



Estado nutricional e condições clínicas de saúde de pessoas idosas em atendimento público domiciliar

Nutritional status and clinical health conditions of elderly people

Jéssica Raissa Carlos Gomes

Nutricionista, Especialista; Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil;
E-mail: jessica_rcg15@hotmail.com; ORCID: 0009-0008-6881-4760

Túlia Fernanda Meira Garcia

Fonoaudióloga, Doutora; Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Caicó, RN, Brasil;
E-mail: tulia_fernanda@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0003-1746-4808

Layanne Cristini Martin Sousa

Nutricionista, Mestre; Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil;
E-mail: layannecristini@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4048-4604

Lígia Rejane Siqueira Garcia

Nutricionista, Doutora; Faculdade de Ciências da Saúde (FACISA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz, RN, Brasil;
E-mail: ligiarejane@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0002-6039-481X

Resumo: A avaliação de uma pessoa idosa que necessite de atendimento domiciliar na Atenção Primária à Saúde considera sua condição clínica, grau de perda funcional e dependência para a realização das atividades de vida diária. O objetivo do estudo foi avaliar indicadores do estado nutricional e condições clínicas da pessoa idosa acamada em um município do Rio Grande do Norte. Trata-se de estudo transversal, observacional e descritivo, em que foram incluídos idosos de ambos os sexos, na condição de acamados em domicílio e acompanhados pela Atenção Básica. A coleta de dados foi realizada no domicílio mediante entrevista e aferições antropométricas. Participaram do estudo 33 idosos, com média de $82,9 \pm 10,3$ anos e prevalência do sexo feminino (63,6%), analfabetismo (51,5%), baixo nível socioeconômico (69,7%), desnutrição (69,7%), déficit de massa magra (69,7%), longo tempo na condição de acamado (45,5%), polifarmácia (36,4%), dependência de cuidador (100%) e baixo contato com equipe de saúde multiprofissional (87,1%). Verificou-se grave comprometimento do estado nutricional e das condições clínicas dos idosos acamados. Os resultados desse estudo podem auxiliar no planejamento de ações por parte da atenção domiciliar para melhorar o quadro clínico dos idosos assistidos.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Avaliação Nutricional; Estado Nutricional; Atenção Primária à Saúde; Assistência Domiciliar.

Abstract: The assessment of an elderly person who needs home care in Primary Health Care considers their clinical condition, degree of functional loss and dependence to carry out activities of daily living. The objective of this study was to evaluate the nutritional status and clinical conditions of community-dwelling elderly in a municipality of Rio Grande do Norte. This is a cross-sectional, observational and descriptive study. Elderly men and women who were bedridden at home and monitored by Primary Health Care were included. Data collection was performed at home, through interviews and anthropometric measurements. The study included 33 elderly

people, with a mean of 82.9 ± 10.3 years and prevalence of females (63.6%), illiteracy (51.5%), low socioeconomic status (69.7%), malnutrition (69.7%), deficit in lean mass (69.7%), long time in bedridden condition (45.5%), polypharmacy (36.4%), caregiver dependence (100%) and low contact with a multidisciplinary health team (87.1%). There was a serious impairment of the nutritional status and clinical conditions of the bedridden elderly. The results of this study can help plan actions by home care to improve the clinical condition of the elderly assisted.

Keywords: Health of the elderly; Nutrition Assessment; Nutritional status; Primary Health Care; Home Nursing.

Introdução

Os idosos são a população que mais tem crescido no Brasil atualmente, com uma taxa de 4% ao ano, no período entre 2012 e 2022. As projeções indicam que essa população ultrapassará a de crianças e adolescentes em 2030¹. Essa transição demográfica acontece associada ao processo de transição epidemiológica, que consiste no aumento sucessivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com implicações substanciais em importantes esferas da vida social, como o mercado de trabalho, a previdência e as necessidades de saúde, em decorrência da morbididade e incapacidades que tais doenças podem causar².

Assim, este cenário de elevação da população idosa, bem como das doenças crônicas e degenerativas impõe a necessidade de assegurar o cuidado adequado a estes indivíduos. Deste modo, torna-se fundamental garantir uma rede de assistência que esteja qualificada e que possa atender estas demandas. Motivo pelo qual se leva a crer que a Atenção Domiciliar (AD) figure como uma importante alternativa de assistência à saúde para esse público³.

A AD objetiva promover ao paciente um cuidado mais próximo da família, de forma que se evitem hospitalizações desnecessárias, reduzindo os custos, o risco de infecções, e permitindo ao paciente desfrutar do aconchego do seu lar. Este tipo de serviço pode ser encontrado no Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde. É indicado para pessoas que se encontrem em estado de estabilidade clínica, mas que necessitem de atenção à saúde em condição de restrição ao lar ou ao leito de maneira definitiva ou temporária. Para isso será considerada a oferta mais viável para tratamento, reabilitação, palição e prevenção de agravos, visando a ampliação da autonomia do usuário, bem como da família e cuidador⁴.

A fase de envelhecimento necessita de cuidados específicos em virtude das alterações funcionais e anatômicas naturais que acontecem no organismo dos indivíduos ao longo do tempo. Alterações na composição corporal e ingestão alimentar inadequada podem ser causas da deficiência

de importantes nutrientes e, considerando-se o indivíduo acamado, o seu desfecho clínico pode ser preocupante. Esse desequilíbrio nutricional está declaradamente relacionado ao aumento no número de mortes, à maior vulnerabilidade para infecções e à diminuição da qualidade de vida. Vale ressaltar que idosos estão mais suscetíveis a alterações nutricionais em razão de aspectos que envolvem mudanças sociais e fisiológicas⁵.

Estudos estabelecem relação entre o estado nutricional de desnutrição, condições clínicas de saúde e idade superior a 60 anos, que reforçam a relevância desses parâmetros nesta faixa etária⁶⁻⁸. Nesse contexto, avaliar o estado nutricional e condições clínicas de saúde de idosos comunitários acamados se torna relevante pelo impacto que tais condições podem ter na qualidade de vida destes e para subsidiar o trabalho das equipes multiprofissionais de saúde da Atenção Básica, considerando que vários municípios brasileiros não dispõem de serviço de AD. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar indicadores do estado nutricional e condições clínicas da pessoa idosa acamada em um município do estado do Rio Grande do Norte.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal, do tipo observacional descritivo, de cunho quantitativo, executado no período de novembro/2018 a janeiro/2019. O local da pesquisa foi o município de Currais Novos, localizado na região do Seridó Potiguar, no Rio Grande do Norte. Tal município se caracteriza por uma área de 864,349 km² e área urbanizada de 8,51 km², população de 41.318 habitantes, com 14,0% da população ocupada e 44,2% com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo⁹. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), segundo parecer de número CAAE 91174218.2.0000.5568.

A delimitação da amostra deu-se de maneira não probabilística e por conveniência, sendo composta por 33 idosos de ambos os sexos. Foram adotados como critérios de inclusão idosos que se apresentavam na condição de acamados e residentes na zona urbana em territórios adscritos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) contempladas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN em Currais Novos/RN. O município dispõe de 14 UBS, sendo 11 localizadas na zona urbana e três na zona rural. Foram excluídos da pesquisa idosos amputados e institucionalizados.

Os participantes foram recrutados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e foi agendada a visita domiciliar. Após esclarecimento dos objetivos e procedimentos da pesquisa, os participantes

ou responsáveis legais (em caso de idosos não orientados e lúcidos) assinaram o termo de consentimento e foi aplicado o protocolo da pesquisa.

O protocolo da pesquisa foi subdividido em três blocos, com duração de aproximadamente 15 minutos cada, sendo estes: Bloco 1) questionário semiestruturado sobre condições socioeconômicas e demográficas; Bloco 2) condições clínicas de saúde; Bloco 3) estado nutricional dividido em avaliação antropométrica e Mini Avaliação Nutricional (MNA).

O Bloco 1 obteve informações acerca de dados socioeconômicos e demográficos: faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda e moradia. O Bloco 2 coletou informações clínicas de saúde do idoso como tempo de acamado, causa que levou à condição de acamado, diagnóstico, medicação, estado de dentição, via alimentar, cuidador, uso de equipamento, internação e hospitalização. O Bloco 3 continha a avaliação antropométrica e avaliação do estado nutricional, com aferição de: Altura do Joelho (AJ), Perímetro do Braço (PB), Perímetro da Panturrilha (PP), Espessura do Músculo Adutor do Polegar (EMAP) e Mini Avaliação Nutricional (MAN).

As medições antropométricas foram realizadas em triplicata, recorrendo aos mesmos instrumentos e técnicas, realizadas por uma única investigadora, de forma a minimizar erros de medição, sendo considerada a média dos valores como medida. A tomada das medidas foi realizada com base nas técnicas padronizadas^{10,11}.

A MAN tem sua aplicabilidade para o público idoso bem consolidado. É uma ferramenta de avaliação nutricional simples e rápida que permite identificar o estado nutricional e os riscos em pacientes idosos. A MAN é um instrumento validado composto por 18 itens. Cada item é pontuado de zero a três pontos, totalizando uma pontuação máxima de 30 pontos. Os idosos são, então, classificados em: “estado nutricional normal” (24 a 30 pontos); “em risco de desnutrição” (17 a 23,5 pontos); ou “desnutridos” (<17 pontos)¹².

Para o PB, PP e AJ foi utilizada fita métrica inelástica com 150 cm e para a EMAP, o adipômetro científico, com amplitude de leitura de 88 mm, eixo maior 286 mm, eixo menor 165 mm e pressão 10 g/mm², da marca Cescorf. Para estimativa indireta da altura e do peso foram utilizadas as fórmulas propostas por Chumlea¹³. Já para a avaliação da adequação do músculo adutor do polegar (MAP) foi utilizada a fórmula proposta por Mussoi¹⁴.

A classificação do estado antropométrico e nutricional de idosos foi realizada por meio do valor do PB, PP, EMAP e MNA. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi obtido considerando o peso e altura estimados, sendo este índice um dos critérios avaliados na MNA. Para a classificação da massa muscular foi utilizado como indicador o PP. Todas as interpretações destes indicadores estão dispostas a seguir. PB: < 21 cm indicando abaixo da média; entre 21 e 22cm normal; e > 22 cm acima da média.

Para PP: <31 cm indicando déficit de massa magra; > 31 cm massa magra normal. Para Adequação do MAP: 100% indica ausência de depleção; entre 90 e 99% depleção leve; entre 60 e < 90% depleção moderada; e < 60% depleção grave^{11,15,16}.

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio do programa IBM SPSS 20.0. Para a análise das variáveis categóricas foram verificadas as frequências absolutas. As variáveis contínuas foram apresentadas por meio das medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio-padrão).

Resultados

Participaram do estudo 33 idosos, com idade média de 82,9 ± 10,3 anos. Sobre as características socioeconômicas e demográficas dos participantes, destacou-se maior prevalência para o sexo feminino (63,6%) e idade superior ou igual a 80 anos (63,7%). Todos os idosos tinham rendimento próprio, com predomínio de um salário mínimo (69,7%), renda esta suficiente apenas para cobrir as despesas básicas (69,7%), conforme a Tabela 1.

A investigação das condições clínicas de saúde dos participantes mostrou que há maior prevalência de tempo acamado de três anos ou mais (45,5%), 54,5% possuem de duas a quatro patologias associadas, quase 90% fazem uso de medicamentos de uso contínuo, destes 36,4% usam mais do que cinco medicamentos por dia (Tabela 2).

Destaca-se que 36,4% tiveram internação hospitalar no último ano, com tempo médio de internação de 10,8 dias. Também foi verificado que 93,1% dos idosos recebiam visita domiciliar de forma contínua, contudo, mais representada pela figura dos ACS (100%), visto que a maioria dos demais profissionais de saúde não apresentava frequência de visita definida ou realizava visitas quando solicitado por ACS ou familiares (87,1%), conforme relatado pelos entrevistados.

Quanto aos principais problemas de saúde apresentados pelos idosos, verificou-se que 72,7% apresentavam problemas neurológicos, 54,5% hipertensão arterial sistêmica, 48,0% doenças cardiovasculares, 45,5% doenças osteoarticulares, 36,4% problemas emocionais/depressão e 30,3% diabetes mellitus.

Os dados referentes ao motivo para a condição de acamados estão discriminados na Figura 1, com destaque para as quedas e o acidente vascular cerebral (AVC). Já os indicadores antropométricos e o estado nutricional dos participantes estão apresentados na Tabela 3, os quais apontam alta prevalência de déficit de massa magra (69,7%), depleção grave pelo EMAP e desnutrição (69,7%).

Tabela 1. Caracterização das variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos acamados.

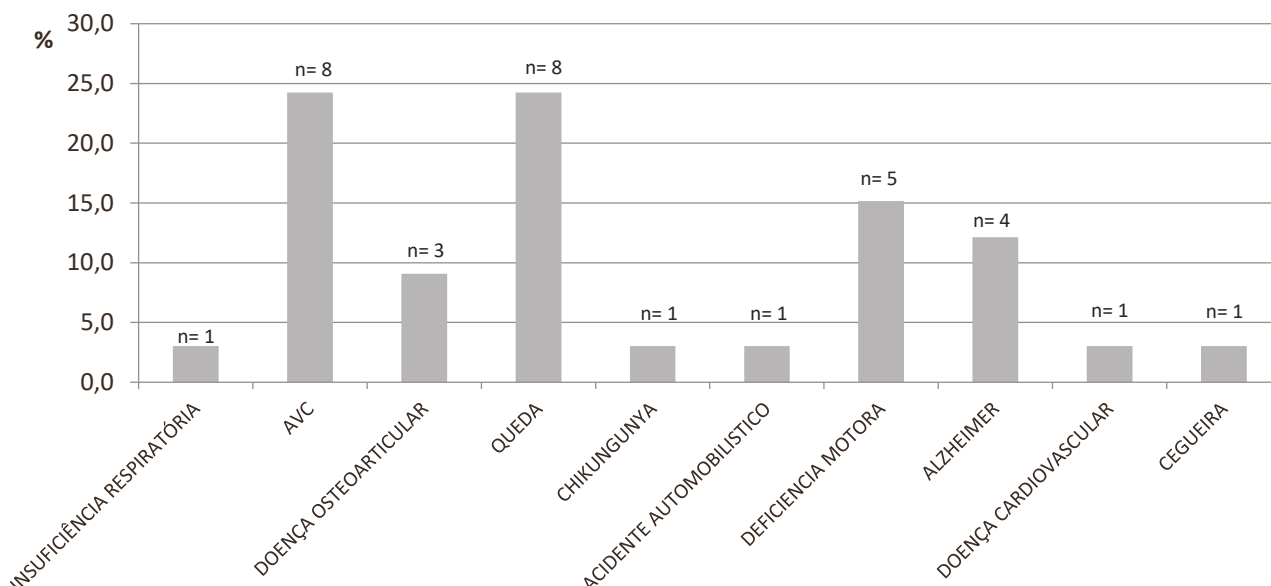
Características	n	%
Sexo		
Masculino	12	36,4
Feminino	21	63,6
Idade		
60-69 anos	3	9,1
70-79 anos	9	27,3
≥ 80 anos	21	63,7
Estado civil		
Solteiro/divorciado	6	18,2
Casado/união estável	10	30,3
Viúvo	17	51,5
Escolaridade		
Analfabeto	17	51,5
Semianalfabeto	1	3,0
Ensino fundamental incompleto	10	30,3
Ensino fundamental completo	2	6,1
Ensino médio	2	6,1
Ensino superior	1	3,0
Renda mensal própria do idoso		
< 1 salário mínimo	2	6,1
1 salário mínimo	23	69,7
> 1 salário mínimo	8	24,2
Renda mensal familiar		
< 2 salários mínimos	13	39,4
≥2 e ≤ 3 salários mínimos	17	51,5
>4 salários mínimos	3	9,1
Residentes no domicílio		
Até 2 pessoas	14	42,4
3 pessoas	9	27,3
4 ou mais pessoas	10	30,3
Cobertura de gastos por renda familiar		
Insuficiente	6	18,2
Suficiente apenas para suprir os gastos	23	69,7
Suficiente	4	12,1

Fonte: Elaborado pelas autoras

Tabela 2. Caracterização das variáveis de condições de saúde dos idosos acamados.

Características	n	%
Tempo acamado		
Menos de 6 meses	3	9,1
Entre 6 meses e 1 ano	3	9,1
Entre 1 a 2 anos	5	15,2
Entre 2 a 3 anos	7	21,2
3 anos ou mais	15	45,5
Total de doenças		
1 doença	6	18,2
2 a 4 doenças	18	54,5
5 ou mais doenças	9	27,3
Número de medicamentos de uso contínuo		
Não utiliza	4	12,1
Menos de 5 medicamentos/dia	17	51,5
Entre 5 a 10 medicamentos / dia	12	36,4
Internação no último ano		
Sim	12	36,4
Não	21	63,6
Visita domiciliar da equipe de saúde		
Sim	31	93,9
Não	2	6,1
Frequência de visita domiciliar por ACS		
1 vez por semana	16	51,6
1 a 2 vezes por mês	15	48,4
Frequência de visita domiciliar por demais profissionais		
1 vez por semana	3	9,7
1 a 2 vezes por mês	1	3,2
Sem frequência definida/quando solicitado	27	87,1
Estado de dentição		
Dentição incompleta	11	33,3
Prótese completa	6	18,2
Sem dentição	16	48,5
Via alimentar		
Oral	32	97,0
Enteral	1	3,0
Cuidador		
Formal	15	45,5
Informal	18	54,5

Fonte: Elaborado pelas autoras

Figura 1. Motivo para condição de acamado dos idosos avaliados.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Tabela 3. Caracterização das variáveis antropométricas e do estado nutricional.

Indicador	n	(%)
Perímetro do braço (PB)		
Abaixo da média de referencia	3	9,1
Acima da média	30	90,9
Perímetro da panturrilha (PP)		
Déficit de massa magra	23	69,7
Massa magra normal	10	30,3
EMAP dominante (EMAP-D)		
Depleção moderada	3	9,1
Depleção grave	30	90,9
EMAP não dominante (EMAP-ND)		
Depleção moderada	1	3,0
Depleção grave	32	97,0
Mine Avaliação Nutricional (MAN)		
Desnutrição	23	69,7
Risco de desnutrição	10	30,3

Fonte: Elaborado pelas autoras

Discussão

Os resultados obtidos indicam grave comprometimento do estado nutricional dos idosos, evidenciados pela prevalência de desnutrição, déficit de massa magra e grave depleção do músculo adutor do polegar. Além disso, ficou evidente o baixo nível socioeconômico e condições clínicas graves, como: longo tempo na condição de acamado, elevada utilização de medicamentos de uso contínuo, dependência de cuidador e baixo contato com profissionais de saúde de ensino superior.

Dados sociodemográficos semelhantes foram encontrados em estudo realizado na cidade de Curitiba (Paraná/Brasil), com idosos longevos (80 anos ou mais), o qual observou a prevalência de mulheres, com escolaridade de ensino fundamental incompleto, viúvas, renda de um salário-mínimo e residentes com familiares. Os autores concluem que a feminização da velhice vem se tornando um fenômeno mundial que necessita de atenção¹⁷.

No presente estudo, identificou-se que o AVC e a queda foram os agravos mais prevalentes relacionados à causa para a condição de acamados dos participantes. Um estudo realizado na cidade de Batatais, em São Paulo, com pessoas idosas acamadas, constatou que estes agravos em longevos contribuíam para a perda da capacidade funcional por longo período, o que aumentava o risco de desenvolver um estado nutricional inadequado pela dependência para o preparo e ingestão de alimentos⁵.

Em relação ao uso de medicamentos de forma contínua, muitos idosos foram considerados como polimedicados ou polifarmácia (cinco medicamentos ou mais por dia), o que pode estar associado a desfechos negativos à saúde. Essa característica que, historicamente, tem aumentado em consequência da multimorbidade (presença de duas ou mais condições crônicas) e do aumento da expectativa de vida, tem sido associada com maior risco de interações medicamentosas e reações adversas. Tais implicações podem comprometer a qualidade de vida dos sujeitos e incrementar os custos da atenção, com repercussões para os sistemas de saúde e para a vida das pessoas¹⁸.

Com relação aos indicadores antropométricos e de estado nutricional, foi observado que a maioria dos avaliados apresentaram déficit de massa magra de acordo com o PP, depleção grave segundo EMAP e desnutrição de acordo com o MAN. Outro estudo mostrou que o PP foi o indicador que identificou maior prevalência de idosos com desnutrição, e quanto menor o valor PP, maior comprometimento nutricional era notado a partir de outros indicadores antropométricos, como a espessura do músculo adutor do polegar (EMAP)¹⁹.

Nesse âmbito de estimativas da composição corporal, o músculo adutor do polegar (MAP) tem ganhado destaque em vários segmentos. Tem sua aplicabilidade na atuação clínica como método de avaliação nutricional em diversas esferas, especialmente para o público idoso, pois possibilita identificar alterações funcionais não detectadas por outros métodos em curto prazo, sendo importante para identificação antecipada do risco nutricional, depleção muscular e desnutrição. Além de ser um método não invasivo, rápido e de baixo custo, aplicável mesmo em pacientes acamados^{20,21}.

Uma pesquisa que objetivou investigar a associação da EMAP com outras variáveis antropométricas mais comumente usadas na prática clínica em população de pacientes com câncer

candidatos à cirurgia, predominantemente idosos, verificou que aproximadamente 60,0% dos pacientes foram classificados como desnutridos²¹.

Outro trabalho com pacientes hospitalizados concluiu que a EMAP se apresentou maior nos idosos mais jovens (60-79 anos) e do sexo masculino, apontando que idosos longevos estão associados a menores valores de EMAP²². Por conseguinte, ressalta-se que o envelhecimento provoca comprometimento da força muscular, principalmente em idosos do sexo feminino e mais velhos²³. Artigos utilizando o EMAP como indicador nutricional em idosos acamados domiciliados são escassos na literatura científica.

Segundo a Mini Avaliação Nutricional (MAN), outros achados semelhantes aos encontrados neste estudo foram observados ao avaliar 1229 idosos atendidos na Atenção Básica no estado do Rio Grande do Sul, com a prevalência de hospitalização de 32,9% e risco de desnutrição de 23,3%²⁴.

No contexto familiar, notou-se que a maior parte dos idosos convivia diretamente com seus familiares. A capacidade funcional comprometida dos idosos pela condição de acamados reforça a importância dos familiares na viabilização da assistência domiciliar. Considerando que a dependência influencia diretamente a qualidade de vida do idoso e dos seus familiares, é fundamental o elo entre familiares e equipe multiprofissional para melhor atender às reais necessidades do idoso, visto que o cuidador familiar possui compreensão apurada das necessidades emocionais e físicas do idoso²⁵.

No que tange a assistência domiciliar prestada pelas equipes de saúde, verificou-se a baixa assistência da equipe multiprofissional e a representatividade da figura dos ACS. Ressalta-se a importância da inserção dos ACS no campo da saúde, corroborando com outros estudos que mostram o valor desse profissional, dotado de fazeres que denotam acolhimento, vínculo e cuidado nas áreas de abrangência de suas unidades^{26,27}.

No entanto, a complexidade no atendimento à saúde do idoso acamado, considerando as diversas doenças associadas às restrições funcionais, comprometimento nutricional e polifarmácia, como observado neste estudo, fundamenta a necessidade da atenção prestada por equipes de saúde interprofissionais que atuem de forma integrada e centrada na pessoa idosa. Nessa perspectiva, o fortalecimento das práticas interprofissionais colaborativas para qualificar o cuidado integral à saúde dos idosos se configura como uma alternativa para atender às demandas de saúde dessa parcela da população²⁸.

O maior número de pessoas idosas longevas em situação de cuidados domiciliares na população investigada coaduna-se ao destaque dado a esse grupo etário na Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), quando reconhece como frágeis aqueles maiores de 75 anos. Nesse contexto, o crescimento progressivo do número de idosos com 80 anos ou mais em nível populacional aumenta a

demanda por atendimento da Atenção Básica. Isso se agrava ao considerar o contexto social de baixa renda, menor escolaridade e diversas condições crônicas associadas, o que torna tais idosos mais vulneráveis ao agravamento de sua situação de saúde e exige um esforço maior da equipe de AD^{1,29}. Nesse contexto, medidas relacionadas ao cuidado na Atenção Básica, associada ao atendimento especializado direcionado a grupos mais vulneráveis, podem ter um impacto expressivo na diminuição da mortalidade entre pessoas idosas^{30,31}.

Diante desses achados, verifica-se que o estado nutricional e as condições clínicas de saúde nas pessoas idosas avaliadas encontram-se comprometidas, sendo necessária maior atenção a este público. Como consta no Estatuto da Pessoa Idosa, é obrigação do Estado proteger a vida e a saúde destes³². Desse modo, é necessário o aperfeiçoamento da assistência domiciliar já prestada pela equipe das USF, como também a implementação da assistência especializada do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para assistir de forma integral e humanizada às reais necessidades deste grupo mais vulnerável.

Considerações finais

Este estudo evidenciou que a condição mais comum nas pessoas idosas acamadas avaliadas eram os problemas neurológicos. Também foi prevalente a presença de duas a quatro doenças associadas, a polifarmácia e o tempo de acamado de três anos ou mais. Já os indicadores antropométricos mostraram uma alta prevalência de desnutrição e déficit de massa magra. Desse modo, o comprometimento do estado clínico e nutricional permite deduzir sobre piores condições de saúde destas pessoas idosas. Apesar desse contexto, o acompanhamento domiciliar por profissionais de saúde de forma contínua era representado apenas pelo ACS.

Tais achados reforçam a necessidade de investimentos na modalidade de AD, além de uma melhor articulação e fortalecimento das redes de atenção à saúde com vistas à melhoria do cuidado e da qualidade de vida das pessoas idosas acamadas, conforme previsto em políticas públicas para AD, atenção básica e a pessoa idosa.

Aspectos como a racionalidade econômico-financeira e o bem-estar do usuário favorecem a adoção da AD como estratégia para a promoção do cuidado contínuo e integrado às Redes de Atenção à Saúde. No entanto, esta modalidade ainda é escassa ou insuficiente em várias regiões do país, como observado no município avaliado.

Este estudo, apesar de ter sido pioneiro ao avaliar o estado nutricional e condições clínicas de pessoas idosas acamadas no município, apresentou como limitação a amostra por conveniência. Espera-se que as informações geradas possam favorecer o planejamento de estratégias mais

direcionadas às necessidades das pessoas idosas, principalmente com relação aos serviços de saúde que atendem esse público, como a AD e a Atenção Básica.

Referências

1. BRASIL. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde: Saúde do idoso [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 15 mar. 2023]. 10(2): 25. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/boletim_tematico/saude_idoso_outubro_2022-1.pdf
2. Reis C, Barbosa LMLH, Pimentel VP. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. Rio de Janeiro: BNDES Setorial. 2016.
3. Rabelo JS, Nunes RZS, Zavadil SC, Tomasi CD, Ceretta LB, Tuon L. Atenção domiciliar: percepção do usuário que apresenta condição crônica sobre o cuidado ofertado pela atenção primária à saúde. *Saúde Redes*. 2021 [citado em 15 mar. 2023];7(3):187-200. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3312>
4. Brasil. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Diário Oficial da União. 2016 abr. 26.
5. Galati PC, Vicentini FC, Toledo GCG. Caracterização do estado nutricional de idosos acamados atendidos em unidades de Estratégias de Saúde da Família no município de Batatais – SP. *RASBRAN – Rev Assoc Bras Nutr*. 2018 [citado em 15 mar. 2023];9(2):111-7. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/526>
6. Damião R, Santos AS, Matijasevich A, Menezes PR. Factors associated with risk of malnutrition in the elderly in south-eastern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. (online). 2017 [citado em 15 mar. 2023];20(4):598–610. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040004>.
7. Assumpção D, Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL. Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cienc Saude Colet* (online). 2018 [citado em 15 mar. 2023];23(4):1143–50. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.17422016>.
8. Sampaio LS, Carneiro JAO, Coqueiro RS, Fernandes MH. Indicadores antropométricos como preditores na determinação da fragilidade em idosos. *Cienc Saude Colet* (Online). 2017;22(12):4115–24. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.05522016>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE Cidades [Internet], 2023. Brasil: citado em 2023 Oct 13 Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/currais-novos/panorama>.
10. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics Books; 1992.
11. Cuppari L. Guia de nutrição: clínica no adulto. 4ª ed. Barueri, SP: Manole; 2019.
12. Ramon JM, Subira C. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Med Clinica*. 2001 [citado em 15 mar. 2023];117(20):766-70. doi: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72252-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72252-X).
13. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc*. 1988;88(5):564-8.
14. Mussoi TD. Avaliação nutricional na prática clínica: da gestação ao envelhecimento. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
15. Bragagnolo R, Caporossi FS, Dock-Nascimento DB, Aguilar-Nascimento JE. Espessura do músculo adutor do polegar: um método rápido e confiável na avaliação nutricional de pacientes cirúrgicos. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2009Sep;36(5):371–6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912009000500003>.

16. Lameu EB, Gerude MF, Corrêa RC, Lima KA. Adductor policis muscle: a new anthropometric parameter. *Rev Hosp Clin [Internet]*. 2004;59(2):57–62. doi: <https://doi.org/10.1590/S0041-87812004000200002>.
17. Lenardt MH, Carneiro NHK. Associação entre características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enferm (Online)*. 2013;18(1):13-20. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-698867>
18. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate Polypharmacy and Medicine Safety: When many is not too many. *Drug Saf*. 2016;39(2):109-16. doi: 10.1007/s40264-015-0378-5.
19. Rocha ECPF, Melo CYSV, Moreira MA, Ferreira EA, Ogava TS, Carvalho EEMC. Perfil nutricional de idosas residentes em instituição de longa permanência da cidade do Recife/PE a partir de diferentes métodos antropométricos. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2016;36(2):38-44. doi: 10.12873/362forterocha.
20. Pama JMSD. Espessura do músculo adutor do polegar como um novo método de avaliação: comparação com outros parâmetros de avaliação antropométrica [Tese]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2018.
21. Valente KP, Silva NMF, Faioli AB, Barreto MA, de Moraes RAG, Guandalini VR. Thickness of the adductor pollicis muscle in nutritional assessment of surgical patients. *Einstein (São Paulo) [Internet]*. 2016 Jan;14(1):18–24. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3596>.
22. Valente KP, Guandalini VR. Associação da espessura do músculo adutor do polegar e da força de preensão palmar com o estado nutricional em pacientes com câncer. *Dissertação (Mestrado em Nutrição e Saúde)*. Universidade Federal do Espírito Santo. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/10377>
23. El Kik RM, Raasch J, Rosa MC, Gomes I, Schwanke CHA. Espessura do músculo adutor do polegar em idosos hospitalizados: relação com sexo e idade. *Cien Saude*. 2017;10(4):226-31. doi: 10.15448/1983-652X.2017.4.27082.
24. Marçal DFDS, Bertolini SMMG, Alexandrino EG, Madeiras JG, De Oliveira JM, Charal CMS. Força muscular e sarcopenia no processo de envelhecimento: um estudo de revisão. *Rev Uningá (Online)*. 2015 Dec. 21 [cited 2023 Mar. 15];46(1). Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1244>
25. Rosa CB, Garces SBB, Hansen D, Brunelli ÂV, Bianchi PD, Coser J, et al. Malnutrition risk and hospitalization in elderly assisted in Primary Care. *Cienc Saude Colet [Internet]*. 2017 Feb;22(2):575–82. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.15732016>.
26. do Couto AM, de Castro EAB, Caldas CP. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *Rev Rene (Online)*. 2016 Feb.21 [cited 2023Mar.15];17(1):76-5. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2624>
27. Andrade VMP, Cardoso CL. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico-USF [Internet]*. 2017 Jan;22(1):87–98. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220108>.
28. Muniz EA, Aguiar MFS, Brito MCC, Freitas CASL, Moreira ACA, Araujo CRC. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Rev Kairos (Online)*. 2019;19(2):133-46. doi: 10.23925/2176-901X.2016v19i2p133-146.
29. Montandon AAB, Carrascosa AC, Ribeiro C, Bastos AC, Romano JV. A interprofissionalidade e sua importância na promoção de saúde do idoso: revisão integrativa. *Envelhecimento humano: desafios contemporâneos*. 2021;3(1):14-48. doi: 10.37885/210404117.
30. Stenholm S, Westerlund H, Head J, Hyde M, Kawachi I, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J. Comorbidity and functional trajectories from midlife to old age: the Health and Retirement Study. *J Gerontol Ser A, Biol Sci Med Sci*. 2015;70(3):332-8. doi:10.1093/gerona/glu113.
31. Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL. Sociodemographic and health factors associated with mortality in community-dwelling elderly. *Rev Saude Publica [Internet]*. 2017;51:42. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006708>.

32. Brasil. Estatuto do idoso: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

Como citar: Gomes JRC, Garcia TFM, Sousa LCM, Garcia LRS. Estado nutricional e condições clínicas de saúde de pessoas idosas em atendimento público domiciliar. *Rev Saude Redes*. 2023;9(sup6):4329. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9nsup6.4329.

Submissão: 16/03/2023

Aceite: 04/11/2023