

Avaliação do estado nutricional de idosos de uma Unidade do Programa de Saúde da Família

Evaluation of the nutritional status of the Elderly at a Family Health Facility

*Ranolfo Glasdistone de Freitas Maia**

Resumo

O estado nutricional dos idosos é fator determinante na qualidade de vida e morbimortalidade dessas pessoas. Conhecer o estado nutricional dos idosos acima de 65 anos em um Programa de Saúde da Família no Ceará, foi nosso objetivo. Pesquisa de campo, quantitativa e descritiva, utilizando-se Mini Avaliação Nutricional (MAN) para avaliar risco nutricional ($17,0 \leq \text{MAN} \leq 23,5$) e desnutrição ($\text{MAN} < 17,0$), além do Índice de Massa Corporal (IMC) para avaliar idosos com sobrepeso ($25,0 \leq \text{IMC} \leq 29,99$) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30,0$). Avaliou-se 257 idosos do total de 272, residentes na área da unidade de saúde, sendo 130 homens (50,6%) e 127 mulheres (49,4%). O formulário MAN aplicado pelo autor, em visitas domiciliares ou em consultas na unidade de saúde. Identificou-se 82 idosos (31,9%) em risco nutricional e 4 idosos (1,6%) desnutridos. Em risco nutricional 36 homens (14,0%) e 46 mulheres (17,9%), desnutridos 2 homens (0,8%) e duas mulheres (0,8%). Idosos com sobrepeso 83 (32,3%), sendo 40 homens (30,8%) e 43 mulheres (33,8%). Obesidade em 26 (10,1%), sendo 3 homens (2,3%) e 23 mulheres (18,2%). A prevalência de alterações do estado nutricional tanto risco nutricional como sobrepeso e obesidade foi maior nas mulheres do que nos homens. Concluiu-se que identificar causas sócio-econômicas, fisiológicas, próprias do processo de envelhecimento, e relacionadas às doenças nos idosos em risco nutricional, bem como identificar doenças relacionadas diretamente com alterações de sobrepeso e obesidade e propor medidas para eliminá-las e controlá-las é objetivo maior deste PSF.

Palavras-chave: Avaliação, Saúde do Idoso, Idoso, Estado Nutricional

* Médico Especialista da Unidade Básica de Saúde de Mapuá. Secretaria Municipal de Saúde de Jaguaribe - Ce.

Abstract

The nutritional status in the elderly is a basic factor to their life quality and it is associated with the morbidity and mortality in this age group. This study investigated the nutritional status in the elderly with 65 years old or more in the Health Family Program area of Mapuá, town of Jaguaribe. This descriptive and quantity research have used the Mini Nutritional Assessment (MNA) to classify the elderly in the nutritional risk ($17,0 \leq \text{MNA} \leq 23,5$), and Malnutrition ($\text{MNA} \leq 17,0$). Beyond the Body Mass Index (BMI) to classify overweight ($25,0 \leq \text{BMI} \leq 29,9$) and obesity ($\text{BMI} \geq 30,0$). The subjects investigated were 257 people, 130 men (50,6%) and 127 women (49,4%). 82 (31,0%) were in the nutritional risk, of this 36 were men (13,9%) and 46 women (17,9%). 4 people (1,6%) were malnutrition, both 2 men and women (0,8%). 83 (32,0%) had overweight: 40 men 30,0% and 43 women 33,8%. 26 people (10,1%) had obesity, 3 men 2,3% and 23 women 18,1%. Nutritional risk, overweight and obesity were more prevalent in the women. Identifying the multifactorial causes of this condition, nutritional status, and a comprehensive geriatric assessment and to propose action to improve the health of this elderly is the objective of the Mapuá Health Family Program.

Key words: Evaluation, Aging Health, Aged, Nutritional Status.

Recebido: 02.08.06
Aceito: 15.08.06

Introdução

Há vários conceitos para o termo envelhecimento. Do ponto de vista demográfico, no plano individual, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos.¹ Os fenômenos de natureza biopsíquica e social que acontecem juntamente com a evolução cronológica são importantes para a percepção da idade e do envelhecimento. Neste trabalho, consideramos idosos as pessoas com 65 anos ou mais de idade.

O processo de envelhecimento no Brasil, diferente dos países europeus, aconteceu de uma maneira brusca, provocando um verdadeiro boom de idosos. Na última metade do século XX, de 1950 a 2005, a população de idosos cresceu 16 vezes contra 5 vezes a população geral, levando o Brasil a se tornar a sexta população de idosos no mundo. As projeções estatísticas demonstram que a população de idosos no Brasil passará de 7,3% em 1991 (11 milhões) para quase 15% (30 milhões) em 2025, que é a atual proporção de idoso na maioria dos países europeus.²

A análise da evolução idoso / criança mostra que a proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças, de 15,9% em 1980, passou para 21% em 1991 e atingiu 28,9% em 2000. Isto é, em 1980 existiam 16 idosos para cada 100 crianças e vinte anos depois esta relação quase dobrou, passando para 30 idosos por cada 100 crianças. Nesse processo de transição demográfica, embora a fecundidade seja o principal componente, em relação à população idosa, é a longevidade que vem progressivamente definindo seus traços de evolução.^{3,4}

De um modo geral, vem se observando um crescimento da população de idosos de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, embora este contingente seja proporcionalmente inferior ao encontrado nos países desenvolvidos.⁵ O Brasil assume uma posição intermediária,

com uma população de idosos correspondendo a 8,6% da população total.

No ano de 1991 havia no Brasil 10.722.700 idosos (7,3%) com 60 anos e mais, e no ano 2000, 14.536.029 pessoas (8,6%) nessa faixa etária. Nesse período o número de idosos aumentou em quase 4 milhões de pessoas, conseqüência do crescimento vegetativo e do aumento gradual da esperança de vida. Uma característica importante nesse processo de transição demográfica acontecida no Brasil foi a feminização da população idosa. De 54% de mulheres da população idosa em 1991 passou para 55,1% em 2000. Essa diferença, embora seja um fenômeno mundial, é bastante intensa no Brasil, pois a expectativa de vida nas mulheres é, em média, 8 a anos mais que os homens, conforme o Censo Demográfico de 2000.⁶

Outra característica da população idosa acontecida nesse período de 1991 a 2000 foi a urbanização crescente dessa população. A proporção de idosos residentes nas áreas rurais passou de 23,3% em 1991 para 18,6% em 2000, segundo o Censo Demográfico 1991-2000.⁶

A transição demográfica no Brasil tem provocado ainda uma rápida mudança nos perfis de saúde, caracterizados em primeiro lugar, pelo predomínio das enfermidades crônico-degenerativas não transmissíveis e, em segundo, pela importância de diversos fatores de risco para a saúde que requerem ações preventivas em diversos níveis.^{7,10}

A análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional do idoso no Brasil, realizada após a pesquisa de orçamentos familiares, e com base nos dados antropométricos recomendados pela Organização Mundial da Saúde, especificamente o Índice de Massa Corporal (IMC = peso em Kg/altura em metros ao quadrado, mostrou os seguintes resultados: na faixa de 65 a 74 anos e na de 75 anos ou mais tinham 3,6% e 6,7% de déficit de peso

respectivamente; 49,1% na faixa de 65 a 74 anos e 38,5% na faixa de 75 anos ou mais apresentavam excesso de peso, e 14,0% na faixa de 65 a 74 anos e 10,5% na faixa de 75 anos ou mais apresentavam obesidade.¹¹

A experiência vivenciada no Programa de Saúde da Família (PSF) de Mapuá, observando o estado de saúde dos idosos tanto por ocasião das visitas domiciliares como nas consultas médicas ambulatoriais, estimulou a elaboração desse trabalho, tendo como substrato maior, avaliar o estado nutricional dos idosos ali residentes.

Os objetivos desse trabalho foram conhecer o estado nutricional dos idosos com 65 anos e mais, residentes na área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) do distrito de Mapuá no município de Jaguaribe- CE, identificar os idosos que estão em risco nutricional e Identificar os idosos que estão desnutridos. Conhecer os idosos que estão com sobrepeso ou obesos.

Metodologia

Este trabalho foi uma pesquisa de campo, quantitativa e descritiva sobre o estado nutricional dos idosos com 65 anos e mais, de uma área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) situada no distrito de Mapuá, no município de Jaguaribe - CE. O distrito está localizado ao sul deste município, e situado na 11ª Região Administrativa do Estado do Ceará, mais precisamente no Vale do Jaguaribe (Médio Jaguaribe). Mapuá possui aproximadamente 400Km² de extensão, limitando-se ao sul com Icó, ao norte e leste com Jaguaribe (sede) e a oeste com o distrito de Feiticeiro. Este território compõe a área de abrangência do PSF de Mapuá, onde estão cadastradas 780 famílias e 3014 habitantes.

Desta população, 9,0% são pessoas com idade de 65 anos e mais; 33% da população analfabeta; 94% das famílias moram em casa de tijolo; 50% das residências são abastecidas pela rede pública, 44% por

poços ou nascentes e 6% por outros; 21% dos domicílios usam água sem qualquer tratamento, 54% adotam filtração, 24% cloração e 1% fervura. 72% dos domicílios destinam o lixo a céu aberto, 14% queimam ou enterram e 14% coleta pública. 47% destinam seus dejetos a céu aberto e 53% usam fossa. 88% das residências utilizam energia elétrica. A hipertensão arterial sistêmica é a doença crônica de maior prevalência na área, aproximadamente 7,7% da população total (Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB).¹²⁻¹⁴

Os participantes deste estudo, constituídos por 272 idosos residentes na área de abrangência do Programa de Saúde da Família de Mapuá tinham até o dia 31 de dezembro de 2004, 65 anos ou mais de idade. Desta população de 272 pessoas, quinze deixaram de ser avaliadas: onze porque não se encontravam em suas residências por ocasião da visita do pesquisador e quatro porque apresentavam demência grave e se recusaram ou não tinham condições de serem avaliadas. Estes idosos serão posteriormente avaliados durante o nosso trabalho de rotina nesta área.

Os dados foram coletados após obter aprovação do Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública, mediante a utilização do formulário de Mini Avaliação Nutricional (MAN), e foi aplicado em todos os idosos com idade de 65 anos e mais residentes nessa área, totalizando 257 pessoas.¹⁵

A aplicação do formulário da MAN é uma técnica prática para conhecimento do estado nutricional dos idosos. Este instrumento é reconhecido como uma ferramenta adequada e foi validado em várias amostras de idosos em todo o mundo por vários autores.¹⁶ MAN é um formulário fechado, composto por itens de mensuração simples e rápida. Trata das seguintes medidas: antropométricas (peso, altura, perda de peso, circunferência do braço e panturrilha); avaliação global (perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação e mobilidade); questionário dietético (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia de alimentação) e avaliação subjetiva (a auto-

percepção da saúde e da nutrição). São dezoito perguntas, com escores para as respostas que variam de zero a três. A soma dos escores do MAN permite diferenciar os seguintes grupos: $MAN \geq 24$ estado nutricional adequado, MAN entre 17 e 23,5 risco de desnutrição, $MAN < 17$ desnutrição declarada; a sensibilidade desta escala é de 96%, a especificidade de 98% e o valor do prognóstico para a desnutrição de 97%, considerado o estado clínico como referência. A MAN pode avaliar o risco nutricional em idosos antes que as manifestações clínicas apareçam. Empregou-se o IMC modificado pela OMS, que é igual ao peso em quilograma dividido pela altura em metros ao quadrado ($IMC = \text{peso}/\text{altura-m}^2$), como parâmetro para avaliar o grau de sobrepeso e obesidade dessa população estudada de acordo com os seguintes valores: $18,5 \leq IMC \leq 24,99$ normal, pré obesidade (sobrepeso) $25,0 \leq IMC \leq 29,99$, obesidade grau I $30,0 \leq IMC \leq 34,99$, obesidade grau II $35,00 \leq IMC \leq 39,99$, $IMC \geq 40,0$ obesidade grau III.^{15,16}

Todos os entrevistados foram esclarecidos e informados sobre a pesquisa, e assinaram o termo de consentimento apresentado no momento da aplicação do formulário. Foram garantidos o sigilo absoluto e o anonimato das informações colhidas.

Resultados

A distribuição da população de idosos na área - A população em estudo foi distribuída por faixa etária, sexo e local de residência de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da população de idosos com 65 anos ou mais, da área do PSF de Mapuá, por faixa etária, sexo e domicílio, 2005.

Faixa Etária	Homens		Mulheres		Total %
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	
65 a 69	21	16	24	22	83 (32,2)
70 a 74	13	11	11	11	46 (17,9)
75 a 79	13	9	14	14	50 (19,4)
80 a 84	18	8	5	8	39 (15,2)
85 a 89	4	6	13	3	26 (10,2)
90 ou +	9	2	2	-	13 (5,1)
Total	78 (60,0)	52 (40,0)	69 (54,3)	58 (45,7)	257 (100)

Era composta por 130 homens (50,6%) e 127 mulheres (49,4%). Desta população, 78 homens (60%) e 69 mulheres (54,3%) residiam na zona rural e 52 homens (40%) e 58 mulheres (45,7%) residiam na zona urbana. A faixa etária de maior prevalência foi a de 65 a 69 anos, com 83 idosos (32,2%) e a de menor prevalência a de 90 anos ou mais com 13 idosos (5,1%). A população idosa da área de abrangência do PSF de Mapuá corresponde a 9% da população geral desta área e a 0,9% da população geral do município de Jaguaribe. Estes dados demográficos caracterizam a singularidade desta área, quando comparados com os resultados divulgados pelo IBGE, referentes ao Censo Demográfico de 2000.⁶

Estado Nutricional

O objetivo maior deste trabalho era conhecer o estado nutricional dos idosos com 65 anos ou mais da área de abrangência do PSF de Mapuá. Utilizamos o instrumento já validado, de alta sensibilidade e especificidade: a Mini Avaliação Nutricional (MAN) com os seguintes valores: $>$ de 24 pontos: Eutrófico, de 17 a 23,5 pontos: Risco de desnutrição e $<$ de 17 pontos: Desnutrido, cujos resultados apresentaremos e analisaremos a seguir. 66,5% dos idosos apresentaram um estado nutricional eutrófico, sendo 35,8% de homens e 30,7% de mulheres. 31,9% apresentaram um estado de risco nutricional, sendo 14,0% de homens e 17,9% de mulheres. 1,6% dos idosos apresentou um estado de desnutrição, sendo 0,8% homens e 0,8% mulheres.

Tabela 2. Distribuição da população de idosos com 65 anos ou mais de acordo com o estado nutricional e sexo na área do PSF de Mapuá.

Estado Nutricional			
	Homens	Mulheres	Total
Eutrófico	92 (35,8%)	79 (30,7%)	171 (66,6%)
Risco nutricional	36 (14,0%)	46 (17,9%)	82 (31,9%)
Desnutrido	2 (0,8%)	2 (0,8%)	4 (1,6%)
Total	130 (50,6%)	127 (49,4%)	257 (100%)

p de Fisher-Freedman-Halton = 0,303

A tabela também nos mostra uma alta prevalência de idosos (31,9%) em estado de risco nutricional. Não há associação estatisticamente significativa entre sexo e estado nutricional $p = 0,303$. Quando analisamos o estado nutricional dos idosos por faixa etária, encontramos valores diferentes e expressivos.

Na faixa de 70 a 74 anos, os homens apresentam mais que o dobro da prevalência das mulheres, de risco nutricional, respectivamente 37,5% e 18,2%. Em todas as outras faixas etárias, as mulheres têm maior prevalência do que os homens: na faixa de 65 a 69 anos, 26,0% mulheres e 10,8%

homens; na faixa de 75 a 79 anos, 46,4% mulheres e 31,8% homens; na faixa de 80 a 84 anos, 53,8% mulheres e 42,2% homens; na faixa de 85 a 90 anos, 56,2% mulheres e 30% homens; na faixa de 90 anos ou mais 50,0% mulheres e 18,2% homens, conforme tabela 3. Estes resultados significam que existe uma associação estatisticamente significativa entre o estado nutricional (risco nutricional e desnutrição) e idade: apresentando os idosos nas faixas etárias mais altas maiores probabilidades de risco nutricional ou desnutrição, enquanto os idosos nas faixas etárias mais baixas apresentam-se eutróficos, $p = 0,012$ (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do estado nutricional dos idosos com 65 anos ou mais da área do PSF de Mapuá, por faixa etária e por sexo.

Faixa Etária	Homens			Mulheres			Total
	Estado Nutricional			Estado Nutricional			
	Eutrófico	Risco Nutricional	Desnutrido	Eutrófico	Risco Nutricional	Desnutrido	
65 a 69	32	4	1	33	12	1	83
70 a 74	15	9	-	18	4	-	46
75 a 79	15	7	-	15	13	-	50
80 a 85	15	11	-	5	7	1	39
89 a 90	6	3	1	7	9	-	28
90 ou +	9	2	-	1	1	-	13
Total	92	36	2	79	46	2	257

$p=0,012$

A prevalência de homens desnutridos é igual tanto na zona rural 0,38% como urbana 0,38%, e nas mulheres a prevalência é de 0,77% exclusivamente na zona urbana. A prevalência de homens e mulheres em estado de risco nutricional é maior na zona rural do que na zona urbana, homens: 7,7% zona rural e 6,2% zona urbana, e mulheres: 10,5% zona rural e 7,4% zona urbana. A prevalência de homens e mulheres em estado nutricional eutrófico é maior na zona rural do que na zona urbana: homens 23,7% zona rural e 12,0% zona urbana e nas mulheres 16,3% zona rural e 14,7% na zona urbana. Não se encontrou associação entre

estado nutricional e domicílio, $p = 0,485$.

Déficit de peso, sobrepeso e obesidade

Neste trabalho empregou-se o Índice de Massa Corporal - IMC cujo valor é igual ao peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado. Segundo a OMS, valores do IMC para indivíduos adultos podem ser classificados como: déficit de peso $IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$, excesso de peso $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ e obesidade $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$. Os resultados encontrados neste estudo estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Prevalência dos idosos com 65 anos ou mais, com déficit de peso, normal, sobrepeso, e obesidade, por faixa etária e sexo, na área do PSF de Mapuá.

Faixa Etária	Homens IMC						Mulheres IMC					
	Déficit de peso	Normal	Pré-Obesidade	Obesidade G1	Obesidade G2	Obesidade G3	Déficit de peso	Normal	Pré-Obesidade	Obesidade G1	Obesidade G2	Obesidade G3
65 – 69	3	23	11	-	-	-	3	21	16	4	1	1
70 – 74	5	12	5	1	-	1	1	6	9	3	3	-
75 – 79	-	15	7	-	-	-	2	10	8	5	1	-
80 – 84	1	15	9	-	1	-	3	4	6	1	-	-
85 – 89	2	5	3	-	-	-	1	9	4	3	-	-
90 ou +	1	5	5	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Total	12	75	40	1	1	1	10	51	43	17	5	1
%	9,2	57,7	30,8	0,76	0,76	0,76	7,9	40,1	33,8	13,4	4,0	0,8

p de Fisher-Freedman-Halton = 0,474

p de Fisher-Freedman-Halton = 0,001

Os resultados registrados nesta tabela como pré-obesidade se caracterizam como sobrepeso; obesidade grau 1, grau 2 e grau 3 como obesidade, conforme a OMS.¹⁷ A prevalência de déficit de peso neste estudo variou de 9,2% nos homens e 7,9% nas mulheres, o que segundo o relatório do IBGE da Pesquisa Orçamentos Familiares 2002-2003¹¹, já caracterizam um estado de exposição desta população à desnutrição, pois valores iguais ou menores a 5% são

usualmente encontrados na população, e não se caracterizam como risco de exposição a desnutrição. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre déficit de peso e faixa etária, $p = 0,474$. A prevalência de déficit de peso de 66,7% nos homens na zona rural, é maior do que 33,3% na zona urbana, e nas mulheres a prevalência de déficit de peso de 70% na zona urbana é maior do que os 30% na zona rural, (tabela 5).

Tabela 5. Prevalência de déficit de peso, sobrepeso e obesidade nos idosos com 65 anos ou mais no PSF de Mapuá por faixa etária, sexo e domicílio.

Faixa Etária	Homens						Mulheres					
	Déficit de Peso		Sobrepeso		Obesidade		Déficit de Peso		Sobrepeso		Obesidade	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
65 – 69	-	3	6	5	-	1	3	-	9	7	2	4
70 – 74	3	2	3	2	1	-	-	1	4	5	4	2
75 – 79	-	-	4	3	-	-	2	-	6	3	1	5
80 – 84	-	1	2	7	1	-	2	1	4	2	-	1
85 – 89	1	1	2	1	-	-	-	1	1	3	1	2
90 ou +	-	1	4	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Total	4	8	21	19	2	1	7	3	23	20	9	14
%	33,3	66,7	52,5	47,5	66,6	33,4	70,0	30,0	53,5	46,5	39,0	61,0

p = 0,635

Sobrepeso (pré-obesidade)

A prevalência de sobrepeso (pré-obesidade) é maior nas mulheres (33,8%) do que nos homens (30,8%). A prevalência é maior na faixa etária de 65 a 69 anos para ambos os sexos, diminuindo gradativamente nas faixas etárias mais altas (tabela-4). Quando analisamos a prevalência de sobrepeso por domicílio, encontramos uma prevalência maior nas mulheres (53,5%) do que nos homens (52,5%) na zona urbana, e na zona rural uma prevalência maior para os homens (47,5%) e para as mulheres (46,5%) (tabela 5).

Obesidade

A obesidade (obesidade grau 1, grau 2, grau 3), prevaleceu mais nas mulheres (18,1%) do que nos homens (2,3%), resultado estatisticamente significativo: $p = 0,001$ (tabela 4). A prevalência nas mulheres é maior na zona rural (61,0%) do que na zona urbana (39,0%). A prevalência de obesidade nos homens é maior na zona urbana (66,6%) do que na zona rural (33,4%). Não há associação estatisticamente significativa entre sexo e domicílio, com déficit de peso, sobrepeso e obesidade $p = 0,63$ (tabela 5).

Discussão

O resultado desta pesquisa constitui um instrumento de grande valor para o desenvolvimento do trabalho como médico desta área do PSF de Mapuá. A prevalência de alterações do estado nutricional desta população restrita, tanto em risco nutricional e desnutridos, como com sobrepeso e obesidade, é muito significativa e preocupante, principalmente quando analisamos os valores encontrados de risco nutricional (31,9%) e de desnutridos (1,6%), condições estas geralmente relacionadas a fatores socioeconômicos: renda familiar, grau

de escolaridade, acesso a alimentos de qualidade, bem como de sobrepeso (32,3%) e de obesidade (10,2%), fatores de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas.^{18,19}

Os dados obtidos nesta pesquisa de campo nos revelam a situação real do estado nutricional dos idosos residentes na área de abrangência do Programa de Saúde da Família de Mapuá.

As autoridades gestoras do sistema municipal de saúde têm por obrigação implementar políticas de saúde voltadas para esta população, que historicamente é discriminada, tanto nos níveis nacional como estadual e municipal. A equipe de saúde do Programa de Saúde da Família de Mapuá terá um papel importante, não só na implementação destas políticas, mas principalmente no desenvolvimento das ações específicas nesta área, junto a esta população de idosos.

Algumas propostas podem ser implementadas e desenvolvidas de modo a beneficiar a população idosa não só da área específica de Mapuá como em outras áreas dos Programas de Saúde do Município de Jaguaribe. Assim como: **1)** Implementar em todas as áreas dos PSF a Mini Avaliação Nutricional como um procedimento de rotina por ocasião das consultas médicas e de enfermagem nos idosos. **2)** Identificar as possíveis causas relacionadas com as alterações do estado nutricional: as socioeconômicas, as relacionadas ao próprio processo de envelhecimento e as diretamente causadas por doenças, em todos os idosos que apresentam risco nutricional e desnutrição e definir estratégias e ações para eliminá-las e/ou controlá-las. **3)** Identificar as doenças relacionadas diretamente com as alterações de sobrepeso e obesidade nos idosos que as apresentam e implementar ações com o objetivo de

controlá-las e diminuir os riscos de morbimortalidade melhorando a qualidade de vida. 4) Motivar a população de idosos com ações educativas e de prevenção às alterações do estado nutricional, tanto risco nutricional e desnutrição como sobrepeso e obesidade, principalmente com mudanças dos hábitos alimentares e de estilos de vida.

Todas as ações acima enumeradas serão desenvolvidas pelo médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde da equipe do PSF de Mapuá, através de uma Avaliação Geriátrica Global (AGG). Nesta AGG, utilizaremos os instrumentos cientificamente aceitos para este fim: uma

história clínica minuciosa, onde identificaremos as maiores causas de alteração do estado nutricional: psicossociais, médicas e relacionadas a idade; um exame físico detalhado, procurando sinais de alterações energéticas protéicas, alterações neurológicas com avaliação do estado mental e escala de depressão, estado funcional para atividades da vida diária básicas e instrumentalizadas; e exames complementares de diagnóstico, hemograma completo, sumário de urina, testes de função renal, enzimas hepáticas, albumina, cálcio e fósforo, glicemia, hormônios tireoidianos, eletrólitos, teste de tuberculose, radiografia de tórax e outros que se fizerem necessários.

Referências

1. Carvalho JAM de, Andrade FCD. Envejecimiento de la población brasileña; oportunidades y desafíos. In: Encuentro Latinoamericano Y Caribeño Sobre Las Personas de Edad, 1999, Santiago. Anais do Encuentro Latinoamericano Y Caribeño sobre las Personas de Edad, 1999; Santiago: CELADE, 2000. p. 81-102.
2. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo horizonte: Postgraduate; 1998. p. 5-92.
3. Datasus. Sistema de Informação sobre Mortalidade 1979-1998. Dados de Declaração de Óbitos. [CD-ROM] Brasília, DF: SIM/CENEPI/FUNASA; 2000.
4. Datasus. Sistema de Informação sobre Mortalidade 2003. Dados da Declaração de Óbitos. [online]. Brasília: SIM/CENEPI/FUNASA, 2003.
5. Demographic Yearbook 1999. New York: United Nations, 1999.
6. IBGE. Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro. 2001; v 7, 2001.
7. IBGE. Síntese de indicadores sociais 1998. Rio de Janeiro; 1999. 205 p.(Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n 1).
8. IBGE. Síntese de indicadores sociais 1999. Rio de Janeiro, 2000. 226 p. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n 4).
9. IBGE. Síntese de indicadores sociais 2000. Rio de Janeiro; 2001. 369 p. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n 5).
10. IBGE. Síntese de indicadores sociais 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 94 p. (Estudos e pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n 9).
11. IBGE. Pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.
12. Sistema de informação de atenção básica-SIAB. Jaguaribe: Secretaria municipal de saúde; 2003.
13. Sistema de Informação de Mortalidade-SIM. Jaguaribe: Secretaria municipal de saúde; 2004.
14. Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS). Morbidade Hospitalar do SUS.[on line] Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mrce.def>.
15. Vellas BJ et al. The Mini Nutritional Assessment: MNA. In :Nutrition in the elderly. Facts and research in gerontology 1994.(Suplement). Paris: Serdi, 1994.
16. Guigoz Y et al. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev 1996; 54: 59-65.
17. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic.(report of a WHO consultation on obesity). Geneva; 1998.

18. Jurdi-Haldeman D, Napier AK. Perceived relationships between taste and smell acuity and food intake in the elderly. *Topics and Clinical Nutrition* 1988; 3(4):4-8.
19. Wise GR, Craig D. Evaluation of involuntary weight loss. *Postgrad Med* 1994; 95(4): 143-50.

Endereço para correspondência

RANALFO GLASDISTONE DE FREITAS MAIA

Av. Baimundo Albaní, 146 - Cruzeiro

63.475-000 Jaguaribe-Ce

E-mail: jaguaranalfo@brisanet.com.br