

Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família*

EVALUATION OF THE NUTRITIONAL RISK IN ELDERLY ASSISTED BY FAMILY HEALTH TEAMS

EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN ANCIANOS ATENDIDOS POR EQUIPOS DE SALUD DE FAMILIA

Márcia Regina Martins Alvarenga¹, Maria Amélia de Campos Oliveira², Odival Faccenda³, Fernanda Amendola⁴

RESUMO

Alterações do estado nutricional contribuem para o aumento da morbi-mortalidade em idosos. O instrumento The Nutrition Screening Initiative (NSI) foi desenvolvido para identificar riscos nutricionais nesse grupo populacional. Este estudo tem por objetivos descrever o perfil sociodemográfico e avaliar o risco nutricional de idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. O estudo é transversal, com amostra de 503 idosos residentes em Dourados (MS). Instrumentos: NSI e questionário estruturado para as variáveis sociodemográficas de saúde. Verificou-se o predomínio de idosos do sexo feminino, entre 60 a 69 anos, viúvos, analfabetos, de renda per capita de até um salário mínimo, com hipertensão e auto-avaliação regular de saúde. O NSI permitiu identificar 33,2% de idosos com alto risco nutricional, o que se mostrou significativamente associado ao baixo nível de escolaridade, à baixa renda per capita e às doenças crônicas. Como método de rastreamento, o NSI mostrou-se útil para identificar os determinantes sociais e de saúde que contribuem para o risco nutricional.

DESCRITORES

Idoso.
Avaliação nutricional.
Risco.
Saúde do idoso.
Saúde da família.
Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Changes in the nutritional state contribute to an increase of morbi-mortality among the elderly. The instrument Nutrition Screening Initiative (NSI) was developed in order to identify nutritional risks in this population group. This study aims to describe the socio-demographic profile and evaluate the nutritional risk of the elderly assisted by Family Health Strategy teams. It is a cross-sectional study with a sample of 503 older people living in Dourados (MS). Instruments: NSI and structured questionnaire for the health socio-demographic variables. There was a prevalence of female people, aged between 60 and 69 years old, widowers, illiterate, with a per capita income up to one minimum salary, with hypertension and regular health self-evaluation. The NSI allowed to identify 33.2% of the elderly with high nutritional risk, which was significantly associated to the low level of education, low per capita income and chronic diseases. As a tracking method, the NSI was useful to identify the social and health determinants that contribute to the nutritional risk.

KEY WORDS

Aged.
Nutritional assessment.
Risk.
Health of the elderly.
Family health.
Primary Health Care.

RESUMEN

Las alteraciones del estado nutricional contribuyen en aumentar la morbimortalidad en ancianos. El instrumento The Nutrition Screening Initiative (NSI) fue desarrollado para identificar riesgos nutricionales en dicho grupo poblacional. Este estudio tiene como objetivos describir el perfil sociodemográfico y evaluar el riesgo nutricional de ancianos atendidos por equipos de la Estrategia Salud de la Familia. Estudio transversal, con muestra de 503 ancianos residentes en Dourados - MS - Brasil. Instrumentos: NSI y cuestionario estructurado para las variables sociodemográficas y de salud. Se verificó el predominio de ancianos del sexo femenino, de 60 a 69 años, viudos, analfabetos, con ingresos per cápita de hasta un salario mínimo, con hipertensión y autoevaluación regular de salud. El NSI permitió identificar un 33,2% de ancianos con alto riesgo nutricional, que se mostró significativamente asociado a: bajo nivel de escolaridad, bajos ingresos per cápita de hasta un salario mínimo y enfermedades crónicas. Como método de rastreo, el NSI se mostró útil para identificar los determinantes sociales y sanitarios que contribuyen al riesgo nutricional.

DESCRIPTORES

Anciano.
Evaluación nutricional.
Riesgo.
Salud del anciano.
Salud de la familia.
Atención Primaria de Salud.

* Extraído da tese "Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008. ¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados, MT, Brasil. marciaregina@uems.br ² Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. macampos@usp.br ³ Matemático. Mestre em Estatística. Doutor em Agronomia. Professor Adjunto do Curso de Ciência da Computação da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados, MT, Brasil. fac@uems.br ⁴ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. fernanda_amendola@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Uma das prioridades na atenção à saúde de idosos é o monitoramento de suas condições de vida e saúde, pois sabe-se que os problemas de saúde aumentam com a idade, assim como o uso de serviços de saúde. Para esse monitoramento, são necessários indicadores capazes de avaliar a morbidade e o impacto da doença e/ou incapacidade na qualidade de vida de idosos e de suas famílias⁽¹⁾, entre os quais se destacam a percepção da saúde, as limitações para realizar atividades da vida diária, os hábitos de vida, a presença de doenças crônicas e o estado nutricional, sendo que este último pode ser, inclusive, um indicador positivo de saúde⁽²⁻⁵⁾.

O perfil de grande parte dos idosos brasileiros caracteriza-se por baixo nível socioeconômico e educacional e alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Estudos realizados com idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família identificaram, ainda, o predomínio do sexo feminino, renda familiar inferior a um salário mínimo e da alta prevalência de doenças crônicas, principalmente a hipertensão arterial⁽¹⁻³⁾.

O estado nutricional pode ser avaliado a partir de vários parâmetros, utilizados de forma isolada ou associados. A triagem nutricional foi definida pela Associação Dietética Americana como o processo de identificação de características sabidamente associadas a problemas dietéticos ou nutricionais. É aplicada a um grupo ou população para identificar indivíduos em risco nutricional e detectar a necessidade de caracterizar o estado nutricional do indivíduo mais profundamente. Uma vez identificados pela triagem nutricional, tais indivíduos devem ser submetidos à avaliação nutricional para classificar seu estado nutricional e planejar as estratégias de intervenção. Portanto, a triagem nutricional serve apenas a detectar a presença de risco de desnutrição, enquanto a avaliação nutricional, além de detectar a desnutrição, também classifica seu grau e permite a coleta de informações que auxiliem sua correção^(4,6).

As condições que interferem no estado nutricional do idoso estão relacionadas principalmente às consequências da senescência, que incluem, entre outros, a diminuição da capacidade funcional, da sensibilidade olfativa e gustativa⁽⁷⁾. Também são resultado de doenças e dos efeitos farmacológicos do uso de medicamentos, de problemas psiquiátricos (demência, depressão e alcoolismo) e sociais (isolamento emocional, pobreza e viver só) e de hábitos de vida (atividade física reduzida, tabagismo, ingestão inadequada de alimentos).

Determinação do Risco Nutricional: The Nutrition Screening Initiative (NSI)

Vários instrumentos foram desenvolvidos na tentativa de identificar os idosos em risco nutricional. O *Nutrition*

Screening Initiative (NSI), um questionário de dez perguntas, auto-aplicável, foi publicado em 1991, nos Estados Unidos da América (EUA), como resultado do esforço conjunto de 30 organizações. Sua finalidade era identificar indivíduos com 65 anos ou mais e em risco nutricional e foi proposto para ser utilizado na atenção primária à saúde, com o objetivo de chamar a atenção sobre problemas nutricionais.

Mesmo não sendo capaz de prever a mortalidade⁽⁸⁾, o NSI possibilita identificar indivíduos com deficiências nutricionais em consequência de doenças crônicas, incapacidades funcionais, isolamento social, consumo de alimentos inadequados, alcoolismo, problemas mentais, uso de medicamentos e perda de peso involuntária⁽⁴⁾. A soma dos pontos permite diferenciar três grupos, definidos em relação ao risco nutricional. Indivíduos em que a soma dos pontos situa-se entre 0 e 2 são classificados no grupo de baixo risco nutricional, os que alcançam 3 a 5 pontos têm risco nutricional moderado e aqueles que atingem seis ou mais pontos apresentam alto risco nutricional. A conduta varia em cada caso: idosos de baixo risco nutricional devem ser reavaliados em seis meses, os de risco moderado, após três meses e aqueles com alto risco devem ser prontamente encaminhados ao médico, nutricionista ou assistente social^(4,9).

Atualmente, o NSI é utilizado rotineiramente nos EUA e em outros países, como Espanha, Inglaterra, Singapura e Turquia, por ser um instrumento simples, que pode ser aplicado tanto por um profissional de saúde quanto por um membro da família. No Brasil, entretanto, seu uso ainda é restrito⁽¹⁰⁻¹⁶⁾.

Nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, onde existem dificuldades em mensurar o risco nutricional e seu impacto na saúde pública e/ou na clínica, é fundamental a utilização de escores que indiquem o risco nutricional de maneira relativamente acurada, rápida e pouco onerosa. Apesar de suas limitações, o uso do NSI na Atenção Básica e na pesquisa é adequado e relevante^(4,16).

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos descrever o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família no município de Dourados, MS, avaliar o risco nutricional por meio do NSI e verificar a associação entre ambos.

MÉTODO

Estudo transversal, de abordagem quantitativa. A população foi constituída por uma amostra aleatória de idosos com 60 anos e mais, residentes em Dourados, Mato Grosso do Sul (MS) e cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O município de Dourados situa-se a 214 km da capital Campo Grande e os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) estimaram que em 2007, Dourados registrava uma população de 181.869 habitantes, sendo 15.753 pessoas com 60 anos e mais, correspondendo a 8,7% da população total⁽¹⁷⁾.

As Unidades Básicas de Saúde da Família de Dourados (UBSF) localizam-se em bairros afastados do centro, constituídos basicamente por trabalhadores do setor agropecuário, comércio e indústria, sendo que em algumas dessas áreas predominam famílias com baixo poder aquisitivo.

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se $p = 0,5$, com intervalo de confiança igual a 95%, estimando-se 25% de perdas e 4,4% de precisão, o que resultou em um n de 497 sujeitos. Os critérios de inclusão foram: pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos (segundo o Estatuto do Idoso). Foram excluídos os idosos incapazes de se comunicar, os indígenas residentes em aldeias e os que se recusaram a participar ou assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para o cálculo do número de idosos por equipe ESF, utilizou-se a técnica de amostragem aleatória simples. Das 31 equipes urbanas existentes, 28 participaram do estudo, pois três não estavam consolidadas. Foram sorteados 672 idosos e, destes, cinco recusaram-se a participar, 135 não se encontravam no domicílio no momento da coleta de dados e 29 foram excluídos do estudo por incapacidade de se comunicar, resultando em 503 idosos que responderam ao questionário.

Para a captação dos sujeitos da pesquisa, foram dados os seguintes passos: a) realizou-se o sorteio aleatório das equipes de Saúde Família, b) com o intuito de organizar um cronograma de coleta, foi estabelecido um período de cinco a sete dias para cada ESF; c) o cronograma discriminando as datas de coleta de dados por ESF foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Dourados para que a mesma o divulgasse entre as equipes; c) cada equipe foi contatada por telefone pela pesquisadora para agendar o início das atividades; d) feito o agendamento, um dos pesquisadores compareceu às UBSF para explicar aos enfermeiros e aos agentes comunitários de saúde os objetivos do estudo e apresentar os instrumentos de coleta de dados; e) foi, então, realizado o sorteio aleatório dos prontuários de família, utilizando-se, para isso, o programa Microsoft Excel™ versão 97-2003.

A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2007 a março de 2008, por meio de entrevistas domiciliares feitas na presença do Agente Comunitário de Saúde ou da enfermeira da Equipe Saúde da Família (ESF). Contouse, ainda com a participação de três acadêmicas da graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, que participaram de um treinamento teórico-prático de 20 horas para se familiarizarem com os instrumentos.

Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturado para as variáveis sociodemográficas e de saúde, acrescido do teste de rastreio para determinar o risco nutricional – NSI⁽⁴⁾. Considerou-se como critério de avaliação a seguinte pontuação: de 0 a 2 pontos, baixo risco nutricional; de 3 a 5, risco moderado e 6 a 21 pontos, alto risco.

Variáveis demográficas, socioeconômicas e condições de saúde: idade (categorizada por faixa etária de 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais); sexo; cor da pele autodefinida e classificada em branco, preto e pardo (que incluiu indígena e amarelo); religião (católica, evangélica, outras); escolaridade (analfabetos e alfabetizados); estado civil (solteiro, união consensual, viúvo e separado); arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado); renda *per capita*; condições de moradia (boa, regular ou precária^(a)); auto-avaliação de saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim); doenças auto-referidas pelo entrevistado; participação social (que, de acordo com o Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica⁽¹⁹⁾, inclui grupo religioso, associação, cooperativa, entre outros); e prática de atividade física semanal (no mínimo duas vezes por semana).

A participação de cada idoso foi autorizada pelo mesmo ou por seu responsável legal, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo aprovou este estudo conforme o processo 593/2006 e a realização da pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados.

Os dados coletados foram submetidos a testes estatísticos, sendo utilizado o programa SPSS versão 15.0. Inicialmente, foi feita a análise descritiva e as associações entre as variáveis categóricas foram estudadas a partir do teste não paramétrico qui-quadrado, tendo como variável dependente a avaliação do risco nutricional e, como variáveis independentes, as características sociodemográficas e as condições de saúde dos idosos pesquisados. O nível de significância adotado para o estudo foi de 5%.

RESULTADOS

Verificou-se que a amostra era constituída predominantemente por idosos do sexo feminino (69,0%), entre 60 e 69 anos (46,3%), brancos (72,6%), viúvos ou casados (42,9% e 41,6% respectivamente), católicos (56,5%), morando com alguém (83,0%) e em boas condições de moradia (73,6%). Destaca-se o número de indivíduos que se declararam analfabetos (53,0%) e que não participavam de nenhuma atividade social (80,9%).

^(a) Um autor⁽¹⁸⁾ define como *boa* a construção com material apropriado, composição mínima de quatro cômodos, com utilização de todos os quartos como dormitórios e uso privativo de banheiro, cozinha e tanque de lavar roupa; *regular* a construção com material apropriado, composição de até três cômodos ou composição mínima de quatro cômodos a com utilização dos quartos não como dormitórios, uso privativo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupas; e como *precária* a construção com material adaptado, composição mínima de um quarto, uma sala, uma cozinha e um banheiro ou o uso coletivo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupas.

A renda *per capita* das famílias estava assim distribuída: 153 (30,4%) recebiam até meio salário mínimo por pessoa por mês^(b), 262 (52,1%), entre 0,6 e 1,0 SM e 88 (17,5%), mais de 1,0 SM. Observa-se, portanto, que parte dos proventos do idoso estava sendo usado para o sustento das demais pessoas com quem dividia a moradia.

Com relação ao risco nutricional, houve uma distribuição uniforme de idosos classificados nos grupos de risco baixo, moderado e alto (30,2%, 36,6% e 33,2%, respectiva-

mente). A pontuação média ficou em 4,6 pontos, com desvio padrão de 3,41. Cinquenta e cinco idosos (10,9%) receberam a pontuação mínima (zero) e apenas uma pessoa atingiu 17 pontos, sendo esse o maior escore.

As Tabelas 1 e 2 mostram a distribuição dos idosos segundo as características sociodemográficas, condições da habitação, condições de saúde e suas associações com o risco nutricional.

Tabela 1 - Análise da associação entre risco nutricional e as variáveis sociodemográficas dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família - Dourados, MS - 2008

Variável	Categoria	Risco Nutricional			Total N (%)	P
		Baixo N (%)	Moderado N (%)	Alto N (%)		
Sexo	Masculino	55 (35,3)	54 (34,6)	47 (30,1)	156 (100,0)	0,249
	Feminino	97 (27,9)	130 (37,5)	120 (34,6)	347 (100,0)	
Escolaridade	Analfabeto	77 (28,8)	87 (32,6)	103 (38,6)	267 (100,0)	0,020
	Alfabetizado	75 (31,8)	97 (41,1)	64 (27,1)	236 (100,0)	
Faixa etária	60 a 69 anos	76 (32,6)	81 (34,8)	76 (32,6)	233 (100,0)	0,857
	70 a 79 anos	54 (28,3)	72 (37,7)	65 (34,0)	191 (100,0)	
	80 anos e +	22 (27,9)	31 (39,2)	26 (32,9)	79 (100,0)	
Arranjo Familiar	Acompanhado	131(31,4)	152 (36,5)	134 (32,1)	417 (100,0)	0,368
	Sozinho	21 (24,4)	32 (37,2)	33 (38,4)	86 (100,0)	
Condições de moradia	Boa	121 (32,7)	144 (38,9)	105 (28,4)	370 (100,0)	0,001
	Regular	26 (25,7)	33 (32,7)	42 (41,6)	101 (100,0)	
	Precária	5 (16,7)	6 (20,0)	19 (63,3)	30 (100,0)	
Renda <i>per capita</i>	Até 0,5 SM	39 (25,5)	45 (29,4)	69 (45,1)	153 (100,0)	<0,001
	0,6 – 1 SM	76 (29,0)	105 (40,1)	81 (30,9)	262 (100,0)	
	> 1 SM	37 (42,0)	34 (38,6)	17 (19,3)	88 (100,0)	

Tabela 2 - Análise da associação entre risco nutricional e as condições de saúde dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família - Dourados, MS - 2008

Variável	Categoria	Risco Nutricional			Total N (%)	P
		Baixo N (%)	Moderado N (%)	Alto N (%)		
Prática Atividade Física	Não	97 (25,9)	140 (37,4)	137 (36,6)	374 (100,0)	0,001
	Sim	55 (42,6)	44 (34,1)	30 (23,3)	129 (100,0)	
Auto-avaliação de saúde	Muito boa/Boa	79 (40,7)	69 (35,6)	46 (23,7)	194 (100,0)	<0,001
	Regular	67 (26,2)	98 (38,3)	91 (35,5)	256 (100,0)	
	Ruim/Muito ruim	6 (11,3)	17 (32,1)	30 (56,6)	53 (100,0)	
Hipertensão	Não	50 (41,7)	41 (34,2)	29 (24,2)	120 (100,0)	0,004
	Sim	102 (26,6)	143 (37,3)	138 (36,0)	383 (100,0)	
Insuficiência Cardíaca	Não	146 (32,2)	170 (37,4)	138 (30,4)	454 (100,0)	<0,001
	Sim	6 (12,2)	14 (28,6)	29 (59,2)	49 (100,0)	
Diabetes	Não	141 (35,4)	137 (34,4)	120 (30,2)	398 (100,0)	<0,001
	Sim	11 (10,5)	47 (44,8)	47 (44,8)	105 (100,0)	
Osteoartrose	Não	121 (33,7)	130 (36,2)	108 (30,1)	359 (100,0)	0,013
	Sim	31 (21,5)	54 (37,5)	59 (41,0)	144 (100,0)	
Distúrbios Digestivos	Não	128 (34,2)	133 (35,6)	113 (30,2)	374 (100,0)	0,002
	Sim	24 (18,6)	51 (39,5)	54 (41,9)	129 (100,0)	

^(b) O valor do Salário Mínimo na época da coleta de dados era de R\$ 380,00.

Na Tabela 1, observa-se que o risco nutricional mostrou associação significativa com escolaridade ($p=0,020$), condições de moradia ($p=0,001$) e renda *per capita* mensal ($p<0,001$). Quanto maior a escolaridade, menor a proporção de idosos com risco nutricional alto. O mesmo se observa em relação às condições de moradia e à renda *per capita*.

A Tabela 2 permite verificar que houve associação significativa para ausência de atividade física ($p=0,001$), auto-avaliação de saúde ruim ($p<0,001$), hipertensão arterial ($p=0,004$), insuficiência cardíaca ($p<0,001$), diabetes ($p<0,001$), osteoartrose ($p=0,013$) e distúrbios digestivos ($p=0,002$).

DISCUSSÃO

Em 2003, a proporção dos idosos brasileiros que não sabiam ler ou escrever era de aproximadamente quatro milhões, ou seja, 1/3 do total de idosos no país⁽⁵⁾. Sabe-se que a escolaridade é um indicador preciso do nível socioeconômico de uma população, relacionado ao acesso a empregos e renda, à utilização dos serviços de saúde e à receptividade aos programas educacionais e sanitários. Na amostra estudada, chama atenção o número de idosos analfabetos, pois sabe-se que são cinco vezes mais suscetíveis à dependência⁽²⁰⁾.

Destaca-se a presença de doenças crônicas, a pouca participação dos idosos em atividades sociais e na prática regular de atividade física. Em Dourados, não existem políticas públicas voltadas prática de atividade física para idosos, pois o município conta com apenas um Centro de Convivência para a pessoa idosa e este fica distante dos bairros em que o estudo foi realizado. Estudos nacionais apontam resultados semelhantes quanto à inatividade física, a reduzida participação social dos idosos e a presença de hipertensão como a doença crônica mais prevalente^(2-3,20).

Os achados deste estudo revelaram certo equilíbrio no número de idosos nos três grupos do NSI. Tal fato assemelha-se ao estudo realizado no município de Gravataí-RS, mas diverge do Projeto Passo Fundo-RS, cujos resultados indicaram 55,6% de idosos com baixo risco, 27,8% com risco moderado e 16,6% com risco alto⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Pesquisa transversal e multicêntrica realizada na Espanha, envolvendo 1.320 idosos com mais de 65 anos, identificou 46,2% das mulheres e 43,2% dos homens com alto risco nutricional⁽¹⁰⁾, resultados semelhantes aos de um estudo desenvolvido em Ankara, Turquia, em que 36,9% das mulheres e 34,3% dos homens foram classificados com risco nutricional elevado⁽¹²⁾. Em Oklahoma, nos Estados Unidos da América, pesquisa epidemiológica com 8.892 idosos identificou 38% com risco moderado e 18% com alto risco nutricional⁽²¹⁾. Em Singapura, o NSI foi utilizado para determinar o risco nutricional de 2.605 pessoas com idade entre 55 e 98 anos, encontrando-se 25,5% com risco moderado e 4,6% com alto risco⁽¹³⁾.

Estudos nacionais e internacionais^(10,15-16,22-24) corroboram os resultados da presente investigação, referentes à associação entre o alto risco nutricional e as mudanças ocorridas na alimentação dos idosos relacionadas a doenças, uso de três ou mais medicamentos por dia e alteração do peso corpóreo nos últimos seis meses.

Os resultados deste estudo também mostraram associação entre o risco nutricional e as doenças crônicas. Exceção feita ao alcoolismo, que não demonstrou associação significativa, mas que por ser auto-referido, pode ter sido sub-relatado. A pesquisa realizada em Gravataí-RS constatou associação entre risco nutricional e neoplasias e a de Passo Fundo-RS, com hipertensão, osteoporose e doença ósseo-articular^(14,16).

Neste estudo, o maior percentual de risco nutricional foi encontrado entre os idosos analfabetos, com menor renda familiar e *per capita*. Na investigação de Gravataí, não houve diferença significativa entre essas variáveis, mas a pesquisa do Alabama constatou associação entre alto risco nutricional, escolaridade e renda^(14,24).

CONCLUSÃO

O NSI permitiu classificar os idosos estudados de acordo com o risco nutricional. Apresentam maior pontuação, indicando risco nutricional elevado: as mulheres, os analfabetos, os portadores de doenças crônicas e os que possuíam baixo poder aquisitivo, o que corrobora os achados de outros estudos nacionais e internacionais. Tais achados permitem concluir que as pessoas idosas que possuem alto risco nutricional são as que se encontram em piores condições socioeconômicas. A compreensão da situação social e de saúde do idoso é importante para a formulação de um plano preventivo ou terapêutico adequado a sua realidade.

O aumento da população idosa requer que os serviços de saúde estejam preparados para avaliar o risco nutricional desse grupo populacional. O uso do NSI pode ser o primeiro passo para detectar alterações do estado nutricional, uma vez que esse instrumento identifica rapidamente mudanças na ingestão de alimentos decorrentes da presença de doença, número de refeições, ingestão de bebida alcoólica e alimentos, medicação, independência para aquisição e preparo de alimentos, dificuldades econômicas e sociais, bem como condições de saúde bucal e alteração rápida de peso corpóreo. A análise cuidadosa de cada quesito que compõe o NSI é relevante, pois permite direcionar a intervenção.

O uso do NSI é rápido, fácil e barato, sendo indicado para a Atenção Básica, principalmente para ser aplicado pelos agentes comunitários de saúde das equipes da ESF. Requer pouco tempo de treinamento e permite o rastreamento dos casos que demandam avaliação nutricional mais aprofundada, direcionando assim o uso de recursos escassos.

Ressalta-se que a determinação do risco nutricional pelo NSI não substitui as medidas antropométricas, nem outros

parâmetros nutricionais. Espera-se que os resultados deste estudo possam alertar as ESF a direcionar e ampliar o

olhar de suas ações para atender às necessidades dessa parcela da população.

REFERÊNCIAS

1. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil socio-demográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(1):49-54.
2. Araújo LAO, Bachion MM. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(5): 586-90.
3. Floriano PJ. O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do Centro de Saúde de Sousas, no município de Campinas, SP [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
4. Najas M, Nebuloni CC. Avaliação do estado nutricional. In: Ramos LR. *Guia de geriatria e gerontologia*. Barueri: Manole; 2005. p. 299-314.
5. Camarano AA. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Sub-Secretaria de Direitos Humanos; 2005.
6. Bryan F, Jones JM, Russel L. Reliability and validity of a nutrition screening tool to be used with clients with learning difficulties. *J Human Nutr Diet.* 1998;11(1):41-50.
7. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Rev Nutrição.* 2004;17(4):507-14.
8. The Nutrition Screening Initiative. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice. Washington: American Academy of Family Physicians; 1994.
9. Posner BM, Jette AM, Smith KW, Miller DR. Nutrition and health risks in the elderly: the nutrition screening initiative. *Am J Public Health.* 1993;83(7):972-78.
10. Casimiro C, Lorenzo AG, Usán L. Evaluación del riesgo nutricional em pacientes ancianos ambulatorios. *Nutr Hosp.* 2001;16(3):97-103.
11. Berner YN. Assessment tools for nutritional status in the elderly. *Isr Med Assoc J* 2003;5(5):365 -67.
12. Kucukerdonmez O, Koksall E, Rakicioglu N, Pekcan G. Assessment and evaluation of the nutritional status of the elderly using 2 different instruments. *Saudi Med J.* 2005;26(10):1611-6.
13. Yap KB, Niti M. Nutrition screening among community-dwelling older adults in Singapore. *Singapore Med J.* 2007;48(10):911-6.
14. Leal SMC. Análise da associação entre o escore nutricional (Nutrition Screening Initiative – NSI) e aspectos da saúde de idosos socialmente ativos [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.
15. Cruz AAM. Caracterização do perfil de atividade física e sua relação com os indicadores de saúde em indivíduos de etnia japonesa residentes na região metropolitana de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
16. Stobbe JC, Nascimento NM, Bruscatto N, Piccoli JCE, Backes LM, Cruz IBM. Projeto Passo Fundo-RS: indicadores de saúde de participantes de um grupo de terceira idade. *RBCEH Rev Bras Ciênc Envelh Hum.* 2005;2(1):89-101.
17. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [homepage na Internet]. Brasília; 2008. [citado 2008 maio 30]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
18. Barata RR, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília; 2003.
20. Lemos M, Souza NR, Mendes MMR. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. *REME Rev Min Enferm.* 2006;10(3):218-25
21. Quigley KK, Hermann JR, Warde WD. Nutritional risk among Oklahoma congregate meal participants. *J Nutr Educ Behav.* 2008;40(2):89-93.
22. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(1):40-8.
23. Sharkey JR. The interrelationship of nutritional risk factors, indicators of nutritional risk and severity of disability among home-delivered meal participants. *Gerontologist.* 2002;42(3): 373-80.
24. Groot LCPGM, Beck AM, Schroll M, van Staveren WA. Evaluating the DETERMINE Your Nutritional Health Checklist and the Mini Nutritional Assessment as tools to identify nutritional problems in elderly Europeans. *Eur J Clin Nutr.* 1998;52(12):877-83.