

**PERFIL NUTRICIONAL DE IDOSOS  
RESIDENTES NA ÁREA URBANA DO MUNICÍPIO  
DE NOVA MUTUM-MT:  
UMA PROPOSTA DE MONITORAMENTO**

*Thais Carolina Bassler*<sup>1</sup>  
*Lucila Amaral Carneiro Vianna*<sup>2</sup>

**RESUMO**

*O aumento da população idosa em países desenvolvidos, como naqueles em desenvolvimento, desperta interesse e preocupação com o planejamento de políticas públicas voltadas para a atenção nutricional do idoso. O objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil nutricional de idosos residentes na área urbana do município de Nova Mutum - MT, com a finalidade de propor o monitoramento da situação nutricional da população idosa no município. A população incluída na pesquisa foi de 210 idosos, selecionados por amostra probabilística em dois estágios. O diagnóstico do estado nutricional dos idosos foi realizado por meio de medidas antropométricas, com o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando como critérios diagnósticos os pontos de corte recomendados pelo Ministério da Saúde (MS). Dados sócio-demográficos, como grupo etário, sexo, grau de escolaridade, morbidades, tipo de serviço de saúde utilizado pela população idosa, também foram coletados, por inquérito domiciliar, no período de maio a agosto de 2007. O Programa EPIINFO, versão 6.04, foi utilizado para as análises estatísticas. Os resultados encontrados mostraram a ocorrência de importantes prevalências de inadequação do estado nutricional na população idosa do Município de Nova Mutum, onde 42,86% dos idosos apresentaram sobrepeso e 18,09% baixo peso, reforçando a necessidade de criar um instrumento de monitoramento da situação nutricional para a população idosa do município, sugerindo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para este grupo etário.*

- 1 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil. Coordenadora da Faculdade de Nutrição e Gastronomia da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá, MT, Brasil.
- 2 Professora Titular do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil. Doutora em Saúde Pública pela Universidade São Paulo (USP).

**PALAVRAS-CHAVE**

*idoso, vigilância nutricional, avaliação nutricional*

**ABSTRACT**

*The accelerated ageing of the elderly in developed and developing countries arouses interest in and concern about the planning of public policies that deal with the nutritional care of the elderly. The objective of this project is to describe of the nutritional condition of the elderly livings in the rural areas in the municipality of Nova Mutum, state of Mato Grosso. The population encompassed in the survey consisted of 210 elderly selections in two steps. The diagnosis of the nutritional status of the elderly was carried out using anthropometrical measures, through the calculation of the Body Mass Index (BMI), using the cut-off points recommended by the Ministry of Health (MS) as diagnostic criteria. Socio-demographic data, such as age, gender, educational background, morbidity and the identification of the kind of health care used by the elderly were also collected from May to August 2007. The EPIINFO programme, version 6.04, was used to carry out analyses and create tables. The results found showed that the majority of the elderly population from the municipality of Nova Mutum is overweight (42,86%) e 18,09% with underweight, indicates the need to design a tool to monitor the nutritional condition of the elderly in that municipality and the use of the Food and Nutritional Surveillance System (FNSS) for this age group is proposed.*

**KEYWORDS**

*elderly, nutritional surveillance,  
body mass index and nutritional assessment*

**Introdução**

A expectativa de vida tem aumentado no mundo inteiro e, associada à queda dos coeficientes de fecundidade e de mortalidade, tem conduzido ao envelhecimento populacional. Esse fenômeno é característico de países desenvolvidos e também, de modo mais crescente, nos países em desenvolvimento, como é

o caso do Brasil, onde esse é o grupo que mais cresce (RAMOS, VERAS, KALACHE, 1987).

O crescente aumento da população idosa mundial tem gerado, para os órgãos governamentais e para a sociedade, o desafio de mudanças médico-sociais próprias do envelhecimento populacional (PAPALÉO NETTO & PONTE, 1996).

O Brasil vem, rapidamente, substituindo as questões da escassez de alimentos por aquelas ligadas à opulência. A desnutrição, embora ainda relevante, vem diminuindo em todas as idades e em todos os estratos econômicos, enquanto o aumento na prevalência da obesidade entre adultos ocorre em todos os estratos econômicos, com aumento proporcional mais elevado nas famílias de mais baixa renda (MONTEIRO *et al*, 2000).

A manutenção de um estado nutricional adequado na pessoa idosa é tarefa árdua, frente às doenças crônicas, à associação do uso de medicamentos, às modificações fisiológicas inerentes à idade que interferem no apetite, no consumo e na absorção de nutrientes, e às questões sociais e econômicas que muito prejudicam a prática para a conquista de uma alimentação saudável (SILVA, 2000).

No âmbito coletivo, a avaliação do estado nutricional é obtida com base em diagnósticos de grupos populacionais em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local). No âmbito local, utilizando-se dados da clientela atendida nos serviços de saúde, ou em dados de base populacional, é possível traçar o perfil da população-alvo. Este diagnóstico permite descrever magnitudes, tendências e analisar fatores determinantes, servindo de subsídios para o planejamento e para a tomada de decisões dos gestores da saúde nos segmentos municipal, estadual ou nacional (SILVA, 2002).

Entre as várias formas de avaliação do estado nutricional, em estudos clínicos e principalmente em estudos populacionais, as medidas antropométricas são as mais utilizadas. Este método produz informações básicas das variações físicas e na composição corporal global; é aplicável em todos os ciclos de vida e permite a classificação de indivíduos/grupos em graus de nutrição, além

de ser de fácil execução e padronização nos serviços de saúde (TAVARES & ANJOS, 1999).

A partir das medidas de peso e estatura, pode-se calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), que é habitualmente utilizado na população adulta, devido à grande disponibilidade de dados de massa corporal e estatura, além de sua relação com a morbimortalidade. Esses fatores justificam a utilização do IMC como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos em associação (ou não) com outras medidas antropométricas (ANJOS, 1992).

A coleta contínua dos dados antropométricos, assim como o processamento e a análise dos dados de uma população, possibilita um diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais, e também, dos fatores de sua determinação, o que é atribuição do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

No monitoramento da situação alimentar e nutricional, o SISVAN serve de eixo para o trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial na atenção básica de saúde, inclusive considerando o compromisso de sua universalização. Busca-se, também no âmbito da rede de serviços, incorporar às rotinas de atendimento o monitoramento do estado nutricional de cada usuário, visando à detecção da situação de risco e à prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e à garantia da reversão ao quadro de normalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A questão dos idosos emerge no âmbito da investigação e do planejamento de políticas públicas voltadas para este grupo etário. Portanto, existe interesse em incorporar às rotinas de atendimento, pela rede de serviços de atenção básica de saúde, o monitoramento do estado nutricional do idoso. O objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil nutricional de idosos residentes na área urbana do município de Nova Mutum - MT, com a finalidade de propor o monitoramento da situação nutricional da população idosa no município.

---

## Métodos

---

Segundo dados do Censo de 2000 (IBGE, 2000), a população de idosos do município de Nova Mutum era de 435 indivíduos com 60 anos ou mais, correspondendo a 4,35% da população. Nesta investigação, a população estudada foi a dos idosos moradores na área urbana do Município.

Realizou-se pesquisa epidemiológica, com desenho transversal, por meio de inquérito domiciliar. Nesta pesquisa foram utilizados dois métodos de amostragem para obter a amostra: primeiro foi utilizado o método de amostragem aleatória simples para determinar o tamanho de amostra de idosos e, em segundo, para alcançar o número de indivíduos estabelecido, foi realizada uma amostragem aleatória sistemática. Em cada uma das setenta ruas sorteadas foram encontrados três idosos que cumprissem os critérios de inclusão da pesquisa. Caso não fossem completados três questionários no lado da rua sorteado, a pesquisa seria realizada do outro lado da rua, até atingir os três idosos por rua. Caso não fossem completados três questionários na rua sorteada, as duas ruas paralelas seriam sorteadas, utilizando o mesmo critério já descrito até atingir três idosos. Nos domicílios que se encontraram dois ou mais indivíduos que respeitassem os critérios de inclusão, era realizado sorteio.

Participaram deste estudo, idosos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais, que tinham condições de responder aos instrumentos utilizados na pesquisa, moradores do Município e que aceitaram participar do estudo.

Foram excluídos do estudo, idosos que apresentaram qualquer alteração que impossibilitasse a verificação das medidas antropométricas (problemas graves de coluna, cadeirante de rodas e utilizadores de muletas) e idosos que apresentaram qualquer alteração psíquica e neurológica que impossibilitasse a entrevista.

A amostra foi estabelecida considerando nível de significância de 0,05 e poder de 95%. A estimativa do tamanho da amostra era de 210 idosos, prevendo 15% de perdas por proble-

mas com os questionários. Foram entrevistados 233 indivíduos, sendo que 7 idosos eram portadores de alguma deficiência física, 4 idosos tinham alguma alteração psíquica e neurológica e 2 idosos não aceitaram participar do estudo. Portanto participaram do estudo 210 idosos.

A coleta de dados foi realizada entre o período compreendido de maio a agosto de 2007, tendo sido aplicado um questionário abrangendo variáveis sócio-demográficas, além da avaliação do estado nutricional. As variáveis sócio-demográficas foram coletadas por meio de entrevistas e anotadas em formulário específico. As variáveis analisadas foram: grupo etário, sexo, grau de escolaridade, morbidades como diabetes mellitus, hipertensão arterial, asma e bronquite, obstipação, anemia nutricional, entre outras referidas pelos indivíduos e sobre a utilização dos serviços de saúde (público ou privado).

A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio de medidas antropométricas de peso (Kg) e estatura (cm). O peso foi coletado uma vez por um único examinador, enquanto a estatura foi coletada duas vezes, por dois examinadores distintos.

Os idosos foram pesados em pé, descalços, com o mínimo de vestuário, utilizando-se balança eletrônica digital portátil, da marca SOEHNLE, com capacidade de 150 kg e sensibilidade de 100 g.

A estatura foi medida segundo as técnicas de Frisancho (1984), utilizando-se um estadiômetro portátil (trena de metal acondicionada em um estojo de 15 x 15cm), de 2 metros e graduado em décimos de cm, comercializado pela Dexter. No local onde foram coletadas as medidas antropométricas, houve a necessidade de utilizar um banco de madeira (10cm de altura x 40cm de largura e profundidade), confeccionado para eliminar o inconveniente da presença de rodapés na sala da coleta dos dados, de maneira a formar um ângulo reto.

A avaliação nutricional dos idosos foi realizada a partir do IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), e utilizou como critério de classificação os pontos de corte proposto pelo *Nutrition Screening Initiative* (1994) e recomendado pelo Ministério da Saúde (2004) : baixo peso:  $\leq 22 \text{ kg/}$

m<sup>2</sup>; eutrófico: 22,1-26,9 kg/m<sup>2</sup> e sobrepeso:  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup>.

Os dados sócio-demográficos e as medidas antropométricas foram coletados pela pesquisadora e por três auxiliares de enfermagem devidamente treinados sob sua supervisão. O treinamento consistiu em duas reuniões com os entrevistadores e teve por finalidade preparar os indivíduos que fariam parte da coleta dos dados por meio de: apresentação do projeto de pesquisa, salientando-se seus objetivos, fornecimento e orientação sobre a utilização do material para a realização da pesquisa.

O Programa EPIINFO, versão 6.04 (DEAN *et al.*, 1997), foi utilizado, tendo sido feita dupla digitação para garantir a consistência dos dados. Foi calculado o teste  $\chi^2$  para verificar a tendência para sobrepeso em função da idade e a correlação do estado nutricional dos idosos segundo o sexo.

Os participantes assinaram um termo de consentimento para a autorização da utilização dos dados de forma sigilosa, com a finalidade de pesquisa científica. O Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou a realização do estudo, sob o número de protocolo 1858/06.

---

## Resultados

---

A faixa etária entre 60 e 69 anos foi predominante em relação às demais. O número de idosos abaixo de 70 anos (144) representou 68,57% deles (Tabela 1). Do total de 210 idosos incluídos na pesquisa, 50,90% do sexo masculino e 49,10% eram do sexo feminino.

**Tabela 1** – Distribuição dos idosos segundo sexo e grupo etário, Nova Mutum, MT, 2007.

Grupo etário (Anos) (%)	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
60  — 69	80	74,76	64	62,14	144	68,57
70  — 79	23	21,50	30	29,12	53	25,24
80 e mais	4	3,74	9	8,74	13	6,19
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>50,90</b>	<b>103</b>	<b>49,10</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Ao se analisar a escolaridade, verificou-se que 19,52% eram analfabetos; 58,10% não completaram a 4ª série do ensino fundamental (antigo primário), ou seja, cerca de 78% dos idosos apresentaram escolaridade inferior a 4 anos de estudo.

A Tabela 2 expõe as respostas dos idosos a respeito de morbidades, podendo o entrevistado ter referido uma ou mais morbidades (n=208).

Entre as referidas, as três morbidades mais citadas pelos idosos foram à hipertensão arterial, com 60,90% (128 indivíduos), seguida de problemas de osteoporose, com 15,20%, e de Artrite/Artrose/Reumatismo, com 14,70% dos entrevistados. Outras morbidades referidas, em ordem decrescente, podem ser verificadas na tabela abaixo.

**Tabela 2** – Distribuição de morbidades referidas por idosos, Nova Mutum, MT, 2007.

Morbidades referidas * (n=208) <sup>(a)</sup>	N	%
Hipertensão Arterial	128	60,90
Osteoporose	32	15,20
Artrite/Artrose/Reumatismo	31	14,70
Problema Cardíaco	25	11,90
Diabetes Mellitus	24	11,40

Continua...

<b>Morbidades referidas * (n=208)<sup>(a)</sup></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Doença Gastrointestinal	21	10,00
Doença respiratória	10	4,80
Embolia/Derrame	2	0,90
Câncer	1	0,50

<sup>(a)</sup> 2 perdas sem informação.

\* Alguns pacientes referiram mais de uma morbidade.

Da totalidade dos idosos entrevistados, 79% relataram procurar por uma das unidades básicas de saúde do município de Nova Mutum quando precisavam de um atendimento, enquanto 19,60% eram atendidos em consultórios particulares ou por convênios médicos.

Em relação à avaliação nutricional dos idosos, segundo o índice de massa corporal (IMC), o baixo peso ( $IMC \leq 22 \text{ kg/m}^2$ ) foi encontrado em 18,09% da totalidade dos idosos entrevistados. Porém, o diagnóstico da maioria, 42,86%, foi de sobrepeso ( $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$ ), conforme a Tabela 3. A proporção de baixo peso foi maior no sexo masculino (20,56%); as mulheres apresentaram maior prevalência de sobrepeso (44,66%). Observou-se que o sobrepeso foi freqüente no sexo feminino.

**Tabela 3** – Distribuição percentual (%) do estado nutricional de idosos segundo o sexo. Nova Mutum, MT, 2007.

<b>Estado Nutricional</b>				
Sexo	n	Baixo Peso	Eutrófico	Sobrepeso
		%	%	%
Masculino	107	20,56	38,32	41,12
Feminino	103	15,53	39,81	44,66
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>18,09</b>	<b>39,05</b>	<b>42,86</b>

$\chi^2$  (teste qui-quadrado)  $p= 0,633$

Pode-se observar na Tabela 4, que entre os grupos etários 60 a 69 e 70 a 79 anos, o estado nutricional prevalente foi o sobrepeso, 43,76% e 45,29%, respectivamente. Em contrapartida, para os idosos com 80 anos e mais, o baixo peso prevaleceu em 30,77%.

**Tabela 4** – Distribuição percentual (%) do estado nutricional de idosos, segundo o grupo etário. Nova Mutum, MT, 2007.

Grupo etário (anos)	n	Estado Nutricional		
		Baixo Peso	Eutrófico	Sobrepeso
		(%)	(%)	(%)
60  — 69	144	18,05	38,19	43,76
70  — 79	53	15,09	39,62	45,29
80 e mais	13	30,77	46,16	23,07
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>18,09</b>	<b>39,05</b>	<b>42,86</b>

$\chi^2$  (teste qui-quadrado)  $p= 0,309$

## Discussão e Conclusão

Embora o estudo transversal apresente limitações no tocante à identificação temporal de fatores estudados para possibilitar o entendimento das evidências de relação causal, esta investigação permitiu obter um panorama do perfil nutricional dos idosos pesquisados naquele momento.

Apesar de ter sido um inquérito domiciliar com amostra probabilística, não foi possível saber quão semelhantes e/ou diferentes eram os idosos que não participaram da pesquisa.

Em relação ao grupo etário, a maioria dos idosos compôs o grupo etário entre 60 a 69 anos (68,58%). Este resultado vem ao encontro a outras pesquisas realizadas sobre perfil de idosos do Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Ceará e Paraná, onde era maior a densidade dos idosos entre 60 a 69 anos (BASSLER & LEI, 2008; LIMA COSTA *et al*, 2000; RAMOS *et al*, 1993; RIO GRANDE DO SUL, 1997).

No que tange ao sexo, verificou-se uma proporção maior de homens em relação às mulheres. A amostra estudada não seguiu a tendência nacional, onde a proporção de mulheres é maior em relação aos homens, como relatado em diversos estudos (BARRETO, GIATTI, KALACHE, 2004; BASSLER & LEI, 2008, CERVATO *et al.*, 2005; CÉSAR & PASCHOAL, 2003; COELHO-FILHO & RAMOS, 1999; PASKULIN & VIANNA, 2007; RAMOS *et al.*, 1993). Para Camarano, Kanso, Mello, 2004 & Veras, 2004, a proporção de mulheres é tanto maior quanto mais idoso for o segmento, e é maior na área urbana do que na área rural. Apesar de terem sido incluídos na pesquisa somente idosos da área urbana do Município, explicações para estes resultados encontrados, maior prevalência de idosos do sexo masculino, poderiam estar associados à migração de outros estados para o Mato Grosso, com o intuito de tentar uma vida melhor, uma vez que a agricultura e a pecuária são as principais atividades econômicas do município. Nova Mutum, possui apenas 20 anos desde a sua fundação, necessitando de mão de obra especializada nas mais diversas áreas de atividades, podendo propiciar melhorias nas condições de vida das pessoas que para lá migram.

Em relação à categorização do grau de escolaridade, quase 78% dos idosos de Nova Mutum referiram até quatro anos de estudo. Esses resultados mostram a grande concentração de idosos com baixa escolaridade, igual aos valores encontrados no projeto SABE (2003), segundo o qual cerca de 78% da população idosa possuíam até 4 anos de escolaridade, 9% freqüentaram a escola por 5 a 8 anos e 13,1% têm acima de 8 anos de estudo.

A multiplicidade de morbidades em um mesmo idoso é muito freqüente. Para Ramos *et al.* (1993), apenas 14% dos idosos disseram-se livres de doenças crônicas, enquanto 15% deles mencionaram cinco ou mais doenças. No estudo realizado por Frank *et al.* (2004), a HAS foi a enfermidade mais citada pelos idosos entrevistados, estando, assim, de acordo com os resultados encontrados por este estudo.

A maioria dos entrevistados, cerca de 79%, informou estar vinculada e ser usuária do Sistema Único de Saúde (SUS),

quando necessitam de algum tipo de atendimento à saúde no município. Este número mostrou a alta demanda da população idosa aos serviços públicos de saúde do município. Resultados encontrados por Cesar & Paschoal, no projeto SABE (2003) do município de São Paulo, demonstraram resultados semelhantes, pois cerca de 60% da população idosa é usuária do SUS.

A classificação do estado nutricional de idosos segundo o IMC é, ainda, bastante discutida, havendo divergência, entre vários estudos, quanto aos valores empregados (AL SNIH *et al*, 2002; MELTON *et al*, 2000; TAVARES & ANJOS, 1999).

Quando comparados os valores de IMC dos idosos deste estudo, com dados citados por Coitinho *et al* (1991), verifica-se uma semelhança em relação ao estado nutricional. A prevalência de sobrepeso, encontrada por Coitinho *et al* (1991) na população idosa, foi de 30,4% em homens e 50,2% em mulheres, predominando esse problema no sexo feminino em diferentes faixas etárias, entre elas as de 65 anos e mais. Recentemente, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2002/2003 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004), relacionou os hábitos alimentares com os dados antropométricos da população brasileira de 20 anos ou mais de idade. Os dados na população idosa brasileira, estratificada por sexo e faixa etária, apontaram déficit de peso de 8,9%, em homens com 75 anos ou mais de idade; as mulheres de ambas as faixas etárias (65 a 74 anos e 75 anos ou mais) não apresentaram déficit de peso. A partir dos 65 anos de idade, tanto para homens quanto para mulheres, observa-se tendência de declínio na prevalência do excesso de peso; para os homens foi de 43,9% (65 a 74 anos) e de 33,3% (75 anos ou mais). Para as mulheres os resultados foram de 53,3% (65 a 74 anos) e de 42,5% (75 anos ou mais) de excesso de peso. O mesmo ocorre com a obesidade; para homens foi, respectivamente, de 10,2% e 5,6%; para mulheres, de 17,1% e 14,3% (IBGE, 2004).

Outros estudos mostram valores diferentes de prevalência de sobrepeso e baixo peso na população idosa brasileira. Tavares & Anjos (1999) registraram uma prevalência geral de sobrepeso

( $\text{IMC} > 25 \text{ Kg/m}^2$ ) de 30,4% em homens e de 50,2% em mulheres, enquanto a prevalência geral de magreza ( $\text{IMC} < 18,5 \text{ Kg/m}^2$ ) foi de 7,8% em homens e de 8,4% em mulheres. Martins *et al* (1999), utilizando os mesmos pontos de corte, verificaram que a prevalência de sobrepeso foi de 34,1% em homens e de 40,3% em mulheres e a de baixo peso foi de 7,3% em homens e de 8,1% em mulheres, tendo o baixo peso ( $\text{IMC} 18,8 - 19,9 \text{ Kg/m}^2$ ) atingido 19,5% dos homens e 4,8% das mulheres.

É importante considerar que o problema da desnutrição continua existindo no Brasil, ainda que, diferentemente da obesidade, afetando contingentes populacionais mais limitados (Monteiro *et al*, 2000). Problemas nutricionais estão associados ao aumento da morbidade e da mortalidade e com impacto negativo na qualidade de vida entre idosos. Na meia idade (50 a 65 anos) o maior problema nutricional é o sobrepeso, estando associado às doenças crônicas não-transmissíveis. Acima dos 80 anos, magreza e perda de massa magra são os maiores problemas. As doenças associadas com o baixo IMC são tuberculose, enfermidades pulmonares obstrutivas e câncer de pulmão e de estômago (WHO, 1995).

No entanto, a avaliação nutricional do idoso apresenta limitações também em relação aos dados, e padrões de referência para as medidas antropométricas. Nos países em desenvolvimento, inexitem dados ou padrões para esse grupo etário. Nos países desenvolvidos, os estudos para a construção desses dados e padrões foram realizados a partir de amostras representativas, porém com limite superior de idade (FRISANCHO, 1984).

Apesar de a Organização Mundial de Saúde (1998) sugerir, para avaliação do idoso, a utilização dos pontos de corte propostos para o adulto jovem ( $\text{IMC} < 18,5 \text{ Kg/m}^2 =$  magreza e  $\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2 =$  obesidade), supõe-se que valores superiores sejam mais adequados, já que o idoso necessita de uma reserva maior, no sentido de prevenir a desnutrição. Na prática clínica geriátrica, o  $\text{IMC} < 20 \text{ Kg/m}^2$  é o ponto de corte adotado para classificar o idoso como apresentando magreza. Este critério é utilizado para que indivíduos em risco nutricional sejam detectados precocemente (PERISSINOTTO, 2002).

Segundo Lipschitz (1994), é recomendável que as pessoas acima de 65 anos de idade, apresentem um IMC entre 24 e  $29\text{Kg/m}^2$ . Para Stevens (2000), é considerado obeso o indivíduo que apresenta IMC maior ou igual a  $30\text{Kg/m}^2$ .

O Ministério da Saúde (2004) recomendou, em última publicação, para os procedimentos de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos (60 anos e mais) em serviços de saúde, a classificação do IMC seguindo os mesmos pontos de corte do NSI (1994): baixo peso  $\text{IMC} \leq 22\text{Kg/m}^2$ ; peso normal ou eutrófico de 22 a  $27\text{Kg/m}^2$  e sobrepeso  $\text{IMC} \geq 27\text{Kg/m}^2$ .

O envelhecimento populacional determina um substancial aumento, tanto nos recursos materiais e humanos necessários aos serviços de saúde do País, como nos seus custos, visto que, em geral, as doenças que acometem essa camada da população necessitam de tratamento por períodos prolongados e intervenções caras com alta tecnologia (PAPALÉO NETTO & PONTE, 1996).

O registro, a análise e o entendimento das transformações do perfil de saúde de uma comunidade evidenciam possíveis estratégias para a melhoria da questão da qualidade de vida, que aponta a necessidade de privilegiar ações voltadas para a prevenção de doenças crônicas, que, em algum momento, atingem os indivíduos. Com esse retardamento do início da doença crônica, o tempo de vida saudável ampliaria-se e a necessidade de utilização de serviços de saúde reduziria-se (BARRETO & CARMO, 2000).

Este fato vem ao encontro do interesse do gestor de saúde do município, em termos de custo-benefício.

As principais funções que o enfoque nutricional desempenha nesse contexto são: a identificação de indivíduos em risco para desenvolver doenças crônicas não-transmissíveis e a intervenção alimentar para a prevenção e o controle de enfermidades (SILVA, 2002).

As políticas para melhorar a nutrição conduzem a programas específicos. Quando se trata de elaborar um programa determinado e vigiar seus efeitos, necessitam-se de informações nutricionais específicas. A operacionalização da Vigilância Alimentar e Nutricional consiste em como, na prática, serão produzidas e analisadas as informações sobre perfil alimentar e nutricional da população. Isto

é, quais estruturas ou rotinas serão criadas ou adaptadas, quais os profissionais e as instituições envolvidas para a produção, o processamento, a análise e a divulgação dessas informações (ENSP, 1993).

Para a operacionalização de um SISVAN, o fundamental é ter um eixo central básico, padronizado entre as instituições que compõem o sistema, e ter flexibilidade suficiente para respeitar as peculiaridades de cada local. Dois aspectos são fundamentais para sua viabilização: assumir a vigilância nutricional como atividade integrante dos Programas de Atenção Integral à Saúde e a inseri-la em rotinas e normas já estabelecidas nos serviços, que sejam desenvolvidas de forma satisfatória (ENSP, 1993).

Os indivíduos aqui estudados representam a população idosa do município e pode-se perceber, pelos resultados encontrados, a importância da Vigilância Alimentar e Nutricional. Foi possível diagnosticar a situação nutricional do grupo de idosos, o que permitiria desencadear ações imediatas e planejar políticas públicas a médio e longo prazos, direcionadas à melhoria dessas condições. Nesse contexto, o SISVAN abre caminhos para se tornar parte da atuação básica de saúde, com base nos princípios do SUS, promovendo saúde no plano local.

A Secretaria de Saúde do Município de Nova Mutum/MT, atualmente, operacionaliza o SISVAN não informatizado, em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para crianças de 0 a 59 meses, gestantes e lactantes. Dessa forma, o SISVAN faz parte da rotina dos atendimentos diários nas UBS e possui uma infraestrutura mínima necessária como profissionais, espaço físico e material técnico para coletar, de forma contínua, os dados necessários. Assim, torna-se mais acessível inserir o monitoramento nutricional dos idosos nos serviços de saúde, utilizando os dados produzidos na rotina do Serviço de Saúde, como: identificação do paciente, peso (Kg), estatura (m), pressão arterial, temperatura axilar (para subsidiar as consultas), diagnóstico e conduta do profissional de saúde (registro no prontuário para acompanhamento da evolução do paciente).

Para a consolidação do monitoramento nutricional de uma coletividade, vale ressaltar que as UBS do município funcionam

como espaços estratégicos para a Vigilância Nutricional, além de outras fontes de dados que poderão ser utilizadas pelos profissionais responsáveis pela Vigilância Alimentar e Nutricional, como pesquisas e estudos populacionais, Programa Saúde da Família, Programa Agente Comunitário de Saúde, creches, escolas e outras entidades pertinentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O panorama da saúde do idoso no Brasil precisa ser, sem dúvida, melhor definido populacionalmente e em todas as regiões. É imprescindível que se estabeleça uma política de saúde que implique na promoção da qualidade de vida e da autonomia, de modo acessível a todos os estratos sociais ou, pelo menos, que os serviços sejam oferecidos de modo digno aos mais carentes na hierarquia social, para que possam conduzir o seu envelhecimento de maneira saudável e o mais independentemente possível (LESSA, 1998).

Diante dos resultados apresentados, e por se tratar de um assunto relativamente novo, faz-se necessária a obtenção de novas informações nutricionais, a partir de levantamentos antropométricos populacionais periódicos e da coleta sistemática e contínua de dados provenientes dos serviços de saúde, para que se possam estabelecer práticas de monitoramento nutricional e direcionar intervenções mais adequadas.

### **Referências Bibliográficas**

AL SNIH S. *et al.* Handgrip strength and mortality in older Mexican Americans. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50:1250-6.

ANJOS LA. Índice de Massa Corporal como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública.* 1992; 26 (6):431-6.

BARRETO ML.; CARMO EH. Mudanças em padrões de morbi-mortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro, Carlos Augusto, organizador. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças.* 2. ed. rev. e aumentada. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p. 17-30. Cap.1.

BARRETO SM.; GIATTI L.; KALACHE A. Gender inequalities among older Brazilian adults. *Rev Panamericana de Salud Pública – Pan American Journal of Public Health*. 2004; 16(2): 110-7.

BASSLER TC; LEI DLM. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). *Rev Nutr Campinas*. 2008; 21 (3): 311-21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional – Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 21 abril 2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/orientacoes\\_basicas\\_sisvan.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/orientacoes_basicas_sisvan.pdf)

CAMARANO AA.; KANSO S.; MELLO JLE. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano A (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 77-106.

CERVATO AM; DERNTL AM; LATORRE MRDO; MARUCCI MFN. Educação Nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Brazilian Journal of Nutrition*. 2005; 18(1):41-52.

CÉSAR CLG.; PASCHOAL SMP. Uso dos serviços de saúde. In: LEBRÃO ML.; YEDA AOD. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.227-37. Cap.11.

COELHO FILHO JM.; RAMOS LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de um inquérito domiciliar. *Rev Saúde Publica*. 1999; 33 (5):445-53.

COITINHO DC.; LEÃO MM.; RECINE E.; SICHIERI R. *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: condições nutricionais da população brasileira – adultos e idosos*. Brasília. INAN, 1991. 39p.

DEAN AG.; DEAN JÁ.; BURTON AH.; DICKER RC. *Epi Info, Version: 6.04: a word processing database and statistics program for epidemiol-*

ogy on micro-computers. Center of Disease Control. Atlanta, Georgia, USA, 1997.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Programa de Apoio à Reforma Sanitária. O sistema de vigilância alimentar e nutricional na rede de saúde: manual para implantação. Rio de Janeiro: ENSP, 1993.

FRANK AA. *et al.* Perfil nutricional de idosos freqüentadores da associação recreativa de Copacabana, Rio de Janeiro. *Nutrição Brasil*. 2004; 3(2):85-91.

FRISANCHO AR. New standards of weight and body composition by frame size and height for assessment of nutritional status of adults and elderly. *Am J Clin Nutr*. 1984; 40:808-19.

FUNDAÇÃO IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. POF 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004. [acesso em 18 jan 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

FUNDAÇÃO IBGE. Rio de Janeiro, 2000. [acesso em 18 jan 2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Incorporating Nutrition Screening and Interventions into Medical Practice - A monograph for Phycicians. The Nutrition Screening Initiative (American Academy of Family Physicians; The American Dietetic Association; Nacional Council on the aging inc). May, 1994.

LESSA, Ines. O Adulto Brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. *HUCITEC ABRASCO*. São Paulo-Rio de Janeiro, 1998. Cap.12.

LIMA COSTA FL.; GUERRA H.; BARRETO S.; GUIMARÃES RM. The Bambuí health and ageing study. *Rev Saúde Publica*. 2000; 34 (2):126-35.

LIPSCHITZ DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Nutrition in old age*. 1994; 21(1):55-67.

MARTINS IS.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G.; CERVATO AM. Estado Nutricional de grupamentos sociais da área metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(1): 71-8.

Melton JL, Kosla S, Crowson CS, O`Connor MK, O`Fallon M, Riggs L. Epidemiology of sarcopenia. *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48: 625-30.

MONTEIRO CA.; MONDINI L.; SOUZA ALM.; POPKIN BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, Carlos Augusto. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. 2. ed. rev. e aumentada. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p. 247-55. Cap.14.

PAPALÉO NETTO M.; PONTE JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p.3-6. Cap.1.

PASKULIN LMG.; VIANNA LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(5): 757-768.

PERISSINOTTO E. *et al.* Anthropometric measurements in the elderly: Age and gender differences. *Br J Nutr*. 2002; 87: 177-86.

RAMOS LR.; VERAS RP.; KALACHE A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987; 21(3):211-21.

RAMOS LR. *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993; 27(2):87-94.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa*. Porto Alegre: CEI, 1997.

SILVA MLT da. Geriatria. In: WAITZBERG DL. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 997-1008. Cap 63.

SILVA DO. SISVAN: instrumento pra o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde: o diagnóstico coletivo. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

STEVENS J. Impact of age an associations between weight and mortality. *Nut Rev*. 2000; 58(5):129-137.

TAVARES EL.; ANJOS LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(4):759-768.

VERAS RP. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: SALDANHA A.; CALDAS, C. *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 3-10.

WHO, World Health Organization. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Who Technical Report Séries 854. Geneva, 1995<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity. Geneva, 1998.