



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 3 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p265-279

Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados em uma região do norte do Brasil

Evaluation of the nutritional status of institutionalized elderly people in a region of north Brazil

Thais Renata Muniz

Mestre em Ciências da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde, Boa Vista, RR, Brasil;

E-mail: thaysrmuniz@hotmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1479-7482>

Paulo Sérgio da Silva

Doutor em Ciências; Universidade Federal de Roraima-Curso de Bacharelado em Enfermagem. Boa Vista, RR, Brasil;

E-mail: pssilva2008@gmail.com;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2746-2531>

Jackeline da Costa Maciel

Doutorado em Ciências Biológicas; Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil;

E-mail: jackeline.maciell@ufrr.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1147-6018>

Georgia Patrícia da Silva Ferko

Doutora em políticas públicas; Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil;

E-mail: geoufpe@yahoo.com.br;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0020-6557>

Resumo: Objetivo: Avaliar o estado nutricional de idosos institucionalizados em Boa Vista, Roraima.

Métodos: Estudo de corte transversal, com delineamento descritivo e abordagem quantitativa com 27 idosos, de ambos os sexos, que residiam na única instituição de longa permanência para idosos no município de Boa Vista, Roraima, há mais de trinta dias no período da coleta de dados. Para avaliar o estado nutricional dos idosos, foi aplicada a Mini Avaliação Nutricional completa em dezembro de 2018. **Resultados:** Evidenciou-se que, 88,9% dos idosos eram do sexo masculino, com prevalência de 44,4% na faixa etária de 70 a 79 anos. O tempo médio de institucionalização foi de 6,1 anos ($\pm 7,1$). Na avaliação nutricional, verificou-se a prevalência de 66,7% de idosos com risco de desnutrição. **Conclusão:** Na classificação geral do estado nutricional, houve uma frequência importante de idosos com desequilíbrio do estado nutricional, evidenciando a necessidade de intervenções clínicas nesta área.

Palavras-chave: Idoso; Avaliação Nutricional; Envelhecimento; Saúde do idoso institucionalizado.

Abstract: Objective: To assess the nutritional status of institutionalized elderly people in Boa Vista, Roraima.

Methods: Cross-sectional study, with a descriptive design and a quantitative approach, with 27 elderly people, of both sexes, who lived in the only long-stay institution for the elderly in the city of Boa Vista,

Roraima, for more than thirty days during the data collection period. To assess the nutritional status of the elderly, the complete Mini Nutritional Assessment was applied in December 2018. **Results:** It was evident that 88.9% of the elderly were male, with a prevalence of 44.4% in the age group of 70 to 79 years. The average time of institutionalization was 6.1 years (± 7.1). In the nutritional assessment, there was a prevalence of 66.7% of elderly people at risk of malnutrition. **Conclusion:** In the general classification of nutritional status, there was an important frequency of elderly people with an imbalance in their nutritional status, evidencing the need for clinical interventions in this area.

Keywords: Aged; Nutritional assessment; Aging; Health of the institutionalized elderly.

Introdução

O processo de envelhecimento é um fenômeno observado mundialmente. Sua ocorrência sem precedentes é justificada por progressivas quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade capaz de provocar significativas alterações na estrutura etária da população.¹

Cabe destacar que a população idosa é a que mais cresce em todo o mundo. A expectativa voltada para a população brasileira, segundo o cálculo das projeções populacionais para o total do país e as unidades da federação, por sexo e idade, nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final deste período e, em 2060, um quarto da população, cerca de 25,5% terá mais de 65 anos.²

É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças, que acompanham o envelhecimento. Nesta perspectiva, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), caracteriza o envelhecimento como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, conhecida como senescência, que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema, mas, por outro lado, pode ocorrer o desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças que requeiram assistência à senilidade.³

O idoso, portanto, passa por uma série de alterações, que, sem dúvida, o torna mais frágil ao desenvolvimento de distúrbios nutricionais, bem como à perda de função e desempenho das atividades de vida diária, laborais e recreacionais e podem, por fim, agravar seu estado de saúde e levá-lo à morte.⁴

Assim, devido à escassez de pesquisas que abordem a temática em questão, ou que utilizem instrumentos de avaliação do estado nutricional, que possam subsidiar a realização de intervenções mais eficazes, tendo como base evidências científicas são, portanto, processos fundamentais,

especialmente investigações que toquem a condição de saúde de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).⁵ Por conseguinte, o objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional dos idosos institucionalizados em Boa Vista, Roraima.

Metodologia

Estudo de corte transversal, com delineamento descritivo e abordagem quantitativa com idosos residentes em uma ILPI situada na cidade de Boa Vista - Roraima. A referida instituição é a única ILPI pública e de referência no Estado de Roraima, apresenta capacidade para atender 30 idosos e tem como finalidade prestar assistência a idosos com variados graus de dependência funcional na execução de atividades de vida diárias e de vulnerabilidade social.

Os idosos institucionalizados foram investigados, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que residiam na instituição há mais de 30 dias no período da coleta de dados. Foram excluídos do estudo os idosos que durante o período de coleta de dados estavam hospitalizados. Toda a coleta destes dados foi realizada durante o mês de dezembro de 2018.

Para realizar a caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos, foi utilizado um instrumento de coleta de dados, contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, tempo de institucionalização) e clínicas (diagnósticos médicos). Todas essas informações foram obtidas por meio de consulta direta aos prontuários e prescrições médicas dos idosos incluídos na pesquisa.

Para a avaliação do estado nutricional dos idosos, foi aplicada a Mini Avaliação Nutricional (MNA[®]), ferramenta desenvolvida e validada conjuntamente pelo Departamento de Medicina Interna e Clínica Gerontológica do Hospital Universitário de Toulouse, na França e, pelo Programa de Nutrição Clínica da Universidade do Novo México dos Estados Unidos e pelo Centro de Pesquisa da Nestle[®] em Lausanne, na Suíça, em um estudo que comparou uma população de idosos frágeis em relação a um grupo de idosos saudáveis em Albuquerque, Novo México, EUA.⁶

A MNA pode ser usada frequentemente em ambiente hospitalar, ambulatorial, institucional e em atendimento domiciliar, por ser um instrumento considerado simples, de baixo custo e de elevada acurácia capaz de precaver a desnutrição no idoso.^{7,8,9} A avaliação foi realizada em ambiente reservado na própria instituição, individualmente com os idosos considerados com discernimento e com auxílio de cuidadores para aqueles considerados sem discernimento.

Essa ferramenta contempla 18 itens que englobam antropometria, avaliação dietética, avaliação clínica global e autopercepção de saúde, e estado nutricional; possui todas as questões de preenchimento numérico com soma da pontuação final para definição do diagnóstico nutricional.

Na MNA, a avaliação antropométrica engloba o Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso; a avaliação global refere-se ao modo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos; a avaliação dietética refere-se ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia na alimentação; e por fim, avalia a autopercepção quanto à saúde e à condição nutricional. Cada questão apresenta de 2 a 4 alternativas como resposta, que individualmente, possuem especificações ao final.¹⁰ As informações obtidas nas entrevistas foram complementadas com análise dos prontuários, prescrições médicas e aferições de medidas antropométricas.

Para realizar a aferição das medidas antropométricas de peso e estatura, foram seguidas as recomendações da Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.¹¹ A avaliação antropométrica de peso foi medida em quilograma, utilizando-se balança eletrônica digital portátil, tipo plataforma, com capacidade para 150 kg.

A mensuração da altura dos participantes foi realizada através do estadiômetro vertical portátil da marca Avanutri®, com extensão de 2,10 m, divididos em centímetros. E para a aferição de peso e estatura de idosos acamados e cadeirantes, estas medidas foram estimadas. A altura foi estimada por meio de equação de Chumlea et al.¹² de acordo com o sexo e utilizando a idade e altura do Joelho (AJ). O peso também foi estimado por meio de equação de Chumlea et al.¹³ de acordo com o sexo e utilizando as medidas de circunferência do braço (CB), AJ e circunferência da panturrilha (CP). Estas foram utilizadas por serem as técnicas recomendadas na literatura vigente para a população idosa.

Todas as medidas antropométricas mensuradas para as estimativas de peso e estatura seguiram o protocolo estabelecido por Lohman et al.¹⁴, tendo como instrumento de coleta a fita métrica da marca Macrolife®. Os resultados obtidos dessas medições foram utilizados para o cálculo do IMC, dividindo-se o peso do participante pela sua altura ao quadrado e, posteriormente, classificada considerando o ponto de corte, como: baixo peso IMC <22 kg/m²; eutrofia IMC entre 22 e 27 kg/m²; e sobrepeso IMC >27 kg/m².¹⁵

Ao final da triagem, foi realizada a soma dos escores da MNA, permitindo a identificação do estado nutricional. A sensibilidade desta escala é 96%, a especificidade 98%, e o valor prognóstico para desnutrição 97%, considerando o estado clínico como referência. Para a triagem, o máximo de pontos a ser atingido é de 14. O escore de 12 pontos ou mais considera o idoso como normal, sendo

desnecessária a aplicação de todo o questionário; para aqueles que atingem 11 pontos ou menos, deve ser considerada a possibilidade de desnutrição e, portanto, o questionário deve ser continuado, onde o escore por fim irá classificar o paciente segundo o estado nutricional normal (>24), risco de desnutrição (17 a 23,5) e desnutrido (<17).¹⁰

Os dados foram processados e tabulados através do software Microsoft Office Excel® 2016 e analisados com o auxílio do software estatístico R-project®. As análises estatísticas constituíram-se de: (a) análises descritivas por meio de distribuição de frequências absolutas, percentuais e médias para caracterizar o grupo em estudo; (b) utilização do teste de associação Qui-quadrado de Pearson para verificar associação estatisticamente significativa entre as variáveis do estudo, sendo o nível de significância adotado de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, sob o número de parecer 2.964.036 e número de CAAE 99820818.2.0000.5302 e cumpriu com todas as normas da Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, os quais regulamentam a realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

Para a realização da avaliação nutricional, os idosos que apresentaram desenvolvimento físico e cognitivo preservados foram informados sobre a natureza do estudo, seus objetivos, método e possíveis incômodos inerentes ao processo de coleta de dados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando sua participação na pesquisa. Para aqueles idosos que apresentaram algum comprometimento físico e cognitivo, e em abandono familiar, tiveram como representante legal a própria instituição que a fim de viabilizar a realização da pesquisa assinou a Declaração de Autorização da Instituição.

Por fim, para a coleta de dados dos prontuários e prescrições médicas dos idosos, os pesquisadores assinaram o Termo de Proteção de Risco e Confidencialidade, comprometendo-se a guardar sigilo das informações contidas nesses documentos e utilizá-los apenas para fins científicos.

Resultados/Discussão

Ao todo foram acessados durante o período de coleta de dados 28 idosos residentes na ILPI. Após o convite para a participação do estudo houve a recusa de 1 participante. Portanto, a investigação foi constituída de 27 idosos e foi caracterizada no plano sociodemográfico da seguinte forma: (88,9%) eram do sexo masculino. A idade variou de 63 a 97 anos ($\pm 9,0$), com média de 79 anos, sendo a faixa etária dos 70 a 79 anos a de maior prevalência (44,4%). O tempo médio de

institucionalização dos idosos foi de 6,10 anos ($\pm 7,1$), variando de 7 a 31,3 anos, conforme mostra a Tabela 1.

Na avaliação do estado nutricional, a MNA foi dividida em duas partes: a triagem nutricional e avaliação global. A Tabela 2 apresenta a frequência das respostas na triagem nutricional, obtendo-se um escore médio de 10,0 ($\pm 2,17$) pontos.

Verificou-se através da triagem que 11,1% dos idosos avaliados apresentaram risco de desnutrição. Em relação à diminuição da ingestão alimentar nos últimos três meses, 3,7% dos idosos referiram redução moderada da ingestão alimentar e nenhum idoso referiu diminuição grave da ingestão alimentar.

Apenas 14,8% dos idosos não sabiam informar sobre a ocorrência de perda de peso nos últimos três meses e 14,8% referiram que deambulam, mas não são capazes de sair de casa sem auxílio. Em relação ao IMC, 29,6% dos idosos apresentaram IMC inferior a 22 kg/m².

A ferramenta da MNA sugere a continuidade da triagem nutricional apenas nos indivíduos que apresentam possibilidade de desnutrição. Entretanto, a fim de ter uma avaliação nutricional rigorosa dos idosos, optou-se por aplicar a escala de avaliação global em todos os idosos (Tabela 3), obtendo-se um escore médio de 10,5 ($\pm 1,6$) pontos.

Quando investigados sobre o uso de medicação, 25 idosos (92,6%) faziam o uso de mais de três medicamentos diferentes ao dia, encontrando uma média de 8,9 ($\pm 3,9$) de medicamentos por idoso. Apesar dos idosos apresentarem uma média de 2,5 ($\pm 1,4$) doenças, mais da metade dos entrevistados (66,6%) considerou sua saúde boa ou ótima (Tabela 3).

Na classificação geral do estado nutricional, verificou-se frequência importante de idosos com desequilíbrio no estado nutricional, com percentuais de 66,7% para risco de desnutrição e 11,1% para desnutrição.

Observa-se, por fim, o resultado do teste de associação realizado, que nenhuma das variáveis dispostas na Tabela 4 apresentou um p-valor inferior a 0,05, logo, pode-se inferir que nenhuma das variáveis apresentou associação/influência estatisticamente significativa com o estado nutricional dos idosos, o que pode ser justificado pelo tamanho total da amostra.

Os achados mostraram predomínio de idosos do sexo masculino, com prevalência na faixa etária de 70 a 79 anos e tempo médio de institucionalização de 6,1 anos. Quanto ao estado nutricional, verificou-se a prevalência de idosos com risco de desnutrição na ILPI avaliada.

Essa prevalência difere de outras pesquisas nacionais, que demonstram um predomínio do sexo feminino nesse tipo de estabelecimento, de cuidado geriátrico, justificado pela expectativa de vida maior das mulheres em relação aos homens.^{16,17}

Essa divergência pode estar relacionada com as características regionais do extremo norte do Brasil, especificamente representada pela ILPI abrigar majoritariamente homens, que mudaram para o estado de Roraima em busca de melhores condições de vida com a atividade no garimpo.¹⁸

Sabe-se que o processo de envelhecimento traz consigo muitas inseguranças, especialmente, no que se refere às condições de saúde, e aos cuidados com a pessoa idosa, que são influenciados pelas mudanças estruturais das famílias quanto às modificações dos papéis desempenhados pelos seus membros, bem como a redução do seu tamanho e dos distintos arranjos familiares, essas alterações interferem, sobretudo, na disponibilidade de pessoas para os cuidados aos idosos dependentes em casa. Dessa forma, o processo de institucionalização consiste em uma válvula de escape e cada vez mais as famílias tendem a dividir as responsabilidades com as ILPI.¹⁹

Outros fatores podem contribuir para levar os idosos à institucionalização: morar sozinho, ser desprezado pela família ou adquirir a consciência de que necessita de cuidados em saúde, a independência dos filhos no papel de cuidadores formais, maus-tratos dos familiares, e ausência do cônjuge.^{20,21}

No que se refere ao resultado da média de idade dos idosos, achado semelhante foi encontrado na região do Distrito Federal, que evidenciou uma média de 78 anos de idade.¹⁹ Esse perfil mais envelhecido está coerente com o aumento da longevidade dos idosos brasileiros estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no entanto, a maior sobrevivência desse grupo está associada com maior tempo de incapacidade funcional, requerendo a dependência de arranjos institucionais.^{2,20}

A idade avançada traz consigo um aumento significativo da incidência de doenças crônicas e múltiplas aos idosos e que, juntamente com as manifestações clínicas decorrentes do processo de envelhecimento, influenciam no aumento a exposição à prática de polifarmacoterapia, entendida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos.^{22,23}

Quanto à ingestão hídrica, os achados vão ao encontro de um estudo realizado com idosos institucionalizados no município de João Pessoa-PB, no qual foi verificado que 86% dos idosos não faziam a ingestão de 5 ou mais copos de líquidos diariamente. É preciso destacar que a população idosa é considerada de risco e a inadequação na ingestão compromete mecanismos homeostáticos e pode resultar em estados de desidratação.²⁴

Alguns fatores contribuem para o comprometimento dos sistemas reguladores da água corporal, como: redução da sensação de sede, presença de condições médicas que dificultem o acesso à água (como demência, fragilidade, imobilidade, problemas de visão e deglutição). Logo, os profissionais de saúde, que trabalham nas ILPI, desempenham um papel crucial na prevenção da

desidratação. Tem sido evidenciado que algumas práticas como: aumento da disponibilidade, da variedade e o ajuste da temperatura, além do estímulo frequente verbal, podem ser medidas eficazes para aumentar o consumo de líquidos, prevenir e/ou reduzir a desidratação e manter a homeostase corporal em idosos.²⁵

Segundo Vitolo²⁶, se o indivíduo consumir uma dieta com porções recomendadas de frutas, legumes e verduras, os quais contêm muita água, não é necessário ingerir tanto líquido. Porém, pode-se verificar por intermédio da MNA que nenhum idoso consumia porções de frutas, verduras e legumes diariamente, obtendo uma alimentação monótona. Esse tipo de alimentação não contribui para o consumo de vários nutrientes e pode ser explicada pela falta de acesso a este tipo de alimento ou também por problemas de saúde que podem acabar comprometendo a ingestão de alimentos, como por exemplo, as doenças neurodegenerativas, em que o declínio cognitivo prejudica a dinâmica dos horários de alimentação, além de resultar na perda da capacidade de mastigar e deglutir de forma eficaz e segura.²⁷

O consumo regular de frutas, legumes e verduras é apontado pela Organização Mundial da Saúde²⁸ como um importante fator de proteção e de prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), menor risco de mortalidade por doença de alta prevalência em idosos, como as de origem cardiovascular e neoplasias, e melhora na qualidade de vida dos idosos. Além disso, uma alimentação rica em fibras ajuda a prevenir a constipação, doenças crônicas e neurodegenerativas, comum nos idosos devido ao metabolismo que se encontra lento.^{27,28}

No entanto, manter uma alimentação e hidratação adequadas para os idosos é um desafio devido a diversos fatores, que alteram a dinâmica de vida e a integridade física, tais como a maior prevalência de doenças crônicas, dificuldades cognitivas, fragilidade, sarcopenia, polifarmácia, perda de autonomia, dificuldade para mastigação e deglutição.^{29,30}

Divergindo do presente estudo, uma pesquisa realizada na Bélgica constatou que o risco de desnutrição foi significativamente maior no grupo de idade mais velha ($p < 0,001$), além disso, a frequência desse agravo foi maior entre as mulheres ($p < 0,001$).³¹ Corroborando com o dado anterior, um estudo realizado em municípios do estado de Minas Gerais também encontrou prevalência de risco nutricional entre mulheres ($p < 0,006$).³² Pode-se citar ainda um estudo transversal de base populacional com idosos, que identificou relação direta entre baixo peso e o aumento da idade ($p < 0,001$), indicando que idosos longevos apresentaram maiores prevalências de déficits nutricionais.³³ Portanto, conforme apontam à literatura, algumas condições demográficas aumentam a taxa de risco nutricional, como pode ser observado com o aumento da idade.³⁴

Como sustentam os dados acima, as taxas de idosos institucionalizados em risco nutricional são elevadas. As condições de vida desses idosos, incluindo condições de alimentação e a presença de doenças estão intimamente relacionadas ao desfecho nutricional. Como consequência de um estado nutricional comprometido está uma baixa na qualidade de vida e maior probabilidade de mortalidade.

Mediante o exposto, é preciso que os profissionais de saúde, que atuam em ILPI, pensem nos benefícios assistenciais da identificação precoce de risco de desnutrição e desnutrição em idosos, uma vez que a terapia nutricional nesse processo se torna primordial para manutenção e prevenção das doenças e da própria desnutrição, além de contribuir para o fortalecimento de uma longevidade mais saudável e ativa.

Por fim, vale ressaltar que embora o presente estudo seja relevante em termos de caracterizar o perfil nutricional de idosos institucionalizados na única instituição da capital de Roraima, o N amostral da pesquisa, apesar de responder por 96,4% da população estudada, pode ter influenciado na identificação de associações entre as variáveis analisadas, configurando-se em uma limitação do estudo. Pode-se destacar também, o delineamento transversal do estudo, que impossibilita o acompanhamento do estado nutricional dos idosos institucionalizados, uma vez que a coleta de dados ocorreu em um único momento no tempo.

Considerações finais

As análises do perfil nutricional evidenciaram a prevalência de 66,7% de idosos institucionalizados com risco de desnutrição. Acredita-se que estes achados possam contribuir com os processos de cuidar que são realizados pela equipe multiprofissional de saúde, além de beneficiar o desenvolvimento de integrações interinstitucionais e realização de programas para idosos institucionalizados, que sejam capazes de considerar dimensões clínicas da nutrição junto ao SUS.

Referências

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2019: Highlights. New York: USA; 2019.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [cited 2022 Ago 03]. Available from: <https://www.ibge.gov.br>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS; 2006 [cited 2022 Ago 03]. 192 p.

4. Chumlea WC. The state of the mini nutritional assessment? *Nutrition* [Internet]. 1999 [cited 2022 Ago 03]; 15(2). doi: 10.1016/s0899-9007(98)00159-2.
5. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2022 Ago 03]; 18(4): 1069-1078. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400020>.
6. Guigoz Y. The mini nutritional assessment (MNA®) review of the literature – What does it tell us?. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2006 [cited 2022 Ago 03]; 10(6):466-85. Pubmed PMID: 17183419.
7. Machado RSP, Coelho MASC, Veras RP. Validity of the Portuguese version of the mini nutritional assessment in Brazilian elderly. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2015 [cited 2022 Ago 03]; 15 (132). doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0129-6>.
8. Fidelix MSP, Santana AF de F, Gomes JR. Prevalência de desnutrição hospitalar em idosos. *R. Assoc. bras. Nutr* [Internet]. 2013 [cited 2022 Ago 03]; 5 (1):60–68. Available from: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/8>.
9. Beghetto MG, Luft VC, Mello ED, Polanczyk CA. Accuracy of nutritional assessment tools for predicting adverse hospital outcomes. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2009 [cited 2022 Ago 03]; 24(1):56-62. Pubmed PMID: 19266114.
10. Nestlé Nutrition Institute. MNA®. 2006 [acesso em 2022 Ago 03]. Available from: https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: MS; 2011 [cited 2022 Ago 03]. 76 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.
12. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh, ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1985 [cited 2022 Ago 03]; 33(2):116-20. doi: 10.1111/j.1532-5415.1985.tb02276.x.
13. Chumlea WC, Guo S, Roche A F, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 1988 [cited 2022 Ago 03]; 88(5):564-8. Pubmed PMID: 3367012.
14. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, IL, USA: Human Kinetics Books; 1988.
15. Lipschitz DA. Screening for nutrition status in the elderly. *Prim Care* [Internet]. 1994 [cited 2022 Ago 03]; 21(1): 55-67. Pubmed PMID: 8197257.
16. Rosa TSM, Moraes AB, Santos Filha VAV. The institutionalized elderly: sociodemographic and clinical-functional profiles related to dizziness. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2016 [cited 2022 Ago 03]; 82 (2): 159-169. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.12.014>.
17. Tomicki, C, Lini, E, Picoli N, Cecchin, L, Portella M. Percepção subjetiva de saúde de idosos residentes em instituições de longa permanência. *RBCEH* [Internet]. 2016 [cited 2022 Ago 03]; 13 (2). doi: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v13i2.5247>.
18. Staeve PM. Migrações e múltiplas identidades dos imigrantes em Boa Vista-RR. *Informe Gepec* [Internet]. 2011 [cited 2022 Ago 03]; 15(3): 478-487. doi: <https://doi.org/10.48075/igepec.v15i3.6295>.
19. Carvalho, VL. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. *Cad. Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 2022 Ago 03]; 22(2): 184-91. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400020012>.

20. Duarte, LMN. O processo de institucionalização dos idosos e as territorialidades: espaço como lugar? *Estud. interdiscipl. envelhec* [Internet]. 2014 [cited 2022 Ago 03]; 19 (1): 201-217. doi: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.33754>.
21. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano AA. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 94-123.
22. Reis KMC, Jesus CAC. Relação da polifarmácia e polipatologia com a queda de idosos institucionalizados. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2022 Ago 03]; 26(2): e3040015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003040015>.
23. Skinner M. A literature review: polypharmacy protocol for primary care. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2022 Ago 03]; 36(5): 367-371. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.05.003.
24. Ferreira JDL, Soares MJGO, Lima CLJ, Ferreira TMC, Oliveira OS, Silva MA. Avaliação nutricional pela Mini avaliação Nutricional: uma ferramenta para o enfermeiro. *Enfermería Global* [Internet]. 2018 [cited 2022 Ago 03]; 51:280-291. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.290251>.
25. Bunn DK, Abdelhamid A, Copley M, Cowap, V, Dickinson A, Howe A, et al. Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking Well IN dementia (EDWINA) systematic review. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016 [cited 2022 Ago 03]; 16:89. doi: 10.1186/s12877-016-0256-8.
26. Vitolo, MR. *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
27. Albanese E, Taylor C, Siervo M, Stewart R, Prince MJ, Acosta D. Dementia severity and weight loss: a comparison across eight cohorts. The 10/66 study. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2013 [cited 2022 Ago 03]; 9(6): 649-56. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.014.
28. Barichella M, Pacchetti C, Bolliri C, Cassani E, Iorio L, Pusani C, et al. Probiotics and prebiotic fiber for constipation associated with Parkinson disease: An RCT. *Neurology* [Internet]. 2016 [cited 2022 Ago 03]; 20;87(12):1274-80. doi: 10.1212/WNL.0000000000003127.
29. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint*. Geneva: WHO; 2003.
30. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* [Internet]. 2019 [cited 2022 Ago 03]; 38(1):10-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>.
31. Vandewoude M, Van Gossum A. Nutritional screening strategy in nonagenarians: the value of the MNA-SF (mini nutritional assessment short form) in NutriAction. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2013 [cited 2022 Ago 03]; 17(4): 310-4. Pubmed PMID: 23538651.
32. Damo CC, Doring M, Alves ALSA, Portella MR. Risco de desnutrição e os fatores associados em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2018 [cited 2022 Ago 03]; 21(6): 735-742. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180152>.
33. Damião R, Santos AS, Matijasevich A, Menezes PR. Fatores associados ao risco de desnutrição em idosos do sudeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2022 Ago 03]; 20 (04). doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040004>.
34. Pereira IFS, Spyrides MHC, Andrade LMB. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2022 Ago 03]; 32 (5). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178814>.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em Boa Vista, Roraima, Brasil.

Variáveis	n	(%)
Faixa etária		
60-69 anos	5	18,5
70-79 anos	12	44,4
80-89 anos	6	22,2
90 anos ou mais	4	14,8
Sexo		
Masculino	24	88,9
Feminino	3	11,1
Tempo de Institucionalização		
0-9 anos	20	74,1
10-19 anos	6	22,2
20 anos ou mais	1	3,7
Nº de doenças diagnosticadas		
1-2 doenças	17	63,0
3-4 doenças	9	33,0
5 ou mais doenças	1	3,7
TOTAL	27	100,0

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 2. Triagem da Mini Avaliação Nutricional (MNA) em idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em Boa Vista, Roraima, Brasil (2018).

Fonte: Elaboração dos autores.

Triagem	Sem alteração		Com alteração		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?	26	96,3	1	3,7	27
B Perda de peso nos últimos 3 meses?	21	77,8	6	22,2	27	100,0
C Mobilidade	8	29,6	19	70,4	27	100,0
D Passou por algum estresse psicológico e/ou doença aguda nos últimos três meses?	14	51,9	13	48,1	27	100,0
E Problemas neuropsicológicos	17	63,0	10	37,0	27	100,0
F Índice de Massa Corporal	21	70,37	6	29,6	27	100,0

Tabela 3. Avaliação global pela Mini Avaliação Nutricional (MNA) em idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em Boa Vista, Roraima, Brasil.

Avaliação global	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
G Idoso vive na sua própria casa?	0	0	27	100	27	100,0
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	25	92,6	2	7,4	27	100,0
I Apresenta Lesões de pele ou escaras?	1	3,6	26	96,3	27	100,0
J Realiza 3 ou mais refeições ao dia?	27	100	0	0	27	100,0
K Consome pelo menos uma porção diária de leite ou derivados, pelo menos duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos e no mínimo uma fonte de proteína animal (carnes) ao dia?	23	85,2	4	4,8	27	100,0

L	Consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?	0	0	27	100	27	100,0
M	Consumo hídrico superior a cinco copos diários?	5	18,5	22	81,5	27	100,0
N	Alimenta-se sozinho?	27	100	0	0	27	100,0
O	Acredita ter algum problema nutricional?	8	29,6	19	70,4	27	100,0
P	Considera a sua saúde boa?	19	70,4	8	29,6	27	100,0
Q	Perímetro braquial ≥ 22 cm?	25	92,6	2	7,4	27	100,0
R	Perímetro da panturrilha ≥ 31 cm?	19	70,4	8	29,6	27	100,0

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 4. Associação entre estado nutricional, características sociodemográficas, clínicas e farmacoterapêuticas de idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em Boa Vista, Roraima, Brasil.

Variável	Estado Nutricional						P-valor
	Desnutrido		Estado Nutricional Normal		Sob risco de desnutrição		
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária							
60 - 69 anos	0	0	2	7,4	3	11,1	0,456
70 - 79 anos	2	7,4	3	11,1	7	25,9	
80- 89 anos	1	3,7	0	0	5	18,5	
90 ou mais anos	0	0	1	3,7	3	11,1	
Gênero							
Feminino	1	3,7	0	0	2	7,4	0,4072
Masculino	2	7,4	6	22,2	16	59,2	
IMC							
<22 Kg/m ²	2	7,4	0	0	6	22,2	0,1512
22 a 27 kg/m ²	1	3,7	2	7,4	7	25,9	
>27 kg/m ²	0	0	4	14,8	5	18,5	
Nº de doenças diagnosticadas							
1-2 doenças	2	7,4	5	18,5	10	37	0,1512

3-4 doenças	1	3,7	1	3,7	7	25,9	
5 ou mais doenças	0	0	0	0	1	3,7	
Número de Medicamentos							
1-2 medicamentos	0	0	0	0	1	3,7	
3-4 medicamentos	0	0	2	7,4	0	0	0,4561
5 ou mais medicamentos	3	11,1	4	14,8	17	63	
Tempo de institucionalização							
0-9 anos	1	3,7	6	22,2	13	48,1	
10-19 anos	2	7,4	0	0	0	0	0,7699
20 anos ou mais	0	0	0	0	5	18,5	
Total	3	11,1	6	22,2	18	66,7	

Fonte: Elaboração dos autores.

Submissão: 05/08/2021

Aceite: 16/03/2022