



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LINDINALVA VIEIRA DOS SANTOS

**COBERTURA E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS NO
SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

**TERESINA
2019**

LINDINALVA VIEIRA DOS SANTOS

**COBERTURA E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS NO
SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família,
do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Saúde no ciclo vital

Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e
Martins

**TERESINA
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA

S237c Santos, Lindinalva Vieira dos.

Cobertura e estado nutricional de idosos cadastrados no sistema de vigilância alimentar e nutricional / Lindinalva Vieira dos Santos. – Teresina: Uninovafapi, 2019.

Orientador (a): Prof. Dr. Maria do Carmo de Carvalho e Martins; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2019.

87. p.; il. 23cm.

Dissertação (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2019.

1. Cobertura de Serviços de Saúde. 2. Estado Nutricional. 3. Idoso. 4. Vigilância Nutricional. 5. Serviços de Saúde para Idosos. I. Título. II. Martins, Maria do Carmo de Carvalho.

Catálogo na publicação
Antonio Luis Fonseca Silva– CRB/1035
Francisco Renato Sampaio da Silva – CRB/1028

LINDINALVA VIEIRA DOS SANTOS

**COBERTURA E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS NO
SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa
de Mestrado Profissional em Saúde da
Família, do Centro Universitário
UNINOVAFAPI, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde da
Família.

APROVADO EM: 11/12/2019

BANCA EXAMINADORA

Maria do Carmo de Carvalho e Martins
Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins – Orientadora/Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Amanda de Castro Amorim Serpa Brandão
Profa. Dra. Amanda de Castro Amorim Serpa Brandão - 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí

Carmen Viana Ramos
Profa. Dra. Carmen Viana Ramos - 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Fabício Ibiapina Tapety
Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

DEDICATÓRIA

A meu pai, Francisco Mendes Vieira (*in memoriam*) pelo exemplo de homem íntegro, trabalhador e que, mesmo diante das adversidades, não desistia nunca.

À minha mãe, Maria Rosa do Espírito Santo, pessoa que, com seu dedicar diário, me impulsionou a sonhar grande. Maria Rosa, mãe amada, sem você eu, com certeza, não teria ido tão longe. Você, sempre acreditou que eu podia superar meus limites.

À minha amada irmã e amiga, Lindalva Vieira, que sempre acreditou em mim, que investiu sem medo na minha formação acadêmica e que está ao meu lado sempre.

Ao meu marido, Willame Carvalho, por estar ao meu lado, sempre zelando por mim, apoiando e respeitando todas as minhas escolhas. Amo muito você!

Ao meu amado filho Guilherme, sentido da minha vida.

A todos os meus familiares, pois família é tudo!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Deus, que na sua grande bondade, sempre me manteve com fé e vontade de trilhar meu caminho e não ter medo de ir além das minhas possibilidades chegando até esta nova conquista.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria do Carmo de Carvalho e Martins, pessoa de grande generosidade, que sempre se mostrou sensível às situações adversas surgidas ao longo da construção deste trabalho. Agradeço por sua paciência e por nunca desestimular a minha produção quando dos nossos encontros. Gratidão é o que me define neste momento!

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Universitário UNINOVAFAPI, em nome da Magnífica Reitora, Profa. Dra. Cristina Miranda, por ofertar o Mestrado Profissional em Saúde da Família em Teresina, o que proporcionou ficarmos próximos de nossas famílias, como também possibilitou que pudéssemos continuar nossas atividades cotidianas.

A professora Doutora Eliana Campelo Lago, coordenadora do programa de mestrado profissional em Saúde da Família por conduzi-lo com ética, sabedoria e competência, estando sempre aberta a resolver todos os anseios da turma.

Às professoras Dras. Carmen Viana Ramos e Amanda de Castro Amorim Serpa Brandão e ao professor Dr. Fabrício Ibiapina Tapety, por aceitarem prontamente o convite para comporem a banca de defesa do mestrado e contribuírem com a revisão crítica do trabalho.

A todos os professores do programa por conduzirem suas disciplinas de forma dinâmica, relacionando sempre teoria e prática.

Aos novos amigos da Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família e aos amigos que reencontrei, foi muito bom tê-los nesta caminhada.

A todos os profissionais que fazem o curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, em especial à Gelsemânia e à Samylle, pelo profissionalismo, atenção, disponibilidade e competência.

EPÍGRAFE

“A terceira idade é uma dádiva de Deus e chegar a ela é um privilégio.”

João Paulo II

RESUMO

Introdução: A importância do estado nutricional do idoso no desenvolvimento do perfil de qualidade de vida foi percebida em diversos estudos que relacionam estado nutricional e consumo alimentar. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional tem como objetivo a “atitude de vigilância” para cada indivíduo, grupo e fase da vida, identificando situações de risco e promovendo ações que proporcionem a prevenção de seus efeitos e a garantia do retorno ao quadro de normalidade. **Objetivos:** Estimar a cobertura do estado nutricional de idosos cadastrados no SISVAN-Web; Classificar o estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal; Elaborar como produto um programa de rádio intitulado: “O Remédio é o alimento”. **Métodos:** Realizou-se um estudo de delineamento ecológico, com dados secundários envolvendo a totalidade de idosos acompanhados pelo SISVAN-Web do Ministério da Saúde atendidos na atenção primária à saúde entre os anos de 2014 a 2018 no Estado do Piauí. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2018 a janeiro de 2019. Os registros do estado do Piauí por região de saúde por ano foram analisados no período escolhido. Foram gerados e analisados quinze relatórios para formação do banco de dados. A variável analisada para a classificação do estado nutricional foi o Índice de Massa Corporal para idosos. Os dados obtidos foram armazenados, tabulados e analisados em planilhas do programa Microsoft Office Excel versão 2010 para ambiente *Windows*. **Resultados:** Os resultados mostraram inexpressiva cobertura do SISVAN-Web. A maioria das regiões pesquisadas apresentou cobertura reduzida (<10%). Em grande parte das regiões a cobertura foi zero ou próxima de zero. Algumas regiões não apresentaram dados de cobertura em alguns dos anos pesquisados. A cobertura do estado nutricional no Piauí variou de 0,13% a 0,04%. Com uma cobertura total de menos de 1%, a representatividade dos dados provenientes do SISVAN-Web para o estado do Piauí, segundo vários estudos são semelhantes aos do país. A maioria dos indivíduos era do sexo feminino, com valores superiores a 60% da amostra. No que se refere aos idosos avaliados segundo estado nutricional foi observado predomínio de sobrepeso em quase todos os anos pesquisados com uma média de 34,78%, com exceção do ano de 2016, em que houve predomínio da eutrofia. Quanto à classificação do estado nutricional por sexo, foi observado que o sobrepeso foi mais frequente para o sexo feminino. Os anos de 2017 e 2018 apresentaram números reduzidos de cobertura em relação aos demais anos estudados. **Conclusão:** Foram baixos os percentuais de utilização do SISVAN-Web no estado do Piauí e os dados consolidados mostraram que nem todas as regiões de saúde alimentaram o sistema e isso pode ser apontado como um problema que pode comprometer o conceito de Vigilância Alimentar e Nutricional. O sobrepeso predominou em toda a amostra. Como contribuição, foi elaborado um programa de rádio abordando situações do cotidiano que podem comprometer a alimentação dos idosos com ênfase nos seguintes aspectos: A importância da variedade na alimentação; Dificuldade da mastigação e deglutição; Constipação; Diarréia; Perda de apetite; Saúde Bucal; Higiene Pessoal; Mitos sobre a alimentação; Baixo peso; Excesso de peso.

Palavras-chave: Cobertura de Serviços de Saúde. Estado Nutricional. Idoso. Vigilância Nutricional. Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The importance of the elderly's nutritional status in developing the quality of life profile was perceived in several studies that relate nutritional status and food consumption. The Food and Nutritional Surveillance System aims at the "attitude of surveillance" for each individual, group, and stage of life, identifying risk situations and promoting actions that prevent their effects and guarantee a return to normal conditions. **Objectives:** To estimate the coverage of the nutritional status of elderly people registered on SISVAN-Web; Classify the nutritional status according to the Body Mass Index; Develop as a product a radio program entitled: **"The Medicine is the food"**. **Methods:** An ecological design study was conducted, with secondary data involving all older adults monitored by the Ministry of Health's SISVAN-Web treated in primary health care between 2014 and 2018 in the State of Piauí-Brazil. Data collection took place between September 2018 and January 2019. The records of the state of Piauí by health region per year were analyzed in the chosen period. Fifteen reports were generated and analyzed to form the database. The variable analyzed for the classification of nutritional status was the Body Mass Index for the elderly. The obtained data were stored, tabulated, and analyzed in Microsoft Office Excel 2010 version spreadsheets for the Windows environment. **Results:** The results showed insignificant coverage of SISVAN-Web. Most of the surveyed regions had reduced range (<10%). In most regions, coverage was zero or close to zero. Some regions did not present coverage data in some of the years surveyed. The coverage of nutritional status in Piauí ranged from 0.13% to 0.04%. With a total coverage of less than 1%, the representativeness of data from SISVAN-Web for the state of Piauí, according to several studies, is similar to that of the country. Most individuals were female, with values greater than 60% of the sample. Concerning the elderly assessed according to nutritional status, a predominance of overweight was observed in almost all the years surveyed, with an average of 34.78%, with the exception of the year 2016, when there was a predominance of eutrophy. Regarding the classification of nutritional status by sex, it was observed that overweight was more frequent among women. The years 2017 and 2018 presented reduced numbers of coverage in comparison with the other years. **Conclusion:** The percentage of use of SISVAN-Web in the state of Piauí was low. The consolidated data showed that not all health regions fed the system, which can be pointed out as a problem that may compromise Food and Nutrition Surveillance. Overweight predominated throughout the sample. As a contribution, a radio program was elaborated addressing everyday situations that may compromise the elderly's diet with an emphasis on the following aspects: The importance of variety in food; Difficulty in chewing and swallowing; Cold; Diarrhea; Loss of appetite; Oral Health; Personal Hygiene; Myths about food; Low weight; Overweight.

Keywords: Health Services Coverage. Nutritional Status. Older adult. Nutritional Surveillance. Health Services for the Elderly.

RESUMEN

Introducción: La importancia del estado nutricional del anciano en el desarrollo del perfil de calidad de vida se percibió en varios estudios que relacionan el estado nutricional y el consumo de alimentos. El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional tiene como objetivo la “actitud de vigilancia” para cada individuo, grupo y etapa de la vida, identificando situaciones de riesgo y promoviendo acciones que brinden la prevención de sus efectos y la garantía del retorno a la normalidad.

Objetivos: Estimar la cobertura del estado nutricional de las personas mayores registradas en SISVAN-Web; Clasificar el estado nutricional según el Índice de Masa Corporal; Desarrollar como producto un programa de radio titulado: “**El remedio es la comida**”.

Métodos: Se realizó un estudio de diseño ecológico, con datos secundarios que involucraron a todos los ancianos monitoreados por el SISVAN-Web del Ministerio de Salud atendidos en atención primaria de salud entre 2014 y 2018 en el Estado de Piauí-Brasil. La recolección de datos se realizó entre los meses de septiembre de 2018 a enero de 2019. Se analizaron los registros del estado de Piauí por región sanitaria por año en el período elegido. Se generaron y analizaron quince informes para formar la base de datos. La variable analizada para la clasificación del estado nutricional fue el Índice de Masa Corporal de los ancianos. Los datos obtenidos fueron almacenados, tabulados y analizados en hojas de cálculo de Microsoft Office Excel 2010 versión para Windows.

Resultados: Los resultados mostraron una cobertura insignificante de SISVAN-Web. La mayoría de las regiones encuestadas tenían una cobertura reducida (<10%). En la mayoría de las regiones, la cobertura fue cero o cercana a cero. Algunas regiones no presentaron datos de cobertura en algunos de los años encuestados. La cobertura del estado nutricional en Piauí osciló entre 0,13% y 0,04%. Con una cobertura total menor al 1%, la representatividad de los datos del SISVAN-Web para el estado de Piauí, según varios estudios, es similar a la del país. La mayoría de los individuos eran mujeres, con valores superiores al 60% de la muestra. Con respecto a los ancianos evaluados según el estado nutricional, se observó un predominio del sobrepeso en casi todos los años encuestados, con una media del 34,78%, a excepción del año 2016, cuando hubo predominio de la eutrofia. En cuanto a la clasificación del estado nutricional por sexo, se observó que el sobrepeso fue más frecuente entre las mujeres. Los años 2017 y 2018 presentaron cifras reducidas de cobertura en relación a los otros años estudiados. **Conclusión:** El porcentaje de uso de SISVAN-Web en el estado de Piauí fue bajo y los datos consolidados mostraron que no todas las regiones de salud alimentaron el sistema y esto se puede señalar como un problema que puede comprometer el concepto de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. El sobrepeso predominó en toda la muestra. Como contribución, se elaboró un programa de radio que aborda situaciones cotidianas que pueden comprometer la dieta de los ancianos con énfasis en los siguientes aspectos: La importancia de la variedad en la alimentación; Dificultad para masticar y tragar; Frío; Diarrea; Pérdida de apetito; Salud bucal; Higiene personal; Mitos sobre la comida; Bajo peso; Sobrepeso.

Palabras clave: Cobertura de servicios de salud, estado nutricional. Anciano. Vigilancia nutricional. Servicios de salud para personas mayores.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CGAN	Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	Política Nacional do Idoso
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização do Problema	12
1.2	Objeto do estudo	14
1.3	Hipótese	14
1.4	Objetivos	15
1.5	Justificativa e relevância	15
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
2.1	Envelhecimento populacional	16
2.2	Processo de envelhecimento	17
2.3	O idoso no Brasil	18
2.4	Nutrição e envelhecimento	20
2.5	Avaliação do estado nutricional	22
2.6	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN	23
3	MÉTODOS	26
3.1	Tipo de estudo	26
3.2	População	26
3.3	Instrumentos de medidas e de coleta de dados	26
3.4	Processamento e análise dos dados	31
3.5	Elaboração do produto	31
3.6	Aspectos éticos e legais	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1	MANUSCRITO	33
4.2	PRODUTO	45
5	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXOS	67

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

O processo de envelhecimento da população tem sido motivado pelo aumento da expectativa de vida e queda das taxas de fecundidade. É um fenômeno natural e mundial, relativamente recente no Brasil e irreversível. O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008; OLIVEIRA, 2015a).

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842/94, é regulamentada pelo Decreto Nº 1948/96, que tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a autonomia, a integração e a participação efetiva na sociedade, como instrumento fundamental de direito próprio de cidadania. São considerados idosos, segundo a Lei n. 10.741, de 1.º de outubro de 2003, os indivíduos que têm idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2003).

Estima-se que, em 2025, haverá cerca de 32 milhões de idosos no Brasil, o que dará ao país a sexta posição no ranking dos países com mais idosos do mundo (BRASIL, 2010a). Esse crescimento acelerado acarreta implicações sociais e econômicas para a sociedade (LINCK; CROSSETTI, 2011).

A Atenção Básica (AB) considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006), com objetivo principal de promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua (BRASIL, 2012).

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família (Enfermeiros, Médicos, Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários, Odontólogos e Auxiliares de Saúde Bucal) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada acabam criando vínculos de responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (BRASIL, 2012).

As pesquisas evidenciam que o principal fator determinante de uma vida longa é a nutrição adequada. Apesar da melhoria recente do estado nutricional do brasileiro decorrente da expansão de serviços e programas de saúde, a manutenção de um estado nutricional adequado é muito importante, pois, de um lado, encontra-se o baixo peso, que aumenta o risco de infecções e mortalidade, e do outro o sobrepeso, que aumenta o risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemias (CABRAL et al., 2013).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013 mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade informaram ser portadores de, pelo menos, uma doença crônica (BRASIL, 2015). Nessa fase da vida, distúrbios nutricionais, como a desnutrição e o excesso de peso, são frequentes e merecem acompanhamento adequado. Cabe salientar, portanto, que as alterações nutricionais observadas nesta fase não fazem parte do processo natural fisiológico do envelhecimento (CINTRA; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

A avaliação nutricional e a identificação do perfil nutricional são de suma importância na prevenção e no controle das doenças relacionadas com a alimentação. Neste contexto, deve ser criteriosa considerando as modificações da composição corporal, próprias do processo de envelhecimento. Contribui para a promoção, recuperação e/ou manutenção da saúde monitorando o declínio das funções fisiológicas, as limitações dietéticas decorrentes de doenças e o uso regular de medicamentos (CARVALHO-FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

A importância do estado nutricional do idoso no desenvolvimento do perfil de qualidade de vida foi percebida em diversos estudos, que relacionam estado nutricional e consumo alimentar sendo considerado um importante elo entre os determinantes de saúde e doença. Assim, pode ser avaliado por métodos objetivos e subjetivos, dentre os quais podem se citar a antropometria, a bioimpedância, os testes bioquímicos, o exame clínico e a avaliação da ingestão alimentar. A utilização e a interpretação desses parâmetros apresentam limitações em idosos, sendo necessário realizar a avaliação nutricional por meio da associação de vários indicadores, com a utilização de critérios de diagnóstico e valores de referência específicos para essa faixa etária (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2016).

Na prática clínica, as medidas antropométricas mais utilizadas para a identificação do estado nutricional são: peso, estatura, perímetros e dobras

cutâneas. Algumas alterações corporais ocorrem com o envelhecimento em termos de composição corporal e de modificações diretamente ligadas à ingesta alimentar; os idosos apresentam redução progressiva da estatura (1-2cm/década); ganho ponderal e aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) até 65-70 anos, diminuindo após essa idade (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2018).

Diante deste contexto, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), instituído em 1990, tem como objetivo peculiar a “atitude de vigilância” e visão diferenciada para cada indivíduo, grupo e fase da vida, identificando situações de risco e promovendo ações que proporcionem a prevenção de seus efeitos e a garantia da retorno ao quadro de normalidade (BRASIL, 2000).

A partir de 2008, foi disponibilizado na *internet*, no site da CGAN (Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição) o SISVAN-Web, um novo sistema informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional para registro de informações do estado nutricional e do consumo alimentar da população atendida pela Atenção Básica do SUS (ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014).

Portanto, a partir da aplicação de indicadores e critérios de avaliação mais apropriados para esse grupo etário, considerando as modificações inerentes ao processo de envelhecimento buscou-se identificar a cobertura e o estado nutricional dos idosos a partir dos relatórios públicos do SISVAN Web, no período de 2014 a 2018, no Estado do Piauí, uma vez que estudos temporais ainda são escassos, o que evidencia a relevância da temática.

1.2 Objeto do estudo

Cobertura do acompanhamento e avaliação do estado nutricional de idosos pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional

1.3 Hipótese

A cobertura de acompanhamento tem relação com o resultado do estado nutricional de idosos cadastrados no SISVAN-Web.

1.4 Objetivos

- Estimar a cobertura do acompanhamento do estado nutricional de idosos cadastrados no SISVAN-Web;
- Classificar o estado nutricional dos idosos cadastrados nos SISVAN web, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC);

- Elaborar como produto o programa de rádio intitulado “**O Remédio é o alimento**” com dicas de alimentação para quadros como falta de apetite, diarreia, constipação destinado aos idosos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde.

1.5 Justificativa e relevância

Nas próximas décadas, no Brasil, a população idosa tende a aumentar de forma progressiva, como aponta a Projeção da População, do IBGE, atualizada em 2018. Segundo a pesquisa, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos. Neste contexto, torna-se necessária atenção aos fatores que possibilitam o bem-estar desse grupo etário, para que os serviços de saúde estejam preparados para este novo panorama demográfico (PERISSÉ; MARLI, 2019).

A má nutrição contribui significativamente para o aumento de complicações de doenças agudas como incremento da morbidade e aumento da mortalidade podendo afetar de forma negativa a saúde física e psicológica dos idosos (SILVA et al., 2015).

Uma efetiva avaliação nutricional possibilita o direcionamento das políticas públicas para diversas áreas, entre as quais: promoção e prevenção da saúde, agricultura, segurança alimentar, identificação de áreas endêmicas, dentre outros. Acredita-se que os resultados desta investigação apontarão contribuições para o ensino, assistência e pesquisas congêneres.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Envelhecimento populacional

A senescência é uma fase complexa e pluridimensional do desenvolvimento e está acontecendo de forma muito rápida e crescente mundialmente. As elevadas taxas de natalidade ocorridas no passado recente e a continuação da diminuição da mortalidade nas idades avançadas alteram a estrutura etária, ocasionando progressivo estreitamento na base da pirâmide populacional. A expectativa do aumento desse segmento populacional, no entanto, está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados que experimentarão futuramente (CAMARANO; KANSO, 2010; OLIVEIRA, 2015a).

Uma pessoa nascida no Brasil em 2017 tinha a expectativa de viver, em média, até os 76 anos. Isto representa um aumento de três meses e 11 dias em comparação a uma pessoa nascida em 2016. A expectativa de vida dos homens aumentou de 72,2 anos em 2016 para 72,5 anos em 2017, enquanto a das mulheres foi de 79,4 para 79,6 anos. Entre as Unidades da Federação, a maior expectativa de vida foi encontrada em Santa Catarina, 79,4 anos, e a menor no Maranhão, 70,9 anos. Entre as menores expectativas, estão os homens idosos do Piauí, com mais 14,6 anos, e as mulheres de Rondônia, com mais 17,2 anos. Em 1940, de cada mil pessoas que atingiam os 65 anos de idade, 259 atingiriam os 80 anos ou mais sendo que estes valores eram de 4,5 anos para as mulheres e 4,0 anos para os homens (BRASIL, 2017).

Até o ano de 2025 estimativas apontam que o Brasil terá a sexta maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões e com relação às pessoas denominadas muitos idosos, aquelas com 80 anos ou mais, segue a tendência mundial de crescimento, indicando que em 2040 alcançará a marca de 4,3% do total de habitantes e, em 2050, chegando a 6,4% da população (BRASIL, 2010; GALLETI, 2014).

O envelhecimento da população está associado ao aumento das demandas sociais e de saúde relativas a esta fase da vida, trazendo consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Os gastos dos idosos são geralmente superiores aos das demais faixas etárias e, como as modificações na estrutura etária brasileira não são uniformes, as diferenças econômicas e sociais entre os idosos são profundas,

assim como o acesso e a qualidade da assistência à saúde, a promoção social, a prevalência de doenças, os hábitos alimentares, entre outros (LOPES, 2014).

2.2 Processo de envelhecimento

Como resultado da Transição Demográfica, o envelhecimento está em pleno curso na maioria dos países do mundo. O ritmo de crescimento populacional diminui no decorrer deste processo, ocorrendo a modificação da distribuição dos grupos etários com menor participação de crianças e jovens e, consequente, incremento dos idosos na população geral (OLIVEIRA, 2015a).

Integrante do ciclo vital, o envelhecimento constitui um conjunto de modificações morfofuncionais que levam o indivíduo a um processo dinâmico, contínuo e irreversível, que atinge todos os seres humanos independentemente. Não é definido por simples cronologia, mas por processos que variam de acordo com cada indivíduo, envolvendo fatores hereditários, a ação do meio ambiente, a própria idade, a dieta, tipo de ocupação e estilo de vida (CLAUDINO; SCHVEITZER; MAZO, 2010).

Vários conceitos caracterizam o envelhecimento humano: cronológico, biológico, social e psicológico. A partir da data do nascimento se tem a idade cronológica. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera como idoso, em países desenvolvidos, o indivíduo com mais de 65 anos, e em países em desenvolvimento, a pessoa com mais de 60 anos. A idade biológica, caracterizada pela senescência, é definida pela herança genética e ambiental, e se refere às mudanças hormonais, anatômicas, fisiológicas e bioquímicas. A idade social corresponde às normas, crenças e ideais sociais. A idade psicológica está relacionada aos posicionamentos subjetivos e aos recursos psíquicos que os indivíduos apresentam para lidar com os eventos da vida nos seus diferentes momentos (MOREIRA, 2012).

O envelhecimento é progressivo, sendo um processo irremissível do organismo de todos os seres vivos e não deve ser visto como sinônimo de enfermidade. Contudo, ao longo dessas mudanças acontecem alterações de natureza orgânica e fisiológica as quais podem interferir na saúde e nutrição dessa população (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

A senilidade, que é caracterizada pelo envelhecimento patológico, ocorre quando existem modificações provocadas por doenças ou traumas. Estas alterações podem limitar, com fragilidade ou invalidez, o bem-estar biológico e psicológico dos idosos, com a diminuição da acuidade dos processos mentais, e problemas de comportamento, como isolamento social (LOPES, 2014).

O processo de envelhecimento saudável não está totalmente relacionado à ausência de doenças, mas sim à manutenção da autonomia e independência do idoso, ainda que tal condição esteja acompanhada de DCNTs, tão frequentes nessa fase da vida. Portanto, um idoso portador de DCNTs, contudo independente e autônomo, pode representar um caso de envelhecimento bem-sucedido (TEIXEIRA; NERI, 2008; LOPES, 2014).

2.3 O idoso no Brasil

No Brasil, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, considera o idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

O ritmo de crescimento da terceira idade no Brasil tem sido sistemático e consistente e, segundo dados do Censo de 2010 do IBGE, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos encontrava-se em torno de 11%, o que correspondia a aproximadamente 20,5 milhões de pessoas (BRASIL, 2010). Estima-se que até 2050 esse número aumente para 66,4 milhões, passando para 73,5 milhões em 2060 (BRASIL, 2013).

O aumento do quantitativo populacional de idosos no Brasil é *sui generis*, pois, ao contrário do que ocorreu em alguns países desenvolvidos, que foram os primeiros a experimentar alterações demográficas que os fizeram alcançar a transição demográfica de modo lento e gradual, levando mais de um século para chegar à sua plenitude, aqui este processo tem ocorrido de forma rápida e em pouco espaço temporal, não havendo tempo suficiente para uma adequada reorganização social (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O índice de envelhecimento no Brasil cresceu de 31,7%, em 2001, para 51,8%, em 2011, aproximando-se do indicador mundial, de 48,2%. A projeção para 2060 é que

este índice chegue em torno de 174%. O estado do Piauí segue a mesma tendência do Brasil com um percentual de aproximadamente 163% em 2060 (BRASIL, 2015).

O Índice de Envelhecimento é calculado pelo número de pessoas de 60 anos ou mais, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Por apresentar vantagens de ser analiticamente simples, de mais fácil interpretação, por ter alta sensibilidade às variações na distribuição etária e contabilizar os dois grupos de idades que definem o processo de envelhecimento populacional o índice de envelhecimento é o melhor indicador do envelhecimento demográfico. Um índice de envelhecimento inferior a 15% demonstra que a população da localidade é jovem; se o índice está entre 15 e 30% a população é intermediária, e há certo equilíbrio entre jovens e idosos e se o índice de envelhecimento é superior a 30%, a população é envelhecida (OLIVEIRA, 2015a).

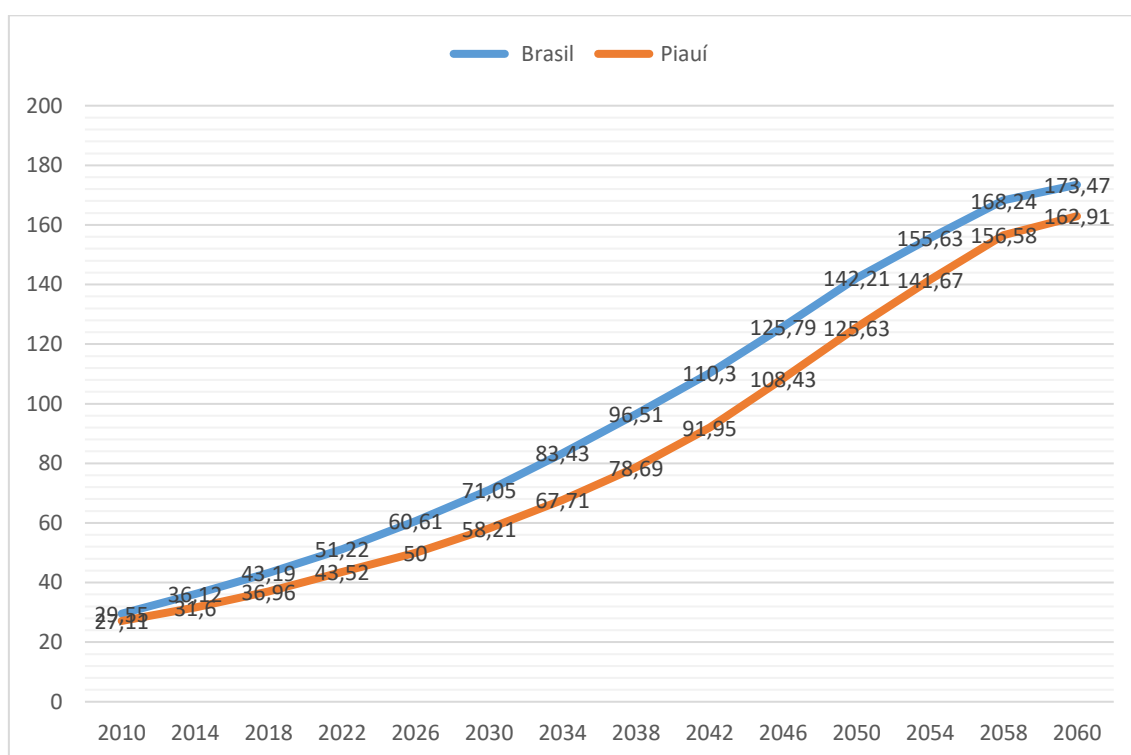


Gráfico 1 - Índice de envelhecimento no Brasil e Piauí, 2010 - 2060

Fonte: IBGE, 2019

Existe grande diferença em relação a distribuição dos idosos no território brasileiro, assim como uma considerável desigualdade social. O Sudeste, uma das regiões mais desenvolvidas e que concentra cerca de 80% do Produto Interno Bruto

(PIB), apresenta maior número destes indivíduos, enquanto o Nordeste, menos desenvolvido, igualmente tem alta concentração, muito provavelmente pela emigração de jovens e adultos, ocasionada pela busca de melhores condições de vida (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015).

Uma série de fragilidades em vários setores leva a crer que o Brasil, embora considerado um país envelhecido, atualmente, não está adequadamente preparado para lidar com essa realidade, sobretudo no âmbito da Saúde Pública, o que o coloca em posição de destaque, não apenas pelo conjunto de processos que tem culminado com um aumento cada vez maior de idosos, de forma acelerada, conforme referido, mas também devido à conjuntura em que se insere, sobretudo de desigualdade territorial e social (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

2.4 Nutrição e envelhecimento

A renda, a escolaridade, as condições de moradia e o acesso aos bens e serviços interferem na disponibilidade e/ou acesso aos alimentos, afetando as escolhas dietéticas e o padrão alimentar ao longo da vida, que são diretamente influenciados pelas condições socioeconômicas e estas, desempenham um papel fundamental em relação à qualidade de vida na velhice (FARES et al., 2012).

O envelhecimento provoca várias alterações fisiológicas, e estas modificam as necessidades nutricionais afetando o estado nutricional. As possíveis disparidades entre as necessidades de nutrientes e a ingestão dietética podem ser acentuadas pela coexistência de doenças crônicas e/ou a utilização de fármacos podendo como consequência causar desnutrição (WIDITH; REINHARD, 2011). Os idosos em geral necessitam de mais atenção e cuidado, pois a saúde e a longevidade estão relacionadas ao estado nutricional e hábitos alimentares. Segundo Marucci, Alves e Gomes (2010):

Com envelhecimento, ocorre redução progressiva de todos os compartimentos corporais: massa magra (que inclui massa muscular, água e tecido ósseo) e massa gordurosa (em relação à quantidade absoluta – Kg). A diminuição da massa muscular ocorre em velocidade maior que a da massa gordurosa, em especial, nos membros superiores e inferiores, principalmente, devido à redução da atividade física (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2010. p.461-488).

A obesidade e a desnutrição são distúrbios nutricionais frequentes nessa fase da vida, e exigem acompanhamento adequado (CURIATI; GARCIA, 2006). Vale ressaltar, no entanto, que as alterações nutricionais observadas nessa fase da vida não fazem parte do processo natural fisiológico do envelhecimento. Geralmente, o padrão alimentar do idoso continua semelhante àquele estabelecido pelos hábitos na juventude e o estado nutricional continua a ser apropriado, mesmo nessa fase da vida. Alterações no estado nutricional nos idosos estão relacionadas ao aumento de doenças e incapacidades associadas às modificações no estilo de vida (CINTRA; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

No corpo humano ao longo do processo de envelhecimento, ocorrem diversas mudanças, como exemplo, a diminuição do número de botões gustativos das papilas linguais, que em idosos acima dos 70 anos se apresentam em menos de cem (MARTINS et al., 2016). Diante disso, há uma sensível redução da sensibilidade por sabores primários como o doce, o amargo e o ácido, o que leva os mesmos a apresentarem diminuição do consumo alimentar (CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011; MARTINS et al., 2016).

Os idosos apresentam menor quantidade de água no organismo, menor capacidade dos rins para concentrar urina e menor sensação de sede. Também nessa fase, não é rara, a redução da ingestão de líquidos, o que os torna mais vulneráveis a desidratação. Destaca-se, assim, a importância das ações de promoção à saúde, que incluem a educação e o engajamento em comportamentos saudáveis, que auxiliem os idosos a compreenderem a importância da hidratação e as consequências da baixa ingestão de líquidos, como fadiga, “delirium”, infecção do trato urinário, agravamento da incontinência urinária e constipação intestinal (PALMER, 2014).

Incrementar o sabor no preparo das refeições para que se mantenha o consumo alimentar em quantidades adequadas e o prazer de comer dos idosos são muito importantes, pois os limiares de detecção e reconhecimento do sabor diminuem nesta fase. É importante ofertar refeições com variedade de cores e tipos de alimentos, de preferência na consistência sólida e com maior quantidade de fibras (VAN DER MEIJ et al., 2015).

Tais ações podem interferir na melhor percepção de saúde e de qualidade de vida dos idosos reforçando a necessidade de orientações nutricionais direcionadas a essa população, uma vez que a falta de conhecimento e informação

sobre a composição nutricional dos alimentos também pode determinar uma ingestão de alimentos prejudicada (GADENZ; BENVENÚ, 2013).

2.5 Avaliação do estado nutricional

O estado nutricional é o estado fisiológico de um indivíduo, resultante da relação entre o consumo de nutrientes e a necessidade e capacidade do corpo de digerir, absorver e utilizar estes nutrientes (FAO, 2014), e sua análise, em idosos, por meio de estudos epidemiológicos, pode ser realizada pela antropometria que é um método de simples utilização, com inocuidade, e facilidade de interpretação, e de menores restrições culturais.

O risco nutricional nos idosos, detectado através da avaliação nutricional é importante para indicar a necessidade de uma intervenção dietética e prevenir comorbidades, que interferem na expectativa e qualidade de vida destes indivíduos com idade avançada (CARDOZO et al., 2017).

Sendo um processo sistemático, a Avaliação Nutricional é o primeiro passo da assistência nutricional, e objetiva obter informações adequadas, a fim de identificar problemas ligados à nutrição. Vai desde a coleta e verificação até a interpretação de dados para tomada de decisões referentes à natureza e a causa de problemas relacionados à alimentação e à nutrição (DIAS et al., 2011). No caso dos idosos é considerada complexa devida a influência de vários fatores inerentes ao envelhecimento e que necessitam de um aprofundamento maior de investigação.

Para avaliar o estado nutricional dos idosos vários métodos objetivos e subjetivos têm sido utilizados. Dentre eles, destacam-se as medidas antropométricas como a circunferência do braço (CB), prega cutânea tricipital (PCT), circunferência da panturrilha (CP) (PAZ; FAZZIO; SANTOS, 2012), também os índices antropométricos como a relação cintura/quadril (RCQ), a circunferência muscular do braço (CMB), a área muscular do braço (AMB) e o índice de massa corporal (IMC)(CORTEZ; MARTINS, 2012).

Por ser uma medida facilmente aplicável, não invasiva e de baixo custo o IMC é o indicador antropométrico mais utilizado para avaliar o risco nutricional (SOUZA et al., 2013), como também é um índice capaz de mensurar o excesso e déficit de massa corporal em qualquer faixa etária. Porém, assim como a massa

corporal, não reflete com precisão a condição real de um indivíduo, devido ao fato de não considerar a composição corporal em sua classificação (FENG et al., 2012; MILLAR; PERRY; PHILLIPS, 2015).

O IMC ou índice de Quetelet resulta da divisão da massa corporal, em quilos, pela estatura em metros ao quadrado e varia de acordo com as modificações biológicas próprias do envelhecimento, tais como a redução da massa corporal e da estatura – cerca de 1 a 2 cm por década, diminuição da massa corporal magra e água corporal total, redistribuição da gordura corporal e da compressibilidade da pele (WHO, 1995).

Duas referências para a classificação do IMC são utilizadas: uma estipulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1995), usada para a classificação de crianças, adolescentes, adultos e gestantes e outra, proposta por Lipschitz usada para a classificação de idosos (LIPSCHITZ, 1994). Os pontos de corte propostos levam em consideração as mudanças na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento quando comparados com os indivíduos adultos.

Estado nutricional	IMC (Kg/m ²)
Magreza	< 22,0
Eutrofia (peso adequado)	22,0 – 27,0
Excesso de peso	> 27,0

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional de idosos pelo Índice de Massa Corporal (IMC)

Fonte: LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in te elderly. Primcare, 1994.

2.6 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN

O perfil nutricional de uma população é fundamental para as ações de intervenção e, nesse sentido, foi criado e implantado, no Sistema Único de Saúde (SUS), pela Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN) o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), (BRASIL, 2008; LIMA; NAVARRO, 2014), que, na estrutura orgânica do Ministério da Saúde (MS), se relaciona ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde. Sua principal missão é implementar ações condizentes com as diretrizes da

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) com vistas à garantia de condições de saúde adequadas à população brasileira (BRASIL, 2013) e por objetivo precípuo a “atitude de vigilância”, por meio da coleta, processamento, análise e descrição de forma contínua da situação de alimentação e nutrição da população (BRASIL, 2008; LIMA; NAVARRO, 2014).

O SISVAN viabiliza o armazenamento de dados e a geração contínua de informações sobre o estado nutricional e o consumo alimentar dos usuários da atenção básica do SUS por fazer parte do Sistema de Informação em Saúde (SIS). Essas informações oportunizam o diagnóstico e o acompanhamento da condição alimentar e nutricional da população brasileira e subsidiam a criação de intervenções sobre os fatores de risco associados aos agravos nutricionais e os fatores sociais causais das inseguranças alimentar e nutricional, tanto no sentido individual, quanto no coletivo. A vigilância nos serviços de saúde, em consonância com os inquéritos populacionais, as chamadas nutricionais e a produção científica, compõe a vigilância alimentar e nutricional e, por conseguinte, as ações de vigilância em saúde no país (BRASIL, 2015).

O SISVAN foi implantado em todo o Brasil, e fornece continuamente informações da situação nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS por intermédio da coleta de dados como: idade, peso, estatura e informações sobre o consumo alimentar de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes (BAGNI; BARROS, 2012).

O aplicativo “SISVAN/SP” para crianças menores de cinco anos e a ação “Pesar e medir no Programa do Lactente”, no Paraná, no começo dos anos 2000, foram as primeiras experiências de sistemas gerenciais de informações do SISVAN (CORTEZ; FIGUEIREDO; BRANDÃO, 2002; LEI et al., 2002; VENÂNCIO et al., 2007; PIAUÍ, 2016).

Lançada em 2003 a versão “SISVAN Módulo Municipal” se resumia em um software instalado nos computadores dos serviços de saúde e secretarias municipais e estaduais, sem conexão com a internet, para a digitação dos dados coletados para posterior envio do arquivo digital ao Ministério da Saúde. O “SISVAN Módulo Municipal” foi substituído, em 2008, pelo “SISVAN-Web”, uma ferramenta disponível via Internet (BRASIL, 2015).

Os profissionais da atenção básica inserem os dados antropométricos e de consumo alimentar dos usuários do SUS no sistema, por meio de uma plataforma

on-line acessada na unidade ou secretaria de saúde. Os dados de acompanhamento de estado nutricional inseridos no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SIGPBF) são migrados para o SISVAN-Web semestralmente (BRASIL, 2015).

Em síntese, todos os dados necessários para a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) devem compor a base de dados do SISVAN-Web, onde deverão ser consolidados para o devido processamento. Os registros das informações de consumo alimentar ocorrem pelo SISVAN-Web e pelos softwares Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e Coleta de Dados Simplificada (CDS) da estratégia e-SUS Atenção Básica (AB). À medida que os municípios adotam a estratégia e-SUS AB, podem realizar o acompanhamento do estado nutricional (avaliações antropométrica e dos marcadores de consumo alimentar), e todos os dados registrados nos sistemas PEC e CDS passarão a compor os relatórios consolidados no sistema gerador de relatórios do SISVAN-Web (BRASIL,2015).

A partir do exposto e da importância dos relatórios elaborados pelo SISVAN-Web com os dados que são registrados mensalmente, o acompanhamento do estado nutricional dos idosos é fundamental para detectar a necessidade de intervenções, no intuito de prevenir o surgimento de comorbidades, que podem afetar a qualidade de vida destes indivíduos com idade avançada no estado do Piauí.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de delineamento ecológico com dados secundários do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-Web (SISVAN-Web) do Ministério da Saúde, com idosos atendidos na atenção primária à saúde do SUS no período de 2014 a 2018 no Estado do Piauí, Brasil. Considerou-se como unidade de análise o universo das 11 Regiões de Saúde do Piauí.

3.2 População

A população foi constituída pela totalidade de 1679 registros de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, acompanhados pelo SISVAN Web do Ministério da Saúde, no estado do Piauí, segundo as Regionais de Saúde, nos anos de 2014 a 2018.

3.3 Instrumentos de medidas e de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2018 a janeiro de 2019. Foram utilizados dados disponíveis no “site” da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (www.saude.pi.gov.br) para a coleta de informações sobre as macrorregiões de saúde (Figura1).

A Secretaria de saúde do Estado do Piauí possui um aglomerado de 11 regiões de saúde que, através do Plano Diretor de Regionalização - PDR (2016-2019) passaram a compor 04 agrupamentos macrorregionais, assim denominados: Macrorregião Litoral (regiões de saúde Planície Litorânea e Cocais), Macrorregião Meio-norte (Regiões de saúde Entre Rios e Carnaubais), Macrorregião Semi-árido (Vales do Guaribas, Canindé e Sambito) e Macrorregião Cerrados (Vale dos Rios Piauí e Itaueira, Serra da Capivara, Chapada das Mangabeiras e Tabuleiros Alto Parnaíba), conforme apresentado na figura 1.

A agregação das 11 Regiões de Saúde objetiva orientar a definição de Diretrizes e Prioridades de Investimentos, com vistas à proposição da Política Estadual de Investimentos na Saúde. As bases legais para as propostas de

agregação regional para conformação das Macrorregiões, está ancorada na Lei Complementar nº 87/2007 que instituiu a Regionalização no Estado do Piauí e a criação dos Territórios de Desenvolvimento–TD (PIAUÍ, 2016).



Figura 1 – Territórios de Desenvoltimentos Sustentáveis

Fonte: www.seplan.pi.gov.br/planejamento.php (2019)

O Estado do Piauí possui uma área de 251.577,738 Km², distribuídos em 224 municípios. Tem uma população de 3.263.778 habitantes (IBGE, 2019). Está localizado no noroeste da região Nordeste e tem como limites o oceano Atlântico ao norte; Ceará e Pernambuco ao leste; Bahia ao sul e sudeste, Tocantins ao sudoeste e Maranhão ao oeste e noroeste. Apresenta uma densidade populacional igual a 12,40 hab/km² e uma população rural de 1.067.401 habitantes, representando cerca de 34,23% da população do Estado. A população urbana de 2.050.959 (65,77%) habitantes predomina sobre a população rural, justificado principalmente, pela concentração populacional na Capital do Estado.

O quadro 2 que apresenta a descrição das variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde do Piauí em relação ao nordeste e Teresina, a capital do

estado. Dados do censo de 2010 mostraram que dos 224 municípios piauienses, mais de 90,0% deles possuíam, ao menos, um indivíduo cadastrado nos SISVAN. A população idosa com registro de acompanhamento do estado nutricional no Piauí em 2010 era de 510 (0,016%). O Produto Interno Bruto per capita era da ordem de R\$ 6.051,00 e o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,65.

A população coberta por Agentes Comunitários de Saúde e pela Estratégia Saúde da família em 2010 foi de 3.104.445 e 3.062.448 respectivamente (Quadro 2) neste mesmo ano não houve registro de dados de cobertura e acompanhamento de idosos para a cidade de Teresina que, dentro do agrupamento das macrorregiões de saúde, está inserida na macrorregião de saúde Meio-norte e localizada na Região de Saúde Entre Rios (Figura 1).

Para a caracterização da cobertura por macrorregião de saúde e estado nutricional da população de idosos atendida foram acessados três relatórios de estado nutricional disponíveis no módulo gerador de relatórios que pode ser acessado pelo site:

<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>.

Os registros do estado do Piauí por região de saúde foram analisados por ano, no período pesquisado. Foi gerado um relatório com dados do número total de atendimentos e estado nutricional composto por ambos os sexos, outro relatório com dados dos indivíduos do sexo feminino e um terceiro com dados do sexo masculino. Ao todo foram gerados 15 relatórios entre o período de 2014 a 2018. Os quinze relatórios gerados foram compilados e analisados para formação do banco de dados.

As variáveis utilizadas para a geração dos relatórios públicos anuais do estado nutricional foram obtidas de acordo com as etapas previstas no sistema, sendo as seguintes para cada ano pesquisado (2014 a 2018) de acordo com a figura 2.

Macrorregiões/UF	Município (n)	População residente (habitantes)	Densidade demográfica (habitantes/km²)	¹ IDH-M UF	² PIB per capita (R\$)	População coberta por ³ ACS	População coberta por Equipe Saúde da Família	População idosa acompanhada
Nordeste	1.794	53.081.950	34,15	0,66	9.561,41	46.154.929	38.688.017	24.155
Piauí	224	3.118.360	12,40	0,65	6.051,00	3.104.445	3.062.448	510
Teresina	-	797.029	584,94	0,75	20.879,75	*	*	*

Quadro 2 - Caracterização da Unidade da Federação (Piauí), sua capital Teresina e a Macrorregião a que pertence segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde segundo o Censo de 2010.

Fonte: Censo- IBGE, 2010; Departamento de Atenção Básica (população coberta por ACS e EqSF; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (número de acompanhados).

¹Índice de Desenvolvimento Humano

²Produto Interno Bruto

³ Agente Comunitário de Saúde

*** no ano de 2010 não houve registro de cobertura para a cidade de Teresina**

Os dados do sistema são atualizados semanalmente e o módulo é composto por três opções: estado nutricional, consumo alimentar e ANDI-Atenção Nutricional a Desnutrição Infantil. Nesta pesquisa foram utilizados os relatórios de estado nutricional. Indicadores como renda e estratificação de idade da população idosa, não são fornecidas pelo SISVAN-Web.

I - Relatório selecionado: Estado nutricional

Estado nutricional

Ano e Mês de Referência / Unidade geográfica

→ Ano de referência

SELECIONE

→ Mês de referência

SELECIONE

→ Agrupar por

SELECIONE

Outros Filtros

→ Região de Cobertura

Região:

TODAS

→ Acompanhamentos registrados

Acompanhamento

SISVAN WEB

→ Fases da vida:

Fases da Vida:

SELECIONE

→ Povo e comunidade:

povo e comunidade:

TODO

→ Sexo:

Sexo:

TODOS

→ Escolaridade:

Escolaridade:

TODOS

→ Raça/cor:

Raça/cor:

TODAS

 VISUALIZAR RELATÓRIO



Ver em tela

Figura 2 –Relatórios de acesso público

Fonte: Ministério da Saúde © 2019. Secretaria de Atenção Primária à Saúde

A Cobertura total diz respeito ao percentual de indivíduos idosos, acompanhados pelo SISVAN-Web nas Regiões de Saúde. O cálculo da cobertura

total do estado foi obtido por meio da divisão do número de idosos de acordo com o último censo (IBGE, 2010) pela população idosa acompanhada pelo SISVAN-Web nas respectivas Regiões de Saúde. O resultado desse cálculo foi multiplicado por 100 para indicar o percentual da população coberta pelo sistema.

A variável analisada para a classificação do estado nutricional foi a classificação pelo IMC [$\text{IMC} = \text{massa corporal(kg)} / \text{estatura(m}^2\text{)}$] para idosos presentes no SISVAN-WEB]. Na classificação do estado nutricional foram adotados os seguintes critérios segundo o valor do IMC: $<22 \text{ kg/m}^2$ (magreza); 22 a 27 kg/m^2 (eutrofia); $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso), conforme e definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

3.4 Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram armazenados, tabulados e analisados em planilhas do programa Microsoft Office Excel versão 2010 para ambiente *Windows*.

3.5 Elaboração do produto

O produto elaborado foi um programa de rádio denominado “O Remédio é o Alimento” destinado a idosos, com *Spots* de veiculação quinzenal. São 10 programas onde são abordados problemas cotidianos relativos à alimentação e nutrição de idosos e situações de seu cotidiano que podem afetar seu estado nutricional. Os temas são apresentados de forma simples e com linguagem acessível para atingir um maior número de ouvintes. Inicialmente o programa será transmitido em uma rádio comunitária localizada em uma Unidade Básica de Saúde no bairro Vila da Paz na cidade de Teresina, no estado do Piauí. Esta unidade de saúde foi eleita por receber alunos do curso de nutrição ao qual a pesquisadora é vinculada. Pretende-se também que o mesmo seja disponibilizado para outras rádios para maior alcance do público a que se destina.

O programa de abertura dá dicas gerais sobre alimentação e envelhecimento e são apresentados de acordo com a programação da rádio. Os *Spots* apresentados abordam os seguintes aspectos: A importância da variedade na alimentação; Dificuldade da mastigação e deglutição; Constipação; Diarréia; Perda

de apetite; Saúde Bucal; Higiene Pessoal; Mitos sobre a alimentação do idoso; Baixo peso; Excesso de peso.

3.6 Aspectos éticos e legais

A coleta de dados ocorreu diretamente das bases de dados de domínio público disponíveis para consulta pública nos sites das instituições, o que dispensa a submissão ao Comitê de Ética como versa a resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Não houve conflitos de interesses para a realização deste estudo. Os resultados dessa pesquisa foram apresentados ao Centro Universitário UNINOVAFAPI, em apresentação oral e escrita.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito - Cobertura e estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Resumo

Estimar a cobertura e o estado nutricional de idosos acompanhados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional foi o objeto deste estudo. Tratou-se de um estudo ecológico, com dados secundários. Os percentuais de utilização do Sistema de vigilância alimentar e nutricional Web no estado do Piauí foram baixos. Os dados consolidados mostraram que nem todas as regiões de saúde alimentaram o sistema. Houve inexpressiva cobertura uma vez que a maioria das regiões pesquisadas apresentou cobertura menor que 10%. A cobertura média do estado nutricional no estado foi muito baixa (<1%). Mais de 60% da amostra era do sexo feminino com predomínio de sobrepeso (34,78% média) em toda a amostra analisada. A baixa cobertura do acompanhamento do estado nutricional pelo SISVAN-Web e o sobrepeso encontrados na amostra podem ser apontados como problemas que podem comprometer o conceito de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Descritores e Descriptores: Cobertura de Serviços de Saúde; Health Services Coverage; Estado Nutricional; Nutritional Status; Vigilância Nutricional; Nutritional Surveillance. Idoso; Aged; Serviços de Saúde para Idosos; Health Services for the Elderly.

Introdução

Estimativas apontam que o Brasil terá a sexta maior população idosa do mundo, até o ano de 2025, com cerca de 32 milhões e com relação às pessoas denominadas muitos idosos, aquelas com 80 anos ou mais, segue a tendência mundial de crescimento, indicando que em 2040 alcançará a marca de 4,3% do total de habitantes e, em 2050, chegando a 6,4% da população⁽¹⁾. Este crescimento acarreta implicações sociais e econômicas para a sociedade uma vez que o processo de envelhecimento da população tem sido motivado pelo aumento da expectativa de vida e queda das taxas de fecundidade⁽²⁾.

Apesar da melhoria recente do estado nutricional do brasileiro decorrente da expansão de serviços e programas de saúde, alterações funcionais como a redução da massa magra, aumento de adiposidade e diminuição da altura e do peso corporal comprometem a manutenção do estado nutricional adequado do idoso aumentando o risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis⁽³⁾. Nessa fase da vida distúrbios nutricionais, como a desnutrição e o excesso de peso, são

frequentes e merecem acompanhamento adequado. Cabendo salientar, portanto, que as alterações nutricionais observadas nesta fase não fazem parte do processo natural fisiológico do envelhecimento ⁽⁴⁾.

A avaliação nutricional e a identificação do perfil nutricional são de suma importância na prevenção e no controle das doenças relacionadas com a alimentação. Neste contexto, deve ser criteriosa considerando as modificações da composição corporal, próprias do processo de envelhecimento⁽⁵⁾. Na prática clínica, as medidas antropométricas mais utilizadas para a identificação do estado nutricional são: peso, estatura, perímetros e dobras cutâneas. Algumas alterações corporais ocorrem com o envelhecimento em termos de composição corporal e de modificações diretamente ligadas à ingestão alimentar ⁽⁶⁾.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, instituído em 1990, tem como objetivo peculiar a “atitude de vigilância” e visão diferenciada para cada indivíduo, grupo e fase da vida, identificando situações de risco e promovendo ações que proporcionem a prevenção de seus efeitos e a garantia do retorno ao quadro de normalidade⁽⁷⁾. A partir de 2008, foi disponibilizado na internet, no site da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição o SISVAN-Web, um novo sistema informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional para registro de informações do estado nutricional e do consumo alimentar da população atendida pela Atenção Básica do Sistema Único de Saúde ⁽⁸⁾.

A Atenção Básica tem a Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, com objetivo principal de promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros ⁽⁹⁾.

A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/94, é regulamentada pelo Decreto Nº 1948/96, que tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a autonomia, a integração e a participação efetiva na sociedade, como instrumento fundamental de direito próprio de cidadania. São considerados idosos, segundo a Lei n. 10.741, de 1.º de outubro de 2003, os indivíduos que têm idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ⁽¹⁰⁾.

Considerando as modificações inerentes ao processo de envelhecimento objetivou-se estimar a cobertura do acompanhamento do estado nutricional de idosos cadastrados no SISVAN-Web e classificar o estado nutricional dos idosos segundo o Índice de Massa Corporal no período pesquisado.

Métodos

Tratou-se de um estudo ecológico, com dados secundários envolvendo a totalidade de 1679 indivíduos com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, atendidos na atenção

primária à saúde do Sistema Único de Saúde no período de 2014 a 2018, acompanhados pelo SISVAN-Web do Ministério da Saúde no estado do Piauí. Considerou-se como unidade de análise o universo das 11 Regiões de Saúde do Piauí. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2018 a janeiro de 2019.

O Estado do Piauí possui uma área de 251.577,738 Km², distribuídos em 224 municípios. Tem uma população de 3.263.778 habitantes. Está localizado no noroeste da região Nordeste e tem como limites o oceano Atlântico ao norte; Ceará e Pernambuco ao leste; Bahia ao sul e sudeste, Tocantins ao sudoeste e Maranhão ao oeste e noroeste.

Para a coleta de informações sobre as macrorregiões de saúde foram utilizados dados disponíveis no “site” da Secretaria de Saúde do Piauí (www.saude.pi.gov.br) (figura 1).

A Secretaria de saúde do Estado do Piauí possui um aglomerado de 11 regiões de saúde assim denominadas: Regiões de saúde Planície Litorânea, Cocais, Entre Rios, Carnaubais, Vales do Guaribas, Vale do Canindé, Vale do Sambito, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Serra da Capivara, Chapada das Mangabeiras e Tabuleiros Alto Parnaíba.



Figura 1 - Territórios de Desenvolvimento Sustentáveis- Macrorregiões de saúde

Fonte: www.seplan.pi.gov.br/planejamento.php (2019).

Para a caracterização da cobertura por macrorregião de saúde e estado nutricional da população de idosos atendida foram acessados três relatórios de estado nutricional disponíveis no módulo gerador de relatórios que pode ser acessado pelo site <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>.

Foram analisados os registros do estado do Piauí por macrorregião de saúde por ano, no período pesquisado. Foi gerado um relatório com dados do número total de atendimentos e

estado nutricional composto por ambos os sexos, outro relatório com dados dos indivíduos do sexo feminino e um terceiro com dados do sexo masculino. Ao todo foram gerados 15 relatórios entre o período de 2014 a 2018. Os quinze relatórios gerados foram compilados e analisados para formação do banco de dados.

As variáveis utilizadas para a geração dos relatórios públicos anuais do estado nutricional foram obtidas de acordo com as etapas previstas no sistema e foram acessadas no site <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan>. Relatórios por sexo foram gerados a fim de se obter o percentual de atendimentos por gênero.

Os dados do sistema são atualizados semanalmente e o módulo é composto por três opções: estado nutricional, consumo alimentar e ANDI – Atenção Nutricional a Desnutrição Infantil. Nesta pesquisa foram utilizados os relatórios de estado nutricional. Indicadores como renda e estratificação de idade da população idosa, não são fornecidos pelo SISVAN Web.

A Cobertura total diz respeito ao percentual de indivíduos idosos, acompanhados pelo SISVAN-Web nas Regiões de Saúde. O cálculo da cobertura total do estado foi obtido por meio da divisão do número de idosos de acordo com dados do Censo de 2010, pela população idosa acompanhada pelo SISVAN Web nas respectivas Regiões de Saúde. O resultado desse cálculo foi multiplicado por 100 para indicar o percentual da população coberta pelo sistema.

A variável analisada para a classificação do estado nutricional foi a classificação do IMC [$\text{IMC} = \text{massa corporal}(\text{kg}) / \text{estatura}(\text{m}^2)$] presente no SISVAN-Web. Na classificação do estado nutricional de idosos foram adotados os seguintes critérios segundo o valor do IMC: $<22 \text{ kg/m}^2$ (magreza); $22 \text{ a } 27 \text{ kg/m}^2$ (eutrofia); $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso), conforme é definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Os dados obtidos foram armazenados, tabulados e analisados em planilhas do programa Microsoft Office Excel versão 2010 para ambiente *Windows*. A coleta de dados ocorreu diretamente das bases de dados de domínio público disponíveis para consulta pública nos sites das instituições dispensando submissão ao Comitê de Ética (Res.466/12 do CNS). Não houve conflitos de interesses para a realização deste estudo.

Resultados

Foram avaliados 1679 indivíduos nos anos de 2014 a 2018 acompanhados pelo SISVAN Web. A cobertura do acompanhamento do estado nutricional dos idosos em cada Região de Saúde no estado do Piauí está representada na tabela 1.

Tabela 1. Cobertura do acompanhamento do estado nutricional de idosos no SISVAN Web, com base nas Regiões de Saúde. Piauí, 2014-2018.

Região de Saúde	2014		2015		2016		2017		2018	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Entre Rios	18	4,29	8	2,29	13	2,08	15	8,67	2	1,65
Vale do Canindé	104	24,76	33	9,43	41	6,58	6	3,47	2	1,65
Serra da Capivara	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cocais	164	39,05	100	28,57	205	32,85	33	19,08	31	25,62
Tabuleiros do Alto Parnaíba	11	2,62	1	0,29	0	0	13	7,51	0	0
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	11	2,62	19	5,43	0	0	0	0	1	0,83
Chapada das Mangabeiras	9	2,14	8	2,29	3	0,48	0	0	0	0
Vale do Rio Guaribas	79	18,81	33	9,43	207	33,17	23	13,29	0	0
Planície Litorânea	16	3,81	62	17,71	21	3,37	36	20,81	1	0,83
Vale do Sambito	8	1,90	84	24,00	126	20,19	47	27,17	84	69,42
Carnaubais	0	0	2	0,57	8	1,28	0	0	0	0
Piauí *	420	0,13	350	0,11	624	0,19	173	0,05	121	0,04

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2019.

* Percentuais calculados pelo número de idosos do CENSO de 2010

Os resultados mostram inexpressiva cobertura do SISVAN web uma vez que a maioria das regiões pesquisadas apresenta cobertura reduzida (<10%). Em grande parte das regiões a cobertura é zero ou próxima de zero. As maiores coberturas entre 2014 e 2018 foram alcançadas na região de saúde Vale do Sambito (1,90%-69,42%). A região de saúde de Cocais, no ano de 2014, apresentou a maior cobertura dentre todas as regiões (39,05%) e para os demais anos pesquisados apresentou cobertura decrescente fechando 2018 com 25,62%.

A região de saúde vale do Canindé teve cobertura decrescente no período analisado (24,76%-1,65%). Algumas regiões não apresentaram dados de cobertura em alguns anos e na Serra da Capivara não houve registro de acompanhamento dos idosos no SISVAN-Web entre os anos de 2014 a 2018. A cobertura do estado nutricional no Piauí variou de 0,13%-0,04%.

Na tabela 2 observou-se a predominância de indivíduos do sexo feminino, em todos os anos avaliados, com valores superiores a 60% da amostra. No que se refere aos idosos avaliados segundo estado nutricional foi observado predomínio de sobrepeso em quase todos os anos pesquisados com exceção do ano de 2016 no qual houve queda para 35,74% e a eutrofia subiu para 45,35%. Neste mesmo ano a amostra foi a maior no período pesquisado. Quanto ao baixo peso os percentuais passaram de 15,71% em 2014 para 19,43% em 2015. Mantiveram-se praticamente estáveis nos anos de 2016 e 2017 e em 2018 caíram para 9,09%. O ano de 2018 foi o que apresentou menor registro de idosos avaliados (n=11).

Tabela 2. Amostra e percentual de acordo com sexo e IMC dos idosos acompanhados no SISVAN-Web no período de 2014-2018, no estado do Piauí.

Variáveis	2014		2015		2016		2017		2018	
SEXO	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	289	68,81	246	70,29	398	62,25	115	66,47	73	60,33
Masculino	131	31,19	104	29,71	226	36,75	58	33,53	48	39,67
TOTAL	420	100,00	350	100,00	615	100,00	173	100,00	121	100,00
IMC	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	66	15,71	68	19,43	118	18,91	33	19,08	11	9,09
Eutrofia	170	40,48	132	37,71	283	45,35	61	35,26	50	41,32
Sobrepeso	184	43,81	150	42,86	223	35,74	79	45,66	60	49,59
TOTAL	420	100,00	350	100,00	615	100,00	173	100,00	121	100,00

Fonte: SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2019.

No que se refere à classificação do estado nutricional por sexo, foi observado na tabela 3 que o baixo peso foi mais predominante para o sexo masculino e o sobrepeso no sexo feminino com uma média de 48,02% no período pesquisado. A eutrofia foi maior para o sexo masculino do que para o feminino. No ano de 2014 e 2015 houve um aumento do baixo peso nas mulheres (19,51%) com consequente queda ao longo dos anos, no entanto no mesmo período houve elevação do sobrepeso nas idosas acompanhadas. Quanto ao sexo masculino percebe-se que houve aumento do baixo peso progressivamente até 2017 e, em 2018 houve redução para 10,42%. Os idosos do sexo masculino também apresentaram elevação do sobrepeso no final do período pesquisado.

Tabela 3. Distribuição dos idosos acompanhados no SISVAN-Web segundo sexo e estado nutricional no período de 2014 – 2018, no estado do Piauí.

	2104		2015		2016		2017		2018	
Variáveis										
IMC										
Feminino	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%
Baixo peso	43	14,88	48	19,51	66	16,58	18	15,66	6	8,22
Eutrofia	111	38,41	80	32,52	172	43,22	39	33,91	27	36,99
Sobrepeso	135	46,71	118	47,97	160	40,2	58	50,43	40	54,79
Masculino	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%
Baixo peso	23	17,56	20	19,23	52	23,01	15	25,86	5	10,42
Eutrofia	59	45,04	52	50	111	49,11	22	37,93	23	47,92
Sobrepeso	49	37,4	32	30,77	63	27,88	21	36,21	20	41,66
TOTAL	420	100,00	350	100,00	615	100,00	173	100,00	121	100,00

Fonte: SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2019.

Discussão

O presente estudo possibilitou uma análise sobre a utilização e a cobertura do SISVAN-Web no estado do Piauí. No entanto, algumas limitações podem ser levantadas. A primeira está relacionada ao uso de dados secundários e os potenciais vieses vinculados a isso, tais como

pouca confiabilidade da informação, sub-registro e erros decorrentes da coleta, preenchimento e digitação dos dados. Outra limitação é em decorrência do viés metodológico do delineamento do estudo, que pode levar a falácias ecológicas, como por exemplo, a associação entre menor utilização do SISVAN-Web em regiões de saúde com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família⁽¹¹⁾.

A avaliação de series temporais e a posterior análise podem indicar tendências e deste modo ressalta a importância da realização desse tipo de estudo. Estudos com séries longitudinais fornecem dados que podem nortear futuras políticas de saúde para gerar melhor enfrentamento da situação de saúde de uma população geral ou específica⁽¹²⁾.

A cobertura do acompanhamento do estado nutricional de idosos no SISVAN Web com o cadastro e utilização nas Regiões de Saúde do Piauí indica o vínculo formal ao sistema, no entanto, a falta da alimentação do sistema por parte de algumas regiões de saúde, impossibilitou o acesso às informações o que dificultou identificar a real cobertura do estado nutricional dos idosos.

No período estudado foram muito baixos os percentuais de cobertura do SISVAN-Web no estado do Piauí e como os dados consolidados mostraram que nem todas as regiões de saúde alimentaram o sistema isso pode ser apontado como um problema que pode comprometer o conceito de Vigilância Alimentar e Nutricional, uma vez que um sistema de VAN tem sua sustentação quando fornece dados úteis à tomada de decisão o que irá subsidiar a formulação das políticas públicas e o desenho dos programas de alimentação e nutrição⁽¹¹⁾.

Essa ausência de dados pode estar relacionada tanto à falta do registro de informações quanto a não regularidade no envio das informações coletadas pelo município para o DATASUS. Por isso, é recomendável muita cautela na avaliação do estado nutricional e na extrapolação desses resultados para a população idosa em geral.

O fato de as regiões de saúde ‘Cocais’ e ‘Vale do Sambito’ terem apresentado coberturas maiores do que as outras regiões, pode estar relacionado com a priorização, em determinadas políticas de saúde, de localidades em que a pobreza, a fome e a desnutrição estavam mais presentes. Os baixos resultados nas demais regiões de saúde, como também a ausência de informações, podem também estar relacionados à pouca apropriação por parte dos profissionais de saúde ao sistema, uma vez que o modelo assistencial de saúde predominante, quase sempre desvaloriza linhas de atuação que utilizam a informação como suporte gerencial do nível local. Diante disso, supõe-se que o monitoramento alimentar e nutricional da população tem ficado em segundo plano, frente aos demais compromissos do município.

A pesquisa realizada em 2017 sobre a Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro nos anos de 2008 a 2013⁽¹³⁾, verificou que 99,8% dos municípios brasileiros possuíam, ao menos, um indivíduo cadastrado e 99,42% apresentavam, no mínimo, um registro de acompanhamento do estado nutricional no sistema em 2010. Entre 2008 e 2013, as maiores frequências e variações totais de cobertura foram alcançadas nas regiões Nordeste e Norte do Brasil. A cobertura média do estado nutricional no país variou de 9,78%-14,92% no entanto, as médias e variação anual foram muito baixas (0,41%-1,17%) isso deixa evidente que a cobertura não foi baixa somente no estado do Piauí quando comparado ao encontrado no país segundo o estudo citado. Essa inexistência de dados dificulta as análises e posteriores ações.

Em estudo de 2018 sobre o Monitoramento do estado nutricional de adultos atendidos na atenção básica de saúde em Salvador⁽¹²⁾, os resultados também são semelhantes aos do Piauí, onde foi observado que na Bahia não houve tanta representatividade em termos de números relativos e a cidade de Salvador apresentou baixíssima cobertura (menos de 1%).

O predomínio do sexo feminino nesta pesquisa, também foi demonstrado nos resultados do estudo sobre o estado nutricional e condições socioeconômicas e de saúde em idosos em Teresina-Pi⁽¹⁴⁾ em que os participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino (67,9%) como também na pesquisa sobre o perfil nutricional de idosos do município de Vitória nos anos de 2009 a 2012 por meio do sistema de vigilância alimentar e nutricional⁽¹⁵⁾ onde foi observado que mais de 50% da amostra era do sexo feminino. Isso pode estar relacionado ao fato de que as mulheres são mais longevas do que os homens, além de reforçar o panorama de feminilização do envelhecimento. Esses aspectos encontrados no estudo vão ao encontro dos dados apresentados pelo IBGE em relação à população idosa no Brasil, que em 2015 atingiu 11,47 % da população, sendo a maioria de mulheres com 6,54% contra 5,2% de homens⁽¹⁶⁾.

Os resultados evidenciaram tendência de aumento do sobrepeso e de diminuição do baixo peso entre idosos do Piauí nos anos de 2014 a 2018, reforçando a ocorrência da transição nutricional. Como também o sobrepeso prevaleceu para o sexo feminino e a eutrofia para o sexo masculino em todo o período analisado. No entanto o percentual, não sobressai aos demais devido à redução da amostra nos anos de 2017 e 2018. Vale ressaltar que os dados apresentados referentes aos anos de 2017 e 2018 são passíveis de alteração, uma vez que a Portaria nº 97, de 6 de janeiro de 2017, estabelece que poderão ser enviados ao SISAB dados de produção com até 12 meses de atraso com fins de complementação dos dados enviados anteriormente ou para regularização do envio da produção quando não realizada dentro do prazo estabelecido.

Os achados do estudo sobre a evolução e associação do IMC entre variáveis sociodemográficas e de condições de vida em idosos do Brasil de 2002/03-2008/09⁽¹⁷⁾ mostraram que houve aumento das prevalências de sobrepeso e de obesidade entre idosos brasileiros com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, reforçando os números elevados de sobrepeso encontrados nesta pesquisa para o Piauí. Em Vitória-ES⁽¹⁵⁾, foi identificado predomínio de indivíduos com eutrofia e sobrepeso. Chama a atenção que na amostra da referida pesquisa o último ano pesquisado também apresentou amostra reduzida com os encontrados nesta pesquisa.

O sobrepeso e a obesidade são conhecidos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente na população idosa, favorecendo menor qualidade de vida desse grupo etário, e assim refletindo sobre o sistema de saúde. Uma possível explicação para o aumento do excesso de peso nesta idade pode estar relacionada ao processo de envelhecimento, que ocasiona mudanças importantes na massa corporal, estatura, massa muscular e no padrão de distribuição de gordura corporal⁽¹⁵⁾. O sobrepeso quase sempre está associado ao gênero feminino, uma vez que as mulheres têm maior chance de apresentarem sobrepeso ou obesidade pelo maior acúmulo de gordura visceral e alterações hormonais comuns na menopausa acompanhada por aumento de peso e adiposidade⁽¹⁸⁾.

Outra possível explicação para o aumento no sobrepeso é o fato de que muitos idosos que vivem sozinhos, podem ter alimentação prejudicada em nível quantitativo e qualitativo, pois podem não ter pessoas que os auxiliem no acesso à alimentação. Também, o fato de viver só pode estar associado ao sobrepeso, pois há uma tendência ao consumo de alimentos de fácil preparo e de baixo valor nutricional ⁽¹⁵⁾.

A promoção da alimentação saudável está inserida no rol de atribuições das equipes de saúde, e a inserção de dados no SISVAN foi preconizada como pré-requisito para a manutenção do financiamento do piso da atenção básica. No entanto, a baixa cobertura do SISVAN-Web, mostra um descompasso no acompanhamento nutricional e uso do sistema.

Devem ser promovidas ações que possibilitem a queda na tendência crescente do sobrepeso nesta faixa etária, a despeito de que a população cadastrada possa ter o viés de ser aquela que recebeu atendimento diferenciado nas unidades de saúde, a consonância com a tendência do país traz relevância para os dados analisados.

Conclusão

No período estudado foram baixos os percentuais de utilização do SISVAN- Web no estado do Piauí e os dados consolidados mostraram que nem todas as regiões de saúde

alimentaram o sistema. Com cobertura total de menos de um por cento ficou evidente que a cobertura não foi baixa somente no estado do Piauí, pois os resultados são semelhantes para o país.

A avaliação do estado nutricional de idosos no estado do Piauí nos anos de 2014 a 2018 mostrou que houve predomínio de indivíduos com sobrepeso. Quando analisado o IMC por sexo, o sobrepeso prevaleceu para o sexo feminino e a eutrofia para o sexo masculino em todo o período analisado.

O baixo peso apresentou números reduzidos, mas ainda é preocupante, principalmente em idosos, devido à relação com o aumento da mortalidade. O sobrepeso, que estava elevado, está associado com a morbidade. Apesar desse achado, em alguns anos foi possível encontrar valores expressivos de eutrofia.

A prática de vigilância alimentar e nutricional no cotidiano dos serviços de saúde não dependem exclusivamente da disponibilidade de recursos financeiros, mas fundamentalmente de outros aspectos, como o comprometimento político com a saúde coletiva e com o SUS por parte de gestores e profissionais responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição nos territórios.

Identificou-se através deste estudo que a implantação do SISVAN-Web no município, não dá a garantia da eficácia da cobertura no que diz respeito, principalmente à periodicidade regular de informações, portanto, medidas devem ser tomadas no sentido de direcionar para a conscientização dos gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade do monitoramento dos dados nutricionais no intuito de que ocorram mudanças efetivas nas Políticas de Alimentação e Nutrição direcionadas para a população idosa.

Referências

1. Galleti TAI. A proteção social ao idoso dependente na Seguridade Social Brasileira. 2014. 133 f. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado em Direito Político e Econômico). Universidade Mackenzie. São Paulo, 2014.
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* May/june 2016; vol.19 no.3
3. Previato HDRA, Barros FSS, Mello JBM, Silva FCS, Nimer M. Perfil clínico-nutricional e consumo alimentar de idosos do Programa Terceira Idade, Ouro Preto-MG. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, Ouro Preto, MG, v. 10, n. 2, p. 375-87, 2015.
4. França VF, Pissaia E, Azzolini T, Yonemitsu EL, Giongo PL, Cervo AL, et al. Estado nutricional e condições de saúde de idosos de Francisco Beltrão, Paraná. *Nutrire* 2015;40(3):337-43. doi: 10.4322/2316-7874.56214
5. Carvalho-Filha FSS, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde Debate.* 2014; 38(1s): 265-78.8. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S020>

6. Garcia, CAMS, Moretto MC, Guariento ME. Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. *RevCiênc Med.* 2018;27(1):11-22. doi:<http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a3959>
7. Lima JMDX, Navarro AC. Sistema de vigilância alimentar e nutricional em crianças de Minas Gerais, Brasil: Histórico, cobertura e estado nutricional. *RevBras de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo. v.8. n.44. p.55-64. Mar/Abr. 2014. ISSN 1981-9919
8. Enes CC, Loiola H, Oliveira MRM. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19:1543-51 doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.05872013>.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 10741, 1º de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Presidência da República casa civil, subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> acesso em 20 out.2018.
11. Jung NM, Bairos FS, Neutzling MB. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014. 19(5):1379-88, 2. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.05872013>.
12. Abreu ÉTF, Ferraz RRN, Serinolli MI, Coutinho VF, Malagutti W, Rodrigues FSM. Monitoramento do estado nutricional de adultos atendidos na atenção básica de saúde em Salvador – BA *Revista Saúde em Foco – Edição nº 11 – Ano: 2018*
13. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(12):e00161516. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00161516>.
14. Fontenelle LC, Soares NRM, Lima SKR, Barradas, AM, Silva JAL, Cortez ACL et al. Estado nutricional e condições socioeconômicas e de saúde em idosos. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo. v. 12. n. 71. p.353-363. Maio/Jun. 2018. ISSN 1981-9927. ISSN 1981-9927
15. Santos CFE, Campos HLM. Perfil nutricional de idosos do município de Vitória nos anos de 2009 a 2012 por meio do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN®) *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória*, 20(4): 63-70, out-dez, 2018.
16. Santos BB, Couto AN, Wichmann FMA. Estado nutricional de idosos atendidos na atenção primária à saúde do município de Candelária/RS. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, 17(4 Supl.1):364-367, out./dez.2016. ISSN: 2177-4005. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8155>
17. Silva VS, Souza I, Silva DAS, Barbosa AR, Fonseca MJM. Evolução e associação do IMC entre variáveis sociodemográficas e de condições de vida em idosos do Brasil: 2002/03-2008/09. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3):891-901, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018233.12532016
18. Menin AP, Néspolo G, Bruscato NM, Moriguchi EH, Bernardi JR, Siviero J. Estado nutricional, alimentação e saúde oral em idosos de um município da Serra Gaúcha. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 51-74, 2017.

4.2 PRODUTO

4.2.1 Programa de Rádio: “O REMEDIO É O ALIMENTO”

Produção: Lindinalva Vieira dos Santos

Revisão: Maria do Carmo de Carvalho e Martins

Amanda de Castro Amorim Serpa Brandão

Carmen Viana Ramos

Locução: Abraão da Silva Nascimento

Ana Karinny de Lima e Silva

4.2.2 Introdução

A base do conhecimento tem seu alicerce na memória e a partir disso pode-se dizer que, quanto mais experiências são acumuladas, maior o conteúdo arquivado pelo ser humano. Partindo desse pressuposto, o idoso obtém um lugar privilegiado quanto ao acúmulo de conhecimento e sabedoria. Entre tantas lembranças mantidas e outras reinventadas, o meio de comunicação que mantém certa relação de afetividade do idoso e os outros meios de comunicação é o rádio (MARTINS; PINHEIRO, 2012).

O rádio é um veículo comunicador de estreita identificação com o idoso, pois ele é considerado como um companheiro e uma das ocupações preferidas desse público. Tem grandes vantagens sobre os demais meios de comunicação e de maneira especial à audiência da terceira idade é que ele fala e para receber a mensagem é apenas necessário ouvir. A informação pode ser escutada pelo ouvinte em qualquer lugar, realizando qualquer coisa. Outro fator importante é que não há condição para receber as informações, ou seja, o ouvinte pode ser alfabetizado ou não, e de qualquer nível cultural adequando-se ao perfil do público de terceira idade (MARCELINO; SILVEIRA, 2016).

Com reconhecida importância histórica e participando da formação cultural das pessoas durante décadas, o rádio se efetivou como o meio de comunicação mais popular no mundo. A gama de informações e formação propiciadas por ele, através de programas jornalísticos, musicais, atrações de humor e opinião político-econômica, contribuiu para a construção da memória social coletiva de gerações (MARTINS; PINHEIRO, 2012).

O envelhecimento provoca várias mudanças metabólicas e com isso a pessoa idosa necessita de um aporte de nutrientes que atenda suas necessidades a fim de evitar desnutrição. Como o rádio está presente na maioria dos lares e os idosos têm estreita relação com este veículo de comunicação foi criado um programa de rádio como produto do Trabalho de Conclusão de Mestrado.

O programa de rádio denominado “O Remédio é o Alimento”, é destinado a idosos e tem como objetivo auxiliar na resolução de problemas ou intercorrências do seu cotidiano, inerentes a idade, relacionados a alimentação. A partir das informações veiculadas no programa os idosos terão subsídios para a solução de problemas como melhorar de constipação, diarreia, dificuldade de deglutição através da alimentação e caso não se resolva, sempre será orientado nos programas a busca de um nutricionista e um médico.

Com *Spots* de veiculação quinzenal, inicialmente o programa será transmitido em uma rádio comunitária localizada em uma Unidade Básica de Saúde no bairro Vila da Paz na cidade de Teresina, no estado do Piauí. Esta unidade de saúde foi eleita por receber alunos do curso de nutrição ao qual a pesquisadora é vinculada. Pretende-se também que o mesmo seja disponibilizado para outras rádios para maior alcance do público a que se destina. São 10 programas onde são abordados problemas cotidianos relativos à alimentação e nutrição de idosos que podem afetar seu estado nutricional. Os temas são apresentados de forma simples e com linguagem acessível para atingir um maior número de ouvintes.

O programa de abertura dá dicas gerais sobre alimentação e envelhecimento e são apresentados de acordo com a programação da rádio. Os *Spots* apresentados abordam os seguintes aspectos: A importância da variedade na alimentação; Dificuldade da mastigação e deglutição; Constipação; Diarréia; Perda de apetite; Saúde Bucal; Higiene Pessoal; Mitos sobre a alimentação do idoso; Baixo peso; Excesso de peso.

PROGRAMA 1: CHAMADA AO PROGRAMA “O REMÉDIO É O ALIMENTO”

- Olá, caro ouvinte, a partir de hoje estaremos juntos para falar de situações que estão no nosso cotidiano, principalmente no cotidiano daquelas pessoas que já estiveram em plena atividade e hoje por circunstâncias como a idade, apresentam certas dificuldades no que toca à sua saúde e sua alimentação.

- Falaremos sobre como tratar, em casa, situações que podem ser resolvidas apenas com um ajuste na alimentação.
- Serão abordados temas como constipação, diarreia, consistência da alimentação, desconforto abdominal, dentre outros.

O REMÉDIO É O ALIMENTO

- O envelhecimento provoca várias mudanças no organismo e com isso a pessoa idosa necessita de um suporte alimentar que atenda suas necessidades a fim de evitar várias doenças e uma delas que é muito grave é a **desnutrição**.
- Chamaremos nossos spots de O REMÉDIO É O ALIMENTO!
- Esperamos que você nos aguarde ansiosamente e nos ouça quinzenalmente.

DICA DO DIA: VARIEDADE

- Vamos começar falando da variedade de cores que existem. É lindo ver as cores do mundo, não é mesmo?
- Os vários tons de verde, amarelo e vermelho que vemos na natureza através das árvores, das folhas, do sol, das flores....é uma maravilha para os olhos....
- Pois os alimentos também são assim, tem várias cores.... E você sabe ou já parou para pensar o porquê disso?
- Porque que a manga é amarela, o tomate vermelho, a alface e o pimentão verdes e tantos outros alimentos que enchem nossos olhos de cores...pois bem...
- Todos têm várias vitaminas que são muito importantes para a proteção e manutenção de nosso corpo por isso é muito importante que ter uma alimentação colorida e colorido não significa ser cara. Devemos procurar os alimentos mais acessíveis ao nosso bolso e nossos hábitos.
- Fica a dica: a partir de hoje MUITA COR NO PRATO, POR FAVOR.
- NOS ENCONTRAREMOS EM BREVE, AGUARDE!

PROGRAMA 2: DIFICULDADE DE MASTIGAR E ENGOLIR

OLÁ OUVINTE, ESTAMOS DE VOLTA COM O REMÉDIO É O ALIMENTO

- Hoje vamos falar em Dificuldade de mastigar e engolir
- Engasgos frequentes durante a refeição, pigarros, tosse, dificuldade de mastigação, lentidão na hora de engolir, recusa do alimento e falta de apetite

podem ser sinais de disfagia...você sabe o que é disfagia? Não se assustem se a palavra é difícil! Vou explicar!

- Disfagia é a dificuldade de engolir alimentos com pedaços grandes e duros ou líquidos, principalmente muito gelados ou quentes.
- A perda dos dentes, a fraqueza dos músculos do rosto (maxilar, bochechas, língua) e o uso de próteses dentárias(chapas, dentaduras) mal adaptadas são problemas comuns aos idosos que podem dificultar sua alimentação e reduzir seu apetite.

DICA DO DIA 2- DIFICULDADE DE MASTIGAÇÃO E DEGLUTIÇÃO

- A mudança da textura dos alimentos é um dos principais passos;
- Alimentos pastosos e bebidas espessas ou grossas como vitaminas diminuem as chances de engasgo;
- A alimentação deve ser feita sem pressa, os alimentos devem ser bem mastigados e engolidos bem devagar;
- Mesmo com a dificuldade, você não deve se isolar. A alimentação deve ser uma hora prazerosa, de interação com familiares e amigos;
- A postura durante a refeição é fundamental para o conforto e segurança: você deve permanecer sentado ou levemente reclinado, para reduzir a chance de engasgo;
- Caso os sintomas não diminuam, procure um médico e um nutricionista. Vá a unidade de saúde mais próxima de sua casa, procure seu agente de saúde.

PROGRAMA 3: CONSTIPAÇÃO OU PRISÃO DE VENTRE OU INTESTINO PRESO

O REMÉDIO É O ALIMENTO ESTÁ DE VOLTA COM SOLUÇÕES ALIMENTARES PARA O IDOSO EM SITUAÇÕES COTIDIANAS

- Hoje falaremos de constipação ou Prisão de ventre ou intestino preso. Esses são os nomes populares pelos quais é conhecida a constipação intestinal
- Trata-se de uma situação comum caracterizado pela dificuldade persistente para evacuar (ir ao banheiro)
- A frequência deste mal aumenta principalmente depois dos 60 anos, e afeta muito mais as mulheres do que os homens.

- As razões para isso podem ser os mais diversos: mudanças no corpo relacionadas à idade, baixa atividade física, dieta pouco saudável, o uso de medicamentos.
- Muitas vezes, o uso frequente de laxantes é capaz de enfraquecer ainda mais a musculatura do intestino e agravar o problema de evacuações irregulares. É por isso que o tratamento da constipação em idosos deve ser correta.
- Não atender à urgência para evacuar, quando ela se manifesta, também pode comprometer o funcionamento regular dos intestinos.

Como resolver em casa?

- Basicamente, a primeira dica consiste na maior ingestão de fibras que estão nos legumes, verduras, frutas, cereais integrais. Comer mais alimentos com propriedades laxativas, como o mamão, usar farelos em pó, por exemplo, aveia misturados aos alimentos ou diluídos em água.
- A segunda é beber bastante líquido (aproximadamente dois litros por dia, se não houver contraindicação médica, pois pessoas com insuficiência cardíaca ou renal, por exemplo, podem não conseguir beber esse volume de líquido). Mas atenção... tem que distribuir a água durante o dia. Tomar bastante líquido não significa beber tudo em uma hora só.
- Não ficar parado é outra medida essencial para o bom funcionamento dos intestinos.

PROGRAMA 4: DIARRÉIA

O REMÉDIO É O ALIMENTO ESTÁ DE VOLTA!

- Nesse encontro falaremos sobre diarreia
- Diarreia em idosos é uma das doenças mais comuns do sistema digestivo e pode ser perigosa quando não tratada logo e de forma adequada.
- A diarreia é uma condição caracterizada por um aumento no número de evacuações por dia (mais que três).

O remédio é o alimento!

- Beba bastante líquido (quem assistiu o programa anterior ouviu as recomendações sobre a água). Quando temos diarreia perdemos muita água e ficamos desidratados. Muita atenção para a água, para compensar a desidratação.

- Coma alimentos com consistência líquida, por exemplo: chá, caldo ou sopa (ex.: sopa de cenoura), sucos de frutas como caju (caso esteja na estação), goiaba....
- Uma fruta muito boa é a banana.
- Alimente-se, especialmente durante a fase acentuada da diarreia, com refeições fáceis de digerir. Antigamente quando alguém tinha diarreia diziam para não comer nada. Hoje isso mudou. Tem que se alimentar para não agravar o quadro.
- Evite consumir alimentos gordurosos.
- Outro bom conselho para a diarreia: Lave as mãos regularmente com sabão, principalmente após ir ao banheiro para evitar a transmissão para o meio ambiente.

PROGRAMA 5 – FALTA DE APETITE

ESTAMOS DE VOLTA COMO O NOSSO PROGRAMA O REMÉDIO É O ALIMENTO

Hoje vamos falar de um assunto comum na vida dos idosos: falta de apetite

Muitas vezes, a perda de apetite é decorrente de alterações próprias do envelhecimento: com a idade vamos diminuindo a percepção do cheiro, do gosto e até mesmo nossas mãos vão ficando menos sensíveis o que pode diminuir o interesse pelo alimento. Ouço muitas pessoas dizendo assim “Como essa comida está sem gosto!”

- Às vezes o desinteresse pela comida não é por falta de apetite e sim por outras situações. Vou dar alguns exemplos:
- É natural que o idoso enfrente problemas na dentição, tornando a deglutição mais dificultosa.
- Com o passar dos anos, o sistema digestivo também fica mais sensível – alimentos que antes eram ingeridos com frequência passam a causar certo desconforto durante a digestão.
- Todos esses fatores podem afetar sua relação com a comida: diante de tantas dificuldades, começa a evitar determinados alimentos e cortam, deliberadamente, importantes alimentos da dieta.
- Às vezes, por dificuldade de se alimentar, preferem refeições fáceis de engolir. Só que muitas vezes esses alimentos não são nutritivos.

- Fique atento aos sinais: ter menos apetite ocasionalmente é normal, porém, se a situação se tornar corriqueira, procure um médico;
- Variar o cardápio é essencial para estimular os sentidos: se o paladar está reduzido, coloque alimentos e ervas com cheiro forte (aroma) para aguçar os sentidos. Em todos os casos é possível explorar o melhor dos alimentos para instigar o apetite;
- A oferta de pratos coloridos, além da maior diversidade de nutrientes, também melhora a aceitação;
- Certos tratamentos e medicações podem causar a inapetência como efeito colateral, relate o ocorrido ao seu médico e jamais faça automedicação;
- Incentivar o convívio familiar e social é essencial para que a refeição seja mais prazerosa, evite o isolamento e esteja atento à sinais de tristeza e depressão;
- Por fim, se perceber alterações significativas no apetite, é fundamental consultar um nutricionista antes de fazer mudanças sozinho na dieta, somente ele será capaz de avaliar o seu estado nutricional e lhe orientar adequadamente.

PROGRAMA 6 – CUIDADOS COM OS DENTES E HIGIENE ORAL

OLÁ OUVINTES DO PROGRAMA O REMÉDIO É O ALIMENTO

Hoje é o nosso sexto encontro. Espero que as dicas que já foram dadas nos programas anteriores tenham lhe ajudado no seu dia a dia. Hoje vamos falar sobre um assunto que a maioria das pessoas não relacionam com a alimentação: CUIDADO COM OS DENTES E HIGIENE ORAL.

- Se você cuidar bem dos seus dentes e fizer consultas periódicas com seu dentista, os seus dentes podem durar a vida inteira. Independentemente da idade, você pode ter dentes e gengivas saudáveis se escovar pelo menos três vezes ao dia com creme dental com flúor. As cáries e os problemas com a raiz dos dentes são mais comuns em pessoas da terceira idade.
- A sensibilidade pode se agravar com a idade. Com o passar do tempo é normal haver diminuição da gengiva que expõe áreas do dente que não estão protegidas pelo esmalte. Estas áreas podem ficar doloridas quando atingidas por alimentos e bebidas quentes ou frias. Nos casos mais severos, pode ocorrer sensibilidade

com relação ao ar frio e a alimentos e líquidos doces ou amargos. Se o problema persistir, consulte o dentista já que esta sensibilidade pode indicar a existência de um problema mais sério, como, por exemplo, cárie ou dente furado.

- As dentaduras tornam mais fácil a vida de muitas pessoas da terceira idade, mas exigem cuidados especiais. Siga rigorosamente as instruções do seu dentista e, caso ocorra qualquer problema, marque uma consulta. Os portadores de dentaduras definitivas devem fazer um exame bucal geral pelo menos uma vez por ano.
- **E por que dedicamos um programa para a saúde dos dentes? Você sabe?** Quando o idoso tem problemas com os dentes eles refletem na alimentação. Geralmente muda a consistência, a temperatura, o tipo ou até mesmo deixa de comer o que pode fazer você perder peso e ficar doente.
- **PORTANTO, ATENÇÃO, O REMÉDIO É O ALIMENTO.**
- **ATÉ NOSSO PROXIMO ENCONTRO. TCHAU!!!**

PROGRAMA 7 – EXCESSO DE PESO

CAROS OUVINTES, ESTAMOS DE VOLTA!

Hoje falaremos sobre um assunto que incomodada muita gente. O excesso de peso.

- O excesso de peso em idosos é considerado um risco em relação ao aparecimento de doenças.
- O excesso de peso pode causar desequilíbrio no corpo e é o culpado por muitas quedas durante as atividades diárias da população idosa. As quedas podem trazer muitos prejuízos para a saúde do idoso, com quebra de ossos e limitação nas atividades diárias.
- Idosos com excesso de peso podem ter várias doenças como diabetes, pressão alta, doenças no coração, anemia, câncer dentre outras.
- Outro ponto importante, à medida que o indivíduo envelhece, torna-se menos ativo e sua capacidade física diminui.
- Os principais aspectos modificáveis que influem para o estado de obesidade são a alimentação inadequada e a redução da prática de atividades físicas.

E vem a pergunta: o que fazer para evitar ganhar peso ou emagrecer sem ficar mais doente?

- Para o tratamento de idoso com sobrepeso e obesidade uma alteração na sua alimentação é fundamental.
- Para emagrecer e alcançar o peso ideal, o idoso deve alimentar-se de forma saudável e sem exageros, tirando do dia a dia alimentos industrializados e processados, que alimentos são esses? São aqueles que compramos prontos em pacotes que são ricos em sal, gorduras, açúcar.
- É importante comer o que chamamos de comida de verdade! O tradicional arroz com feijão, a carne, frutas (da época, pois são mais baratas), verduras como quiabo, abobora, maxixe, batata doce. Comer frutas com casca e bagaço.
- Outra dica fundamental para o idoso emagrecer incluem: Evitar pular refeições, fazendo pelo menos 4 refeições por dia;
- Também é importante beber, no mínimo, 10 copos de água por dia;
- Se não tiver dificuldade de se movimentar, tentar praticar exercício físico ou tentar não ficar parado o dia todo.
- Mas a melhor dica é: Procure um profissional de nutrição para acompanhar você. O SUS tem profissionais disponíveis para lhe atender.
- **FICA A DICA. ATÉ MAIS!**

PROGRAMA 8 – BAIXO PESO

ESTAMOS DE VOLTA COM PROGRAMA “O REMÉDIO É O ALIMENTO”

- Hoje falaremos sobre os mitos e verdades do baixo peso em idosos!
- O quadro surge como resultado da combinação de apetite reduzido, perda do hábito de realizar em horários regulares além da presença de doenças crônicas, e situações de vulnerabilidade socioeconômica a qual o idoso pode estar mais suscetível.

FAREMOS O PROGRAMA HOJE EM FORMA DE PERGUNTAS E RESPOSTAS. EM SEGUIDA DIREMOS SE É MITO OU VERDADE. ESPERO QUE APROVEITEM O PROGRAMA E TODAS AS INFORMAÇÕES.

- **Uma vez descoberta, não existe tratamento para a desnutrição em idosos**

MITO: Quanto mais cedo se descobrir a desnutrição, melhor. A chave do tratamento é identificar o causou para resgatar o apetite, a identificação e tratamento precoces são cruciais.

- **A desnutrição não atrapalha as atividades no dia a dia**

MITO: Pelo contrário, a desnutrição pode diminuir a imunidade ou seja, a capacidade de combater doenças, e com isso, trazer maior risco de hospitalização e complicações durante esta fase. Também é elevado o risco de queda, pois o quadro aumenta a fragilidade do idoso. Pode ainda provocar inatividade física, gerando menor qualidade de vida e maior risco de morte.

- **Mudança de apetite precisa ser investigada nos mais velhos**

VERDADE. É preciso estar sempre atento ao apetite do idoso e à sua ingestão diária de alimentos, pois, se eles diminuïrem repentinamente, podem ser indicativos de fatores que aumentam o risco nutricional.

- **Desnutrição não tem uma causa social**

MITO. Dentre as principais causas da desnutrição entre idosos, estão reunidas muitas causas sociais, como a falta de conhecimento sobre comida, culinária e nutrição; o isolamento e a solidão por viverem sozinhos; e, finalmente, a pobreza e a incapacidade de comprar ou preparar comida diariamente.

- **Medicamentos podem provocar perda de peso**

VERDADE. O uso de alguns remédios, sem prescrição médica, pode estar associado a alterações no paladar e também nos sintomas gastrintestinais, que, por consequência, podem ser a causa da desnutrição. Além disso, existem medicamentos que são prescritos por necessidade, mas que mesmo assim, causam perda de apetite.

- **Dentes frágeis provocam a desnutrição em idosos**

VERDADE. É comum o idoso apresentar alterações na arcada dentária e redução na síntese de enzimas digestivas. Dessa forma, ele opta por comer sempre alimentos macios, de fácil mastigação e digestão, mas que, na maioria das vezes, são ricos em carboidratos e pobres em proteína. Assim, acontece uma perda de massa muscular importante, tendo como consequência a desnutrição.

DICA DE HOJE: NUNCA TOME MEDICAMENTO POR CONTA PRÓPRIA E PROCURE UM NUTRICIONISTA PARA FALAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO.

PROGRAMA 9 – HIGIENE PESSOAL

OLÁ QUERIDOS OUVITES DO PROGRAMA O REMÉDIO É O ALIMENTO!

- Hoje teremos um tema um pouco diferente dos tratados nos programas anterior mais que tem relação direta com a saúde dos idosos. A higiene pessoal e o banho!
- Moramos em uma terra bem quente e nada melhor do que um bom banho para refrescar.
- Você sabia que quando tomamos banho mandamos embora uma infinidade de micróbios e bactérias?
- A higiene é uma das partes mais importantes, pois evita o aparecimento ou agravamento de algumas doenças.

DICAS DA SEMANA:

- **Banho no chuveiro** - Se você ainda tem condições de tomar um banho de chuveiro sozinho isso é muito bom para sua auto-estima, além de privacidade, você se sente independente, mas é preciso que o tenha bastante segurança para ficar só, caso contrário chame alguém de confiança para lhe ajudar. Também sabemos que com a idade os movimentos diminuem e as mãos não alcançam todas as regiões do corpo. Uma ajudinha sempre é bom, não é mesmo? Mas não esqueça de verificar se o banho foi tomado direito, pois a falta de uma higiene correta pode causar infecções e doenças.
- **Cabelos** - É importante manter os cabelos sempre bem cortados e penteados, isso estimula a circulação do couro cabelo e ainda retira as células mortas. Mas é preciso tomar cuidado, pois a região é sensível para muitos idosos, alguns ficam com os fios oleosos por ficar muito tempo deitados, por isso, é importante realizar a lavagem do cabelo.
- **Barba** - Chega uma certa idade e a visão já não colabora, as mãos tremem e não seguram mais os aparelhos de barbear direito. A ajuda de uma pessoa para realizar essa tarefa é essencial, além de tomar cuidado com cortes e falhas, a pele será cuidada como deveria ser, sem ressecamento e irritações.
- **Cuidados com os pés** - Os idosos costumam sentir muito frio, então ficam de meias a maior parte do tempo, os pés devem estar sempre higienizados, limpos, secos e com as unhas cortadas para não ter fungos.
- **E não poderíamos esquecer de falar dos dentes:** ser edêntulo (não ter dentes) ao chegar na terceira idade, é, ainda hoje, considerado normal por parte da sociedade. No entanto, sabemos que isso é reflexo da falta de campanhas de prevenção e cuidado com a saúde da boca durante toda a vida. Isso traz consequências para o idoso podem dificultar a

mastigação levando a diminuição do apetite e emagrecimento, alteração da fala e redução da autoestima e integração social.

- É importante ressaltar que mesmo com a ausência total ou parcial de dentes não significa que a limpeza e higienização da boca não seja mais necessária, uma vez que pode haver acúmulo de alimentos nos espaços entre gengiva e bochecha e também sobre a língua.
- A limpeza da boca deve ser realizada diariamente tanto se você tem seus dentes ou se possui dentadura.
- **E as mãos? Não podemos esquecer de lavar sempre as mãos antes das refeições e após usar o banheiro!**
- **Não podemos esquecer daqueles idosos que não andam mais e ficam o tempo todo na cama. Temos o chamado banho no leito.**
- **Banho no leito** - Esse tipo de higienização é feito em pacientes que não podem se levantar para ir até um chuveiro ou banheira. Ele pode ser um banho completo ou parcial, esse, geralmente, é feito em pacientes com a pele muito fina e ressecada e que sente muitas dores ao ser manipulado. Além da higiene, o banho no leito estimula a circulação do sangue pelo corpo e a movimentação das articulações.
- **VALEU, ATÉ O PRÓXIMO ENCONTRO!**

PROGRAMA 10 – COMPRE E ARMAZENAMENTO DE ALIMENTOS

HOJE É O NOSSO DÉCIMO PROGRAMA. FALAREMOS DE DO MOMENTO DA COMPRA E DO ARMAZENAMENTO DOS ALIMENTOS. ESPERO QUE APRECIEM!

Será que precisamos ter cuidados na hora de comprar nossos alimentos?

No momento da compra, ao observar os produtos, você deve escolher aqueles alimentos que:

- Você saiba de onde vem;
- Que apresentem características próprias nos aspectos de aparência, cor, cheiro e textura;
- Que estejam dentro do prazo de validade;
- Que as embalagens não estejam danificadas;
- Sem sinais de descongelamento, como cristais de gelo ou água dentro da embalagem (para produtos congelados);

Estar atento às outras informações da embalagem do alimento é também um procedimento indicado para:

- Identificar produtos específicos para você;
- Conhecer melhor os nutrientes dos produtos;
- Identificar os seus ingredientes;
- Obter informação quanto à maneira de conservar;
- Preparar o alimento adequadamente;
- Aprender novas receitas;
- Utilizar os serviços de atendimento ao consumidor – SAC;
- Fazer a melhor escolha de acordo com orçamento disponível.

E um detalhe importante, caso você tenha dificuldade de ler, pode pedir ajuda de uma pessoa que saiba. Alguns mercados e supermercados já tem pessoas para isso!

e quando chegar em casa? Como guardar?

eis alguns cuidados no armazenamento dos alimentos:

- Guardar cada alimento em local que ajude a manter a qualidade dele, a temperatura adequada para a sua conservação, a limpeza e a organização;
- Usar primeiro alimentos que estejam com as datas de validade mais próximas do vencimento. **Tem um ditado bem legal sobre isso: Primeiro que vence, primeiro que sai!**
- No local de armazenamento é recomendado manter um espaço entre os alimentos guardados, o que permite uma melhor circulação do ar, contribuindo para conservar melhor os produtos.
- Os alimentos não devem ser guardados diretamente no piso, para garantir a segurança sanitária dos produtos. Esse cuidado favorece a conservação dos alimentos, evitando umidade e facilitando a limpeza do piso.
- A colocação dos produtos em prateleiras afastadas da parede e do piso, a preservação das embalagens sem danificação ou a manutenção dos alimentos em recipientes bem tampados dificultam o contato de animais (insetos, roedores, animais domésticos) e outras sujidades com os alimentos.
- As embalagens e os recipientes que envolvem os alimentos funcionam como barreiras, afastando-os também do contato com outras sujidades (poeira,

fragmentos de vidros, de pedra e outros). Antes de abrir qualquer embalagem, é importante limpá-la bem para evitar que o alimento seja contaminado.

- Os alimentos devem ser guardados e organizados em locais de fácil acesso, que não exijam esforço físico exagerado da pessoa idosa ou apresentem risco de quedas (abaixar-se ou usar escadas para alcançá-los, por exemplo).
- Recomenda-se que as embalagens e os recipientes sejam etiquetados para facilitar a identificação dos alimentos pelos idosos. Na identificação, devem-se usar etiquetas com letras em cor e tamanho que facilitem a leitura pela pessoa idosa.
- Os locais onde há alimentos armazenados não são apropriados para guardar materiais de limpeza, para evitar o risco de contaminação dos alimentos. Reserve um outro local para guardar produtos de limpeza, os quais deverão estar em recipientes devidamente rotulados.

E COM ESTAS DICAS ENCERRAMOS O PROGRAMA DE HOJE. ATÉ BREVE COM MAIS UM. O REMÉDIO É O ALIMENTO!

5 CONCLUSÃO

No período estudado, foram baixos os percentuais de utilização do SISVAN-Web no estado do Piauí e os dados consolidados mostraram que nem todas as regiões de saúde alimentaram o sistema. Com cobertura total de menos de um por cento ficou evidente que a cobertura não foi baixa somente no estado do Piauí, pois os resultados são semelhantes para o país.

A avaliação do estado nutricional de idosos no estado do Piauí nos anos de 2014 a 2018 mostrou que houve predomínio de indivíduos com sobrepeso. Quando analisado o IMC por sexo, o sobrepeso prevaleceu para o sexo feminino e a eutrofia para o sexo masculino em todo o período analisado.

O baixo peso apresentou números reduzidos, mas ainda é preocupante, principalmente em idosos, devido à relação com o aumento da mortalidade. Já o sobrepeso, que estava elevado, está associado com a morbidade. Apesar desse achado, em alguns anos foi possível encontrar valores expressivos de eutrofia.

A prática de vigilância alimentar e nutricional no cotidiano dos serviços de saúde não dependem exclusivamente da disponibilidade de recursos financeiros, mas fundamentalmente de outros aspectos, como o comprometimento político com a saúde coletiva e com o SUS por parte de gestores e profissionais responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição nos territórios.

Identificou-se através deste estudo que a implantação do SISVAN Web no município, não dá a garantia da eficácia da cobertura no que diz respeito, principalmente à periodicidade regular de informações, portanto, medidas devem ser tomadas no sentido de direcionar para a conscientização dos gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade do monitoramento dos dados nutricionais no intuito de que ocorram mudanças efetivas nas Políticas de Alimentação e Nutrição direcionadas para a população idosa.

REFERENCIAS

ABREU, É. T. F. et al. Monitoramento do estado nutricional de adultos atendidos na atenção básica de saúde em Salvador – BA. **Revista Saúde em Foco** – n. 11, p. 288-294, 2018.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto-cuidado. **RevEsc Enfermagem USP**, online 2011; v. 45, n. 4, p. 869-75, 2011.

BAGNI, U. V.; BARROS, D. C. Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. **Rev. Nutr.**, v. 25, n. 3, p.393-402, 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Lei 10741, 1º de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Presidência da República casa civil, subchefia para assuntos jurídicos**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm acesso em 20 out.2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Brasília: Ministério da Saúde**, 2006

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância alimentar e nutricional – **SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília (DF); 2008

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde**, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo**

alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p.: il.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Rio de Janeiro: IBGE; 2010b [acesso 2013 maio 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>> Acesso em: 20 out. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população por sexo e idades. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso 2013 mar 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,2 anos. 2015 [Internet]. [citado 2015 Dez 4]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/11/expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-2-anos>

_____. Agência IBGE notícias-Estatísticas Sociais: Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2017-agencia-de-noticias/releases/18470-em-2016-expectativa-de-vida-era-de-75-8-anos>> Acesso em: 20 out. 2018

BORGES, M. G.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: ERVATTI, L. G.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P (Orgs.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das populações**. IBGE: Brasília, 2015. Disponível em: Acesso em: 13 Out 2016.

CABRAL, M. J. et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estud. av.** v.27 n. 78, 2013.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** v.27 n.1 São Paulo Jan./June 2010.

CARDOZO et al. Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. **BRASPEN J**, v. 32, n. 1, p. 94-8, 2017.

CARVALHO-FILHA F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde Debate**. 2014; 38(1s): 265-78.8.

CATÃO, M. H. C. V.; XAVIER, A. F. C.; PINTO, T. C. A. O impacto das alterações do sistema estomatognático na nutrição do idoso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 29, jul/set, 2011.

CINTRA, R. M. G.; OLIVEIRA, D.; SILVA, L. M.G. Estado nutricional e ocorrência de hipertensão arterial e de diabetes em idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas. **Alim Nutr**. v. 23, n. 4, p. 567-75, 2012.

CLAUDINO, R.; SCHVEITZER, V.; MAZO, G. Z. Perfil de idosos institucionalizados sob tratamento de longa permanência. **Movimento & Percepção (Online)**, v. 11, p. 146-153, 2010.

CORTEZ, A. C. L.; FIGUEIREDO, E. M.; BRANDÃO, N. F. Desenvolvimento de um sistema e informações gerenciais para o sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN no estado de São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 26, p. 9-11, 2002.

CORTEZ, A. C. L.; MARTINS, M. C. C. Indicadores Antropométricos do Estado Nutricional em Idosos: Uma Revisão Sistemática. **UNOPAR CientCiêncBiol Saúde**, v. 14, n.4, p. 271-7, 2012.

CURIATI, J. A. E.; GARCIA, Y. M.; Nutrição e envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo-Netto M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

DIAS, M. C. G. et al. **Projeto Diretrizes. Triagem e Avaliação do Estado Nutricional**. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Assoc. Med. Bras. Nutrol. 2011; p. 03.

ENES, C. C; LOIOLA H. OLIVEIRA, M. R. M. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1543-51, 2014.

FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. International Fund for Agricultural Development. World Food Programme. **The state of food insecurity in the world 2014: strengthening the enabling environment to improve food security and nutrition**. Rome: FAO; 2014. [acessado 2015 Jun 05]. Disponível em: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/a-i4030e.pdf>

FARES, D. et al. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. **Rev Assoc Méd Bras**, v. 58, p. 434-41, 2012.

FENG, R. N. et al. Bmi is strongly associated with hypertension, and waist circumference is strongly associated with type 2 diabetes and dyslipidemia in northern Chinese adults. **J. Epidemiol**, v. 22, p. 317-23, 2012.

FRANÇA, V. F. et al. Estado nutricional e condições de saúde de idosos de Francisco Beltrão, Paraná. **Nutrire**, v. 40, n. 3, p. 337-43, 2015.

FONTENELLE, L. C. et al. Estado nutricional e condições socioeconômicas e de saúde em idosos. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 12 n. 71, p.353-363, 2018.

GADENZ, S. D.; BENVENÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência Saúde Colet**. v. 18, n. 12, p. 3523-33, 2013.

GALLETI, T. A. I. **A proteção social ao idoso dependente na Seguridade Social Brasileira**. 2014. 133 f. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado em Direito Político e Econômico). Universidade Mackenzie. São Paulo, 2014.

GARCIA, C. A. M.S.; MORETTO, M.C.; GUARIENTO, M. E. Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. **RevCiênciaMed**, v. 27, n.1, p.11-22, 2018.

GARCIA, C. A. M.S.; MORETTO, M.C.; GUARIENTO, M. E. Estado nutricional e qualidade de vida de idosos. **RevSocBrasClinMed**, v. 14, n.1, p. 52-6, 2016.

Jornal A Redação. **Como lidar com a falta de apetite na terceira idade**. 2016

JUNG, N. M; BAIRROS, F. S; NEUTZLING, M. B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 5, p. 1379-1388, 2014.

LEI, D. L. M. et al. O sistema de vigilância alimentar e nutricional. **Boletim do Instituto de Saúde** 2002, v. 26, p. 4-8, 2002.

LIMA, J. M. D. X.; NAVARRO, A. C. Sistema de vigilância alimentar e nutricional em crianças de Minas Gerais, Brasil: Histórico, cobertura e estado nutricional. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.8, n.44, p.55-64, 2014.

LINCK, C. L.; CROSSETTI, M. G. O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.32, n.2, p.385-93, 2011.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **PrimCare**, v. 21, p. 55-67, 1994.

LOPES, J. A. **Instituições de longa permanência: avaliando a dieta de idosos e as condições estruturais e higiênico-sanitárias das unidades de alimentação e nutrição**. 2014. 116 f. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014.

MARCELINO, P. N.; SILVEIRA, R. D. A terceira idade e sua conexão com o rádio. **ANAI DO XI EVINCI** — Centro Universitário Autônomo do Brasil — UniBrasil, 2016.

MARTINS, J.; PINHEIRO, J. A relação afetiva do idoso com o rádio: histórias e lembranças. **Revista Temática**. v. VIII, n. 3, 2012.

MARTINS, M. V. et al. Consumo alimentar de idosos e sua associação com o estado nutricional. **Revista, Juiz de Fora**, v. 42, n. 2, p. 125-131, 2016.

MARUCCI, M. F. N.; ALVES, R. P.; GOMES, M. M. B. C. Nutrição em Gerontologia. In: SILVA, S. M. C. S. MURA, J. A. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. Ed. 2. São Paulo. Editora Roca; 2010

MENIN, A. P. et al. Estado nutricional, alimentação e saúde oral em idosos de um município da Serra Gaúcha. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 51-74, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

MILLAR, S. R.; PERRY, I. J.; PHILLIPS, C. M. Assessing cardiometabolic risk in middleaged adults using body mass index and waist -height ratio: are two indices better than one? A cross-sectional study. **DiabetolMetabSyndrom**, v. 7, p. 73, 2015.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.19, n.3, 2016.

MOREIRA, J. O. Imagem corporal e envelhecimento: Vicissitudes de uma tragédia moderna. **Psicol. Argum.**, v. 30, n. 71, p. 631-637, 2012

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública** ,v. 33, n.12, p.e00161516, 2017.

OLIVEIRA, A. S. **Envelhecimento populacional e o surgimento de novas demandas de Políticas Públicas em Viana/ES**. 2015. 239 f. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Geografia). Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2015a.

OLIVEIRA, K. R. et al. Sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN): Estado nutricional da população idosa no município de Palmas – TO. **Anais do II Simpósio Brasileiro de Saúde e Nutrição**, Campus UFT de Palmas, 25 a 27 de março de 2015b.

PALMER, M. H. et al. Hydrate for health: Listening to older adult's need for information. **J GerontolNurs**. v. 40, n.10, p.24-30, 2014.

PAZ, R. C.; FAZZIO, D. M. G.; SANTOS, A. L. B. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. **Revisa**,v. 1, n. 1,p. 9-18, 2012.

PEREZ, A. I. D. L. C. et al. Monitoramento do estado nutricional de usuários de Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **BEPA**, v. 10, n. 116, p.1-13, 2013.

PERISSÉ, C; MARLI, M. Caminhos para uma melhor idade. Retratos:**revista do IBGE**. n 16, Fev 2019.

PFRIMER, K.; FERRIOLLI E. Fatores que interferem no estado nutricional do idoso. In: Vitolo M. R, editor. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 459-65.

PIAUÍ. Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Diretoria de Unidade de Planejamento. **Documento: Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019**. Teresina, Abril/ 2016. 86. p

PREVIATO, H. D. R. A et al. Perfil clínico-nutricional e consumo alimentar de idosos do Programa Terceira Idade, Ouro Preto-MG. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 10, n. 2, p. 375-87, 2015

SANTOS, B. B; COUTO, A. N; WICHMANN F. M. A. Estado nutricional de idosos atendidos na atenção primária à saúde do município de Candelária/RS. **Cinergis**, v. 17, n. 4 (Supl.1), p. 364-367, 2016.

SANTOS, C. F. E.; CAMPOS, H. L. M. Perfil nutricional de idosos do município de Vitória nos anos de 2009 a 2012 por meio do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN®) **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 63-70, 2018.

SILVA, J. L. et al. Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.18, n.2, p. 443-451, 2015.

SILVA, V. S. et al. Evolução e associação do IMC entre variáveis sociodemográficas e de condições de vida em idosos do Brasil: 2002/03-2008/09. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.3, p.891-901, 2018.

SOUZA, R. et al. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Rev. BRas.GeRiatR. GeRontol.**, v.16, n.1, p. 81-90, 2013.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Revista de Psicologia da USP**, v. 19, n. 1, 2008.

VAN DER MEIJ B. S. et al. Specific food preferences of older adults with a poor appetite: A forced-choice test conducted in various care settings. **Appetite**. v. 90, p.168-75, 2015.

WIDTH, M.; REINHARD, T.; MDS: **Manual de Sobrevivência para Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2011.

WHO - World Health Organization. Physical status: **the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee**. Geneva; 1995.

ANEXOS

ANEXO A



Coordenação de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado: **“Cobertura e Estado Nutricional de Idosos Cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional”**, da discente **Lindinalva Vieira dos Santos**, orientada pela **Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins**, foi cadastrado na Coordenação de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação, **sob o processo nº 117/2020**.

Teresina, 15 de outubro de 2020

A handwritten signature in blue ink, which appears to read "m. soares", is positioned above the printed name of the signatory.

Profa. Me. Mathilde Castello Branco Soares
Coordenadora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação



ANEXO B



DECLARAÇÃO DE REVISÃO

Prezad(o)a Senhor(a),

Em referência ao trabalho de conclusão de curso “Cobertura e Estado Nutricional de Idosos Cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional” de autoria de Lindinalva Vieira dos Santos, declaro que o resumo foi traduzido para a língua inglesa e para a língua espanhola, bem como o trabalho completo foi revisado de acordo com as normas cultas da língua portuguesa.

Nossa responsabilidade se limita às atividades descritas no parágrafo anterior de forma que não nos responsabilizamos por possível plágio cometido pelos autores, assim como não fizemos acréscimos ao texto do trabalho, ou considerações que não estejam relacionadas à formatação, tradução de resumo e à correção da escrita.

Teresina, 01 de outubro de 2020.

Cordialmente,


Ricardo Fernandes de Mesquita

CONSULTORIAS TERESINA
consultoriasteresina@gmail.com
Teresina - Piauí • CNPJ: 24.460.926/0001-28

ANEXO C

NORMAS PARA SUBMISSÃO À REVISTA RENE



1. Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. Acesso em uma conta existente ou Registrar uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- Todo o texto está formatado em Times New Roman, fonte 12, espaço 1,5cm entrelinhas e espaçamento de 0 pt antes de depois. As quatro margens de 2,5 cm, papel A4 e parágrafos 1cm. As páginas estão numeradas desde o resumo até as referências. Figuras e tabelas estão no texto. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
- O resumo está apresentado somente no idioma de submissão, em Times New Roman, fonte 12 e espaço 1,5cm. Não ultrapassa o limite de 150 palavras. Os descritores estão abaixo do resumo, nos dois idiomas português/inglês com a denominação de Descritores e Descriptors. Limitados de 3 a 6, separados por ponto e vírgula e com as iniciais maiúsculas, exceto para preposições, em conformidade com os DeCS.
- O texto não apresenta siglas, priorizando a descrição destas, exceto para aquelas reconhecidas internacionalmente. Ademais, segue os padrões de estilo e requisitos de formatação descritos em Diretrizes para Autores.
- O título, no idioma de submissão, apresenta no máximo 14 palavras, grafado em negrito, em caixa baixa, isto é, somente com a inicial maiúscula, e em nomes próprios, sem localização geográfica.
- Os títulos das seções do artigo encontram-se grafados em caixa baixa, somente com inicial maiúscula, e em negrito: **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos** (opcional), **Colaborações e Referências**.

- O artigo se apresenta dentro do limite de páginas e de referências preconizado para cada seção da Revista.
- Não contém nomes de autores no texto, estes foram substituídos por sua codificação numérica, sobrescrito, com parênteses e sem espaço entre a última palavra e o parêntese. Não utilizando expressões como: Segundo..., De acordo etc.
- As referências seguem o estilo Vancouver, conforme modelos expostos nas Diretrizes de publicação.
- As declarações encontram-se em conformidade com os modelos disponíveis nas Diretrizes para Autores, assinadas por todos os autores. Estas foram impressas, assinadas, escaneadas e incluídas em Documento Suplementar. **Documentos com assinaturas coladas não serão aceitos.**
- No caso de Artigos de Pesquisa, se encaminha o documento de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob a forma de documento digitalizado, anexado como arquivo suplementar.
- Envio do Checklist preenchido como Documento Suplementar.
- Envio do comprovante de pagamento referente à taxa de submissão, no valor de R\$ 200,00, como documento suplementar. Este valor também pode ser pago diretamente na Secretaria da Revista. CNPJ: 01921606/0001-22
- Adesão aos custos de tradução do artigo para língua inglesa após aprovação.

Diretrizes para Autores

- Orientações Básicas e Aspectos Éticos
- Preparação do manuscrito para submissão
- Exemplos de referências
- Como submeter
- Documentos para submissão
- Taxas para autores
- Tradutores credenciados
- Revisão de idiomas
- Guias para apresentação do texto
- Categorias de Publicações
- Declaração de direito autoral
- Política de Privacidade

Orientações básicas e Aspectos Éticos

A Rev Rene recebe artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicando nestes idiomas. Em relação aos artigos submetidos em inglês e espanhol, neste caso, será solicitada a tradução para a língua portuguesa da versão final aprovada.

Este periódico segue o *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* (COPE) (<http://publicationethics.org/>). A revista Adota a normalização dos “Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations/>).

Os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos ou de experimentação animal deverão ser respeitados. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial. Deverá ser observado o atendimento à legislação específicas do país que a pesquisa foi realizada. Referência a esse aspecto deverá constar no último parágrafo da seção Métodos do trabalho. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa deverá ser anexada.

Todos os artigos devem ser encaminhados a revista com a cópia de aprovação por um **Comitê de Ética em Pesquisa** em casos de pesquisas com seres humanos (exceto dados de domínio público), segundo as normas da *Resolução 466/2012*, do Conselho Nacional de Saúde ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Os estudos tipo ensaio clínico deve ter o número do Registro de Aprovação de Ensaio Clínicos (<http://www.ensaioclinicos.gov.br>) o qual deve ser enviado a revista. Em casos de pesquisas envolvendo animais, a aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais deve ser encaminhada.

Coleta de dados: máximo 5 anos.

Originalidade

Submissões à este periódico devem ser originais e inéditas, e não devem estar sendo avaliadas para publicação por outra revista.

Tempo médio entre o recebimento e a publicação: três meses

Plágio

Plágio acadêmico/ *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors Committee on Publication Ethics* (COPE)/ Responsabilidade dos autores. Copiar

um estudo ou parte dele, de outro autor ou mesmo de publicação própria, constitui-se em fraude inaceitável e desonestidade. Não usem ideias e palavras de outros(s), sem reconhecer a fonte da informação. Confira mais detalhes sobre este assunto em <http://www.dsce.fee.unicamp.br/~antenor/Plagio.pdf>. A Revista utiliza o software iThenticate para localização de textos similares e identificação de plágio e autoplágio (<http://www.ithenticate.com/>)

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores. Os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas. Todos aqueles designados como autores devem atender aos critérios de autoria. **O número máximo de autores são seis.** Não se justifica a inclusão de nome cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. Pessoas que tiveram participação técnica ou de apoio geral podem ser citadas na seção de Agradecimentos. Todos os autores devem informar o seu número de registro ORCID (<http://orcid.org>).

Conflito de Interesse

Todos os autores e avaliadores devem revelar qualquer tipo de conflito de interesse existente durante o desenvolvimento do estudo.

Preparação do manuscrito para submissão

Formatação

Os trabalhos deverão ser apresentados em formato Word for Windows, para impressão em papel A4, em espaço 1,5, margem de 2,5 cm cada um dos lados, letra 12, Times New Roman, parágrafos alinhados a 1cm.

Página de Título

Título do artigo: sintético e objetivo, apresentado somente no idioma de submissão, em negrito; com no máximo 14 palavras, em caixa baixa, inicial maiúscula para primeira palavra e/ou nomes próprios, centralizado, letra 12, *Times New Roman*. Evitar utilizar: localização geográfica da pesquisa, abreviações e identificação do tipo de estudo.

Autores: a indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a seis e devem apresentar-se na sequência do texto, em tamanho 12, iniciais maiúsculas, separados por vírgula, com números sobrescritos. Ex.: Ana Fátima Carvalho Fernandes¹, Thereza Maria Magalhães Moreira²

Informar o número de registro do ORCID de todos os autores na Página de título e no sistema.

Notas dos autores: indicação de instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país. Seguidamente, informar nome e endereço completo com CEP do autor correspondente.

As afiliações dos autores, bem como seus endereços eletrônicos devem ser expressas em Metadados da Submissão.

Ex.: ¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Autor

Endereço completo: informar CEP e e-mail

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição.

Agradecimentos: item opcional. Podem ser incluídas pessoas envolvidas que não se configuram como autores ou instituições. No caso de apoio financeiro de instituição, informar número de processo.

Colaborações: item obrigatório. Informar em relação aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Documento Principal

Deve conter o título, o resumo com descritores e o corpo do manuscrito (não coloque qualquer identificação dos autores).

Título do artigo: sintético e objetivo, apresentado somente no idioma de submissão, em negrito; com no máximo 14 palavras, em caixa baixa.

Resumo: deve ser estruturado, sem siglas, somente no idioma de submissão, contendo no máximo 150 palavras, objetivos, métodos (sem período e local do estudo), principais resultados e conclusões, fornecendo visão clara e concisa do conteúdo. Deve ser redigido em espaço 1,5cm, letra 12, Times New Roman, na mesma sequência do título.

Descritores: em português e inglês, separados por ponto e vírgula e com iniciais maiúsculas, exceto para preposições; devem acompanhar o resumo, respeitando-se o número de três a cinco. Utilizar os descritores referidos nos “Descritores em Ciências da Saúde” - DECS/LILACS/BIREME disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> ou MESH/ “Medical SubjectHeadings” - elaborado pela National Library of Medicine. Nomenclatura dos descritores: **Descritores e Descriptors**, letra 12, em negrito.

Texto: Não utilizar siglas no texto, priorizar sua descrição, com exceção para aquelas reconhecidas internacionalmente. Deve ser obedecida a estrutura exigida para cada categoria de manuscrito.

Introdução - a finalidade da introdução é apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo, ademais enunciar, com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução e para cada objetivo deverá haver uma conclusão.

Métodos - descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e das técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture da seguinte forma, sem subitens: tipo de desenho de pesquisa, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta (**dos últimos cinco anos**) e análise de dados. Nos casos de pesquisa envolvendo seres humanos inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e do Certificado de Apresentação para Apreciação

Ética (CAAE) e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados - descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

Discussão – deve apresentar a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicita a contribuição dos resultados deste estudo e sua aplicabilidade prática.

Conclusão: apresentar a escrita em frase clara, simples e direta, demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada objetivo. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão. Nesta seção, não devem conter citações.

Referências: para Artigos de Pesquisa, máximo de 20 e mínimo de 15. Para Artigos de Revisão, máximo de 30.

Nota: Os trabalhos devem apresentar os resultados separados da discussão.

Citações de referências no texto: no texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores. Ex:⁽¹⁾. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-6); quando intercalados, usar vírgula (ex: 2,6,10).

Citações no final do texto: seguir o Estilo Vancouver, disponíveis no endereço eletrônico https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed for MEDLINE* <http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Para os periódicos que não se encontram neste site, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde

da BVS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>. As referências são utilizadas para convencer o leitor acerca da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, fornecem maior credibilidade ao trabalho. **Observação:** deve-se priorizar a citação de referências atualizadas, ou seja, **publicadas nos últimos cinco anos**, considerando o momento da submissão do manuscrito.

Literatura cinzenta: não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor, como teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais etc.) ou obras de reduzida expressão científica. A atualidade da referência, isto é, a citação de obras recentes, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais.

Devem ser citadas de periódicos científicos indexados em bases de dados nacionais e internacionais que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante com o assunto abordado.

Devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo.

Referências de artigos publicados em periódicos latino-americanos e que possuem versão em inglês, deverão ser citadas no idioma em inglês.

Na Lista ao final:

Autores: citar até seis autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles. Ex: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F. de F. Para referências com mais de seis autores, listar os seis primeiros acompanhados de et al., separando-os por vírgula.

Páginas: suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex: usar de 43-8 e não 43-48. Colocação da página na citação, número do autor seguido de dois pontos e número da página. Ex: (1:15)

Notas: Transcrever no idioma da obra, dados como: “Disponível em”, “citado ano mês dia” [citado 2014 jan. 20]; Inglês: “Available from” e “cited ano mês dia” [cited 2014 Jan 20] etc.

Elementos integrantes

Falas: em estudos qualitativos, as falas devem ser apresentadas em itálico, sem colchetes e aspas, com ponto final após identificação do depoente, tamanho 10, e na sequência do parágrafo. Não utilizar itálico na identificação do depoente.

Tabelas: limitadas a três, no conjunto. Devem ter títulos concisos (informar local e ano do estudo), numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, não utilizar linhas internas verticais ou horizontais. As notas explicativas devem aparecer no rodapé das tabelas e não no título ou cabeçalho. Devem apresentar-se em preto e branco, sem sombreamento e dentro do próprio texto. Formatar com a ferramenta do Word “inserir tabela”, utilizar letra 12, fonte *Times New Roman*. Não ultrapassar uma página.

Figuras: são assim denominados quadros, gráficos, desenhos e fotografias; devem ter sido desenhadas ou fotografadas por profissionais ou demonstrar excelente qualidade de impressão digital. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que forem citadas no texto. As ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução. Não é permitido que o conteúdo dos gráficos seja o mesmo das tabelas. As legendas das figuras, os símbolos, os números e outros sinais necessitam ser identificados e descritos quanto ao seu significado. Caso os autores optem por utilizar ilustrações já publicadas, devem encaminhar permissão, por escrito, para sua reprodução. Devem apresentar-se em preto e branco. Os títulos devem ser apresentados abaixo das ilustrações.

Apoio financeiro: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro. Deve constar na página de título e no sistema de submissão.

Abreviações e símbolos: não devem ser utilizadas, optar por descrevê-las, à exceção das reconhecidas internacionalmente.

Notas de rodapé: não devem ser utilizadas.

Exemplos de referências

1. Artigo padrão com DOI

Melo GM, Cardoso MVLML. Pain in preterm newborn submitted to music and 25% glucose intervention. Rev Rene. 2017; 18(1):3-10. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100002>

2. Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol. 2000; 75(6):28-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2000001200008>

3. Com mais de seis autores

Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Vital signs measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(4):1071-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003970014>

4. Instituição como Autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. Hypertension. 2002; 40(5):679-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2004.179>

5. Volume com suplemento

Andrade ACS, Peixoto SV, Friche AAL, Goston JL, César CC, Xavier CC, et al. Social context of neighborhood and socioeconomic status on leisure-time physical activity in a Brazilian urban center: The BH Health Study. Cad Saúde Pública. 2015; 31(Suppl 1):136-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00069514>

6. Editoriais

Miranda FAN, Mendes FRP. Within the urgent and emergency settings: the suicidal ideation of nurses [editorial]. Rev Rene. 2018; 19:e3382. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193382>

Livros

7. Indivíduo como autor

Herdman TH. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.

8. Organizador, Editor, Coordenador como autor

Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidadoso-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014.

9. Capítulos de livro

Pagliuca LMF, Rebouças CBA, Sampaio AFA. Tecnologias educativas para pessoas com deficiência visual. In: Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidadoso-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 181-96.

10. Artigo em formato eletrônico

Menezes FG, Abreu RM, Itria A. Cost-effectiveness analysis of paricalcitol versus calcitriol for the treatment of SHPT in dialytic patients from the SUS perspective. J Bras Nefrol [Internet]. 2016 [cited Dec 12, 2018];38(3):313-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n3/0101-2800-jbn-38-03-0313.pdf>

11. Documentos Legais

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Envio dos manuscritos

As submissões dos artigos deverão, obrigatoriamente, ser por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/index>

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil.
CEP: 60430-160

Tel.: + 55 85 3366-8453

E-mail: rene@ufc.br

Site: <http://periodicos.ufc.br/rene>

Como submeter

A submissão deve ser procedida exclusivamente via sistema (www.periodicos.ufc.br/rene). Seguir Tutorial OJS para submissão.

Documentos para submissão

As declarações requeridas no ato da submissão devem ser impressas, assinadas, escaneadas e incluídas em Documento Suplementar. **Documentos com assinaturas coladas não serão aceitos.** Em caso de aprovação do artigo, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Rev Rene.

No ato da submissão dos manuscritos, deverão ser anexados no sistema on-line, em documentos suplementares, os documentos:

Cópia do documento de aprovação do Comitê de Ética, digitalizada em formato jpg ou pdf;

Declaração de conflito de interesse (todos os autores devem assinar este documento);

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais, assinada diretamente no documento, digitalizada em formato jpg ou pdf;

Declaração de não envolvimento com seres humanos. Somente quando a pesquisa não envolver seres humanos;

Comprovante de pagamento referente à taxa de submissão;

Checklist devidamente preenchido.

Checklist de Revisão Integrativa

Taxas para autores

Este periódico cobra as seguintes taxas aos autores.

Artigos com todos os autores de instituições de fora do Brasil são isentos das taxas.

Submissão de artigo: 200.00 (BRL)

Os autores deverão realizar pagamento da taxa de submissão de artigos, como contribuição para os custos de edição.

Dados bancários:

ACEP/Rev Rene

Conta corrente: 14684-6

Ag.1702-7

Banco do Brasil

CNPJ: 01921606/0001-22 ACEP/Rev Rene

No processo de checagem inicial da documentação submetida, serão arquivados automaticamente manuscritos que não estiverem acompanhados da comprovação do pagamento da TAXA DE SUBMISSÃO. Finalizado o processo de avaliação, não se devolve a taxa de submissão para manuscrito arquivado e/ou recusado.

Publicação de artigo: 800.00 (BRL)

Caso este documento seja aceito para publicação, será necessário o pagamento de uma taxa de publicação de artigo para auxiliar nos custos de publicação.

Tradutores credenciados

Tradutores inglês

AcademicEditing for Nurses

Federal EmployerIdentificationNumber

Telefones: +1 (920) 344-8670

E-mail: editor@academiceditingfornurses.com

Website: www.academiceditingfornurses.com

Aksent Assessoria Acadêmica

CNPJ: 11433123/0001-32

SofieTortelboomAversari Martins

E-mail: aksentrad@gmail.com

Carmela Carvalho - Serviços de Revisão, Tradução e Normalização de textos

CNPJ: 22.557.767/0001-59

E-mail: carmela@carmelacarvalho.com

Telefones: (84) 99989-0037 (*WhatsApp* -TIM)/ 98847-9399 (TIM)

Christopher Quinn

English Consulting Brazil, cnpj. 15.156.534/0001-89

E-mail: englishconsultingbrazil@gmail.com ou quinneroma@hotmail.com

Letícia Silva Belasco – LSB Traduções

Fone: (11)96446-9775

E-mail: lsbtraducoes@gmail.com

LN Traduções - Profº Leandro Nascimento

E-mail: ln.traducoes@gmail.com

Fone: 85 996642273/ 85 986460525

Marcelo Coelho

E-mail: mccoelho1945@yahoo.com.br

Fone: 85 99608 4341 e 85 3067 4561

Matthew Philip Jenkins – Traduções – ME

Telefones: (041) 3332 0258/ (041) 9935 9838

E-mail: jenkinstraducoes@gmail.com

Raphael Moreira

E-mail: raphaeltradutor@hotmail.com

Fone: 81 982870461

Philip Gradon Reed

E-mail: philipgradonreed@gmail.com

Fone/Whatsapp: 73 99115 7990

Tower Translations/Bruno Silva Nogueira

E-mail: contato@towertranslations.net ou bsnoguera@gmail.com

Telefone: 41 9 9532 3201

ZeppeliniPublishers

E-mail: comercial@zeppelini.com.br

Telefones: (11) 2978-6686

Tradutor espanhol

Luana Rodrigues

E-mail: rodrigues.esp@gmail.com

Fone: 85 987295493

Revisão de idiomas

Carmela Carvalho - Serviços de Revisão, Tradução e Normalização de textos

CNPJ: 22.557.767/0001-59

E-mail: carmela@carmelacarvalho.com

Telefones: (84) 99989-0037 (*WhatsApp* -TIM)/ 98847-9399 (TIM)

Luana Rodrigues

E-mail: rodrigues.esp@gmail.com

Fone: 85 987295493

ZeppeliniPublishers

E-mail: comercial@zeppelini.com.br

Telefones: (11) 2978-6686

Viviane Zeppelini

E-mail: viviane.revisao@gmail.com

Guias para apresentação do texto

Os textos dos artigos devem seguir os guias da Rede Equator conforme tipo de estudo realizado:

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for QualityImprovementReportingExcellence ([SQUIRE 2.0 – checklist](#)).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE ([checklist](#)).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ (checklist).

Categorias de Publicações

Artigos de Pesquisa

Estudo destinado a divulgar resultados de pesquisa original e inédita. A estrutura deve seguir: Título, Resumo, Descritores, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão. Os artigos devem conter no máximo 12 páginas no total e até 20 referências.

Artigos de Revisão

Revisão Integrativa de Literatura é um método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos objetivando responder uma pergunta claramente formulada sobre um problema específico. Máximo de 15 páginas, até 30 referências.

Revisão Sistemática de Literatura é um método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados de evidência forte e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área específica de estudo, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Não serão aceitas revisões com duas bases de dados. Máximo de 15 páginas, até 30 referências.

Ensaio Clínico

Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico, exigência de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos. O número do ensaio deve ser registrado no final do resumo. O artigo deve conter no máximo 12 páginas e até 20 referências.

Autor Convidado

Produzido a convite do(s) Editor(es) da Revista. Segue a mesma estruturação de artigo original.

Declaração de Direito Autoral

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a Rev Rene adota a Licença *Creative Commons* – Licença CC BY 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

As declarações requeridas no ato da submissão devem ser impressas, assinadas, escaneadas e incluídas em Documento Suplementar. **Documentos com assinaturas coladas não serão aceitos.**

Declaração de conflito de interesse (todos os autores devem assinar este documento);

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais. Esta deve ser assinada diretamente no documento, digitalizada em formato jpg ou pdf;

Declaração sobre Aspectos Éticos. Para artigos que não envolvem seres humanos.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Open Journal Systems

EnviarSubmissão

Idioma

- English
- Español (España)
- Português (Brasil)

Rev Rene

Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60430-160

+ 55 85 3366-8453