



15º Congresso de Iniciação Científica

A INSERÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) NO CUIDADO AO IDOSO NA CIDADE DE PIRACICABA - SP

Autor(es)

TASSIA CRIVELLANI

Orientador(es)

Maria Rita Marques de Oliveira

Apoio Financeiro

FAPIC

1. Introdução

Os países do chamado Terceiro Mundo vêm apresentando, nas últimas décadas, um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade. Esses dois fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações, à semelhança do processo que continua ocorrendo, ainda que em escala menos acentuada, nos países desenvolvidos (RAMOS et al., 1987). O monitoramento do estado nutricional é um aspecto importante neste contexto pela modulação da nutrição quanto às mudanças fisiológicas relacionadas com a idade e no desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, osteoporose e alguns tipos de câncer (DIRREN, 1994). Em idosos, no entanto, torna-se mais complexa a análise do estado nutricional em virtude da maior heterogeneidade entre os indivíduos deste grupo (GOODWIN, 1989; WHO, 1989) e do fato de seu valor preditivo estar atrelado a um conjunto de fatores não apenas relacionado às mudanças biológicas da idade, doenças e mudanças seculares, como também às práticas ao longo da vida (fumo, dieta, atividade física) e aos fatores sócio-econômicos (WHO, 1995). O teste da Mini Avaliação Nutricional (MAN) é composto de simples mensurações e rápidas questões, podendo ser efetuado em cerca de 10 minutos. Trata-se do seguinte: Medidas antropométricas (peso, altura e perda de peso); Avaliação global (seis perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação e mobilidade); Questionário dietético (oito perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimento e líquidos e autonomia na alimentação); e Avaliação subjetiva (a autopercepção da saúde e da nutrição). O padrão dietético dos idosos permanece semelhante aquele estabelecido pelos hábitos da juventude, e o estado nutricional normalmente continuam a ser adequado mesmo na velhice. Entretanto, há muitos fatores que começam a atuar mais freqüentemente com o aumento da idade e podem levar as deficiências nutricionais. São fatores que se devem a mudanças nas circunstâncias econômicas e no modo de vida que

ocorrem freqüentemente com a aposentadoria e a incidência aumentada de doenças e incapacidades (CURIATI et al., 1994) Devido ao crescimento cada vez mais rápido da população idosa, haverá um aumento da prevalência das doenças crônicas, da falta de conhecimento e utilização dos serviços existentes e provavelmente provocará uma maior demanda de cuidados em longo prazo, modelo que seguramente dominará nas próximas décadas (DAICHMAN, 1998). Justamente por esse fato, é de suma importância que trabalhos sejam feitos com um grupo vulnerável a doenças, ao abandono e a exclusão social, para que possa se ter conhecimento de que forma o Sistema Único de Saúde atende essas famílias, de que forma esses trabalhos são feitos e como tem sido a resposta das famílias quanto a esse padrão de assistência.

2. Objetivos

Avaliar as condições de vida e nutricionais de idosos identificados entre a população em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba, bem como obter informações dos cuidados familiares prestados a essa população; e comparar os dados encontrados do vigente trabalho com outras duas áreas do município realizado no ano passado.

3. Desenvolvimento

Além da entrevista com o familiar, que foi objeto de dois outros trabalhos de iniciação científica, foram levantados dados sobre a capacidade funcional do idoso e avaliado o estado nutricional a partir da avaliação subjetiva do estado nutricional (GUIGOZ & GARRY, 1994). Foram ainda levantados dados sobre as condições de saúde e o consumo de alimentos do idoso e do familiar. O consumo de alimentos foi averiguado e avaliado qualitativamente por um questionário resumido de freqüência alimentar. A população deste estudo foi constituída de famílias pertencentes as USF's sorteadas, em quatro bairros de Piracicaba, referentes às regiões norte, sul, leste e oeste que tenham integrantes com 60 anos completos ou mais. Desta população, obteve-se dados antropométricos e aplicou-se um questionário específico. Para a elaboração do banco de dados utilizou-se os programas Excel e Word para Windows XP. E para a execução de análises estatísticas dos resultados obtidos foi aplicado o teste Qui-quadrado para analisar a relação entre variáveis categóricas. Para efeito de análise, algumas categorias foram agrupadas. O nível de significância foi 5%, ou seja, $p < 0,05$.

4. Resultados

O presente estudo evidenciou que a desnutrição está instalada em 9% dos idosos no bairro CECAP, 3% no bairro Itapuã, 29% no bairro Bosques do Lenheiro e ausente no bairro Boa Esperança. Com isso conclui-se que a deterioração do estado nutricional no bairro Bosques do Lenheiro está bem acima da média dos outros 3 bairros. A Figura 1 ilustra tal perfil nutricional. Avaliando os resultados da Mini Avaliação Nutricional – Triagem observa-se que nos quesitos Diminuição da ingestão nos últimos 3 meses e Perda de peso nos últimos 3 meses, o bairro Bosques do Lenheiro é o que apresenta menor escore (1.3 e 1.5) quando o máximo é 2.0 e 3.0, respectivamente. Na avaliação da mobilidade, os bairros se apresentam equivalentes com o escore de 1.9 (Maximo de 2.0), significando que apenas 5 idosos estão restritos a cadeira de rodas ou ao leito. Na averiguação sobre doenças agudas ou estresse nos últimos meses, que evidencia um alto poder sobre o aspecto nutricional dos idosos, foi constatado que de um total de 113 pessoas, 23 delas estiveram nessas situações. O Índice de Massa Corporal se mostrou altamente diversificado, evidenciando que, num total de 3 pontos, o escore que se manteve abaixo de 2, foi o bairro CECAP com 1.4; e os demais entre 2.1 a 2.4 (Tabela 1.) Em relação ao padrão de refeição (tabela 2), quando se comparam os tipos de alimentos que as famílias dispõem e aqueles normalmente consumidos pelos idosos, verifica-se um padrão semelhante, com algumas diferenças interessantes. Os idosos consomem o pão com mais freqüência, e alimentos protéicos com menos freqüência. Entre eles, o consumo de banha é mais freqüente no primeiro bairro analisado (CECAP), enquanto que no segundo bairro estudado (Itapuã) a utilização da banha é mais comum no consumo familiar como um todo. Os doces e refrigerantes são menos freqüentes entre os idosos. Esses dados preliminares podem indicar o abandono de algumas práticas alimentares não recomendadas,

como o uso da banha, e a incorporação de outros como o aumento do consumo de carnes, doces e refrigerantes. Embora a menor frequência de doces e refrigerantes possa também indicar restrições impostas pela dieta alimentar. No bairro Bosques do Lenheiro foi identificado que, devido ao fator econômico em que os idosos estão inseridos não os possibilita uma alimentação saudável. Muitos não fazem nem duas refeições por dia. E quando o fazem, é uma alimentação pobre de proteínas e vitaminas. O consumo de frutas e hortaliças é relativamente baixo, visto que aproximadamente 50% da população não possuem o hábito de consumir frutas/hortaliças diariamente. Há também que de destacar o baixo consumo de laticínios que, deveria ser de consumo regular para os idosos no caso de doença como osteoporose. Já no bairro Boa Esperança I, em todos os entrevistados foi verificado que há um consumo diário de verduras ou legumes, leite, feijões, e frutas em pelo menos 2 vezes na semana. Porém, há também um alto consumo de banha, fritura e doces em pelo menos 10% dos idosos. A preocupação com o hábito alimentar dessa população cresce ao se verificar a existência de doenças crônicas ligadas ao consumo alimentar, as USF's não dispõem de profissional de nutrição para orientar a população. Segundo Bombach (2005), a alta prevalência de doenças não transmissíveis exige que os profissionais da área da saúde estejam cada vez mais preparados para orientar quanto a prevenção e controle dos fatores de risco, entre os quais a alimentação. De acordo com Assis et al (2002), a integração do nutricionista à equipe do Programa de Saúde da Família se mostra essencial, já que trata-se de um profissional apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil.

5. Considerações Finais

Com esta pesquisa foi possível verificar que há um alto numero de idosos que passam necessidades e por conta da baixa renda não conseguem ter uma alimentação rica em proteínas como a carne, que continua sendo um alimento nobre. As deficiências alimentares agravam a debilidade das condições fisiológicas próprias do idoso, os quais não conseguem ter uma boa qualidade de vida e bem estar. Foi possível também identificar que os idosos do bairro Bosques do Lenheiro em comparação com os dos demais bairros, se encontram num perfil nutricional abaixo do esperado. Há também muitos idosos com doenças, evidenciando uma alta demanda assistencial por parte do Sistema Único de Saúde, já que este é o principal agente de assistência à saúde da pessoa idosa. Por fim, os resultados obtidos nesta pesquisa destacam a necessidade de um acompanhamento nutricional para com a população idosa e do eminente cuidado com essa população que está mais suscetível a doenças, ao abandono e a exclusão social.

Referências Bibliográficas

ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira; SANTOS, Sandra Maria Chaves; FREITAS, Maria do Carmo Soares; SANTOS, Joselina Martins; SILVA, Maria da Conceição Monteiro. **O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar.** Rev. Nutrição, Campinas, vol. 15, nº. 3, p. 255-266, set./dez., 2002.

BOMBACH, Lucimeire. **Conhecimentos, atitudes e práticas de nutrição de profissionais de saúde do PSF (Programa de Saúde da Família).** Universidade Metodista de Piracicaba [Trabalho de Conclusão de Curso] Piracicaba, 2005.

CHAIMOWICZ, Flávio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas.** Revista de Saúde Pública 1997; vol. 31 p.184-200.

DAICHMAN, Lia Susana. **Crêterios  ticos en los cuidados a largo término**. Arq geriatr. gerontol. n  1 p. 91-93, 1996.

GUIGOZ Y, VELLAS B, GARRY P.J. **Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation**. Nutr Rev 1996; n  54, p. 59-65.

RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato P.; KALACHE, Alexandre. **Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, vol.21 n .3- Junho 1987.

CURIATI, J. A. E; CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M.,. **Geriatría: fundamentos, cl nica, terapêutica** – S o Paulo: Livr. Atheneu Editora, 1994.

DIRREN, H. M., 1994. Euronut-SENECA: An european study of nutrition and health in the elderly. **Nutrition Reviews**, 52:S38-S43.

GOODWIN, J. S., 1989. Social, psychological and physical factors affecting the nutrition status of elderly subjects: Separating cause and effect. **American Journal of Clinical Nutrition**, 50:1201-1209.

WHO (World Health Organization), 1989. **Health of the Elderly**. WHO Technical Report Series 779. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization), 1995. **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. WHO Technical Report Series 854. Geneva: WHO.

Anexos

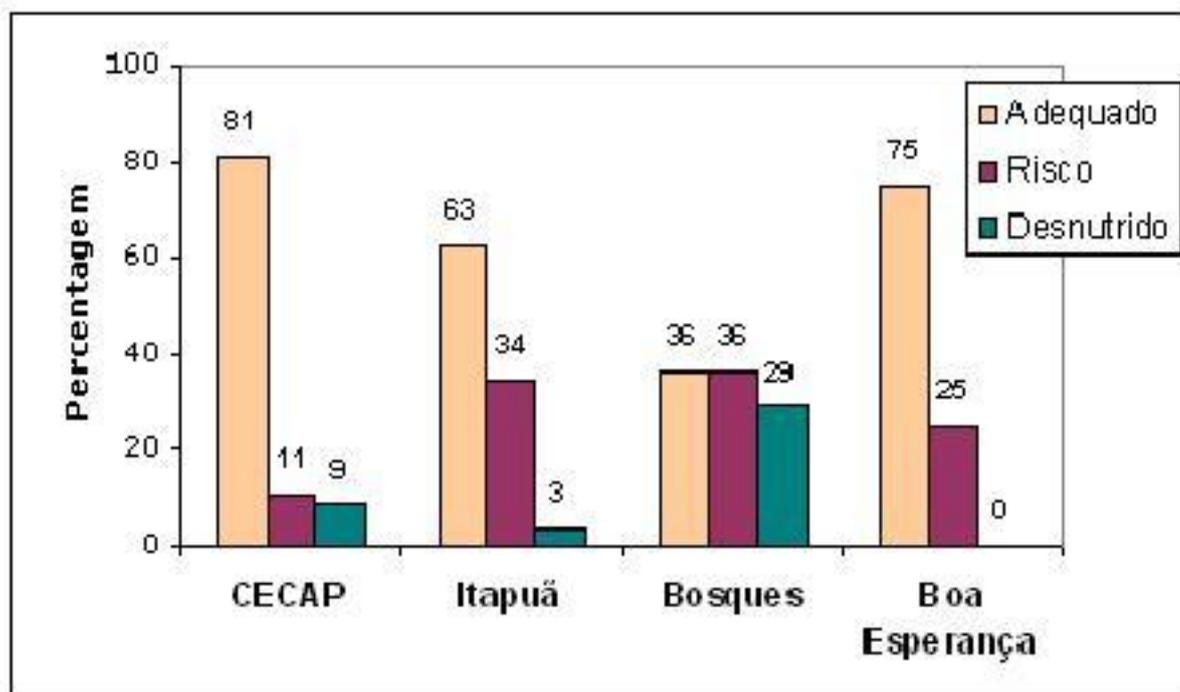


Figura 1. Classificação do estado nutricional dos idosos. ($\chi^2 = 51,6$; $p < 0,0001$; GL = 3; $n=113$)

Tabela 2. Distribuição percentual do consumo de alimentos pelo idoso em comparação com os dados referentes ao mesmo trabalho feito em bairros diferentes.

	Idoso (CECAP) n= 47 (2006)					Idoso (ITAPUÃ) n= 32 (2006)					Idoso (BOSQUES) n= 14 (2007)					Idoso (BOA ESPERANCA I) n= 20 (2007)				
	D	S	M	E	N	D	S	M	E	N	D	S	M	E	N	D	S	M	E	N
Grupo 1	100					97					100					100				
Arroz	96	4	0	0	0	91	9	0	0	0	93	7	0	0	0	100				
Pão	64	15	2	13	2	53	28	3	9	6	58	14	0	14	14	60	25	10	5	0
Bolacha	32	28	4	30	6	25	41	6	9	19	0	22	14	43	21	20	20	35	25	0
Macarrão	0	72	17	9	2	0	69	13	13	6	0	36	21	43	0	0	55	15	25	5
Grupo 2	87					56					36					100				
Verduras	85	11	2	0	2	50	25	6	0	19	36	15	21	7	21	40	25	15	15	5
Legumes	66	23	2	4	2	34	53	3	3	6	36	14	21	0	29	30	35	15	20	0
Grupo 3	77					41					21					100				
Frutas	55	30	11	2	2	37	47	9	3	3	21	50	21	0	8	15	25	15	40	5
Suco Frutas	30	34	6	13	15	9	28	12	28	22	14	29	7	0	50	10	15	10	25	40
Grupo 4	77					66					57					100				
Leite	74	11	0	9	6	66	16	0	6	12	57	0	7	14	22	60	0	0	20	20
Queijo	21	32	15	17	13	6	34	19	19	22	0	14	21	21	44	10	25	15	40	10
Iogurte	17	15	4	13	49	0	9	25	31	34	0	0	7	7	86	0	15	15	5	65
Grupo 5	70					84					71					100				
Leguminosas	47	9	2	2	15	81	16	0	0	3	72	0	7	7	14	100	0	0	0	0
Carne bovina	21	28	2	4	2	6	87	0	6	0	0	57	43	0	0	15	50	25	5	5
Frango	13	30	2	4	2	6	87	0	0	6	7	64	29	0	0	35	45	10	5	5
Ovos	32	36	4	15	11	0	44	19	19	19	7	21	30	21	21	15	10	40	20	15
Peixe	7	26	26	23	17	0	25	25	34	16	0	14	43	14	29	0	10	35	35	20
Miúdos	0	4	2	34	36	0	9	22	16	53	0	21	7	0	72	0	10	5	35	50
Café	94	0	0	2	2,1	81	12	0	0	6	64	0	0	7	29	95	0	0	0	5
Margarina	64	11	2	2	19	31	22	0	6	41	7	43	0	7	43	25	35	15	0	25
Refrigerantes	21	45	4	17	13	12	28	12	25	22	7	36	7	7	43	20	15	25	30	10
Fritura	30	40	4	13	13	12	47	16	19	6	0	21	14	29	36	25	30	25	10	10
Doçes	15	32	11	28	15	9	41	12	19	19	0	29	7	14	50	15	15	40	10	20
Banha	11	0	0	6	81	0	0	0	3	97	0	0	0	0	100	10	0	5	10	75
B. alcoólica	2	9	6	32	43	0	6	3	12	78	0	0	7	0	93	0	10	10	25	55

$\chi^2 = 57,42$; $P < 0,001$; com 12 graus de liberdade para a comparação da disponibilidade dos grupos.

Tabela 1. Mini Avaliação Nutricional, conforme as categorias da Fase 1 (Triagem).

	CECAP n=47		Itapuã n=32		Bosques do Lenheiro n=14		Boa Esperança I n=20	
	Prevalência n (%)	E	Prevalência n (%)	E	Prevalência n (%)	E	Prevalência n (%)	E
Mini Avaliação Nutricional – Triagem								
Diminuição da ingestão nos últimos 3 meses								
Grave (0)	0 (0)	1,8	5 (16)	1,6	2 (14)	1,3	0 (0)	1,8
Moderada (1)	9 (19)		4 (12)		6 (43)		4 (20)	
Ausente (2)	38 (81)		23 (72)		6 (43)		16 (80)	
$\chi^2 = 8,5; p = 0,036; 8$ graus de liberdade, agrupando leve e moderada								
Perda de peso nos últimos 3 meses								
Maior que 3 kg (0)	9 (19)	2,3	7 (22)	1,8	3 (21)	1,5	1 (5)	2,1
Não sabe (1)	0 (0)		8 (25)		6 (43)		6 (30)	
Entre 1 e 3 kg (2)	7 (15)		2 (6)		0 (0)		3 (15)	
Ausente (3)	31 (66)		15 (47)		5 (36)		10 (50)	
NS								
Mobilidade								
Restrito ao leito ou cadeira (0)	3 (6)	1,9	1 (3)	1,9	0 (0)	1,9	1 (5)	1,9
Deambula apenas em casa (1)	0 (0)		2 (6)		2 (14)		0 (0)	
Normal (2)	44 (94)		29 (91)		12 (86)		19 (95)	
NS								
Estresse ou doença aguda nos últimos meses								
Sim (0)	7 (15)	1,7	6 (19)	1,6	6 (43)	1,1	4 (20)	1,6
Não (2)	40 (85)		26 (81)		8 (57)		16 (80)	
NS								
Apresenta problemas neuropsicológicos								
Demência ou depressão graves (0)	3 (6)	1,9	1 (3)	1,8	0 (0)	1,9	1 (5)	1,9
Demência leve (1)	1 (2)		6 (19)		2 (14)		0 (0)	
Ausente (2)	43 (91)		25 (78)		12 (86)		19 (95)	
NS								
Índice de Massa Corporal (IMC)								
Menor que 19 kg/m ² (0)	4 (8)	1,4	3 (9)	2,4	1 (7)	2,1	1 (5)	2,4
Entre 19 e 21 kg/m ² (1)	0 (0)		2 (6)		5 (36)		3 (15)	
Entre 21 e 23 kg/m ² (2)	4 (8)		3 (9)		2 (14)		4 (20)	
Maior ou igual a 23 kg/m ² (3)	20 (42)		23 (72)		7 (50)		12 (60)	
Sem informação	19 (40)		1 (3)		0 (0)		0 (0)	
NS								

E = Escore