

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TIMBÓ I, NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Fhiama Karoline Santos Oliveira (1); (1); Sônia Cristina Pereira de Oliveira Ramalho Diniz

(1) Discentes de Graduação em Nutrição da UFPB Email: fhiama.oliveira@hotmail.com; (1) Profa. MSc. do Departamento de Nutrição da UFPB. Email: somalho@hotmail.com;

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é considerado um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, no qual ocorrem alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais¹. O aumento na porcentagem de idosos na população é hoje uma realidade também brasileira e isso, embora de maneira heterogênea, se processa tanto em países desenvolvidos como em países subdesenvolvidos. Estima-se que em 2025 o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo².

É de extrema importância a identificação das condições de saúde dos idosos para o planejamento e implementação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, prevenção de incapacidades e enfermidades, além da realização de uma terapêutica adequada com base na funcionalidade, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida a essas pessoas³.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) ou doenças crônico-degenerativas são caracterizadas como um grupo de doenças de longa evolução e etiologia não totalmente elucidada que são acompanhadas por alterações degenerativas em tecidos do corpo humano. Estas últimas causam lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade e até o óbito⁴.

As alterações relacionadas à idade ocorrem praticamente em todas as partes do corpo, trazendo diversas mudanças funcionais ao organismo idoso. Dentre elas, a redução da massa magra, aumento do tecido adiposo corpóreo e a menor eficiência de bombeamento do coração, podendo haver diminuição do fluxo sanguíneo. Também, o olfato e o paladar podem tornar-se menos agudos, a mastigação se tornando difícil devido à perda dos dentes, a menor secreção de ácido clorídrico e bile dificultando a digestão e a perda do tônus do trato gastrointestinal levando à constipação (MENEZES et al., 2005).

Assim, há um aumento do risco de desenvolver desnutrição, já que a deficiência nutricional é um problema relevante na população idosa, pois com o avanço da idade, os gerontes apresentam condições peculiares, devido a alterações do próprio envelhecimento, doenças sistêmicas e/ou situação socioeconômica, que condicionam o seu estado nutricional⁶.

Por outro lado, a obesidade leva aos distúrbios das condições de saúde do organismo, sendo representados por distúrbios psicológicos, sociais, aumento do risco de morte prematura e o aumento de risco de doenças de grande morbimortalidade, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, hiperlipidemias, doenças cardiovasculares e câncer. Além disso, pode estar associada a outras doenças que podem interferir na qualidade de vida do indivíduo obeso (CABRERA et al., 2001)⁷.

Com o aumento do envelhecimento populacional, a necessidade de estudos que investiguem os comportamentos relacionados à saúde e o estado nutricional para que as propostas de políticas de saúde causem impacto na qualidade de vida desta população tem que elevar-se. Portanto, o objetivo do presente estudo é avaliar o estado nutricional e a prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis em idosos atendidos na Unidade de Saúde da Família – Timbó I, no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

METODOLOGIA

O presente estudo refere-se a uma pesquisa do tipo transversal de caráter quantitativo e descritivo, realizada na USF – Timbó I, localizada no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, onde se identificou a prevalência de DCNT e o estado nutricional de idosos atendidos no local. Foram utilizados os prontuários de 59 idosos de ambos os gêneros, com idade entre 60 a 86 anos. Foram excluídos do estudo os idosos que eram atendidos a domicílio e os idosos que não tinham em seus prontuários todas as medidas de peso, altura e circunferência da cintura. (UFPB), previamente treinados para coletar os dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, sob o número CAAE 45778215400005188 e autorizada pela Secretaria de Municipal de Saúde de João Pessoa através da Gerência de Educação na Saúde (GES). Para a coleta de dados foi realizada a identificação dos prontuários e colhida as medidas de peso, estatura e circunferência da cintura presentes no prontuário. O IMC ($\text{peso}/\text{altura}^2$) foi classificado de acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde⁸. A CC foi utilizada segundo a World Health Organization⁹, essa medida tem como objetivo avaliar a gordura abdominal, que é indicador de doenças cardiovasculares e de distúrbios metabólicos. A RCE foi realizada através das informações de circunferência da cintura e estatura presentes nos prontuários de cada idoso, e foi utilizada para se obter informações acerca do risco elevado de doenças cardiovasculares entre os idosos em estudo. Os dados coletados foram analisados em planilhas no Excel. O IMC foi calculado dividindo-se o peso (Kg) pela estatura ao quadrado (m^2) e, para a classificação, segundo os pontos de corte da OMS 2004, os indivíduos são classificados como baixo-peso com $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$; eutrofia, IMC entre $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ e $24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$; sobrepeso com IMC entre $25-29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ e obesidade $\text{IMC} > 29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$. Para a circunferência da cintura a OMS estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres (Tabela 3). A relação cintura/estatura (RCE) foi determinada por meio da divisão da

circunferência da cintura (cm) pela estatura (cm). Os valores para a relação cintura/estatura foram classificados segundo Vieira, A. E. C, (2009), sendo considerado valor elevado para homens >0,55 e para mulheres >0,56.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população em estudo foi composta por 59 pacientes, onde caracterizou-se 61,01% do sexo feminino e 38,98% do sexo masculino, sendo a idade média da amostra $68,61 \pm 7,44$ em anos. Dos pacientes 96,61% apresentavam pelo menos algum tipo de DCNT, destacando a hipertensão como a mais evidente 76,27% (Tabela 1).

Variáveis	n	%
Gênero (n=59)		
Masculino	23	38,98
Feminino	36	61,02
Faixa Etária (em anos)		
60 a 69	42	71,18
70 a 79	9	15,25
> 80	8	13,55
Doença crônica não transmissível (n =59)		
Mais de uma doença	35	59,32
Diabetes melito	22	37,28
Obesidade	16	27,11
Hipertensão Arterial	45	76,27
Doença cardiovascular	12	20,33



Figura 1 – Distribuição em percentual dos dados encontrados sobre DCNT

Segundo dados do IMC, a maior prevalência foi de sobrepeso (42,37%), seguida de eutrofia (28,81%), obesidade (27,11%) e de baixo peso (1,69%). As mulheres apresentaram alta incidência de sobrepeso (41,66%) e obesidade (30,55%). Quanto à gordura abdominal, 75% da amostra feminina encontra-se com circunferência da cintura (CC) muito elevada (>88cm) e 19,44% com CC elevada (>80cm), enquanto da amostra masculina 26,08% encontra-se com CC muito elevado (>102cm) e 43,47% encontra-se com CC elevada. Através das medidas da CC pode-se observar que apenas 15,25% da população estudada não corre risco de complicações metabólicas associadas a obesidade. Apenas dois pacientes do sexo masculino apresentavam excesso de peso, mesmo estando com a medida da circunferência da cintura adequada. A análise da RCE demonstrou em ambos os sexos a média de $0,60 \pm 0,09$ cm. Foi observado que na amostra feminina 81,81% corre risco para obtenção de doenças cardiovasculares, enquanto na amostra masculina, 54,54% apresentavam o mesmo risco (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados antropométricos

Variáveis	Amostra Total	Sexo Masculino	Sexo Feminino
	n=(59)	n=(23)	n(36)
Peso (Kg)*	69,38 ±13,41	-	-

Estatura (cm)*	1,58±0,082	-	-
IMC (kg/m²) n (%)			
Magreza	1(1,69)	0(0,0)	1(2,77)
Eutrofia	17(28,81)	8(34,78)	9(25)
Sobrepeso	25(42,37)	10(43,47)	15(41,66)
Obesidade	16(27,11)	5(21,73)	11(30,55)
CC n (%)			
Adequada	9(15,25)	7(30,43)	2(5,55)
Elevada	17(28,81)	10(43,47)	7(19,44)
Muito elevada	33(55,93)	6(26,08)	27(75)
RCE n (%)			
Risco elevado	41(69,49)	14(60,87)	27(75)
Sem risco	18(30,50)	9(39,13)	9(25)

A caracterização da amostra segundo o gênero indicou que a maior parte (61%) era formada por idosos do sexo feminino, conforme é verificado por vários estudos. Isso pode ser justificado pela maior empatia das mesmas às necessidades demandadas para a promoção da saúde, em decorrência de suas experiências anteriores na utilização dos serviços de saúde, além da maior expectativa de vida para o sexo feminino. As mulheres vivem, em média, oito anos a mais que os homens^{11, 4}.

Dentro da amostra total 59,32% da população foi diagnosticada com mais de uma DCNT, sendo a idade superior a 60 anos, em ambos os sexos, fator de risco associado à

patologia encontrada em maior predominância, a HAS, 76,27% dos indivíduos. Dados do IBGE (2010) indicam que 80% da população idosa apresenta pelo menos um tipo de DCNT. Os resultados de HAS encontrados no presente estudo são valores que podem ser comparados aos encontrados por ESPERANDIO et al., (2013) e TADEI et al., (1997), que foram de 67,4% e 67%, respectivamente, em ambos os gêneros. A maior prevalência de sobrepeso foi encontrada entre o gênero feminino, o que condiz que o índice elevado de sobrepeso entre as mulheres pode estar relacionado ao maior acúmulo de gordura visceral, diferenças na ingestão alimentar e maior expectativa de vida. As mulheres acumulam mais gordura subcutânea que os homens e a perdem em idades mais tardias (WHO, 2000), mas tendem a trocar seu padrão de dieta e a praticar exercícios mais rapidamente que os homens (MONTEITO, BENÍCIO e POPKIN, 2000). Torna-se, portanto, um resultado preocupante, principalmente pela ligação do sobrepeso e obesidade com várias doenças crônicas não transmissíveis.

O excesso de peso evidenciado neste estudo é relatado em outros achados similares. Schuindt et al., (2011), estudando a prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros, verificaram que 65,3% da amostra apresentava sobrepeso e 24,2% estava com obesidade. Segundo dados do IBGE (2009), a prevalência de sobrepeso dobrou nos últimos trintas anos. A amostra com 41 indivíduos de ambos os sexos apresentando excesso de peso, constitui-se fator de risco para a saúde destes idosos, uma vez que valores elevados de IMC podem estar associados a altas taxas de morbidade e mortalidade e uma pior qualidade de vida, o mesmo é testificado pelo estudo de Bueno et al., (2008). Os resultados deste estudo se correlacionam com o do encontrado por Barbosa et al., (2005) e Santos et al., (2005), que avaliaram a CC de idosos e adultos, respectivamente, e verificaram que as mulheres apresentaram o dobro de prevalência de gordura abdominal do que os homens. Pode-se observar que a prevalência de excesso de peso em ambos os gêneros foi maior entre os idosos com risco muito elevado.

A utilização da relação cintura-estatura tem sido bem aceita como indicador da distribuição da gordura corporal nos indivíduos principalmente por ser um índice de fácil obtenção, e com grande utilidade na saúde pública (Pereira; Sichieri; Marins, 1999). O ponto de corte utilizado foi o de Vieira (2009) que estabelece risco elevado de doenças

cardiovasculares para mulheres $>0,56$ e para homens $>0,55$ e se assemelha ao demonstrado por Weili et al, (2007) em que o ponto de corte é de 0,5, e está próximo aos recomendados para os adultos. Os resultados de RCE demonstraram-se na quase totalidade dos indivíduos estudados, risco elevado para obtenção de doenças cardiovasculares em 69,49%. Esses dados podem sugerir alta predisposição destes indivíduos a desenvolver DCNT, visto que o acúmulo de gordura na região abdominal apresenta relações com doenças cardíacas (Bueno et al., 2008). Levando em consideração a frequência de excesso de peso e valores de CC muito elevada encontrados no estudo, pode-se relatar que essas medidas podem ser úteis para indicar risco metabólico e cardiovascular nos idosos.

Os dados expostos no presente estudo conferem à população atenção específica, sobretudo para o controle do excesso de peso como consequência relativa às doenças crônicas não transmissíveis que podem provocar um grave impacto na qualidade de vida. Assim, são imprescindíveis a utilização de estratégias de educação nutricional para a compreensão da população sobre o estilo de vida, manutenção da saúde e prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2003 [Internet]. Estimativas populacionais. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>. Acesso em: 05 de Setembro 2015.
2. PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.) Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.
3. Reis, LA et al., Saúde dos idosos da clínica-escola de fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7 (2): 187-192, 2008.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2003 [Internet]. Estimativas populacionais. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>. Acesso em: 15 Julho 2015.
5. Menezes TN, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(2):169-175.

6. Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. Caderno de Saúde Pública 2009;25(7):1569-77.
7. Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. Revista de Saúde Pública 2005; 39(2):163-8.
8. Organização Mundial da Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. Relatório da Consultoria da OMS. Genebra: OMS; 2004.
9. World Health Organization (WHO). Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization;1998.
10. Organização Mundial da Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. Relatório da Consultoria da OMS. Genebra: OMS; 2004.
11. Lebrão, ML. O projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: Lebrão ML, Duarte YAO (Orgs.). SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.
12. Bueno JM, Martino HSD, Fernandes MFS, Costa LS, Silva RR. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13(4):1237-46.
13. Cervato, AM; Derntl, AM; Latorre, MRDO; Marucci, MFN. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. Revista de Nutrição 2005; 18(1):41-52.
14. BARBOSA, A. R., SOUZA, J. M. P., LEBRÃO, M. L., LAURENTI, R., MARUCCI, M. F. N. Anthropometry of elderly residents in the city of São Paulo, Brazil. Caderno de Saúde Pública, v.21, n.6, p.1929-38, 2005;
15. Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. Revista de Saúde Pública 2005; 39(2):163-8.



16. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MSA, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia 2013;16(3):481-93.
17. SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B; AZEVEDO e SILVA G, MENEZES, A. M; MONTEIRO, C. A; BARRETO, S. M. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011; 377(9781):1949-1961.
18. Pereira, M. G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Ed. Guanabara & Koogan, 1995

