

ESTADO NUTRICIONAL, ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS E VARIAÇÃO DE PESO DE IDOSOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO NA CIDADE DE PELOTAS/RS

DÉBORA RIBEIRO DE ÁVILA¹; ALESSANDRA DOUMID BORGES PRETTO², LAURA SANTOS GULARTE³; LISLEI SCHERWINSKE GRÜTZMANN⁴; KHADIJA BEZERRA MASSAUT⁵; ÂNGELA NUNES MOREIRA⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas – debora_ribeiro23@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas– alidoumid@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – laura-gularte@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – lyz_sls@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – khadijamassaut@gmail.com

⁶ Universidade Federal de Pelotas – angelanmoreira@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2010), no Brasil, é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) apontou que no Brasil, em 2015, 14,3% da população era idosa, sendo considerada uma das maiores populações idosas do mundo (ANDRADE, 2015).

O excesso de peso, o qual atinge cerca de 1/3 da população adulta e apresenta uma disposição maior nas últimas décadas, também vem ocorrendo entre as pessoas idosas, onde há uma prevalência maior de obesidade entre as mulheres (CABREIRA, 2001). O aumento da população idosa, o crescimento da obesidade, as mudanças nos hábitos de vida, a transição nutricional e a redução da prática de exercício físico são fatores associados ao diabetes melittus (DM) (CARVALHO et al., 2012).

A avaliação do estado nutricional e dos índices antropométricos circunferência da cintura (CC) e circunferência do pescoço (CP) permitem o diagnóstico de mudanças corpóreas, como a obesidade e a desnutrição, e a avaliação do risco de enfermidades crônicas não transmissíveis, entre elas as doenças cardiovasculares (DCV), que são condições frequentes no indivíduo idoso (CINTRA et. al. 2012). Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar o estado nutricional, os índices antropométricos CC e CP e a variação de peso dos idosos atendidos em um Ambulatório de Nutrição na cidade de Pelotas, RS, entre 2014 e 2017, através de análise de dados secundários (prontuários).

2. METODOLOGIA

A amostra foi constituída por pacientes idosos de ambos os sexos, que frequentaram um ambulatório de nutrição na cidade de Pelotas/RS, entre 2014 e 2017. Os critérios de inclusão foram ter mais de 60 anos de idade na primeira consulta e ter consultado duas ou mais vezes no ambulatório no período. Foram excluídos aqueles idosos que compareceram a menos de duas consultas e os que apresentaram câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e/ou outras doenças que geram perda de peso não intencional. As informações referentes ao perfil dos pacientes idosos foram obtidas através da análise de dados secundários dos prontuários das consultas dos pacientes. As variáveis avaliadas somente na primeira consulta foram: idade, sexo e patologias (DM, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, DCV e outras patologias). Na primeira e na última consulta: datas dos atendimentos, peso, altura, CC e CP. O risco para

DCV baseado na CC foi classificado utilizando os seguintes pontos de corte para mulheres: sem risco, quando a CC era menor que 80 cm, risco aumentado, quando a CC era maior ou igual a 80 cm e menor do que 88 cm, e risco muito aumentado, quando a CC era maior ou igual a 88 cm. E para os homens: sem risco, quando a CC era menor que 88 cm; risco aumentado, quando a CC era maior ou igual a 88 cm e menor do que 102 cm, e risco muito aumentando, quando a CC era maior ou igual a 102 cm (OMS, 1998). E o risco baseado na CP foi classificado utilizando os seguintes pontos de corte: sem risco ou risco diminuído, quando a CP era inferior a 34 cm para as mulheres e 37 para os homens, e com risco aumentado, quando a CP era superior a 34 cm para as mulheres e 37 para os homens (FRIZON, 2013). E foram calculados: o número de consultas no período, o tempo de intervenção, o índice de massa corporal (IMC) e a porcentagem de perda de peso entre a primeira e a última consulta. O estado nutricional foi classificado de acordo com Lipschitz (1994), o qual define como baixo peso um IMC menor que 22 kg/m²; eutrofia, IMC entre 22 kg/m² e 27 kg/m²; e sobrepeso, IMC maior que 27 kg/m². A porcentagem de perda de peso foi categorizada em perda de peso maior ou igual a 10%, perda de peso entre 5 e 10% e perda de peso até 5%. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o software Stata 14.0, admitindo-se um nível de significância de 5% ($p<0,05$). O estudo integra um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob número de parecer 107.114.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 68 idosos, sendo que a maioria da população avaliada era composta por mulheres (n=43; 63,24%), resultado semelhante ao do estudo de Malta et al. (2013), com 73 idosos integrados ao Programa Saúde de Família e Unidades Básicas de Saúde do Município de Avaré, SP, onde a maioria da população idosa também era composta de mulheres. Segundo Marques et al. (2005) a maior longevidade feminina tem sido sugerida como um dos fatores responsáveis pela predominância das mulheres nos serviços de saúde. A idade variou de 60 a 85 anos (mediana de 64,87); o número de consultas, de 2 a 17 (mediana 4,16) e o tempo de intervenção, de 1 mês a 28 meses (mediana 6,47). As medianas, tanto na primeira quanto na última consulta, de IMC (29,64 e 30,87 Kg/m², respectivamente), CC (130 e 124 cm) e CP (39,46 e 38,39 cm), demonstram que a maioria dos pacientes apresentava excesso de peso ou obesidade, obesidade abdominal e risco de desenvolvimento de doenças cardiométrabólicas. Com relação ao estado nutricional, 82,35% dos pacientes apresentavam sobrepeso na primeira e na última consulta, respectivamente (Figura 1). E, com relação ao risco de desenvolvimento de doenças cardiométrabólicas, tanto na primeira (93,02 e 88%, respectivamente) quanto na última consulta (93,02 e 88%) apresentavam risco aumentado e risco muito aumentado, respectivamente, baseados na CC de mulheres e homens, e (88,37 e 88%, respectivamente) apresentavam risco aumentado de acordo com a CP, na primeira consulta.

A média da porcentagem de perda de peso foi de -2,76%. A maioria dos pacientes apresentou perda de peso (82,98%), sendo que 11,77% dos idosos apresentou perda de mais de 5% do peso entre a primeira e a última consulta no período, perda de peso desejável, que proporciona reduções significativas na pressão arterial e nos níveis séricos de lipídios, que melhora a intolerância à

glicose e previne o DM, e consequentemente é importante na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares (ROCKENBACH et al. 2012).

A maioria dos pacientes apresentava hipertensão ($n=48$; 70,59%), seguido de outras patologias ($n=45$; 66,18%), as quais incluíam obesidade, depressão, esteatose hepática, hipotireoidismo, hipertiroidismo e intolerância a glicose. E 44,12% dos pacientes apresentavam DM ($n=30$), 27,94% dislipidemia ($n=19$) e 5,88 % doença cardiovascular ($n=4$). A grande prevalência de hipertensão (70,59%) encontrada no presente estudo também foi observada no estudo de Teixeira et al. (2010), com 103 pacientes de ambos os sexos sem histórico de evento cardiovascular ou miocardiopatias (68,08%), ao contrário da porcentagem de DM, que no presente estudo foi aproximadamente o dobro (44,12%) da encontrada por Teixeira et al. (2010) (27%). Segundo o Ministério da Saúde (2017), o crescimento da obesidade também tem colaborado para o aumento da prevalência de DM e HAS.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, apresentava hipertensão e/ou DM, estava acima do peso ideal e com valores de CC e CP acima do recomendado. A maioria dos pacientes apresentou perda de peso (82,98%), sendo que 11,77% dos idosos apresentou perda de mais de 5% do peso entre a primeira e a última consulta no período, o que comprova que a presença do profissional de nutrição é essencial para reduzir esses índices, junto com a prática de exercício físico.

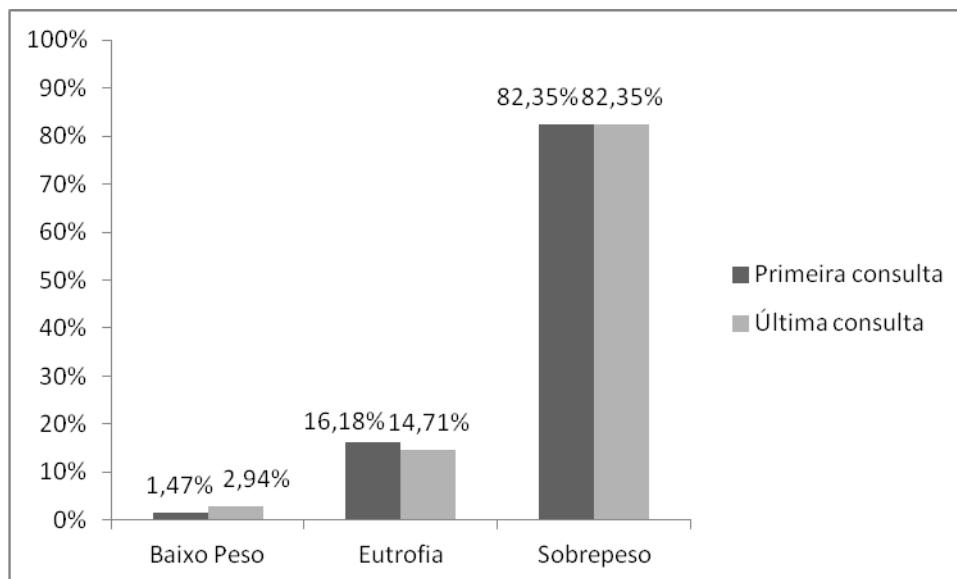


Figura 1. Estado nutricional de acordo com o IMC de pacientes idosos atendidos em um ambulatório de nutrição na cidade de Pelotas/RS, entre 2014 a 2017, na primeira consulta e na última consulta no período ($n=68$) ($p=0$, Teste Exato de Fischer).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade RKO, Fonseca GS, Reis VMCP. Estado nutricional de idosos do grupo feliz idade da cidade de capitão ENEAS/ MG. **Revista Multitexto**, 2015; 3(1): 7381.

Cabrera MAS, Filho WJ. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, 2001; (5): 494-501.

Cintra RMG, Oliveira D, Silva. Estado nutricional e ocorrência de hipertensão e de diabetes em idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas. **Alimento e Nutrição Araraquara**, 2012; 23 (4): 567-575.

Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE), **Indicadores sociais**, uma análise das condições de vida da população brasileira; 2010 [Acesso em 07 de junho de 2017] Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicsociais2010/_sis_2010.pdf

Lipschitz, DA. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, 1994; 21(1): 55-67.

Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista – aplicação do índice de alimentação saudável. **Ciência e saúde coletiva**, 2013 (18): 377-384

Marques APO, Arruda IKG, Santo ACGE, Raposo MCF, Guerra MD, Sales TF. Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, 2005 (49): 41-48.

Portal do Brasil, pesquisa ministério da saúde. Obesidade no Brasil, 2017 .[acesso em 16 de fevereiro de 2018] Disponível em:
<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/04/obesidade-cresce-60-em-dez-anos-no-brasil>.

Rockenbach A, Blasi TC, Blumke AC. **Alimentos industrializados mais consumidos por idosos hipertensos**. Trabalho de conclusão do curso de nutrição, área de ciências da saúde, do centro universitário franciscano, 2012; (2): 193-199.

Rodrigues, S. C; Abourihan, C. L. S; Yamane, R. Qualidade de Vida e o Estado Nutricional em Homens Idosos Institucionalizados. **Cadernos das Escolas de Saúde**, 2010;(3): 1-14.

Teixeira AMNC, Sachs A, Santos GMS, Asakura L, Coelho LC, Silva CVD. Identificação de risco cardiovascular em pacientes atendidos em ambulatório de nutrição. **Revista Brasileira Cardiologia**, 2010; 23(2): 116-123.