

**CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E ANTROPOMÉTRICAS DE IDOSOS
 QUE UTILIZAM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL
 EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE-RS**

Karli da Silva Brasil¹
 Mariana Ermel Córdova¹

RESUMO

Introdução e objetivo: Caracterizar, de maneira social e antropométrica, a população de idosos usuários de dieta enteral atendidos em um ambulatório de Nutrição na cidade de Canoas. **Materiais e métodos:** Estudo transversal, analítico descritivo com abordagem quantitativa, realizado no período de março a abril de 2018. As medidas antropométricas coletadas foram peso, estatura, circunferência do braço e da panturrilha e dobra cutânea tricipital (DCT); além do índice de massa corporal (IMC), adequação da circunferência muscular do braço (CMB) e da DCT para avaliar o diagnóstico nutricional. Foi utilizado o instrumento da mini avaliação nutricional (MAN). Utilizou-se os testes qui-quadrado de Pearson e T-student. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0. **Resultados:** A amostra foi composta por 19 participantes, houve predomínio do sexo feminino (63,2%), ensino fundamental incompleto (57,9%) e aposentados (87,5%). A média do IMC, em ambos os sexos, foi de 22 Kg/m² ($\pm 5,2$), as mulheres apresentaram percentual de adequação da CMB significativamente maiores ($p=0,003$), enquanto que os homens apresentaram percentual de adequação da DCT significativamente maiores ($p=0,034$). De acordo com MAN, todos apresentaram diagnóstico nutricional de desnutrição. **Discussão e conclusão:** Algumas características socioeconômicas encontradas foram concordantes com os indicadores nacionais para a população de referência. As mulheres apresentaram valores médios maiores para a maioria das variáveis antropométricas, verificando necessidade de ações de saúde que integrem os homens. Essencial a utilização de diferentes ferramentas para melhor diagnóstico nutricional.

Palavras-chave: Idoso. Avaliação nutricional. Antropometria. Estado nutricional. Nutrição enteral. Saúde pública.

1-Universidade Feevale, Novo Hamburgo-RS, Brasil.

E-mails dos autores:
 karlibrasil@hotmail.com
 marianacordova@feevale.com

ABSTRACT

Social and anthropometric characteristics of the elderly who use enteral nutritional therapy in a municipality of the metropolitan region of Porto Alegre-RS

Objective: To characterize, in a social and anthropometric way, the population of elderly enteral diet users attended at a Nutrition outpatient clinic in the city of Canoas. **Methods:** Cross-sectional, descriptive analytical study with quantitative approach, conducted in the Nutrition sector/Canoas, from March to April, 2018. The anthropometric measures were weight, height, arm circumference and calf circumference and tricipital skin fold (TDC); after it was possible to calculate other measures to evaluate the nutritional diagnosis, such as adequacy of arm muscle circumference (AMA) and TDC to evaluate the nutritional diagnosis. The instrument of the mini nutritional assessment (MNA). The tests used were Pearson's chi-square and t-student tests. The significance level adopted was 5% ($p < 0.05$) and the analyzes were performed in the SPSS program version 21.0. **Results:** The sample consisted of 19 participants, female predominance (63.2%), incomplete primary education (57.9%) and retired (87.5%). The mean BMI, for both sexes, was 22 kg / m² (± 5.2), the women had a significantly higher percentage of AMA adequacy ($p = 0.003$), while the men presented a percentage of adequacy of the TDC significantly ($p = 0.034$). With the use of MNA, all the elderly presented nutritional diagnosis of malnutrition. **Conclusions:** Some socioeconomic characteristics are in agreement with the national indicators for the reference population. The women presented higher mean values for most of the analyzed anthropometric, verifying the need for health actions that integrate men. The use of different tools for better nutritional diagnosis is essential.

Key words: Elderly. Nutritional assessment. Anthropometry. Nutritional status. Enteral nutrition. Public health.

Endereço para correspondência:
 Karli da Silva Brasil.
 Rua Fernando Pessoa, 32, Quara 15, bairro Estância Velha, Canoas-RS.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil é cada vez mais crescente, onde tal fenômeno pode ser atribuído aos avanços da ciência. Conforme projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010 apud Keitel, 2014) no ano de 2020, a população idosa será constituída por 28 milhões de indivíduos (15%) e este número só tende a aumentar (Keitel, 2014).

O envelhecimento é um processo natural e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas e funcionais do organismo no decorrer do tempo. Com isso, os diversos processos biológicos do organismo sofrem modificações decorrentes da idade avançada, tornando o idoso incapaz de manter o equilíbrio homeostático, resultando em um declínio gradual e progressivo das funções orgânicas (Borrego e colaboradores, 2012).

As modificações fisiológicas alteram as necessidades e afetam o estado nutricional do idoso. Além disso, a coexistência de doenças crônicas e/ou a utilização de fármacos podem acentuar as possíveis disparidades entre as necessidades de nutrientes e a ingestão dietética, o que por consequência pode vir a causar um quadro de desnutrição (Duarte, 2007).

Estudos sugerem que a desnutrição é um problema comum na população idosa, com prevalência de 15 a 60%, dependendo do local onde se encontram e da técnica utilizada para o diagnóstico clínico (Silva e colaboradores, 2015a). O indivíduo idoso pode apresentar ainda uma redução na força dos músculos esqueléticos (sarcopenia), e lesões de pele, xerostomia e disfagia que, embora não ocorram apenas na população idosa, são mais prevalentes nesse grupo (Borrego e colaboradores, 2012).

Para um melhor diagnóstico clínico do paciente idoso a avaliação nutricional é um componente chave no processo do cuidado. Existem diferentes parâmetros e técnicas que podem ser utilizadas para tal objetivo, porém todas possuem limitações. Com isso, torna-se imprescindível a combinação de diferentes estratégias de avaliação nutricional, por exemplo: história clínica, antropometria, ferramentas rápidas e entre outras (Martins, 2016).

Com o objetivo de melhorar o estado nutricional do indivíduo o suporte nutricional tem como finalidade melhorar o desfecho clínico do paciente, possui efeitos benéficos

sobre a taxa de readmissão hospitalar, por exemplo (Gibney, 2007).

Os pacientes incapazes de atenderem as necessidades nutricionais por meio da via oral são pacientes elegíveis para o uso da nutrição enteral (NE). Esse tipo de terapia possibilita desfechos mais favoráveis ao paciente, buscando a manutenção e a recuperação do seu estado nutricional, sendo utilizada como boa opção na prevenção da desnutrição (Catafesta, 2010).

O objetivo do presente estudo é analisar as características socioeconômicas e antropométricas de idosos usuários de dieta enteral atendidos em um ambulatório de Nutrição do município de Canoas-RS. Correlacionar o estado nutricional com o sexo, assim como verificar o percentual de pacientes que receberam informações sobre a utilização de dieta enteral via domicílio na alta hospitalar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, analítico descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em um ambulatório de Nutrição da cidade de Canoas-RS, de março a abril de 2018. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Feevale, sob parecer número 2.467.039. O convite aos indivíduos foi realizado verbalmente pela nutricionista no momento da consulta, ocorrendo tal possibilidade, ou pela acadêmica via contato telefônico e, após esclarecer ao candidato sobre a metodologia e objetivos do trabalho, os pacientes e/ou responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram incluídos no trabalho idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes do município de Canoas, que procuraram o ambulatório de Nutrição de março a abril de 2018 e que utilizavam a dieta enteral como única fonte de alimentação.

Excluí-se aqueles pacientes atendidos para renovação da receita médica com a prescrição da dieta, que apresentavam edema em membros superiores e/ou anasarca, pacientes amputados dos dois membros superiores e/ou inferiores e pacientes com doenças degenerativas que alteram a composição corporal, como esclerose lateral amiotrófica e paralisia cerebral.

Foi realizada visita domiciliar para a coleta de dados nos casos em que o próprio

paciente não procurou o serviço do município, e sim um familiar. Da mesma maneira, com o paciente incapaz de assinar o TCLE, foi solicitado que o familiar responsável pelo mesmo assinasse.

A partir do prontuário do paciente atendido no setor de Nutrição, foi possível obter dados de identificação, história pregressa e informações sobre a dieta utilizada, como o volume prescrito, fracionamento diário e densidade calórica da dieta. Juntamente, foram aplicadas outras duas ferramentas: uma ficha de coleta de dados elaborada pela acadêmica, com o objetivo de complementar as informações do estudo e a Mini Avaliação Nutricional (MAN).

Nos pacientes capazes de deambular, o peso atual foi aferido através da utilização de uma balança mecânica (marca Welmy®, modelo R/W – 200, classe III, fabricada no ano de 2016), calibrada pelo Inmetro, com capacidade mínima de 100 gramas e máxima de 200 Kg, com precisão de 100 gramas. Em relação à estatura aferida, a medida foi obtida através de uma régua fixada na parede (marca Sanny®) com capacidade de medição de 80 a 229 centímetros, com resolução em milímetros. Para a aferição do peso e estatura seguiu-se as orientações da literatura (Reis, 2015).

No caso dos pacientes acamados, tais medidas foram estimadas através de fórmulas de predição. Para obter o peso e estatura estimados, utilizaram-se as fórmulas propostas por Chumlea e colaboradores (1988) e (1985), respectivamente (Lima, 2014; Waitzberg, 2000).

A circunferência do braço (CB), da panturrilha e a altura do joelho foram aferidas com o auxílio de uma fita métrica plástica graduada em centímetros, com precisão em milímetros, e a dobra cutânea tricipital (DCT) foi obtida com o auxílio de um adipômetro (marca Slim Fit®), com base nas técnicas estabelecidas na literatura (Tirapegui, 2013).

A partir das medidas antropométricas coletadas, foi possível obter outros parâmetros para auxiliar a caracterizar o diagnóstico nutricional, por exemplo: índice de massa corporal (IMC), adequação da CB, da circunferência muscular do braço (CMB) e da DCT, área muscular do braço corrigida (AMBc) e a MAN, onde tais informações foram obtidas de acordo com a literatura (Reis, 2015; Vitolo, 2008). Utilizou-se a classificação proposta pela Organização Pan Americana (OPAS, 2002

apud Oliveira e Bennemann, 2011), para avaliação dos valores do IMC.

Os resultados de percentual de perda de peso (%PP) e adequação da CB foram classificados, respectivamente, de acordo com Blackburn e Bistran, 1977 e, Blackburn e Thornton, 1979. Já os resultados de adequação da CMB, da AMBc e da DCT foram classificados de acordo com Frisancho (Duarte, 2007; Lopes, Oliveira, Bleil, 2008).

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, o teste t-student ou Análise de Variância (ANOVA) complementada por Tukey foram aplicados. Na comparação de proporções, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados. A associação entre as variáveis numéricas foi avaliada pelos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa StatisticalPackage for the Social Sciences versão 21.0.

RESULTADOS

Durante a coleta de dados, 38 pacientes atendiam aos critérios de inclusão, porém apenas 19 foram inclusos, pois, quando se realizou o convite, 19 pacientes não puderam participar do estudo, devido: dois óbitos, três sem contato telefônico, doze já haviam iniciado alimentação via oral, um com cuidados paliativos e um que mudaria de cidade após alta hospitalar.

Com isso, a amostra final contou com 19 pacientes, com idade média de 80,1 anos ($\pm 7,4$), sendo 63,2% do sexo feminino. A Tabela 1 mostra a caracterização socioeconômica dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos usuários de dieta enteral atendidos no setor de Nutrição em um município do estado do Rio Grande do Sul.

Variáveis (n = 19)	n (%)
Idade (anos) – média ± DP	80,1 ± 7,4
Sexo	
Masculino	7 (36,8)
Feminino	12 (63,2)
Etnia	
Caucasiano (a)	16 (84,2)
Bugro (a)	1 (5,3)
Negro (a)	1 (5,3)
Pardo (a)	1 (5,3)
Estado civil	
Casado (a)	7 (36,8)
Divorciado (a)	2 (10,5)
Viúvo (a)	10 (52,6)
Escolaridade	
Analfabeto (a)	2 (10,5)
E. F. Incompleto	11 (57,9)
E. F. Completo	2 (10,5)
E. M. Incompleto	1 (5,3)
E. M. Completo	3 (15,8)
Tipo de moradia	
Alvenaria	17 (89,5)
Mista	2 (10,5)
Quantas pessoas moram na casa – mediana (P25-P75)	3 (2-6)
Possui acesso a água encanada e energia elétrica	19 (100)
Possui acesso ao serviço público de saúde	18 (94,7)
Possui filhos	19 (100)
Número de filhos – mediana (P25-P75)	3 (1,5-4)
Recebe algum benefício	18 (94,7)
Qual benefício	
Aposentadoria	14 (87,5)
Pensão	4 (25,0)
Renda familiar mensal	
Até 1 SM	5 (26,3)
De 1 a 2 SM	6 (31,6)
De 2 a 4 SM	8 (42,1)
Institucionalizado	4 (21,1)
Parentesco do cuidador/responsável	
Companheiro (a)	4 (21,1)
Filho (a)	10 (52,6)
Neto (a)	2 (10,5)
Nora	3 (15,8)
Tempo de ingresso no programa até a VD – mediana (P25-P75)	7 (3-11)

Legenda: DP: desvio padrão; E. F.: Ensino Fundamental; E. M.: Ensino Médio; SM: Salário Mínimo (R\$ 954,00/jan./2018); VD: visita domiciliar.

A Tabela 2 ilustra a história pregressa médica, motivo da necessidade da utilização da sonda e entre outras. Além disso, todos os participantes faziam uso de algum tipo de medicamento, bem como apresentavam quadro de disfagia.

Tabela 2 - Dados referentes à história pregressa e hábitos de vida dos usuários de dieta enteral participantes do estudo.

Variáveis (n = 19)	n (%)
Diagnóstico principal	
AVC	6 (31,6)
Demência	4 (21,1)
Alzheimer	3 (15,8)
Disfagia	2 (10,5)
Parkinson	2 (10,5)
Sequela de AVC	1 (5,3)
Acalasia do cardia	1 (5,3)
Diagnóstico secundário	
Alzheimer	2 (10,5)
Disfagia	2 (10,5)
Aneurisma cerebral	1 (5,3)
Estreitamento do esôfago	1 (5,3)
AVC	1 (5,3)
Neoplasia maligna de próstata	1 (5,3)
Comorbidades	
HAS	9 (47,4)
DM 2	1 (5,3)
Problema renal	2 (10,6)
Problema cardíaco	3 (15,8)
Problemas neurológicos	7 (36,9)
Uso de tabaco	
Tabagista	2 (10,5)
Ex-tabagista	3 (15,8)
Não tabagista	14 (73,7)
Uso de bebida alcoólica	
Etilista	4 (21,1)
Ex-etilista	1 (5,3)
Não-etilista	14 (73,7)
Consumo de sal na alimentação anteriormente	
Leve	5 (26,3)
Moderado	14 (73,7)
Atividade física	
Até 3x/semana	2 (10,5)
Acima de 3x/semana	4 (21,1)
Sedentário	13 (68,4)
Número de medicamentos – mediana (P25-P75)	4 (3-6)
Funcionamento intestinal	
Adequado	17 (89,5)
Constipado	2 (10,5)
Situação motora	
Restrito ao leito	7 (36,8)
Restrito ao leito e cadeira de rodas	10 (52,6)
Deambula	2 (10,5)

Legenda: AVC: acidente vascular cerebral; ILPI: instituição de longa permanência para idosos; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM 2: diabetes mellitus tipo 2.

A Tabela 3 mostra informações sobre a nutrição enteral utilizada pelos pacientes, bem como o recebimento de informações sobre a utilização de dieta enteral no âmbito domiciliar, onde pode-se observar qual a densidade calórica média das fórmulas nutricionais utilizadas; o valor energético total médio recomendado para os pacientes; a quantidade realmente infundida pelos familiares/cuidadores; e a quantidade de água que era administrada ao indivíduo. Em 100% dos casos o método de administração da dieta

citado foi o intermitente. Sobre a via de acesso para administração da dieta enteral, a mais citada da sonda foi a nasogástrica (52,6%), seguido da gastrostomia (42,1%) e nasoentérica (5,3%), respectivamente.

A Tabela 4 apresenta dados referentes à avaliação antropométrica e a presença de lesão por pressão, discriminando os resultados por gênero. Quando comparado os homens e mulheres, homens apresentaram significativamente menor percentual de adequação da CMB ($p = 0,003$). No entanto, os homens apresentaram significativamente maior percentual de adequação da DCT ($p = 0,034$). O diagnóstico nutricional encontrado em 100% dos participantes foi de desnutrição, conforme a MAN.

Tabela 3 - Informações sobre a nutrição enteral utilizada e orientações de alta hospitalar recebidas pela população do estudo.

Variáveis (n = 19)	média ± DP
Densidade calórica (ml/dL)	1,44 ± 0,13
Valor energético total (kcal)	1931 ± 315
Quantidade que o paciente recebe ao dia (ml)	1340 ± 256
Quantidade de água recebida (ml)	1001 ± 376
	n (%)
Uso de dieta enteral anteriormente	4 (21,1)
Recebeu orientação sobre manejo da dieta enteral na alta hospitalar	15 (78,9)
Orientação recebida por qual profissional	
Nutricionista	12 (80,0)
Enfermeiro	2 (13,3)
Médico	1 (6,7)

Legenda: DP: desvio padrão.

Tabela 4 - Dados referentes à avaliação antropométrica e presença de lesão por pressão nos participantes do estudo, conforme sexo.

Variáveis	Amostra total (n=19)	Homens (n=7)	Mulheres (n=12)	p
Peso aferido/estimado (kg)	51,2 ± 11,7	52,7 ± 15,8	50,3 ± 9,3	0,680
Perda de peso	17 (89,5)	7 (100)	10 (83,3)	0,509
Percentual de perda de peso (%)	22,3 ± 11,1	23,8 ± 14,6	21,3 ± 8,7	0,672
Estatura aferida/estimada (m)	1,54 ± 0,09	1,63 ± 0,07	1,50 ± 0,05	<0,001
IMC (Kg/m ²)	22,1 ± 5,2	21,1 ± 5,9	22,6 ± 5,1	0,558
CB (cm)	25,7 ± 3,1	24,9 ± 3,9	26,2 ± 2,6	0,405
Percentual de adequação CB (%)	85,3 ± 10,6	81,2 ± 13,0	87,6 ± 8,6	0,208
CMB (cm)	20,9 ± 2,3	20,8 ± 3,3	20,9 ± 1,6	0,908
Percentual de adequação CMB (%)	87,4 ± 11,9	77,6 ± 12,4	93,1 ± 7,3	0,003
AMBc (cm)	31,5 ± 12,7	29,9 ± 20,2	32,4 ± 6,1	0,758
DCT (mm)	14,9 ± 5,8	13,1 ± 5,3	16,0 ± 6,1	0,316
Percentual de adequação de DCT (%)	85,5 ± 42,7	118 ± 49,5	66,5 ± 24,2	0,034
CP (cm)	30,1 ± 3,4	29,5 ± 3,3	30,5 ± 3,5	0,549
Apresenta lesão por pressão	8 (42,1)	3 (42,9)	5 (41,7)	1,000

Legenda: DP: desvio padrão; IMC: índice de massa corporal; CB: circunferência do braço; CMB: circunferência muscular do braço; AMBc: área muscular do braço corrigida; DCT: dobra cutânea tricipital; CP: circunferência da panturrilha.

DISCUSSÃO

Pode-se observar que algumas características socioeconômicas encontradas no presente trabalho são concordantes com os indicadores nacionais (IBGE, 2012 apud Silva, 2013), como maioria da população idosa caucasiana (o), cuidador de referência sendo o filho (a), escolaridade entre quatro a oito anos e aposentadoria como principal fonte de renda do idoso. Apenas a renda familiar mensal da população estudada mostrou-se superior, quando comparada a nível nacional (Silva, 2013).

Sabe-se que no passado as pessoas não conseguiam concluir os estudos, devido à responsabilidade de ajudar financeiramente em casa, no qual a evasão escolar era frequente. Por outro lado, acredita-se que as

gerações futuras receberam maior segurança familiar para continuar com a educação básica, como consequência, alcançaram uma posição melhor no mercado de trabalho atual.

A proporção de mulheres foi maior na amostra estudada, assim como encontrado na literatura (Gontijo e colaboradores, 2013; Silva, 2013; Silva e colaboradores, 2015b). O Brasil apresenta elevada mortalidade masculina, tal fato pode ser associado aos efeitos letais serem mais intensos nessa população (Gontijo e colaboradores, 2013).

Somado a isso, pode-se citar como as principais causas para uma maior prevalência feminina a menor exposição a fatores de risco durante a vida, diferença de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento de doenças, visto que as mulheres buscam mais os serviços de saúde, além de

apresentarem maior convívio social (Silva e colaboradores, 2015a). Acredita-se em uma feminização do envelhecimento nacional (Gontijo e colaboradores, 2013).

O estado nutricional prevalente, conforme o IMC, foi de baixo peso, em ambos os sexos. Resultado similar encontrado em um estudo na cidade de São Paulo (Borrego, Cantaria, 2013), onde verificou-se a prevalência de baixo peso, principalmente no sexo masculino. Acredita-se que diferentes fatores podem estar relacionados ao fato encontrado, dentre eles o estilo de vida, falta de um companheiro (a), solidão, baixa escolaridade e o consumo alimentar. Corroborando com isso, baixos valores de IMC implicam risco à saúde do idoso, deixando-o mais vulnerável, aumentando o grau de dependência motora.

Entretanto, em um estudo realizado no Paraná (Oliveira e Bennemann, 2011), que avaliaram 70 idosos participantes de um grupo da terceira idade de ambos os sexos, a maioria da amostra (51,4%) apresentou peso adequado, com prevalência semelhante entre os sexos. Cabe salientar que o ponto de corte para diagnosticar baixo peso pela OPAS é mais rigoroso do que em outros marcadores, pois já classifica o idoso com tal diagnóstico com $IMC \leq 23 \text{ Kg/m}^2$ (Palma e colaboradores, 2016). Por fim, acredita-se que o sexo não seja um marcador direto para o estado nutricional deteriorado, havendo outras variáveis associadas.

Através da utilização da MAN, encontrou-se toda a população com diagnóstico de desnutrição. Deve-se ter atenção na avaliação de idosos fisicamente ativos, pois no presente estudo, a maioria dos idosos apresentou alteração na locomoção, bem como dependência em demais atividades, o que pode justificar tal diagnóstico nutricional.

Tal questão pode ser embasada em um estudo realizado no Paraná (Galego e colaboradores, 2013), que utilizou o mesmo instrumento para avaliar 29 idosos fisicamente ativos, e encontrou estado nutricional adequado, em 100% da amostra. Cabe salientar que na literatura são escassos artigos que tenham utilizado a MAN em idosos usuários de nutrição enteral, dificultando a comparação com outras populações. Conclui-se que a MAN não é a melhor ferramenta para utilizar com tal população idosa, com objetivo de diagnóstico nutricional.

A medida da DCT ficou próxima à normalidade na amostra estudada, em ambos os sexos, conforme a literatura (Vitolo, 2008). Diferentemente de um estudo realizado em Erechim/RS, que ao analisar tal medida, verificou que 80% da sua amostra apresentou desnutrição grave (Raimundo e colaboradores, 2016). A DCT reflete a disposição de gordura localizada em determinada região subcutânea, deve ser interpretada por equações validadas para estimar a massa gorda, conseqüentemente o estado nutricional do indivíduo (Vitolo, 2008).

Sass e Marcon (2015) verificaram em sua amostra valores médios maiores de CB nas mulheres, enquanto que a diferença da CMB não foi significativa entre os sexos, corroborando com os resultados encontrados no presente trabalho. A somar disso, os valores médios de percentual de adequação da CMB e AMBc também foram maiores. Cabe salientar que a diminuição da CB nos homens não é benéfica e está associada a uma perda de massa muscular, por outro lado, a diminuição de tal medida nas mulheres é um processo natural do envelhecimento.

Em relação ao uso da terapia nutricional enteral, a via de acesso preferencial foi a nasogástrica, diferente do encontrado na literatura, onde a via preferencial foi a nasoentérica (Graciano, Ferretti, 2008; Silva, 2014). A sondagem nasogástrica apresenta riscos ao usuário, aumentando as chances de broncoaspiração e refluxo gastroesofágico.

Verificou-se poucos casos a presença de lesão por pressão. Sabe-se que o estado nutricional influencia diretamente no fechamento ou da não cicatrização, tais pacientes apresentam ainda maior catabolismo e maior risco de desenvolver quadros de infecção, o que favorece o aumento da mortalidade (Martins, Rezende, Torres, 2012). Sabe-se que outros fatores desempenham papel relevante no desenvolvimento de lesões por pressão, tais como cuidado inadequado, restrição ao leito, não realização da troca de decúbito e déficit proteico

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), usuários de nutrição enteral, devem ser orientados sobre a forma de administração da dieta no domicílio, preferencialmente com até 72 horas de antecedência da alta hospitalar. O principal objetivo desta conduta é organizar a ida do usuário ao domicílio, reorientar o cuidador/

responsável e conferir as boas práticas de Terapia Nutricional. Na prática, esse cenário ainda não é perfeito, pois o profissional pode orientar de maneira complexa, utilizando-se de linguagem técnica, bem como situações onde apenas é entregue a orientação de alta, não considerando o grau de instrução do cuidador no entendimento das informações, deficiência da orientação sobre a transição do ambiente hospitalar para o domiciliar, bem como a falta de acompanhamento do paciente no domicílio por profissionais capacitados ou pelas equipes de saúde do sistema único de saúde.

A efetividade das orientações pode ser observada na diferença do volume prescrito em relação ao volume infundido pelo responsável ao paciente, sendo tal atitude determinante para uma melhora do estado nutricional, bem como restrição do aporte calórico. No presente trabalho, acredita-se que a orientação sobre o manejo da dieta via domicílio foi efetiva, pois a família recebeu um esclarecimento sobre o esquema da alimentação do paciente, considerando que os idosos já poderiam apresentar perda de peso anteriormente ao uso da nutrição enteral. Houve relatos de familiares, os quais, por conta própria, aumentaram ou diminuíram o volume total prescrito, mas por um curto período.

Por fim, destaca-se como limitação do estudo o delineamento transversal, o qual não permite estabelecer relação de causa e efeito entre as mudanças nos indicadores antropométricos e fragilidade (Sass e Marcon, 2016).

Diversos fatores podem influenciar na alteração de tais medidas, principalmente o processo de envelhecimento, hábitos de vida e o consumo alimentar. Outra limitação pertinente ao estudo foi o pequeno número amostral, causa essa em decorrência ao pequeno tempo de coleta do trabalho. Bem como a escassez de estudos comparativos a este, apontando dados sobre nutrição enteral no ambiente domiciliar.

CONCLUSÃO

Apesar de todas as questões socioeconômicas, o sexo feminino apresentou maior valor médio de IMC, apresentando-se no padrão de normalidade. Direciona-se a necessidade de desenvolver ações de saúde, principalmente em fatores modificáveis, que integrem o público idoso, estimulando a adesão de hábitos de vida saudáveis.

Os resultados observados sugerem à importância de ações de vigilância na população idosa, a importância do profissional nutricionista em todas as esferas de cuidado do paciente e maior sensibilização das equipes de saúde, com o objetivo de prevenir distúrbios nutricionais e doenças relacionadas, melhorando prognóstico clínico e aumentando qualidade de vida do idoso.

Cabe salientar que é imprescindível a utilização de diferentes instrumentos, tanto na antropometria quanto no exame físico, para realizar o diagnóstico nutricional, visto que são limitados e restritos.

Observou-se que a MAN, utilizada de maneira isolada, não é a ferramenta mais indicada para avaliar idosos com tais características do estudo. Além disso, destaca-se a necessidade de padronizar os instrumentos de avaliação nutricional para a população idosa, sendo diferenciados por gênero e faixa etária.

REFERÊNCIAS

- 1-Borrego, C.C.H.; Cantaria, J.S. Efeito da utilização de complemento alimentar em idosos atendidos em um ambulatório na unidade de São Paulo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Vol. 16. Num. 2. 2013.
- 2-Borrego, C.C.H.; Lopes, H.C.B.; Soares, M.R.; Barros, V.D.; Frangella, V.S. Causas da má nutrição, sarcopenia e fragilidade em idosos. *Rev. Assoc. Bras. Nutr.* Vol. 4. Num. 5. 2012.
- 3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 44. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_especializada.pdf>. Acesso em: 11/06/2018.
- 4-Catafesta, J. Frequência de eventos adversos gastroenterológicos em pacientes com terapia nutricional enteral no hospital de clínicas de Porto Alegre (HCPA). Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências em Gastroenterologia. Porto Alegre. 2010.

- 5-Duarte, A.C.G. Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu. 2007.
- 6-Galego, B.V.; Sehnem, R.C.; Novello, D.; Santos, E.F. Mini Avaliação Nutricional e Índice de Massa Corporal e sua associação com hipertensão arterial em idosos ativos. UNICIÊNCIAS. Vol. 17. Num. 1. 2013.
- 7-Gibney, M.J. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- 8-Gontijo, E.E.L.; Silva, M.G.; Lourenço, A.F.E.L.; Inocente, N.J. A população idosa de Gurupi: avaliação do perfil sociodemográfico, de saúde e do uso de medicamentos. Revista Científica do ITPAC. Vol. 6. Num.1. 2013.
- 9-Graciano, RDM; Ferretti, REL. Nutrição enteral em idosos na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência e fatores associados. Geriatria & Gerontologia. Vol. 2. Num. 4. 2008.
- 10-Keitel, A.S.P. (org.). Rede escola de governo: seminários regionais de capacitação da rede de proteção e atendimento à pessoa idosa. 1ª ed. Curitiba, PR: CRV, 2014.
- 11-Lima, M.F.S. Aplicabilidade das equações de estimativa de peso e estatura em idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Natal-RN, 2014.
- 12-Lopes, A.; Oliveira, A.F.; Bleil, R.T. Apostila de Avaliação Nutricional I. Faculdade Assis Gurgacz. Paraná, 2008.
- 13-Martins, A.S.; Rezende, N.A.; Torres, H.O.G. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. Rev Assoc Med Bras. Vol. 58. Num. 6. 2012.
- 14-Martins, S.E.M. Avaliação Nutricional do doente idoso. Artigo de revisão, área científica de geriatria. Faculdade de medicina da Universidade de Coimbra, 2016.
- 15-Oliveira, E.F.; Bennemann, R.M. Avaliação nutricional e prevalência de doenças não transmissíveis em idosos de um grupo da terceira idade em Maringá-Paraná. Anal Eletrônico. Maringá: CESUMAR, 2011.
- 16-Palma, S.W.; Cruz, S.T.; Dallepiane, L.B.; Kirsten, V.R.; Kirchner, R.M.; Bohrer, C.T.; Medina, V.B. Comparação do estado nutricional de idosos utilizando dois pontos de corte do índice de massa corporal. Santa Maria. Vol. 42. Num.1. 2016.
- 17-Raimundo, B.C.A.; Santos, A.O.; Freitas, V.P.; Carmo, N.A.; Araújo, C.M.; Reis, L.A. Medidas antropométricas adotadas em estudos com idosos residentes em instituição de longa permanência: revisão sistemática. Rev Fisioter S Fun. Vol. 5. Num. 2. 2016.
- 18-Reis, N.T. (org.). Nutrição clínica: bases para prescrição. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.
- 19-Sass, A.; Marcon, S.S. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Vol. 18. Num. 2. 2015. p. 365-370.
- 20-Silva, A. Envelhecimento populacional: uma discussão sobre suas implicações para as políticas sociais e para as famílias. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. p. 24-27.
- 21-Silva, A.C.; Silveira, S.A. Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar. Demetra: alimentação, nutrição & saúde – artigos de tema livre. Vol. 9. Num. 3. 2014.
- 22-Silva, A.L.; Sant’Anna, C.; Silva, B.S.; Joana, M.B.; Barroso, S.G.; Rocha, G.S. Avaliação antropométrica de idosos atendidos no Ambulatório de Nutrição do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso da Universidade Federal Fluminense, no município de Niterói-RJ. Demetra: alimentação, nutrição & saúde – artigos de tema livre. Vol. 10. Num. 2. 2015.
- 23-Silva, J.L.; Marques, A.P.O.; Leal, M.C.C.; Alencar, D.L.; Melo, E.M.A. Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Vol. 18. Num. 2. 2015b.
- 24-Tirapegui, J.; Ribeiro, S.M.L. Avaliação Nutricional: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

25-Vitolo, M.R. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

26-Waitzberg, D.L. Nutrição oral e parenteral na prática clínica. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

Recebido para publicação em 14/09/2018

Aceito em 26/01/2019