO, M. E. Avaliação do idoso desnutrido. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 7, p. 46-49, 2009. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a46-49.pdf>> Acesso em: 13 out. de 2013.

TALMELLI, L. F. et al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idoso com doença de Alzheimer. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 933-9, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/11.pdf>>. Acesso em: 24 nov. de 2013.

TANNEN A et al. Care problems and nursing interventions related to oral intake in German nursing homes and hospitals: a descriptive multicenter study. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 49, n. 4, p. 378-85, abr. 2012.

TERRA, N. L. et al. Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, mai./jun. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 12 jul. de 2012.

VOLPINI, M. M.; FRANGELLA, V. S. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados. **einstein**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 32-40, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n1/a07v11n1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. de 2014.

WACHHOLZ, P. A.; RODRIGUES, S. C.; YAMANE, R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 625-635, 2011. Disponível em:< <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n4/v14n4a03.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2013.

APÊNDICES

A- Roteiro de Entrevista

1) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

01 N° Questionário: _____ nquest: _____	02 Entrevistador: _____ entrev: _____
03 Data da entrevista: Data:dd/mm/aaaa _____/_____/_____	04 N° do idoso: _____ nidoso: _____
Nome: _____	
05 ILPI (Nome/ Endereço): _____	
06 Natureza natilpi: _____ (1) Pública (2) Filantrópica	07 Tempo de institucionalização tempilpi: _____ (1) Até 2 anos (2) De 3 até 5 anos (3) > 5 anos

2) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

08 Sexo sexo: _____ (1) Masculino (2) Feminino	09 Data de Nascimento __/__/__ Data: dd/mm/aaaa
10 Idade (anos completos): _____ Idadeanos: _____	11 Faixa etária: faixaet: _____ (1) 60 a 69 anos (2) 70 a 79 anos (3) 80 ou mais
12 Estado Civil estadoconj: _____ (1) Casado(a) ou tem companheiro(a) (2) Solteiro(a) (3) Viúvo(a) (4) Separado (a)/divorciado(a)	13 O Sr.(a) frequentou a escola? estud: _____ (1) Sim (2) Não <u>Se não tiver estudado, pule para a questão 15.</u>
14 Escolaridade (anos de estudo com aprovação) (1) Analfabeto (2) Até 4 anos de (3) 5 a 9 anos de estudo (4) 10 anos de estudo ou mais anoestudo: _____	
15 Situação Previdenciária situprev.: _____ (1) Aposentado(a) (2) Pensionista (3) Aposentado(a) e pensionista (4) Não é aposentado(a)/ pensionista	16 Qual a renda mensal total do Sr(a)? renda: _____ (1) Sem rendimento (2) Até 1 salário mínimo (Até R\$ 678,00) (3) Mais de 1salário mínimo (Mais de R\$ 678,00)

3) CONDIÇÃO DE SAÚDE

17. Situação de saúde (auto percebida): sauauto _____ (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular	18. Pratica atividade física? pratfisica _____ (1) Sim (2) Não
<u>As questões 19 e 20 serão coletadas a partir dos prontuários dos idosos institucionalizados.</u>	
19. Morbidade(s) diagnosticada/registrada(s): morbidade _____ (1) Sim Qual(is)? _____ Quantidade: (1) Até uma (2) Duas ou mais quantdoe _____ (2) Não	
20. Utiliza algum tipo de medicamento? Medicamento _____ (1) Sim Quanto(s)? (1) Até 3 (2) 4 a 6 (3) 7 ou mais quantmed _____ (2) Não	
21. IMC catime _____ (1) < 22 kg/m ² (2) 22 a 27 kg/m ² (3) > 27 kg/m ²	

B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR

Autora: Márcia Carréra Campos Leal

Endereço para contato: Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE.

CEP: 50670-901.

E-mail: marciacarrera@hotmail.com

Telefone: (81): 21268550

CEP/CCS/UFPE: Av. da Engenharia, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE,

CEP: 50740-600. Recife – PE.

Telefone: (81): 21268588

Convido o(a) senhor(a) a participar deste estudo que tem como objetivo identificar o perfil social e epidemiológico de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência. As informações obtidas servirão para elaboração de trabalhos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa “Saúde do Idoso” e serão coletados através de uma entrevista.

Vale salientar que sua participação é voluntária e lhe será garantido e respeitado o direito de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento. Sua participação no estudo não acarretará despesas para o senhor (a), assim como também não receberá pagamento.

As informações obtidas ficarão em segredo, sendo respeitada a sua privacidade no momento da entrevista. As informações serão armazenadas no Departamento de Medicina Social em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, podendo os resultados obtidos ser usados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluindo publicações em revistas científicas.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso institucionalizado, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

Consentimento

Após leitura do documento e esclarecida às dúvidas que julgo necessárias sobre o estudo, declaro que concordo em participar voluntariamente do mesmo.

Recife, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante ou acompanhante

Testemunha

Assinatura do pesquisador responsável

Testemunha

ANEXOS

A- Mini Avaliação Nutricional

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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="text"/>
E. Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="text"/>
F. Índice de Massa Corporal (IMC = peso/ estatura²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="text"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais 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="text"/>
H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="text"/>
I. Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="text"/>

J. Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="text"/>
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="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
L. O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="text"/>
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="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Q. Perímetro braquial (PB) em cm: 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
R. Perímetro da perna (PP) em cm: 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="text"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	
Pontuação da triagem	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
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

B - Carta de Anuência



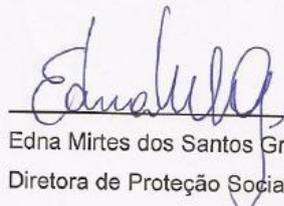
CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo as estudantes Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega, CPF:062.913.604-11, RG: 3003331 SEDES-PB; Elisa Moura Melo Mesquita Monteiro, CPF: 063.919.274-21, RG: 7233296 SDS-PE; Juliana Lourenço Silva, CPF: 055.240.204-47, RG: 7038002 SDS; Erika Carla Cavalcanti Gomes, CPF: 036.163.724-10, RG: 6345783 SDS-PE; Benvinda Pereira de Barros, CPF:011.769.924-14, RG:5766796; Daniele Ferreira Rodrigues, CPF:06417421422, RG:002263354 SSP-RN, sob a orientação da prof^a. Márcia Carréra Campos Leal - CPF:274396234-87; RG:1.227.360 – SDS/PE e Co-orientação da prof^a. Ana Paula de Oliveira Marques - CPF:650116434-68; RG:1.932.683 - SSP/PE , do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva e Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolverem nas unidades de abrigamento de idosos do IASC a pesquisa "Perfil Social e Epidemiológico de Pessoas no Contexto Asilar".

A responsável pela pesquisa nos deu ciência do projeto e compromete-se a resguardar os itens abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, na coleta e divulgação dos dados;
- O cumprimento da Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;
- A garantia de fornecer esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, bem como a apresentação do relatório final do estudo, de forma que o IASC possa refletir e implementar melhorias no serviço prestado;
- A garantia de liberdade de recusa a participar ou retirar a anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que a instituição e nenhum usuário será identificado e terá assegurada a privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para o IASC decorrente da realização ou divulgação da pesquisa.

Recife, 30 de maio de 2012.


 Edna Mirtes dos Santos Granja
 Diretora de Proteção Social
 Especial de Alta Complexidade
 Matr. nº. 8025-0 - DPSEAC / IASC
 Edna Mirtes dos Santos Granja – Matrícula nº. 8025-0
 Diretora de Proteção Social Especial de Alta Complexidade – IASC

C - Comitê de Ética em Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS

PROJETO DE PESQUISA

Título: PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR

Área Temática:

Pesquisador: Márcia Carrêra Campos Leal **Versão:** 2

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE **CAAE:** 02013112.6.0000.5208

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 51172

Data da Relatoria: 21/06/2012

Apresentação do Projeto:

O estudo se caracteriza como descritivo e de corte seccional quantitativo. Os participantes serão idosos institucionalizados no Município do Recife, de ambos os sexos, que estejam cadastrados nas ILPIs no período do estudo, tenham idade mínima igual ou acima de 60 anos (condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso) e participem do estudo de forma voluntária mediante assinatura de TCLE. Serão excluídos do estudo idosos que apresentem enfermidades ou agravo à saúde que traga comprometimento cognitivo. A amostra será calculada com uso da técnica de amostragem estratificada proporcional, considerando-se um nível de confiança de 95% e erro máximo aceitável de 5%. Para determinação do tamanho amostral será utilizada a fórmula proposta por Bolfarine e Bussab (2005).

Os procedimentos a serem adotados prevêm a realização de entrevista para levantamento de informações relativas a dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, estado conjugal, arranjo familiar, situação previdenciária, renda, origem dos recursos financeiros), condição de saúde (morbidade referida no prontuário do idoso e função cognitiva), prática de atividade física regular e medidas antropométricas. São ainda previstas aplicações do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study, o APGAR familiar e o MAN (Mini-Avaliação Nutricional).

Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais face a face nas ILPIs e o registro das informações será efetuado utilizando-se de um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por questões fechadas e semi-abertas, organizados em blocos por conjuntos temáticos.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é identificar o perfil social e epidemiológico de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) segundo variáveis sociodemográficas, comprometimento cognitivo, condição de saúde, prática de atividade física, estado nutricional, sintomas de depressão, apoio social e funcionalidade familiar, bem como verificar existência de possível associação entre as variáveis investigadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A previsão de riscos é indicada restringindo-se estes apenas ao possível constrangimento com a situação de entrevista. Os benefícios são avaliados em termos de melhorias (gerais, entende-se) para a qualidade de vida do idoso, tendo em vista o aumento que venha a possibilitar nos conhecimentos na área da assistência ao idoso institucionalizado. Em termos mais diretos, afirma-se que durante a entrevista o entrevistado poderá fazer perguntas e esclarecer dúvidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em termos gerais, o protocolo de pesquisa encontra-se devidamente instruído: os objetivos e procedimentos do estudo são delineados; o cronograma é especificado com pilotagem da entrevista prevista para julho de 2012 e início da coleta de dados em outubro de 2012; o orçamento é apresentado com indicação de que os custos previstos serão de responsabilidade da pesquisadora