



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

UCES

PROGRAMA DE POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

EROTEIDE LEITE DE PINHO

**ABORDAJE DE ASISTENCIA NUTRICIONAL PARA LOS ANCIANOS EN
UNIDADES BÁSICAS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE FORTALEZA-CE EN EL
PERÍODO DE AGOSTO DE 2019 A FEBRERO DE 2020**

Buenos Aires

2022

EROTEIDE LEITE DE PINHO

**ABORDAJE DE ASISTENCIA NUTRICIONAL PARA LOS ANCIANOS EN
UNIDADES BÁSICAS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE FORTALEZA-CE EN EL
PERÍODO DE AGOSTO DE 2019 A FEBRERO DE 2020**

Tesis presentada a la Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales-UCES, como requisito
para obtener el título de Doctor en Salud Pública.

Orientadora: Dra. Mónica Cristina Padró

Área de Concentración: Sistemas de Salud.

Buenos Aires

2022



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

ORIGINAL

**ACTA DE PRESENTACION DE TRABAJO FINAL
Doctorado en Salud Pública**

Título: Abordaje de asistencia nutricional para los ancianos en unidades básicas de salud en el municipio de fortaleza-ce en el período de agosto de 2019 a febrero de 2020

Autor: Leite de Pinho, Eroteide

PAS FN143598

Matricula: 82.854

Director: Dra. Mónica Cristina Padró

Jurado 1: Dr. Sergio Horis Del Prete

Jurado 2: Dra Silvia Vouillat

Jurado 3: Dra. Andrea Carvalho Araújo Moreira

DICTAMEN :

El jurado considera que la temática es pertinente e importante y se vincula con los contenidos del Doctorado en salud pública con mención en sistemas de salud, pudiéndose observar una clara exposición y un desarrollo metodológico adecuado.

Se estima importante mencionar la necesidad de profundización, análisis y elaboración de los datos obtenidos respecto a la asistencia nutricional en las Unidades básicas de salud para los ancianos, tal como es expresado en el título del documento tesis a fin de dar mayor solidez a las conclusiones obtenidas.

Calificación : 8,00 Aprobado

BUENOS AIRES 19/12/2022 12:00:00

Firma :

Firma :

Firma :

Aclaración:

Aclaración:

Aclaración:

Firma por
Andrea Carvalho
Araújo Moreira.



A mi familia, en especial a mi hija, Sara y mi esposo Manoel, fuentes de inspiración para mi cotidiano.

AGRADECIMENTOS

Ante de la finalización de este Doctorado, es momento de agradecer a todos los que pudieron aportar para que mi trayecto, a lo largo de cuatro años, fuese concluido. Ahora, quiero reconocer a quien estuvo vinculado, directa o indirectamente, para esta conquista personal y profesional.

A Dios, pues es mi refugio y mi fortaleza. Segura, que es él quien me levanta todas las mañanas con un espíritu de lucha renovado.

A mi familia, por estar siempre presente, aun a la distancia, y por haberme amparado siempre en los momentos difíciles.

A mi orientadora, Profa. Dra. Mónica Cristina Padró, que me orientó para que este estudio fuese construido. Gracias por las enseñanzas y contribución para mi crecimiento como investigadora.

A los ancianos que se dispusieron a participar en la investigación, se mostraron amigables respondiendo a mis preguntas y también en el proceso de coleccionar las medidas antropométricas durante la evaluación nutricional. A los ancianos del Brasil, aunque sea de forma anónima.

A la Pro-rectoría de Investigación de la Universidad Estadual Vale do Acaraú -UEVA, por posibilitarme la liberación para cursar el Doctorado. Local de trabajo por el cual tengo mucho cariño.

Al Programa de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales-UCES, Buenos Aires- Argentina.

A la Secretaría Municipal de Salud del Municipio de Fortaleza- CE por la liberación de las Unidades Primarias de Atención a la Salud para la colecta de mis datos.

¡A todos, mis sinceros agradecimientos!

RESUMEN

Introducción- La expectativa de vida de la población viene aumentando en todo el mundo, junto con la reducción de la tasa de fecundidad. Ese contexto contribuye para el aumento del número de personas ancianas. El envejecimiento hace parte del ciclo natural de la vida y trae consigo diversas alteraciones físicas, sociales, emocionales y de comportamiento. En esa fase se observa un apareamiento relevante de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. **Objetivos-** Analizar las acciones de atención integral a los ancianos, particularmente acciones dirigidas a la nutrición. **Metodología-** La investigación cuantitativa norteó la realización de esta investigación, siendo realizada en el período de agosto de 2019 a febrero de 2020, junto a los grupos de convivencia, instituidos en algunas Unidades Básicas de Salud de la Regional II en el municipio de Fortaleza-CE y tuvo como unidad de análisis de estudio 150 ancianos participantes de los grupos de convivencia atendidos en estas Unidades. Fueron realizadas medidas antropométricas (peso, altura, medida de tríceps) con el anciano usando ropas ligeras. **Resultados-** De los 150 ancianos estudiados 110 eran del sexo femenino (73,33%) y 40 del sexo masculino (26,67%), con una edad mínima igual a 60 años y edad máxima igual a 87 años, predominando personas entre las edades de 60 y 67 años. El promedio de las edades es igual a 71,67 y el desvío patrón es igual a 7,97. Con relación a la renta y nivel de escolaridad, se nota una hegemonía de personas alfabetizadas y con renta entre 0 y 1 salario mínimo. Además, la principal forma de vivienda es la casa propia, con la mayoría de los entrevistados viviendo con hasta 2 personas en casa. Las enfermedades más comunes presentadas por los ancianos fueron diabetes, hipertensión y obesidad. La conclusión, muestra que la variable edad posee relación con la variable IMC (el p-valor igual a 0,01 es menor que el nivel de significancia que es igual a 5%). Se nota que ancianos con obesidad tienden a tener una edad menor, entre 60 y 70 años. Mientras, ancianos desnutridos tienden a poseer una edad más avanzada, entre 76 a 87 años. Con relación al género, los hombres en su mayoría son eutróficos, en contraste a las mujeres que son en su mayoría obesas. Las demás variables socioeconómicas no presentan ninguna asociación con la variable IMC. **Consideraciones finales-** Existe la necesidad de la implantación de políticas y estrategias integrales e intersectoriales en los servicios de salud para disminuir los efectos negativos del

proceso. A pesar de las mejoras en el servicio aún es necesario la actualización de los profesionales para el cuidado y servicio a los ancianos, principalmente en lo que se refiere a la humanización.

Palabras-clave: Envejecimiento; nutrición; salud.

ABSTRACT

Introduction- The population's life expectancy has been increasing all over the world, accompanied by a reduction in the fertility rate. This context contributes to the increase in the number of elderly people. Aging is part of the natural cycle of life and brings with it several physical, social, emotional and behavioral changes. At this stage, there is a greater appearance of Chronic Non-Communicable Diseases. **Objectives-** To analyze the actions of comprehensive care for the elderly, particularly actions aimed at nutrition. **Methodology-** Quantitative research guided this investigation, being carried out from August 2019 to February 2020 with coexistence groups, established in some Basic Health Units of Regional II in the city of Fortaleza-CE and had the unit of study analysis 150 elderly participants of the social groups assisted in these Units. Anthropometric measurements (weight, height, triceps measurements) were taken with the elderly person wearing light clothing. **Results-** Of the 150 elderly people studied, 110 were female (73.33%) and 40 were male (26.67%), with a minimum age of 60 years and a maximum age of 87 years, with a predominance of people of different ages. 60 and 67 years old. The mean age is equal to 71.67 and standard deviation equal to 7.97. With regard to income and education level, there is a hegemony of literate people with income between 0 and 1 minimum wage. In addition, the main form of housing is their own home, with most respondents living with up to 2 people at home. The most common diseases presented by the elderly were diabetes, hypertension and obesity. The conclusion shows that the age variable is related to the BMI variable (the p-value equal to 0.01 is less than the significance level equal to 5%). It is noticed that elderly people with obesity tend to be younger, between 60 and 70 years old. However, malnourished elderly people tend to be older, between 76 and 87 years old. Regarding gender, men are mostly eutrophic, in contrast women are mostly obese. The other socioeconomic variables do not show any association with the BMI variable. **Final considerations -** There is a need to implement comprehensive and intersectoral policies and strategies in health services to reduce the negative effects of the process. Despite the improvements in the service, it is still necessary to update professionals for care and care for the elderly, especially with regard to humanization.

Keywords: aging; nutrition; health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cambios en la pirámide etaria a lo largo de los años	28
Figura 2 - Distribución de las Secretarías Regionales en el Municipio de Fortaleza	47
Figura 3 - Cuadernillo del Anciano (capa).....	55
Figura 4 - Cuadernillo del Anciano (medida antropométrica).....	55
Figura 5 - Punto promedio encontrado	69
Figura 6 - Pliegue Cutáneo Tricipital	70

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 - Distribución de los ancianos atendidos en Fortaleza por la Secretaría y equipo de salud de la familia.	52
Tabla 2 - Evaluación del pliegue Cutáneo Tricipital por Percentil	70
Tabla 3 - Distribución en percentiles del pliegue cutáneo tricipital segundo género y edad de acuerdo con Frisancho, 1990.....	70
Tabla 4 - Clasificación del Estado nutricional segundo el pliegue cutáneo tricipital (PCT)	71
Tabla 5 - Datos socioeconómicos de los entrevistados.....	84
Tabla 6 - Distribución cuanto a los tríceps.....	95
Tabla 7 - Estado nutricional de ancianos según IMC	97
Tabla 8 - Datos sobre el IMC de los entrevistados	98
Tabla 9 - Relación entre medicamentos y nutrientes	107
Tabla 10 - Datos sobre la alimentación de los entrevistados	110
Tabla 11 - IMC x VARIABLES (TEST DE INDEPENDENCIA)	118

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 - Clasificación de la diabetes mellitus	43
Cuadro 2 - Valores diarios de EAR, UL, AI E RDA de minerales para la ingestión por ancianos.	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade.....	86
Gráfico 2 - Renda.....	86
Gráfico 3 - Escolaridade.....	87
Gráfico 4 - Vivenda	87
Gráfico 5 - Pessoas vivem com entrevistado	88
Gráfico 6 - Distribución de los entrevistados con relacion al sexo.....	89
Gráfico 7 - Escolaridad de los entrevistados	90
Gráfico 8 - División de los entrevistados con relación al tipo de vivienda	91
Gráfico 9 - Distribución de los entrevistados con relación a la renta en sueldos mínimos...	92
Gráfico 10 - Cantidad de personas convivientes con los entrevistados	93
Gráfico 11 - Distribución de los pesos de los entrevistados	94
Gráfico 12 - Percepcion de los ancianos con relación a la salud	101
Gráfico 13 - Enfermedades crónicas.....	102
Gráfico 14 - Utilización de procedimientos médicos	106
Gráfico 15 - Medidas para mejorar la salud.....	109
Gráfico 16 - Arroz branco.....	113
Gráfico 17 - Arroz integral	113
Gráfico 18 - Frejol	114
Gráfico 19 - Hojas crudas	114
Gráfico 20 - Legumbres cocidas y guisadas	115
Gráfico 21 - Frutas	115
Gráfico 22 - Aves	116
Gráfico 23 - Pescados	116

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AI – Adequate intake

CONITEC – Subcomisión técnica

BF – Bolsa Familia

DATASUS – Departamento de Informática del Sistema Único de Salud

DRI – Dietary Reference Intakes

EAR – Estimated average requirement

EV – Expectativa de Vida o Esperanza al Nacer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística

IOM – Institute of medicine

OMS – Organización Mundial de la Salud

ONU – Organización de las Naciones Unidas

PNAD – Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios

PIB – Producto Interno Bruto

RDA – Recommended Dietary Allowance

RENAME- Relación nacional de medicamentos esenciales

SISVAN – Sistema de vigilancia alimentar y de nutrición

SIG – Sistemas de Información Geográfica

TE – Tasa de Envejecimiento

UL – Tolerable upper intake level

LISTA DE SÍMBOLOS

Σ - Sumatorio

SUMÁRIO

1	INTRODUCCIÓN	19
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo General	24
2.2	Objetivos específicos	24
3	REVISIÓN DE LA LITERATURA	25
3.1	El envejecimiento poblacional: un análisis epidemiológico	25
3.2	La trayectoria de las políticas públicas del anciano en Brasil	30
3.3	Enfermedades más predominantes en el anciano y los desafíos para la salud	35
3.4	El envejecimiento y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT)	40
3.4.	El uso de medicamentos por los ancianos	45
3.5	Atención primaria a la salud en el Municipio de Fortaleza	46
3.5	Distribución de Unidades de Atención Primaria de Salud	52
3.6	Plan municipal de atendimento al anciano	52
3.6	La estratificación de riesgo	56
3.7	Políticas de salud pública dentro de la Estrategia de Salud de la Familia	57
3.8	El estado nutricional del anciano	59
3.8	El papel del Nutricionista en la Atención Primaria	71
3.9	Alimentación del anciano	73
3.10	Mejorías para el anciano	74
3.11	El uso de las medias sociales por los ancianos	75
3.12	Las redes de comunicación <i>en-línea</i>	76
4	METODOLOGÍA	78
4.1	Características de la investigación	78
4.2	Escenario del estudio	78
4.3	Sujetos de la pesquisa	79
4.4	Proceso de colecta de datos y técnicas de análisis	79
4.5	Aspectos éticos y legales de la investigación	82

5	RESULTADOS	84
5.1	Datos socioeconómicos	84
5.2	Datos físicos	94
5.3	Consumo Alimentar	110
6	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	121
6.1	Renta	122
6.2	Escolaridad	124
6.3	Vivienda	125
6.4	Medidas de cuidado	126
6.5	Evaluación nutricional	129
6.6	Consumo Alimentar	131
6.7	Sobre el atendimento en las Unidades de Atención Primaria la Salud	136
6.8	Mejoría en la condición de salud	138
6.9	Enfermedades que acometen a los ancianos	141
7	CONSIDERACIONES FINALES	143
8	RECOMENDACIONES	145
	REFERENCIAS	147
	APÉNDICES	176
	ANEXOS	179

1 INTRODUCCIÓN

Estigmas negativos que, normalmente están asociados al proceso de envejecimiento, tienen como uno de sus pilares la declinación biológica, ocasionalmente acompañada de enfermedades y dificultades funcionales con el avance de la edad. Así, el aumento del contingente de edad preconiza una mayor atención en relación a la asistencia a estos sujetos. De esta manera, investigadores resaltan la necesidad de una reflexión y actuación sobre las repercusiones de las transformaciones sociales consecuentes del envejecimiento (De Moura Sousa, Leovander Francisca; Sá, Vivivan Couto; De Andrade Aoyama, 2019; Souza et al., 2007).

El envejecimiento humano surge como uno de los fenómenos más importantes en los últimos tiempos en un escenario cargado de ambigüedades, de desmoronamientos de paradigmas, valores y certezas y viene a componer un cuadro que reafirma diferencias y al mismo tiempo introduce formas innovadoras en los procesos sociales vigentes. La palabra “envejecer” tiene en su sentido más descriptivo, el ser un proceso natural que caracteriza una etapa de la vida del hombre por los cambios físicos, psicológicos y sociales que ocurren de forma individualizada y con sus particularidades para cada anciano (Rocha et al., 2013).

Al pensar en la vejez, nos viene luego a la mente aquella etapa colmada de limitaciones físicas, sociales y económicas, o sea, la fase final de la vida de una persona. Sin embargo, es de suma importancia hacer una reflexión al respecto del proceso de envejecimiento y sus consecuencias, principalmente por el aumento considerable de la población de personas de más edad en Brasil y en el mundo (Carvalho, 2013)

De esta forma, la población mundial está en proceso de envejecimiento, este período de transición demográfica ya ocurre en algunos países, de acuerdo con Melo et al., (2017), en Brasil el proceso de envejecimiento de la población está aún en desarrollo, las personas mueren menos, sin embargo también no buscan tener hijos, o sea, la tasa de natalidad se redujo comparado a los años anteriores.

Delimitar el envejecimiento a través de conceptos no es algo fácil, pues requiere un conocimiento amplio de como las personas mayores están insertas en el proceso de construcción social. La vejez, desde el punto de vista biológico, es percibida como un desgaste natural de las estructuras orgánicas y procesos degenerativos (Lima-Costa; Veras, 2013).

En las últimas décadas, el envejecimiento de la población en escala mundial, ha sido considerado un fenómeno relevante por parte del poder público y de la sociedad civil de países desarrollados y en desarrollo. Según proyecciones, la población mundial alcanzará 9,15 mil millones de personas en 2050, mientras que de los ancianos aumentará unas tres veces más, pasando de 759 millones en 2010 para cerca de dos mil millones (Magalhães, 2016).

En Brasil, también se ha observado un crecimiento de la población de más de 60 años. Entre los años de 1940 y 2000, esa población pasó del 4,1% para 8,6% y se espera que en 2050, corresponda a 25% de la población general (IBGE, 2010).

Al llegar a una edad avanzada, acontece un deterioro fisiológico del organismo como un todo. Después de los treinta años la velocidad de regeneración celular y cicatrización ya comienza a estabilizarse y a disminuir gradualmente. A medida que los años pasan, la fuerza cardiovascular se reduce, la fuerza muscular y la capacidad de estirarse son más bajas (Rodrigues & Neri, 2012).

Chaimowicz, (1997) establece que con el aumento elevado del número de personas de edad, ocurren modificaciones en el perfil de esta población que, al aumentar su expectativa de vida, se hace más frecuente el apareamiento de enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión, enfermedad coronaria, diabetes mellitus y resistencia a la insulina dependiente y osteoporosis) además de los índices de incapacidad que aumentan rápidamente, reduciendo la capacidad de los ancianos para una vida independiente.

Para Bernardes (2014) las limitaciones que hay en las personas mayores se deben a varias condiciones que este pasó durante su vida, siendo impuestas por la sociedad como una dificultad de resistencia para la supervivencia del anciano. Antes el anciano era visto como una persona que está al final de su vida, actualmente esta visión está tomando nuevos rumbos y

muchos lo ven como una etapa más de la experiencia humana, y, por lo tanto, puede y debe ser una fase positiva del desarrollo individual y social.

Pilger et al., (2013) relatan en su estudio que cada profesional de salud debe buscar reflexionar sobre el proceso de envejecimiento, una vez que las personas mayores tienen su propia particularidad, sin embargo, el equipo de salud en especial se caracteriza por el cuidado del ser humano dentro de su proceso desde la vida hasta su muerte.

De acuerdo con Castro et al., (2018), el envejecimiento poblacional se volvió uno de los mayores desafíos para la salud pública, pues exige la implementación de estrategias de educación en salud como una posibilidad para la manutención de la capacidad funcional de la persona mayor. Los ancianos vienen presentando mayor sobrevivencia, volviéndose activos e independientes, lo que se debe en su mayor parte a los avances en la salud pública.

El envejecimiento está cada vez más presente en nuestras vidas, una vez que el número de personas mayores en el mundo está creciendo y consecuentemente la longevidad es un factor de estudio para muchos investigadores y principalmente en relación a las enfermedades de la tercera edad, esto se debe al hecho de las mejorías en las condiciones de vida y a la comprobada bajas tasas de natalidad principalmente en países desarrollados. (Erbolato, 2012).

Diversas declinaciones funcionales consecuentes del aumento de la edad se deben al estilo de vida adoptado, que son extrínsecos al envejecimiento y, por lo tanto, modificables. De esta forma, la adopción de un estilo de vida más saludable, con el aumento de actividades físicas habituales o incluso la inclusión de ejercicios físicos en la rutina de los ancianos, podrán ser eficaces para un envejecimiento bien sucedido, minimizando las incapacidades asociadas al proceso. (Chaimowicz, 1997).

Por otro lado, el bajo nivel de actividades físicas habituales y la falta de ejercicios físicos en la vida de los ancianos pueden acarrear varios problemas a la salud, entre los cuales se destacan: apatía; pérdida de fuerza, flexibilidad, agilidad; además de contribuir para la obesidad y problemas cardiovasculares; así como generar problemas sociales; como dificultad de relacionarse con personas, aislamiento, desinterés, estrés, entre otros (F. A. Oliveira et al., 2015).

Con el proceso de envejecimiento, las chances de que el individuo sea acometido por una enfermedad crecen, proveniente muchas veces de las condiciones de la propia edad, como la senescencia y la senilidad, o enfermedades crónicas tales como hipertensión o diabetes que inciden en un accidente vascular cerebral (Aguiar, 2017).

La nueva gerontología aborda áreas fuera de las enfermedades relacionadas a la edad y su prevención, con el fin de reconocer que el envejecimiento bien sucedido exige el mantenimiento de una función fisiológica y de una aptitud física apurada, esa condición a su vez estaría vinculada al estilo de vida e influencias ambientales sujetas a modificaciones. Por lo tanto, el cuidado al anciano se consolida de forma estructural, pero los profesionales deberían estar capacitados para prever un mejor y más humano atendimento a esta población, respetando principalmente sus creencias, costumbres y dándoles calidad de vida conforme a sus necesidades (Valer et al., 2015).

En esta perspectiva, la salud del anciano fue incorporada a las políticas públicas de salud en Brasil desde 1994. La Política Nacional del Anciano (PNI), promulgada en 1994 y reglamentada en 1996, asegura los derechos sociales al anciano, creando condiciones para promover su autonomía, integración y participación efectiva en la sociedad y reafirmando el derecho a la salud en los diversos niveles de atendimento del SUS (Teixeira, 2002)

En el trabajo de los equipos de la Atención Básica en Salud de la Familia, las acciones colectivas en la comunidad, las actividades en grupo y la participación en las redes sociales por los usuarios son recursos indispensables para la actuación en la dimensión social. Machado et al., (2013) se refieren a que las estrategias basadas en la educación de la salud dirigidas a los ancianos, tienen como principal factor la reducción del número de procedimientos hospitalarios envolviendo personas mayores; reducción de complicaciones consecuentes de la hipertensión arterial y diabetes; disminución significativa en los casos de caídas y de enfermedades respiratorias.

Según Melo (2017), las dificultades de implementación de las políticas de salud del anciano se debe al desconocimiento como factor principal, a mitos y prejuicios que están estrechamente relacionados al proceso de envejecimiento, también debe ser considerado como un desafío, la baja participación de los ancianos dentro de la representación de políticas sociales,

bajos recursos financieros dirigidos a este grupo de personas, violencia con los ancianos dentro de la familia y en el convivio social.

Observamos que las políticas dirigidas hacia la salud nutricional de la población de ancianos no están totalmente consolidadas, pasando por varias transformaciones. Bajo este aspecto, vale destacar que el aumento de la expectativa de vida trae consigo más enfermedades no transmisibles, una mayor frecuencia de la utilización de los servicios de atención básica en salud, bien como el crecimiento de la demanda en estos servicios (Thieme et al., 2020).

En la actual realidad se percibe que las políticas de salud a los ancianos no son colocadas en práctica en su totalidad, para que esto ocurra, el sistema de salud público debe ser remodelado, para poder recibir a este público tan herido y necesitado por las marcas de la vida. (Fernandes & Soares, 2012).

En este contexto, fue propuesto en este estudio analizar las acciones de atención integral a los ancianos, particularmente acciones dirigidas a la nutrición. La línea de cuidado es definida por la Agencia Nacional de Salud (ANS) como el conjunto de saberes, tecnologías y recursos, realizados en el sistema local de salud de Fortaleza-CE.

Es importante destacar la importancia de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), defendida por Arantes et al., (2016) como el componente primario de un sistema público de salud de amplitud nacional, donde el impacto de la ESF en la salud de los usuarios del SUS va a depender de su capacidad de integración con las redes de atención a la salud: ambulatoria, hospitalaria secundaria y terciaria, red de servicios de urgencia y emergencia.

El análisis de la asistencia dada al anciano, su perfil nutricional, en las redes de asistencia clasificará el proceso de cuidado destinado al mismo, con sus peculiaridades, auxiliando en las tomadas de decisiones en las rutinas diarias de los servicios de salud, dirigidos a los viejos en estos espacios.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Evaluar el perfil nutricional de los ancianos, a partir de la observación de su cuidado en las Unidades Básicas de Salud en el municipio de Fortaleza-CE, en el período de agosto de 2019 a febrero de 2020.

2.2 Objetivos específicos

1. Describir las estrategias de asistencia nutricional a los ancianos por las unidades básicas de salud de Fortaleza-CE;
2. Identificar como la organización de la asistencia en salud de Fortaleza-CE repercute en el proceso salud-enfermedad de los ancianos;
3. Averiguar disturbios nutricionales más presentes en los ancianos;
4. Sugerir acciones que mejoren el atendimento nutricional del anciano;
5. Presentar el resultado de la investigación a la autoridad competente, generando cambios para las políticas de salud vigentes.

3 REVISIÓN DE LA LITERATURA

3.1 El envejecimiento poblacional: un análisis epidemiológico

La población mundial se encuentra en proceso de reestructuración demográfica, en virtud de los cambios ocurridos en algunos indicadores de salud, como la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad, y el aumento de la expectativa de vida (Closs & Schwanke, 2012; Wong, Rebeca, & Espinoza, 2003).

En los países considerados en desarrollo, el crecimiento del número de ancianos ocurre de forma acelerada y, consecuentemente, el incremento de programas sociales, políticos y económicos presentan dificultades en atender a las demandas y a los desafíos provenientes de esa nueva realidad (Bloom et al., 2015).

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento poblacional iniciado en la década de 1970, se diferencia por una mayor aceleración con relación a los países de Europa, especialmente Cuba, Argentina, Uruguay, Barbados, Martinica y Puerto Rico (Bayarre Veá et al., 2018). En Brasil, el envejecimiento acontece de forma acelerada y en un contexto social y económico desfavorable (Campos & Gonçalves, 2018).

La Organización Mundial de Salud (OMS) ha alertado a todos los países para el hecho de que las enfermedades crónicas serán la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo en 2020, aumentando en cerca de dos tercios el total de las enfermedades y trayendo enormes costos a los cuidados con la salud. Esas enfermedades crónicas incluyen enfermedades no infecciosas, como diabetes, enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio, depresión y demencia, y el SIDA (Pereira, 2014).

Para Brêtas (2003, p. 298):

“El envejecimiento es un proceso complejo, pluridimensional, revestido por adquisiciones individuales y colectivas, fenómenos inseparables y simultáneos. Por más que el acto de envejecer sea individual, el ser humano vive en la esfera colectiva y como tal, sufre las influencias de la sociedad. La vida no es solo biológica, es social y culturalmente construida, por tanto, se puede decir que en las etapas de la vida presentan diferentes significados y duración”.

De esta forma, el aumento en la expectativa de vida al mismo tiempo que refleja cambios culturales y avances relacionados a la salud y condiciones de vida, apunta para la probabilidad de que los ancianos sean acometidos por enfermedades y agravios que los vuelvan dependientes de cuidados de terceros (Küchemann, 2012).

Los cambios epidemiológicos y demográficos que intensificaron el envejecimiento poblacional a lo largo del tiempo no acontecieron en la sociedad de forma equitativa (Bloom et al., 2015). El desafío impuesto por esa nueva realidad demanda acciones en los ámbitos económico, político, social y de salud para garantizar a los ancianos una vida autónoma e independiente, principalmente, frente a las diversas desigualdades a la que está sometida la población de ancianos en Brasil (Rodrigues & Neri, 2012).

En Brasil el crecimiento de la población de ancianos ha ocurrido de forma acelerada. Las proyecciones más conservadoras indican que en 2020 seremos el sexto país del mundo en número de personas ancianas, con un contingente superior a 30 millones de personas. Esa situación de envejecimiento de la población brasileña es consecuencia de los cambios que vienen ocurriendo de manera muy rápida en las tres últimas décadas, consecuentes de la reducción de la mortalidad infantil y de la declinación acentuada de la fecundidad (Derntol, 2014).

Gomes et al., (2020) estipula que la población de idosos mais pobres necessitarão de maior apoio financeiro, condicionándonos a una ponderación sobre las políticas públicas de salud relacionadas al anciano, ya que es prioritaria, sin embargo sin dejar de pensar que el envejecimiento humano debe ser más investigado junto con sus enfermedades.

El aumento de la población de ancianos contribuye para la epidemiología y a los elevados costos de los servicios de asistencia social, prevención y salud, debido a una demanda más alta de servicios médicos especializados, incluyendo consultas médicas, medicamentos, exámenes y hospitalizaciones.

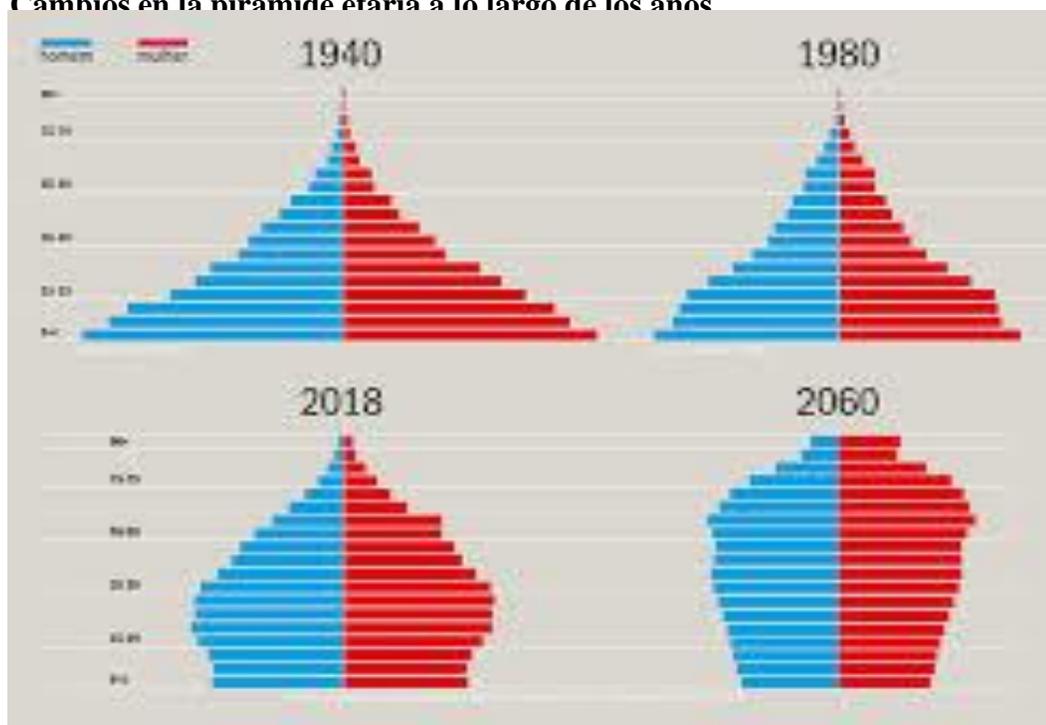
Por lo tanto, es fundamental la prevención de enfermedades y sus complicaciones, pues, frecuentemente generan incapacidades. Para que los ancianos de hoy y del futuro tengan calidad de vida, es necesario garantizar derechos relacionados a la salud, trabajo, asistencia social, educación, cultura, deporte, habitación y medios de transporte. Brasil, tiene esos derechos reglamentados por la Política Nacional del Anciano, bien como por el Estatuto del Anciano, sancionados en 1994 y 2003, respectivamente. Ambos documentos deben servir de balizaje para políticas públicas e iniciativas que promuevan una verdadera mejor edad (Bezerra, 2021).

El proceso de envejecimiento ocasiona varias modificaciones anatómicas y fisiológicas, volviendo al anciano más débil. Delante de este hecho, la fisioterapia colabora en el mantenimiento de la salud del anciano através de conocimientos y recursos fisioterapéuticos, con la idea de comprender mejor los factores que puedan acarrear pérdida o disminución de la calidad de vida y bienestar en los ancianos. Pudiendo el fisioterapeuta contribuir, además de la rehabilitación, en la conciencia de la población de ancianos sobre la importancia de la práctica regular de ejercicios físicos, ejerciendo su papel de agente promotor de salud y colaborando para un envejecimiento activo (Guccione, 2012).

La población anciana es más acometida por enfermedades crónicas y tienden a necesitar atenciones constantes. Inversiones en las condiciones sanitarias y ambientales, además de su innegable función social, tiene un papel importante para la prevención de enfermedades. Un estudio de predominancia realizado en Minas Gerais detectó que de las personas mayores 67,2% eran hipertensos y 59,7% eran sedentarios (Diniz & Tavares, 2013).

El efecto en conjunto de la reducción de los niveles de la fecundidad y de la mortalidad en Brasil, han producido transformaciones en el grupo etario de la población, principalmente a mediados de la década de 80. El formato típicamente triangulado de la pirámide poblacional, con una base ampliada, está cediendo lugar a una pirámide poblacional, con base más estrecha y un vértice más largo característico de una sociedad en acelerado proceso de envejecimiento (Figura 1).

Figura 1
Cambios en la pirámide etaria a lo largo de los años



Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia y Estatística, 2010.

Es importante destacar, sin embargo, las diferencias existentes con relación al proceso de envejecimiento entre los países desarrollados y en desarrollo. Mientras que en los primeros el envejecimiento ocurrió de forma lenta y asociado a la mejoría en las condiciones generales de vida, en el segundo, ese proceso viene ocurriendo de forma rápida, sin que haya tiempo de una reorganización social y de salud adecuadas para atender a las demandas emergentes.

Es la función de las políticas de salud contribuir para que más personas alcancen edades avanzadas con el mejor estado de salud posible, siendo el envejecimiento activo y saludable el principal objetivo. Si consideramos salud de forma ampliada, se vuelve necesario algún cambio en el contexto actual en dirección a la producción de un ambiente social y cultural más favorable para población de ancianos.

La Organización Mundial de Salud nordea sus políticas para el envejecimiento de acuerdo con un documento lanzado en 2002 con el título de “Envelhecimento Ativo, um Marco Político”. De acuerdo con ese documento el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas se ponen más viejas. La palabra “activo” se refiere a la participación en los asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y civiles, y no solamente a la capacidad de estar físicamente activo o de hacer parte de la fuerza de trabajo.

Es necesario también implantar sistemas que garanticen esa optimización a los más pobres y vulnerables. Nuestras necesidades aún son enormes con relación a esos tres pilares del 'envejecimiento activo'. Tenemos un estatuto del anciano excelente, basado en tres áreas estratégicas - envejecimiento como tema de desarrollo, salud en la vejez y cuestiones sociales relacionadas a esa fase de la vida -, sin embargo, falta mucho para colocarlo en práctica.

La Organización Mundial de Salud tiene un proyecto siendo implantando en carácter piloto en siete países, entre los cuales está Brasil, que se llama 'Centro de Salud Amigo del Anciano'. Ese programa está siendo puesto a prueba en São Miguel Paulista y en el barrio de Manguinhos, en Rio de Janeiro. Con estructura apropiada y profesionales especializados, el objetivo es dar asistencia efectiva a los problemas comunes en esa grupo etario, sea la pérdida de capacidades y/o enfermedades crónico-degenerativas, evitando que los ancianos necesiten recurrir a los hospitales e instituciones del tipo asilos.

El objetivo del envejecimiento activo está en la conquista de la calidad de vida y en la búsqueda por el envejecimiento saludable, según la Organización Mundial de Salud (2005): “se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de los ancianos y en los principios de independencia, participación, dignidad, asistencia y auto realización establecidos por la ONU”, o sea, cada iniciativa a favor del buen envejecimiento de nuestra población es un paso más para la implantación definitiva del envejecimiento activo como principio básico en el proceso de envejecimiento.

“Ciudades Amigables con las Personas Mayores”, que al comienzo era solamente en ‘Copacabana’, acabó extendiéndose para el mundo. Aprovechando la misma metodología para lanzar otros similares: ‘Londres amigable con las Personas Mayores’, Shanghái, Tokio, Moscú, Estambul, Nueva Delhi, Melbourne, Buenos Aires etc. Son 40 ciudades implementando la idea. Constituye una de las acciones primordiales del Programa de Envejecimiento y Salud de la Organización Mundial de Salud.

3.2 La trayectoria de las políticas públicas del anciano en Brasil

Las políticas de protección al anciano empezaron a ser implantadas desde la Constitución Federal de 1988, trayendo consigo la elaboración de diversas leyes que son esenciales, para un mejor servicio para este público, garantizando sus derechos y dando a los ancianos una mejor calidad de vida, todo con base en el crecimiento acelerado de la población de ancianos brasileños y su envejecimiento de forma rápida y constante. (Gordilho et al, 2010).

La Política Nacional de Salud del Anciano (PNSPI) anunciada en 1999, alcanzó sus objetivos, con su adecuación, reformulación, y promulgación en 2006. Esta política presenta nuevos cambios y tiene como principal objetivo recobrar, mantener y promover la autonomía y la independencia de los ancianos, a través de medidas de índole individual o colectiva que rigen los principios y directrices del Sistema Único de Salud (Borba et al., 2019).

Assim, la provisión de asistencia específica al anciano en Brasil se inició con la creación en 1975, del Ministerio de la Seguridad y Asistencia Social (MPAS), que referenció los asuntos relacionados a la salud, a la renta y prevención a la reclusión en asilos. En 1976 fue instituido el primer documento Directrices para una Política Nacional para la tercera edad que contenía normas para una política social destinada a la población de ancianos. Después de la realización de la I Asamblea Mundial sobre envejecimiento realizada en Viena (1982), que propuso la adopción del concepto envejecimiento saludable. Este concepto fue incorporado a la Constitución de Brasil en 1988.

Segun Papaléo Netto (2012, p. 154),

Cuidar es el acto de asistir a alguien o prestarle servicios cuando éste necesita. Es una actividad compleja, con dimensiones étnicas, psicológicas, sociales, demográficas y que también tiene sus aspectos clínicos, técnicos y comunitarios.

El anciano para poder tener una salud estable, también tiene que mantener algunos hábitos saludables, alimentación, práctica de ejercicios físicos como: caminata, una buena convivencia social y estimulante, actividades placenteras.

El derecho universal e integral a la salud fue conquistado por la sociedad en la Constitución de 1988 y reafirmado con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), por medio de la Ley Orgánica de Salud N° 8.080/90. El Programa de Salud de la Familia (PSF) desde 1994 en el SUS, como un proyecto con vistas a organizar la Atención Básica en Brasil, fomentando la universalidad, así como todas las directrices del SUS para todos y todas que de ella necesiten.²⁰ Sin embargo, las Unidades Básicas de Salud poseen una deficiencia en relación a la acogida, principalmente del anciano. La acogida es limitada solamente a consultas médicas, recoger medicamentos y análisis de laboratorios. (Stefanon Rodrigues, et al., 2021).

Esas unidades tienen la responsabilidad de atender a la población de su área de alcance, disminuyendo la necesidad de que esos usuarios sean encaminados para hospitales,

descentralizando el servicio y aproximando el acceso a los servicios de salud de la población menos favorecida (Ramos et al., 2018).

Con base en eso, el equipo de Salud de la Familia tiene una grande responsabilidad en la acogida de la población de personas mayores. Por eso, en lo que se refiere al servicio del anciano, el equipo de salud necesita estar atento a una gama de alteraciones físicas, psicológicas y sociales que normalmente ocurren en esos pacientes y que justifican un cuidado diferenciado (Sousa et al., 2018).

La empatía en ese contexto es el principal actor de ese proceso. El equipo multidisciplinar tiene gran importancia en el papel desempeñado con el anciano para que ocurra una asistencia humanizada, comprometida que no comprometa el equilibrio emocional y físico del anciano (Franco et al., 1999).

Aunque toda ésta acción dirigida a las personas de la tercera edad sea descrita, la realidad que absorbe a las Unidades Básicas de Salud (UBS), es de una demanda de ancianos buscando atendimento para sus enfermedades y no para la promoción de la salud, donde el objetivo es el de mejorar el cuadro clínico del anciano y sus patologías, olvidándose de que el anciano es un ser en su totalidad (Veras & Oliveira, 2016).

De esa forma, es necesario desarrollar estrategias para conducir mejor la atención al anciano. Para el siglo XXI, Brasil tiene como desafío ofrecer asistencia de calidad de vida para la gran población de ancianos, que en su mayoría son de nivel socioeconómico y educacional bajo y con predominancia a enfermedades incapacitantes y crónicas (Sousa et al., 2018).

Otro factor importante que interfiere en el proceso de acogida son las estructuras físicas de las UBSs, que la mayoría de las veces son improvisadas, inadecuadas y en pésimo estado de conservación. Lo que afecta de forma negativa a la recepción de los usuarios, además de perjudicar la calidad de los servicios e impide o imposibilita la privacidad de los procedimientos.

Según Simões et al., (2007), la inexistencia de un ambiente de trabajo adecuado, la carencia de recursos humanos y la deficiencia en la calidad y cantidad de materiales desestimula

al profesional para una mejor actuación. Así, las estrategias de promoción del envejecimiento saludable deben ser elaboradas en el contexto de la educación en salud, que visa exclusivamente la participación del individuo en grupos, con el objetivo de favorecer al cambio de experiencias entre los personas mayores colocándolos en el dominio de su propia vida (Mallmann et al., 2015).

Normalmente las prácticas de humanización desarrolladas con personas mayores en las unidades básicas de salud son deficientes, sin embargo, existe la necesidad de capacitación de los profesionales, además, de perfeccionar el sistema para tener un mejor resultado para este tipo de servicio en los centros de salud.

Brêtas, (2003) relata que los profesionales de salud necesitan más educación continuada y entrenamiento cuando se refiere a los ancianos, teniendo en cuenta que el mal servicio y la falta de orientación condicionan la aparición de riesgos. Debe ser también realizado un entrenamiento con estos profesionales para que observen que durante la visita domiciliar a los ancianos, el profesional tenga la capacidad y autonomía para orientar al mismo y a sus familiares en relación a asuntos ambientales.

Conforme Zanin Sanguino et al., (2018), los asuntos que describen la falta de conocimiento en geriatría por los profesionales interfieren directamente en el cuidado de este, donde las fragilidades encontradas en el proceso de trabajo sugieren, que sea realizada de forma urgente la calificación de estos profesionales de la atención básica, para que sea dada una asistencia adecuada, según las demandas actuales de la población de ancianos.

Un gran desafío a ser vencido es la priorización en el atendimento. Los criterios de elegibilidad para el servicio deben objetivar la equidad entre los pacientes que serán beneficiados y utilizar un instrumento de evaluación que permita que cada miembro del equipo interprete los datos obtenidos en la selección. Esperar por el atendimento puede significar una adherencia al atendimento, ya que, personas mayores y niños tienen problemas en esperar sentados. Eso causa conflicto, pues una parte de los usuarios no acepta esa prioridad. Sobre todo, si esa priorización acontece de forma electrónica.

El Estatuto del Anciano, Ley nº 10.741/2003, defiende la priorización del atendimento a la persona mayor por su familia en vez del servicio en asilos, excepto de los que no la posean o carezcan de condiciones de mantenimiento de la propia supervivencia.

Para Usse y Ríos (2015, p. 375):

“Sea cual sea el abordaje terapéutico utilizado por el enfermero, el principal objetivo de la intervención debe ser proporcionar condiciones necesarias para que el anciano tenga una mejor calidad de vida. Las providencias deben ser inmediatas, la evaluación continuada y la prevención priorizada, debiéndose buscar la preservación del espacio y vínculos familiares siempre que sea posible”.

La Atención Básica debe estar dirigida para el envejecimiento y la salud de la persona mayor a través del desarrollo de prácticas gerenciales y sanitarias democráticas y participativas y, bajo la forma de trabajo en equipo, dirigido a poblaciones de territorios bien delimitados, el cual asume la responsabilidad sanitaria, considerando el dinamismo existente en el territorio (Costa, 2014).

A nivel estadual, en Ceará había aproximadamente 909.475 mil ancianos en el año de 2010. Ya en el municipio de Fortaleza, capital de este estado, ese mismo año había 93.409 individuos con 60 años o más. Brasil tiene más de 28 millones de personas en este grupo etario, número que representa 13% de la población del país. Y ese porcentaje tiende a duplicarse en las próximas décadas, según la Proyección de la Población, divulgada en 2018 por el IBGE. (IBGE, 2010; IBGE, 2015).

En esta percepción, existe una preocupación para proporcionar a esta generación, que está envejeciendo, mejoras para tener una vida saludable con métodos educacionales. Considerando no solo la ausencia de enfermedades, sino todos los determinantes de la salud, incluso el auto cuidado y la autonomía juntamente con la independencia del anciano. (Araújo; Silveira; Ribeiro & Silva, 2012).

3.3 Condições das pessoas anciano y los desafíos para la salud

Vivir con calidad es vivir con salud, estar bien con las personas y con su cuerpo. La calidad de vida proporciona motivaciones para que el anciano quiera continuar viviendo, y tener más seguridad. Un hecho importante para la calidad de vida de la persona mayor es la actividad física, surge como una opción fundamental para la baja física del anciano, influenciando también en los aspectos sociales y psicológicos de la vida de los mismos. Los cuidados con la alimentación, consumo de alcohol y cigarrillo, son factores importantes que aportan para que el individuo tenga una mejor calidad de vida en la vejez (CECÍLIO, 2016).

En este contexto, la acción del estado en el sentido de proporcionar calidad de vida a los ciudadanos es hecha por intermedio de las Políticas Públicas direccionadas a la protección social y de salud. El estado, como una expresión mayor de organización política de una sociedad, establece relaciones entre individuos de una organización.

Un estudio de predominancia realizado en Paraná, encontró datos análogos al anterior, de los cuales el uso del tabaco entre las mujeres y del alcohol entre los hombres y el sedentarismo aparecen elevados, sin embargo, la obesidad no se evidencia en este estudio como elevado, aunque ella aparezca en algunos entrevistados, el número de ancianos obesos aún es pequeño (Pinheiro et al., 2013).

Otra condición importante colocada como factor de riesgo es el sedentarismo y la obesidad, aunque ambos no necesiten estar vinculados, ya que las personas mayores, a lo largo de los años, van perdiendo masa muscular y de esta forma adelgazan, sin embargo, existen ancianos que por ser obesos permanecen con el mismo patrón.

Desta forma, Albuquerque (2014), relata que la alta tasa de ancianos sedentarios se debe al hecho de que éstos no tienen el hábito de hacer actividades físicas durante todo el trayecto de su vida, así, cuando llegan a la tercera edad, las actividades físicas son hechas conforme a su condición y edad, mientras muchos no adhieren, continuando sedentarios.

Pinheiro et al., (2013) enfatiza que el sedentarismo aún es considerado el factor de riesgo de mayor propensión para causar infarto en el miocardio, de esta forma, el autor refuerza la necesidad de trabajar con los ancianos en relación a la importancia de las actividades físicas para mejorar la circulación del cuerpo y generar más energía.

La baja renta familiar, la situación conyugal y el género son factores de riesgo encontrados y que pueden influenciar para el apareamiento de enfermedades o complicaciones patológicas en ancianos. Llevando en cuenta, también que cada situación da condiciones para generar otro factor más intenso y prejudicial.

La baja renta familiar es una condición que compromete la alimentación del anciano, generando así, malas condiciones de vida. Conforme Albuquerque (2014), el anciano ya se encuentra vulnerable a enfermedades y una alimentación de forma inadecuada favorece para que estas enfermedades aparezcan de forma más grave en el organismo, dificultando incluso en el tratamiento, ya que su sistema inmunológico está comprometido.

Según Jacinto et al (2014, P. 774):

"La baja renta limita el acceso a bienes de servicios y de consumo, como alimentación y vivienda adecuadas". El autor refuerza aún que el anciano siendo jubilado o pensionado, usa su dinero para ayudar a los demás de la familia que muchas veces viven con el anciano solamente por causa de su sueldo.

Pinheiro et al., (2013) en su estudio evidencia que la hipertensión se correlaciona a todos los factores de riesgo existentes, independiente de la clase etaria, y está volviéndose, a nivel mundial, la enfermedad crónica más incidente. Para poder reducir esta condición patológica es necesario que sea realizada una intervención direccionada para la hipertensión desde la atención primaria, objetivando buenos hábitos alimentares y actividades físicas.

Otra condición alarmante para la tercera edad son los factores de riesgo que llevan a las caídas, teniendo en vista que el anciano al caer puede ser víctima de una fractura y que puede comprometerse dependiendo de la edad y de la condición orgánica de él y su rutina diaria.

En un estudio transversal realizado en Pernambuco, fueron evidenciados los siguientes datos:

De los 87 domicilios con área externa, 54,6% (44) de los accesos a esa área tenían paradas y 34,5% (30) de los pisos estaban en situaciones inadecuadas sea por ser irregulares, resbaladizas o cambios en su relieve. tenían paradas

Con relación al ambiente de los cuartos, 27,9% (26) para su acceso y 22,6% (21) alfombras resbaladizas o mal fijadas. Considerando la presencia de pasillo dentro de los domicilios, apenas 18 lo poseían, e éstos no tenían balcones o barras de apoyo, 50% (9) la iluminación era pobre o ausente (Bezerra, 2014, p. 206).

Se percibe en las evidencias arriba mencionadas por el autor, que los domicilios aún no están listos para la llegada de la tercera edad, donde en diversas situaciones, estos ambientes traen riesgos de caídas para los ancianos, que pueden traer serias consecuencias para el viejo, desde la inmovilización y dependencia parcial hasta problemas de índole psicológica y/o mental.

Albuquerque (2014) relata que la predominancia de los riesgos ambientales en domicilios es considerada alta, la autora destaca el baño como siendo el local más preocupante para que el anciano se caiga, recordando que con las mujeres los riesgos de fracturas por caída en domicilio son mayores, teniendo en vista que éstas, debido a la reducción de la capacidad hormonal, tienen osteoporosis más frecuentemente y de esta forma las caídas generan fracturas una vez que el hueso ya está fragilizado.

Entre las condiciones socioculturales descritas como desafíos, tenemos el alcoholismo que conforme Diniz; Tavares (2017), el alcohol es considerado una cultura, desde los tiempos más remotos, cuando el hombre realizaba una visita o salía con sus amigos debería hacer uso del alcohol como prueba de masculinidad. En la actualidad algunas situaciones pueden llevar al hombre a probar su masculinidad tomando alcohol, por otro lado, las informaciones repasadas a través de los medios de comunicación sobre el uso del alcohol, están ayudando a cambiar esta cultura antigua.

Según Albuquerque (2014), los ancianos evitan realizar actividades físicas porque tienen miedo de caerse, el autor enfatiza que las actividades físicas son fundamentales para poder mantener el equilibrio del cuerpo y disminuir el número de caídas, pues ellos fortifican los huesos, evitando la osteoporosis que condiciona las fracturas.

Bezerra et al., (2014) está de acuerdo con el autor arriba y muestra en su estudio que las personas mayores no practican actividad física, o porque ya se cayeron o porque están acomodados, generando así un aumento en el número de sedentarios. Jacinto et al., (2014) evidenció en sus estudios que cuanto mayor la edad, menor cantidad de ancianos practica actividad física, esto puede ser debido al hecho de que este grupo de personas no consiga equilibrarse muchas veces sin ayuda.

Un desafío a ser trabajado y de forma más delicada es la aceptación del anciano por los familiares para readaptar el ambiente domiciliar y mejorar la locomoción del anciano. Un ambiente adecuado sin muebles u otros bienes que dificulten el tránsito del anciano por la casa reducen los riesgos de caídas.

Conforme Bezerra et al (2014), los factores de riesgos que pueden causar caídas en los ancianos dentro del domicilio y fuera de él son diferentes, mientras que el autor refuerza que la mayor parte de las caídas ocurren dentro de casa y en especial en el baño, lo que nos hace pensar que los ambientes aún continúan siendo lugares insalubres para el anciano.

Fuera que la casa del anciano no está adaptada para que éste pueda andar, la acuidad visual también es un condicionante para que las caídas ocurran. Conforme Albuquerque (2014, p. 76):

“el déficit visual por sí solo es predictor significativo para las caídas, independientemente de cual patología oftalmológica esté más asociada”.

Una reflexión mayor y preocupante encontrada en los estudios está relacionada a los conocimientos y actitudes de los profesionales de salud. En lo que se refiere a los profesionales de salud en especial a los enfermeros:

“Considerando que el enfermero es uno de los principales agentes de la educación para la salud, caben las siguientes preguntas: ¿la falta de actuación efectiva junto a la población de ancianos registrados en el Programa Hiperdia es consecuencia de acciones de la enfermería centradas en la medicalización? ¿La no utilización de las directrices propuestas por el Ministerio de la Salud está relacionada a la falta de conocimiento de los profesionales de salud o al no compromiso de los mismos? (Pinheiro et al., 2013, p. 83)”.

Preguntas elaboradas por el autor después de evidenciar, que todos los factores de riesgo encontrados en su investigación podrían ser prevenidos si el profesional hubiese trabajado con los ancianos como está preconizado por el Ministerio de la Salud.

Las limitaciones por las cuales la persona mayor pasa, por innúmeras situaciones, también pueden acarrear factores de riesgo, como la úlcera de presión. Conforme Creutzberg et al (2011), el uso de medicaciones, la falta de movimientos, empeoran la circulación del cuerpo humano y facilita el apareamiento de úlceras de presión. Estas son lesiones que aparecen de preferencia en la prominencia ósea y estas lesiones en pacientes internados son caracterizadas por la negligencia del profesional en no realizar el cambio de decúbito.

Jacinto et al (2014) se refiere a la educación en salud como un medio para mejorar los conocimientos de la comunidad, en este sentido el autor resalta que las acciones de promoción de la salud y prevención de agravios al anciano, deben ser realizadas de forma rutinaria y que los servicios de salud deben mejorar sus servicios para este grupo de personas y remodelar sus estrategias de prevención de riesgos.

Albuquerque et al (2014) relata que la enfermería tiene un fuerte papel cuando se trata de orientaciones o educación permanente, sin embargo, la autora percibió en su investigación que el número de personas mayores, víctimas de caída, aún continúa preocupante, para la autora es de

extrema urgencia que sean remodelados los programas de salud dirigidos para ancianos y que el enfermero pueda mediar mejores condiciones para estos pacientes.

3.4 El envejecimiento y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT)

El mayor factor de riesgo para las enfermedades crónicas es todavía la edad. Las personas van envejeciendo y así volviéndose más propensas a volverse personas hipertensas. Lamentablemente, un gran número de personas fallece por accidente vascular encefálico, enfermedad arterial coronaria, vinculada a la HAS, así como al conjunto de factores de riesgos, que influyen para tal problema de salud, tales como edad, sexo, antecedentes familiares, raza/color; y los ambientales: sobrepeso/obesidad, estrés, alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, anticonceptivos, alimentación rica en sodio y gordura, diabetes, entre otros factores (Serrano; Rente; Tomaz, 2018).

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son consideradas una de las principales problemas de la salud pública en el mundo, con relación a Brasil, cerca del 72% de las causas de muerte tiene que ver con alguna enfermedad crónica o más de una, estas comorbilidades alcanzan preferencialmente a las clases más pobres y más vulnerables de la población y hacen con que la salud tenga costos exorbitantes para la realización de su tratamiento (Brasil, 2011).

Las DCNT son caracterizadas por que no tienen una única causa y ni etiología infecciosa, son irreversibles y poseen desarrollo clínico prolongado. A lo largo de los años, pueden llevar a los individuos a presentar incapacidades que disminuyen su calidad de vida y muchas veces los llevan a la muerte (Malta et al., 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como DCNT las enfermedades cardiovasculares (HAS, insuficiencia cardíaca, enfermedad isquémica del corazón y cerebrovasculares), las enfermedades respiratorias crónicas, el DM 2, las neoplasias, enfermedades osteomusculares, articulares, desórdenes neurológicos y mentales y otras (Sato et al., 2017).

Es importante prevenir estas enfermedades y sus factores condicionantes para evitar que ocurra una epidemia con relación a estas enfermedades, colocando la calidad de vida y al sistema de salud en situaciones de riesgos graves (Soares et al., 2018). En Brasil las DCNT de mayor incidencia son las HAS y el DM2. Se configuran como importantes problemas de salud pública, las consecuencias de estas enfermedades son las principales causas de internaciones en los servicios públicos de salud.

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y el Diabetes Mellitus (DM) son enfermedades crónicas porque sus complicaciones pueden acarrear otras enfermedades que pueden ser letales o causar alguna morbilidad. Se hace necesario que se haga un acompañamiento y un tratamiento adecuado con un equipo multiprofesional para amenizar o evitar posibles complicaciones. (Silveira et al., 2018).

La HAS es una condición de salud muy vinculada al proceso de envejecimiento, una vez que, a lo largo de la edad ocurren cambios fisiológicos en las paredes de los vasos sanguíneos que pueden llevar a los individuos a elevar su presión arterial (PA) (Pelazza et al., 2018).

Es caracterizada por niveles altos y sostenidos de la PA \geq 140 y/o 90 mmHg, y cuando mal gestionada constituye un factor de riesgo independiente para un accidente vascular encefálico (AVE), insuficiencia cardíaca (IC), infarto agudo de miocardio (IBAN), muerte súbita, enfermedad arterial periférica (DAP) y enfermedad renal crónica (DRC), fatal y no fatal (SBC, 2016).

Andrade et al., (2015 p. 298) describe que:

“Además de importante y corresponsable por las causas de muerte, la hipertensión arterial (HA) es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. Los factores asociados al desarrollo de la HA son: envejecimiento; exceso de peso; baja escolaridad; tabaquismo; consumo de bebidas alcohólicas; y color de la piel/raza negra”.

De esta forma, la hipertensión es considerado un gran factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, entre ellas: accidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo de

miocardio (IBAN), enfermedad renal crónica, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca y enfermedad arterial coronaria (DAC), que están entre las principales causas de muerte en Brasil (Ferreira et al., 2018).

Conforme datos del IBGE (2014), uno de cada cinco brasileños es hipertenso, y esta predominancia aumenta conforme a la edad, esto es, la edad se vuelve un factor de riesgo que no se puede precaver, así, la enfermedad alcanza 2,8% de las personas de 18 a 29 años y 55% de las personas mayores con más de 75 años. (IBGE, 2014).

Con relación al diabetes *mellitus* tipo 2 estimase que 8,8% de la población mundial entre 20 y 79 años (424,9 millones) tenga esa enfermedad. Es demostrado que 79% de esos individuos están en los países en desarrollo, como Brasil. Brasil está entre los diez países con las mayores predominancias de diabetes *mellitus* tipo 2, siendo el porcentaje del 9% en nuestro país, con un total de 12,5 millones de personas viviendo con ese diagnóstico (SBC, 2018).

El DM 2 posee como característica el aumento persistente de la glucosa sanguínea, como resultado de la deficiencia en la producción de insulina o en la falta de sensibilidad de las células a la misma o de ambos. Cuando no tratada correctamente, a largo plazo puede desencadenar complicaciones, como lesión en nervios oculares (retinopatía), lesiones en los riñones (nefropatía), IBAN, AVE e infecciones (SBC, 2016).

El problema de la diabetes así como la hipertensión es que viene creciendo de una forma constante, debido al sedentarismo, alimentación inadecuada y al aumento de la obesidad. Tal patología discurre del uso exacerbado del azúcar y sal en la alimentación, ocasionando la existencia de ese producto en alta cantidad en el organismo, específicamente en la corriente sanguínea (Ciqueira, 2009).

Malta & Silva Jr., (2013) relatan que en 2025, cerca de 17,6 millones de los brasileños será diabéticos e hipertensos. La diabetes también tiene la edad como un factor de riesgo irremediable. Sin embargo, para ambas enfermedades la edad es solo una influencia asociada a otro factor de riesgo.

La Sociedad Brasileña de Diabetes (SBD), describe los factores de riesgo para el DM:

Tiene diagnóstico de pre-diabetes - disminución de la tolerancia a la glucosa o glucosa de ayuno alterada (¿Vea en Usted ya oyó hablar de pre-diabetes?)
 Tiene presión alta;
 Tiene colesterol alto o alteraciones en la tasa de triglicéridos en la sangre;
 Está arriba del peso, principalmente si la gordura está concentrada alrededor de la cintura;
 Tiene un padre o hermano con diabetes;
 Tiene alguna otra condición de salud que puede estar asociada a la diabetes, como la enfermedad renal crónica (vea en Complicaciones);
 Tuvo bebé con peso superior a cuatro kilos o tuvo diabetes gestacional (vea en Diabetes Gestacional);
 Tiene síndrome de ovarios policísticos;
 Tuvo diagnóstico de algunos trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar;
 Tiene apnea del sueño;
 Recibió prescripción de medicamentos de la clase de los glucocorticoides (SBD, 2018).

La Diabetes es dividida en cuatro grupos: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes mellitus gestacional y otros tipos específicos de diabetes véase cuadro 1. (SBD, 2017).

Cuadro 1

Clasificación de la diabetes mellitus

Tipo 1: Destrucción de la célula beta, generalmente ocasiona deficiencia absoluta de insulina, de naturaleza auto-inmune o idiopática.
Tipo 2: Varía de una predominancia de resistencia a la insulina con relativa deficiencia de insulina, a un defecto predominantemente secretorio, con o sin resistencia a la insulina.
Diabetes gestacional
Otros tipos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Defectos genéticos funcionales de la célula beta <input type="checkbox"/> Defectos genéticos en la acción de la insulina

- Enfermedades del páncreas exocrino
- Endocrinopatías
- Inducidos por fármacos y agentes químicos
- Infecciones
- Formas no comunes de diabetes inmunomediada
- Otras síndromes genéticas generalmente asociadas a la diabetes

Fuente: Acuerdo Brasileño Sobre Diabetes (2000)

Los malos hábitos alimentares, asociados al sedentarismo y consecuentemente a la obesidad y al consumo de alcohol y cigarrillo, son factores que pueden desencadenar algún factor de riesgo para que ocurran las enfermedades crónicas. De esta forma, es fundamental que las personas empiecen a mejorar la calidad de vida con actividades físicas y una alimentación adecuada.

De esta forma los factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo, la mala alimentación, el estrés y otras, son condicionantes para el surgimiento de esta enfermedad. Por eso, es necesario que se revea el estilo de vida de las personas para que éstas no evolucionen para la enfermedad (Lima et Al., 2015).

Según Da Silva et al., (2018, p. 2),

“Los hábitos de vida o estilos de vida saludables aportan decisivamente para el mantenimiento de la salud, tanto de adultos como de niños y adolescentes. Muchas veces, el control de factores de riesgo relacionados al estilo de vida, para determinadas enfermedades, hacen parte de tratamientos propuestos, o ayuda a retardar el apareamiento de enfermedades. Entre las alteraciones de salud causadas por la junción de diversos factores está la hipertensión arterial”.

En el público de ancianos se nota, en diversos escenarios, bajas tasas de adhesión a los tratamientos propuestos para HAS y DM 2. Muchos factores están relacionados con el no seguimiento de las recomendaciones, entre ellos, la situación socioeconómica, la relación entre el “paciente y el profesional de salud, falta de informaciones sobre lo que es esa enfermedad,

además de las condiciones psicológicas y emocionales, como la depresión, estrés y ansiedad (Da Silva et al., 2018; Wanderley et al., 2019; Tavares et al., 2017).

De esa manera, se observa que el cuidado a ese público es gradual y lento, siendo necesario promover acciones educativas que visen modificaciones en el estilo de vida y aceptación de su condición de salud, para que haya una gestión adecuada del proceso de cuidado. (Barros et al., 2019).

3.4. El uso de medicamentos por los ancianos

El acceso a medicamentos es algo esencial para el tratamiento de algunas enfermedades para personas mayores y constituye uno de los ejes que nordea las políticas de medicamentos (Decreto GM nº 3.916, de 30 de octubre de 1998) y de asistencia farmacéutica (Decreto CNS nº 338, de 6 de mayo de 2004)

Los medicamentos son la intervención terapéutica más utilizada y constituyen una tecnología que ejerce alto impacto sobre los costos en la salud. Por lo tanto, es fundamental para el Sistema Único de Salud (SUS) que el proceso de su incorporación esté basado en criterios que posibiliten a la población el acceso a medicamentos más seguros, eficaces y costo-beneficio, para el cumplimiento de los principales problemas de salud de los ciudadanos brasileños.

En ese sentido el Ministerio de la Salud reafirma la relevancia de la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (Rename), un elemento técnico-científico que oriente la oferta, la prescripción y la dispensación de medicamentos en los servicios del SUS. La actualización de la relación del Rename propuesta por la Conitec comprende:

i) un proceso reactivo en que los demandantes son órganos e instituciones, públicas o privadas, o personas físicas; y ii) un proceso activo conducido por una subcomisión de la Conitec - la Subcomisión Técnica de Actualización del Rename y del Formulario Terapéutico Nacional.

En ambos procesos, los medicamentos e insumos son incorporados, excluidos o alterados en el SUS, después de una evaluación de la Conitec y de la decisión del secretario de la Secretaría de Ciencia, Tecnología, Innovación e Insumos Estratégicos en Salud del Ministerio de Salud. El trabajo activo y permanente de la Subcomisión es fundamental para que ocurra la revisión de medicamentos con tradicionalidad de uso o con bajo interés de mercado.

Según Rozenfeld²⁵, la mayoría de las personas mayores consume, por lo menos, un medicamento y cerca de un tercio de ellos consume cinco o más simultáneamente. El uso de los medicamentos varía conforme a la edad, el sexo, las condiciones de salud y otros factores de naturaleza social, económica o demográfica. Un veinticinco por ciento de la población mundial no tiene acceso, o tiene acceso limitado, a los fármacos.

En Brasil, se estima que, aproximadamente, 23% de la población consume 60% de la producción de medicamentos, y que 64,5 millones de personas en condiciones de pobreza no tengan como comprar medicinas. Además de la edad y del sexo, otros factores predisponentes para el uso de medicamentos han sido identificados en el país. En el grupo de ancianos las mujeres de más edad, con mayor renta familiar y con más síntomas, utilizan más medicamentos prescritos.

Estudio de Lima-Costa *et al.*¹⁸, analizando los resultados de la PNAD de 1998, verificó que el gasto promedio mensual con medicamentos compromete cerca de un cuarto (23%) de la renta mensual de mitad de la población de ancianos brasileños.

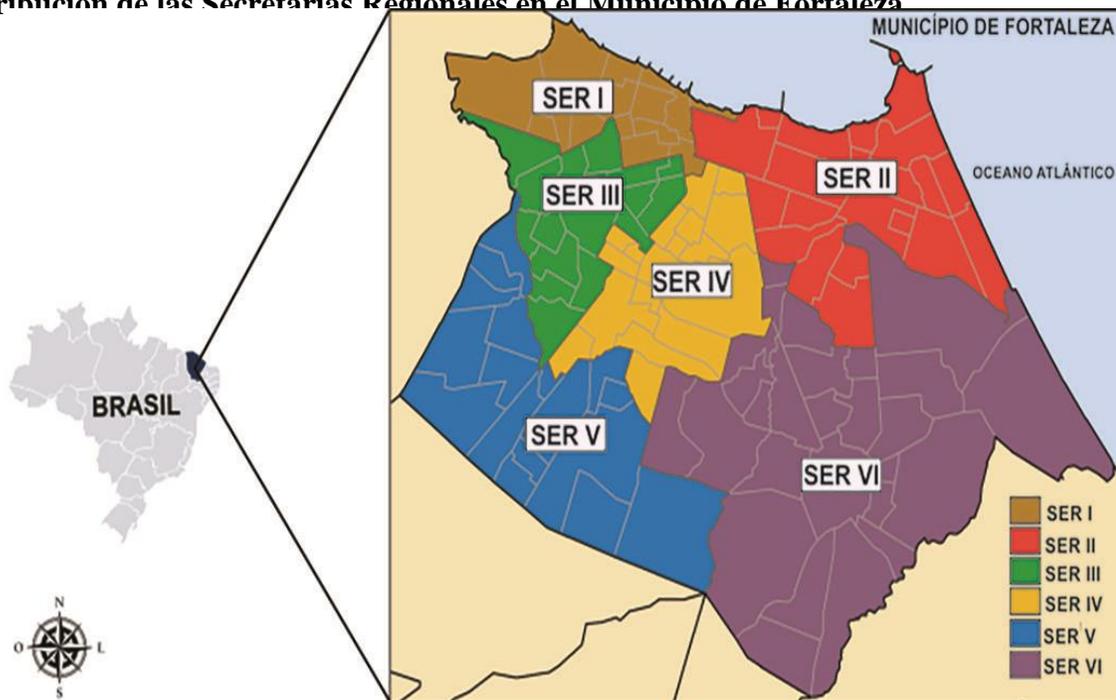
3.5 Atención primaria de la salud en el Municipio de Fortaleza

Fortaleza se caracteriza como la quinta mayor ciudad del país. Posee un área de 313,8 km y una población estimada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística en 2019, de

2.669.342 habitantes. De éstos, 53,2% son del sexo femenino y 40,4% se encuentran en el grupo etario de 0 a 19 años y la población arriba de 60 años de edad corresponde al 7,48% del total (IBGE, 2010).

La puerta de entrada de los servicios de salud son las Unidades de Atención Primaria de Salud - UAPs. Estas unidades abrigan equipos de Estrategia de Salud de la Familia, que reúnen médicos, enfermeros, dentistas y agentes comunitarios de salud, y cuentan con el soporte de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), formados por otros profesionales, como fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionales y nutricionistas. La administración del ayuntamiento está dividido en Secretarías Regionales (SR) que son siete al todo (SR I, SR II, SR III, SR IV, SR V, SR VI y la Regional del Centro), Figura 2 y presenta seis CORES (Coordinación Regional de Salud).

Figura 2
Distribución de las Secretarías Regionales en el Municipio de Fortaleza



Fuente: Secretaría Municipal de Salud - Fortaleza- CE

Fortaleza es considerada la tercera ciudad de Brasil con mayor cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), entre los municipios con más de 1,5 millón de habitantes, alcanzando 35% de la población de la capital. La Secretaría Municipal de Salud, administra una red propia de servicios de salud y mantiene convenio con una red de hospitales y clínicas públicas, particulares o filantrópicas.

La red propia es formada por 116 Unidades de Atención Primaria a la Salud (UAPS), de los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos unidades de salud funcionando como ambulatorios especializados (UAB Floresta y UAB Carlos Ribeiro), dos Farmacias Populares, 14 Centros de Atención Psicosocial (CAPS), ocho hospitales secundarios, un hospital terciario, uno de atención secundaria y terciaria y el Servicio de Servicio Móvil de Urgencia (SAMU 192). La red de convenio es compuesta por clínicas y hospitales públicos, privados y filantrópicos certificados, que prestan servicios de consultas, exámenes e internaciones (CNES, 2021).

El aparato del sistema municipal de salud funciona en Fortaleza a través de las redes asistenciales (RAS): Red Asistencial de Estrategia de la Salud de la Familia; Red Asistencial Ambulatoria Especializada; Red Asistencial de Urgencia y Emergencia; Red Asistencial Hospitalaria; Red Asistencial de Salud Mental.

El modelo de gestión y de atención integral a la salud en Fortaleza se organiza por medio de los arreglos organizacionales de cinco redes asistenciales (RAs), componiéndose, también, por los desarrollados por la Inteligencia Epidemiológica y por la Inteligencia de la Gestión para la toma de decisión.

Se resalta también, que hay insuficiencia de insumos y falta de autonomía para decidir en algunos sectores estratégicos por el gestor de las UAPS. Sectores como NAC, laboratorio y Farmacia están sobre la coordinación de otro gestor, que no es el mismo de la dirección general. La descentralización parece interesante.

Actualmente hay 116 Unidades de Atención Primaria a la Salud (UAPS) con 429 equipos de Salud de la Familia completas (437 médicos, 470 enfermeros, 454 técnicos de enfermería), 65 Equipos de Agentes Comunitarios de Salud (EACS), 247 Equipos de Salud Bucal (ESB) completas, 304 dentistas y 230 auxiliares de Salud Bucal, 2.140 agentes comunitarios de salud (CNES, 2021)

Para fortalecer la atención básica en la capital, Fortaleza cuenta también con 30 equipos de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), compuestas por asistentes sociales, educadoras físicas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos y terapeutas ocupacionales, aún en número insuficiente para la efectiva realización de las actividades inherentes al Núcleo.

En el municipio no existe una central de marcación y regulación de consultas, siendo la cita hecha por los propios usuarios en los servicios de salud. Éstos, llegan a las UAPS, son acogidos y las demandas necesarias son marcadas. El usuario al dar entrada en el UAPS, marca la consulta en la recepción del servicio, luego pasa para el grupo de acogida donde se ve cuál es su necesidad y entonces son marcadas las demandas de acuerdo con la necesidad de cada caso. (Consultas, grupo).

Después de las consultas, el usuario sale del servicio con la fecha del retorno marcada para la próxima consulta. En el caso de personas que hacen uso de medicación diaria y, tienen consulta marcada para meses después, podrá regresar para ser acogido por la unidad y conseguir la renovación de la receta medicamentosa y/o alguna otra demanda que el usuario necesite.

Entre las enfermedades crónico-degenerativas más predominantes en personas mayores atendidas está la hipertensión arterial. La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es una condición clínica multifactorial que se caracteriza por los elevados niveles y sostenidos de presión arterial (PA). Se asocia frecuentemente a alteraciones funcionales y/o estructurales de los órganos-objetivos (corazón, encéfalo, riñones y vasos sanguíneos) y a alteraciones metabólicas, con consecuente aumento del riesgo de eventos cardiovasculares fatales y no fatales.

La HAS tiene alta predominancia y bajas tasas de control en Fortaleza y es considerada uno de los principales factores de riesgo (FR) modificables, y uno de los más importantes problemas de salud pública para nuestro municipio. En el municipio de Fortaleza, las enfermedades del aparato circulatorio correspondieron a 25,4% del total de internaciones, realizadas en el Sistema Único de Salud en individuos arriba de 65 años (CEARÁ, 2021).

Las enfermedades cardiovasculares también representan la primera causa de muertes entre los ancianos y también la diabetes. Las tasas de mortalidad indican un riesgo más elevado para personas con 60 o más años que para aquellas de media edad (40 a 59 años). En Fortaleza, entre 2008 y 2012, las internaciones hospitalarias por HAS ocurrieron con más frecuencia en la población desde los 35 años de edad, siendo más predominante en la población de 60 años y más, semejante al patrón nacional (CEARÁ, 2021).

El atendimento al usuario hipertenso es realizado regularmente por los equipos de salud de la familia que constituyen la unidad. Cada de ellas posee una cantidad específica de horas semanales destinadas al servicio del hipertenso dentro del programa de hipertensión y destinadas al servicio del hipertenso en el servicio de demanda espontánea, variando conforme a la categoría profesional.

La terapia nutricional es parte fundamental del cuidado en la hipertensión y diabetes mellitus. A pesar de que la adhesión a los principios del plan alimentar es uno de los aspectos de mayor desafío del tratamiento, la terapia nutricional es un componente esencial para su éxito (Cuppari, 2005).

Las UAPS poseen farmacia para la distribución de medicamentos disponibles al hipertenso, pero durante la ejecución de la investigación presentó almacenamiento reducido de medicamentos anti-hipertensivos, conforme información de los participantes del estudio, siendo uno de los mayores motivos observados para la insatisfacción de estos usuarios.

El déficit de medicamentos fue un agravante relevante observado para el aumento y búsqueda por el servicio de atención a la demanda espontánea (DESP). Debido al programa

Farmacia Popular, los usuarios tienen acceso a la medicación anti-hipertensiva gratuitamente en farmacias convencionales, cuando ésta no está disponible en la unidad de salud. Para eso, apenas la receta médica es válida.

Se percibió, en ese contexto, que los usuarios no están adhiriendo a los programas de control de la hipertensión propuestos por los equipos de salud, pues las consultas con los médicos de los equipos son marcadas para fechas muy posteriores a la necesidad de servicio (debido a la reducción de carga horaria profesional de los equipos a ser descrita posteriormente) y las consultas de enfermería también dan la receta para la retirada de medicamentos apenas en la unidad, no siendo válida para las farmacias convencionales.

Así, la observación demostró que la búsqueda de los usuarios por el servicio especializado viene concentrándose en esos ambulatorios, pues ahí donde tiene la oportunidad de consulta médica rápida y adquisición de la receta médica.

Tales cambios hacen más compleja la asistencia que debe ser dada a esa población, que carece de atenciones específicas y sistemáticas a sus necesidades, debiendo estar centrada en la presencia de profesionales de salud capacitados en el cuidado de ancianos fragilizados, portadores de síndromes geriátricas y con pérdida de la capacidad funcional, con acciones de tratamiento y rehabilitación.

Además, el proceso de evaluación de la salud de las personas mayores engloba análisis de aspectos clínicos y de variables psicosociales, siendo el estado nutricional una de las condiciones clínicas de mayor importancia, debido a su relación con la morbimortalidad de esa población (CUPPARI, 2005).

La Atención Primaria a la Salud, enfrenta el desafío de aclarar y superar la inserción natural de la planificación en su cotidiano, pues solo eso, contribuirá para el mantenimiento de una práctica adecuada de trabajo en salud.

3.5 Distribución de Unidades Básicas de Salud

Cada Regional del municipio de Fortaleza posee una red de equipos de salud para servicio de la población más próximo de su residencia. La red es compuesta de Unidades Básicas de la Salud (UBS), La ciudad de Fortaleza es dividida en siete Secretarías Regionales - I, II, III, IV, V, VI y Centro, constituidas por espacios geográficos continuados, delimitados por barrios y características vinculadas al territorio que cada una de ellas ocupa, estando la Salud del municipio organizada por coordinaciones administrativas responsables por la planificación, organización y ejecución de acciones de promoción de la salud de su población.

3.6 Plan municipal de atendimento al anciano

El pacto por la vida es parte del plan Municipal de atendimento al anciano de la Secretaría Municipal de Salud de Fortaleza, el cual tiene entre sus objetivos la articulación con el poder público y la sociedad civil en la implementación de la política nacional del anciano, en el municipio de Fortaleza (CEARÁ, 2021).

Actualmente, el Municipio de Fortaleza administra el sector de salud de ancianos a través de la Célula de Atención Básica (CAB-SMS), con un coordinador de salud del anciano en cada SER y un por UBSF. La tabla 1 muestra la distribución de los ancianos atendidos en Fortaleza por SER y equipo del ESF.

Tabla 1

Distribución de los ancianos atendidos en Fortaleza por la Secretaría y equipo de salud de la familia.

SER	Número de ancianos por SER (%)	Nº de equipos de la ESF
I	24875 (15,41)	69

II	33338 (20,66)	47
III	25706 (15,93)	80
IV	23875 (14,79)	49
V	27158 (16,83)	97
VI	26403 (16,36)	128
Total	161355 (100%)	470

Datos: CAB/SMS, 2020

El equipo de Salud del anciano en el Municipio coordina y opera las acciones de la promoción de la salud, prevención de malos tratos al anciano, acompañamiento de grupos de ancianos, además de articular intersectorialmente, buscando la integración de la asistencia y el bienestar de la población de edad de Fortaleza. Una herramienta utilizada más recientemente y agregada a esa asistencia es el uso del cuadernillo del anciano.

El Ministerio de la Salud entiende el envejecimiento poblacional como una conquista y un triunfo de la humanidad en el siglo XX, pero reconoce que existen muchos desafíos para que el envejecimiento ocurra con calidad de vida. En el campo de las políticas y de los programas dirigidos a la población de edad, el desafío es contemplar sus derechos, sus preferencias y sus necesidades, para la mantención y la mejoría de su capacidad funcional, garantizando la atención integral a su salud (Brasil, 2014).

Por intermedio de datos oficiales del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - IBGE, se notó que el envejecimiento de la población en Brasil es una realidad. Por esta razón, se hace necesario que el país apareje, de forma efectiva, a sus agentes públicos, la sociedad civil y los demás segmentos relacionados a este asunto en relación a los ancianos, para responder de forma objetiva y satisfactoria al gran desafío del envejecer brasileño. Cabe destacar que el trabajo debe abarcar las esferas Federal, Estadual y Municipal, a fin de que se logre un resultado adecuado a las demandas que envuelven a los ancianos en el País.

Además de los datos que evidencian el envejecimiento poblacional en Brasil, en el año de 2020, se volvió evidente la necesidad de un mayor cuidado con los ancianos, debido al surgimiento de la pandemia del COVID-19, que fragilizó considerablemente a esta población vulnerable en todo el mundo, tanto en los países desarrollados como en los países emergentes.

Mediante encuestas realizadas por el ministerio de la salud de la familia, en el año de 2020, sobre las políticas de atendimento al anciano fue creado el Pacto Nacional para la Implementación de la Política de Derechos del Anciano, el cual envuelve una interacción entre sectores como Consejos Estaduales y Consejos Municipales de Derechos del Anciano, Instituciones de Larga Permanencia - ILPIs y la red nacional de atenciones, para que sean promovidas acciones que aseguren la protección, promoción y la defensa de los derechos del anciano en Brasil.

El Cuadernillo de Salud del Anciano integra un conjunto de iniciativas que tienen por objetivo calificar el conjunto con los profesionales de salud. El Cuadernillo permite el registro y el acompañamiento, por el período de cinco años, de informaciones sobre datos personales, sociales y familiares, sobre sus condiciones de salud y sus hábitos de vida, identificando sus vulnerabilidades, además de ofrecer orientaciones para su autocuidado (BRASIL, 2014).

El cuadernillo del Anciano, vehiculado por el Ministerio de la Salud (Figura 3), presenta innovaciones en su reimpresión cuando indica algunas medidas antropométricas para evaluar al anciano.

Figura 3
Cuadernillo del Anciano (cana)

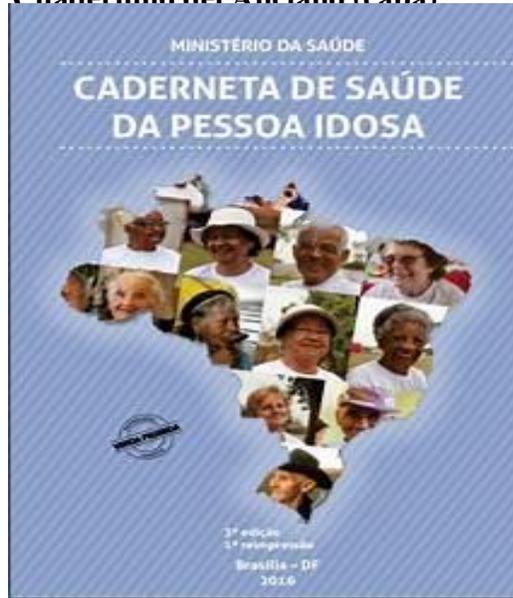
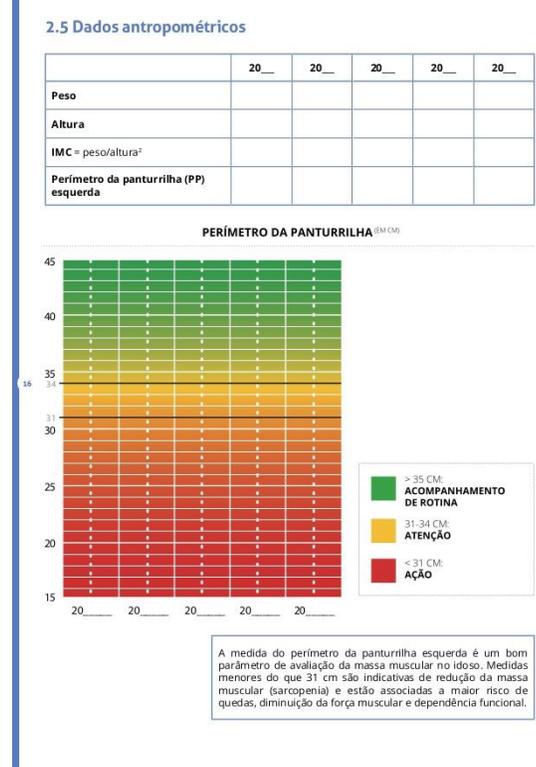


Figura 4
Cuadernillo del Anciano (medida antropométrica)



Fuente: Ministerio de la Salud, 2014.

3.6 La estratificación de riesgo en Fortaleza

La estratificación de riesgo es caracterizada por ser un servicio de forma individualizada buscando obtener informaciones del paciente, cuyos datos pueden indicar determinadas complicaciones o enfermedades. El Ministerio de Salud en 2015, elaboró un protocolo que pasó a ser utilizado por los profesionales de atención básica para poder nortearse con relación a los riesgos eminentes de la salud, este protocolo fue aprobado por el Consejo Municipal de Salud y Consejo Regional de Enfermería respetando las secuencias propuestas a cada grupo de atendimento (de los Santos, et al, 2016).

La estratificación de riesgo permite identificar en los individuos necesidades de salud, que deben ser atendidos de forma diferenciada, aunque tenga las mismas enfermedades. Además, la estratificación de riesgo se basa por tener una mejor calidad de la atención a la salud y mayor eficiencia en el uso de los recursos de salud.

En ese sentido, las personas que son clasificadas con bajos riesgos (bajo y promedio) tienen la atención de la salud dirigida para actividades de cambios en el estilo de vida y autocuidado, mientras, aquéllos que presenten condiciones de alto riesgo tendrán mayor concentración de atenciones por el equipo de salud en el ámbito de la atención primaria y especializada.

Según De Sousa et al (2016, p. 166):

Es importante resaltar que en la estratificación de riesgo, por el hecho de que un individuo haya sido clasificado, en aquel momento, en el estrato de bajo riesgo no significa, necesariamente, que el mismo permanecerá en este estrato durante toda su vida. Lo mismo ocurre con un individuo clasificado en el “estrato promedio o alto riesgo”.

Así, la utilización de protocolos para poder realizar la estratificación de riesgo de un determinado grupo o individuo permiten clasificar un bajo, promedio y alto riesgo, y después el equipo de salud trabajará conforme a la necesidad de cada caso para precaver situaciones futuras (Haddad, 2018).

3.7 Políticas de salud pública dentro de la Estrategia de Salud de la Familia

Las políticas dirigidas a ancianos comenzaron su actuación a mediados de 1960, cuando a través del Servicio Social del Comercio (SESC), se empezaron a elaborar actividades direccionadas a la tercera edad, objetivando que las personas mayores realicen actividades físicas y artesanías con el objetivo de promover más salud, ya que en aquel momento predominaba la salud curativa y las personas mayores eran el foco de los hospitales (Veras; Oliveira, 2018).

Mientras, el desarrollo de los movimientos relacionados en defensa de los ancianos ocurrió en 1982, a través de la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), ocurrido en Viena-Austria, donde la presencia de Brasil hizo con que las políticas dirigidas a los ancianos en el país se volvieran más frecuentes (Santos; Silva, 2013).

Así, en el art. 230 de la Constitución brasileña de 1988 prevé protección a los ancianos.

La familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de amparar a las personas de edad, asegurando su participación en la comunidad, defendiendo su dignidad y bienestar y garantizándoles el derecho a la vida. (Brasil, 1988, art. 230).

Teixeira (2002) describe que desde la iniciativa del Gobierno Federal en la década de 70, los ancianos empezaron a ser vistos como un grupo que merecía más atención, sin embargo fue en 1994, que surgió a través de la Ley 8.842/94 la Política Nacional del Anciano (PNI) que describe sobre los derechos del Anciano cuando aún no habían derechos en los atendimientos para sus necesidades.

El estatuto del anciano (Ley n° 10.747, de 1° de octubre de 2003) reglamenta los derechos asegurados a todos los ciudadanos desde los 60 años de edad, estableciendo también deberes y medidas de punición. Es la forma legal de mayor potencial desde la perspectiva de protección y reglamentación de los derechos del anciano.

En el artículo 3º, dispone sobre las obligaciones familiares y sociales con relación al anciano. Afirma que es deber de la familia, de la comunidad, de la sociedad y del Estado asegurar que la persona de edad tenga como efectivos los derechos a la vida, a la educación, a la salud, a la alimentación, al deporte, al ocio, a trabajar, a la ciudadanía, a la libertad, a la dignidad, al respeto y a la convivencia familiar y comunitaria (BRASIL, 2003)

El estatuto del anciano también ampara el derecho a la atención integral a la salud del anciano, por intermedio del Sistema Único de Salud (SUS). Garantiza el acceso universal e igualitario para la prevención, promoción y protección, bien como la recuperación de su salud, estableciendo el servicio preferencial al anciano. Determina que la prevención y el mantenimiento de la salud del anciano se hagan efectivas por medio del catastro del anciano, atendimento con geriatras y gerontología en ambulatorios o unidades geriátricas; servicio domiciliario; internación para aquél la necesite; tratamientos de recuperación de lesiones o secuelas consecuentes de agravios de la salud (Camaro, 2012).

Se tiene como marco importante también la Política Nacional de Asistencia Social (PNAS) creada en 2004, la misma que se volvió importante en la garantía al acceso del anciano y de su familia a programas, servicios, proyectos y beneficios que puedan colaborar para que los derechos de los ancianos sean cumplidos (Gomes; Munhol; Dias, 2009).

Con relación a la Política Nacional de Salud del Anciano (PNSPI) instituida en 2006, a través de la Resolución nº 2528/GM, del 19 de octubre, se tiene que:

Esta nueva política de salud dirigida a los ancianos fue una respuesta, quizá necesaria, a la política anterior del Ministerio de 1999, pues ella mantuvo todas las cláusulas innovadoras de su antecesora, pero preocupándose por la implementación de las acciones e indicando las responsabilidades institucionales para que se alcance la propuesta. Además, orientó para un proceso continuo de evaluación que debía acompañar su desarrollo, considerando posibles ajustes determinados por la práctica (Veras; Oliveira, 2018, p. 1932).

El autor arriba añade aún, que la PNSPI, objetiva un envejecimiento saludable donde el anciano pueda mantener con autonomía su calidad de vida y ser independiente, pero no dejando

de atender a los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), los cuales direccionan a medidas individuales y colectivas en todos los niveles de atención a la salud (Veras; Oliveira, 2018).

Las políticas públicas de salud, según Lima (2012), se forman desde un conjunto de decisiones separadas, donde el punto final de la decisión, sobre un determinado tema, depende del Estado donde son envueltos los aspectos sociales, económicos y políticos.

De esta forma, la población de ancianos dependientes de políticas públicas, es también dependiente del Estado, de esta forma, las estrategias dirigidas para la asistencia al anciano, elaborado por el Gobierno Federal, dejó al país en 31° lugar en 2013, dentro del ranking de los países que presentan mejor calidad de vida a la población arriba de 60 años (FIOCRUZ, 2014).

En la actual realidad se percibe que las políticas de salud al anciano no son colocadas en la práctica en su totalidad. Para que esto ocurra, el sistema de salud pública debe ser remodelado para recibir a este público tan herido y necesitado por las marcas de la vida. Donde a pesar de estar viviendo de forma independiente, aún sobreviven a través de la salud del SUS (Fernandes; Soares, 2012)

3.8 El estado nutricional del anciano

El envejecimiento poblacional, implica en el aumento del riesgo para el desarrollo de vulnerabilidades de naturaleza biológica, socioeconómica y psicosocial, en virtud de la declinación biológica típica de la senescencia. Ésta interactúa con procesos socioculturales, con efectos acumulativos de condiciones deficitarias de educación, renta y salud a lo largo de la vida y con las condiciones del estilo de vida actual. (Rodrigues & Neri, 2012).

Es una realidad y trae grandes desafíos, especialmente para el sector de salud, pues trae consigo una serie de alteraciones, tanto en la composición corporal como en los cambios orgánico-funcionales. Estas alteraciones son graduales y generales, pudiendo ser verificadas en edades variadas y en mayor o menor escala y depende de las características genéticas de cada uno.

Se destaca aquí la visión de la atención a la salud, más específicamente el componente nutricional, porque, a pesar, de ser un proceso natural, el envejecimiento envuelve diversas modificaciones, tanto anatómicas como funcionales, y aunque varíen de un individuo para otro, pueden repercutir en la salud y nutrición del anciano, predisponiéndolo a que surjan condiciones crónicas de salud y posibles secuelas debilitantes.

Tales cambios vuelven más compleja la asistencia que debe ser dada a esa población, que carece de atenciones específicas y sistemáticas para sus necesidades. Siendo necesario que esté centrada en la presencia de profesionales de salud capacitados en el cuidado de los ancianos fragilizados, portadores de síndromes geriátricas y con pérdida de su capacidad funcional, con acciones de tratamiento y rehabilitación.

Además, el proceso de evaluación de la salud a personas mayores, engloba análisis de los aspectos clínicos y de variables psicosociales, siendo el estado nutricional una de las condiciones clínicas más importantes, debido a su relación con la morbimortalidad de esa población.

Entre las condiciones que interfieren en el estado nutricional del anciano, se puede destacar, entre otras, la disminución de la capacidad funcional, de la sensibilidad olfativa y gustativa, el uso de medicamentos, problemas psiquiátricos (demencia, depresión, alcoholismo), sociales (aislamiento, pobreza) y hábitos de vida (disminución de la actividad física, tabaquismo, ingestión inadecuada de alimentos).

Se observa también un aumento de la obesidad, principalmente la obesidad central, independiente del género y de la edad, y de sus factores de riesgo, como la heredabilidad, hipertensión arterial sistémica, resistencia a la insulina, diabetes mellitus, dislipidemias, además

de una mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a la obesidad, como la arterosclerosis y sus complicaciones.

Una alteración importante del envejecimiento es la pérdida de la fuerza muscular que ocurre aparentemente al mismo tiempo en el que hay una baja de las fibras musculares y, consecuentemente, de la masa muscular, durante el final de la media edad y de los años posteriores a la edad adulta. La tasa del metabolismo basal baja en parte, como consecuencia de la disminución de la masa muscular y de la actividad física. Ocurre reducción de síntesis proteica, resultando en una baja capacidad del transporte de micronutrientes.

Grupos nutricionalmente vulnerables en las poblaciones de ancianos, presentan más posibilidad de consumir dietas inadecuadas y con eso desarrollar una desnutrición.

Son incluidos ancianos:

- Institucionalizados;
- Ancianos hombres que viven solos;
- Los socialmente separados y solitarios;
- Los recientemente viudos;
- Los deprimidos o con comprometimiento cognoscitivo;
- Limitaciones físicas, comprometimiento del desempeño motor y de la movilidad;
- Enfermedades crónicas (Ej., Artritis, diabetes mellitus, hipertensión, cardiopatía, cáncer);
- Polifarmacia (consumo innecesario de medicamentos, interacciones droga-nutriente);
- Problemas con la masticación (pérdida de dientes y prótesis mal ajustadas);
- Almacenamiento limitado de alimentos, dificultades para hacer compra, habilidades culinarias inadecuadas

(de Moura Sousa, Leovander Francisca; Sá, Vivian Couto; de Andrade Aoyama, 2019)

Visto el papel de la nutrición en la modulación del proceso del envejecimiento, en la etiología de enfermedades y declinaciones funcionales asociados a la edad, la evaluación y el monitoreo nutricional de las personas mayores son necesarias para una asistencia adecuada y para la planificación de acciones de promoción de la salud. Algunos nutrientes son de extrema importancia en esta fase de la vida, principalmente si el individuo es portador de Diabetes, Hipertensión, etc.

Por haber interacciones entre nutrientes y medicaciones usadas en el combate a estas enfermedades, es posible que aparezcan deficiencias de micronutrientes, como el magnesio, que son fundamentales para el buen funcionamiento del cuerpo, comprometiendo la salud del anciano. La absorción y, por lo tanto, la biodisponibilidad de los minerales, también puede ser afectada por diferentes nutrientes en la dieta.

Las recomendaciones nutricionales (*recommended dietary allowances*-RDAs) son establecidas por la Food and Nutrition Board/National Research Council desde 1941. Las RDAs son definidas como los “niveles de ingestión de nutrientes esenciales que, con base en el conocimiento científico, son juzgados por la Food and Nutrition Board, como adecuadas para cubrir las necesidades de nutrientes específicos. Desde 1997, fueron instituidas las (*dietary reference intakes*- DRIs) a ser utilizadas en la planificación y evaluación de dietas, sustituyendo las RDAs utilizadas anteriormente.

Las DRIs incluyen cuatro conceptos de referencia para el consumo de nutrientes, con definiciones y aplicaciones diferenciadas: *estimated average requirement* (EAR), *adequate intake* (AY), y *tolerable upper intake level* (UL). Son informes utilizados para establecer la ingestión adecuada de los nutrientes y micronutrientes en la dieta.

Cuadro 2

Valores diarios de EAR, UL, AI E RDA de minerales para la ingestión por ancianos.

Edad	Magnesio			Hierro			Cinco			Cobre		
	UL (mg/ día)	EAR (mg/ día)	RDA /AI (mg/ día)	UL mg/ día	EAR (mg/ día)	RDA /AI (mg/ día)	UL (mg/ día)	EAR (mg/ día)	RDA /AI (mg/ día)	UL (mg/ día)	EAR (µg/ día)	RDA /AI (µg/d ía)
Hom bres 51 - 70a >70a	350	350	420	45	6	8	40	9.4	11	10	700	900
Muje res 51- 70a >70a	350	265	320	45	5	8	40	6.8	8	10	700	900

Fuente: IOM (2001)

EAR: Necesidad promedia estimada; **RDA:** ingestión dietética recomendada; **UL:** límite superior de ingestión; **AI:** ingestión adecuada

Los micronutrientes: magnesio, hierro, zinc y cobre son importantes para la regulación de diversos procesos enzimáticos en el cuerpo humano, volviéndose imprescindibles en la dieta del anciano, una vez que existe la posibilidad de disminución en el proceso de ingestión de la dieta o de la preparación inadecuada.

Zinc

El zinc actúa como un componente esencial de enzimas responsables por la integridad estructural de proteínas y por la regulación de expresión de la información genética. Replicación y crecimiento celular (RNA polimerasas); Mantenimiento y equilibrio energético (frutasa 1-6 bisfosfatasa en la vía gluconeogénesis).

- Regula apoptosis (reduciendo el riesgo de malignidad), activación linfocitos T y mantenimiento de células NK (reduce riesgo de infecciones bacterianas y fúngicas);
- Modulación en la actividad del IGF (factor de crecimiento semejante a la insulina) → marcador estructural del crecimiento óseo;
- Actividad osteoblástica (síntesis de masa ósea);
- Acción en las sinapsis glutaminérgicas (auxilio cognición y memoria);
- Síntesis, liberación y unión de hormonas: insulina, testosterona, GH, hormonas tiroideas;
- Reduce degeneración macular con la edad.

Cobre

El cobre funciona como un receptor y donador de electrones en reacciones redox para procesos biológicos envueltos en la respiración, transporte de hierro, protección contra estrés oxidativo, formación ósea y de vasos sanguíneos, coagulación sanguínea y crecimiento celular. Hace parte de muchas enzimas envueltas en el proceso de óxido reducción, incluyendo las reacciones de radicales libres.

El envejecimiento por sí solo no compromete la absorción del Cu, esto ocurre de forma análoga a la de los jóvenes. Mientras, puede ser afectada por la presencia de otros minerales y o componentes de la dieta (fitato, quelato, zinc).

- Inactiva histamina liberada durante reacciones alérgicas;
- Ceruloplasmina (vinculado 97% de cobre en el plasma) descompone por catálisis oxidación de Fe para unir a la transferrina y distribuye fierro orgánico del hígado;
- Hace parte de la enzima superóxido dismutasa = acción antioxidante;
- Mantenimiento de la actividad tireoidiana: esencial para el funcionamiento de la glándula tiroides, estimula la producción de T4 y precave la absorción excesiva de T4 por el organismo;
- Incorporado en la producción de hemoglobina, mielina, melanina y catecolaminas;
- Metabolismo lipídico

Hierro

Componente de diversas proteínas, incluyendo hemoglobina, mioglobina y citocromos. Enzimas conteniendo hierro y azufre, flavo proteínas, proteínas de transporte y almacenamiento, transferrina, lactoferrina y otras.

Cambios en la alimentación de los ancianos pueden interferir en la biodisponibilidad de hierro. Aliado a eso, la hipoclorhidria asociada a la edad o medicamentos que disminuyen la acidez del estómago posibilita una menor biodisponibilidad y puede influenciar el estado nutricional con relación al hierro.

El hierro está predominantemente en las carnes, especialmente en la carne roja, leguminosas, algunos vegetales como, remolacha y hojas verde oscuras. Cabe destacar que el hierro de origen vegetal posee una mayor absorción por el organismo, siendo de fundamental importancia para la población de edad. En adición, cuando el hierro es consumido por alimentos de origen vegetal, como el fréjol, el individuo de edad debe ser orientado a consumir concomitantemente o después de, una fuente de vitamina C, encontrada en las frutas cítricas. Así, un jugo de naranja, limón, acerola, piña cumple esa función.

Magnesio

El magnesio es importante para el mantenimiento de la presión osmótica, en la activación enzimática, en la actividad muscular, en el metabolismo energético, en la estabilización de la función neural y en el mantenimiento de la estructura ósea. Presente en los huesos, músculos, tejidos blandos y fluidos corpóreos y actúa como cofactor para más de trescientos sistemas enzimáticos. En su deficiencia ocurre aumento de la irritabilidad muscular, arritmias cardíacas.

La evaluación nutricional del anciano debe contener anamnesis detallada de las alteraciones fisiológicas presentadas por el individuo. Ésta, abarca varios métodos y técnicas, entre ellas se destaca la antropometría. Este método permite evaluar alteraciones en los compartimientos corporales consecuentes del proceso del envejecimiento, como la disminución de la estatura y masa libre de gordura, y modificación en la redistribución de gordura corporal, donde hay aumento del tejido adiposo central y disminución del tejido adiposo periférico.

El conocimiento del perfil antropométrico de una población puede funcionar como factor de alerta para la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud, órganos públicos, bien como por las instituciones asistenciales, cuyo foco sea el anciano. En el sentido de crear programas y acciones preventivas que puedan minimizar, a medio y largos plazos, las inclinaciones y factores determinantes propios de la edad.

Los procedimientos relativos al diagnóstico y acompañamiento del estado nutricional del anciano, aunque señalicen la importancia de que se levanten marcadores de consumo alimentar, acaban por dar énfasis al uso de medidas antropométricas, especialmente el índice de masa corporal.

La incorporación de otros indicadores para el monitoreo de personas mayores demuestra el avance en el reconocimiento de los ejes fundamentales que necesitan ser incorporados en la práctica profesional y en la rutina de la atención básica. Mientras, el uso de esos marcadores exige que el profesional lo haga de forma crítica e integrada y en equipo, comprendiendo que ningún indicador separado satisfará las necesidades de todas las dimensiones envueltas en la evaluación nutricional, especialmente tratándose de ancianos (DE MOURA SOUSA; SÁ; DE ANDRADE AOYAMA, 2019).

Pliegue Cutáneo Tricipital (PCT)

La medición del espesor del PCT permite tener una estimativa de la gordura corporal, mientras que las circunferencias de los miembros reflejan la condición nutricional del músculo y, así, el estado nutricional de proteínas. Es importante destacar que la PCT mide principalmente la gordura subcutánea y, por lo tanto, no es sensible a cambios o alteraciones en el tejido adiposo visceral. La densidad corporal y gordura corporal pueden ser precisamente estimadas desde la suma de las mediciones de los pliegues cutáneos.

En particular, el PCT ha sido usado más frecuentemente, mucho más que otros locales, porque es fácil de acceder, es reproducible y puede medir una amplia gama de variación entre individuos.

Un estudio reciente comparó la evaluación de composición corpórea en 118 pacientes de hemodiálisis y reportó que el PCT fue uno de los parámetros más precisos para estimar el porcentaje total de gordura corporal usando DEXA como prueba de referencia.

La medida PCT es aparentemente una estimativa adecuada de la gordura corporal. En segundo lugar, reconocemos que la antropometría, principalmente la medición del pliegue cutáneo, exige una cantidad considerable de habilidad técnica y meticulosidad.

- Identificación del local del pliegue: con el brazo flexionado en 90° y palma de la mano volcada para arriba, marcar el punto medio entre el acromio y olecranon.

Realizar el pinzamiento en el punto medio encontrado, en la faz posterior del brazo, tricipital, conforme a la Figura 5.

Figura 5
Punto promedio encontrado



- Tomada de la medida del pliegue: Individuo con el brazo libre de ropas y extendido y con la palma de la mano volcada para el cuerpo.

Figura 6
Pliegue Cutáneo Tricipital



Tabla 2
Evaluación del pliegue Cutáneo Tricipital por Percentil

Percentil	Estado nutricional
< 5	Bajo peso
≥ 5 a 95	Eutrofia
≥ 95	Sobrepeso

Tabla 3
Distribución en percentiles del pliegue cutáneo tricipital segundo género y edad de acuerdo con Frisancho, 1990.

Edad	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
HOMBRES									
60 a 64,9	5,0	6,5	7,0	8,5	11,5	15,5	18,0	20,0	23,5
65 a 69,9	5,0	6,0	6,5	8,0	11,5	15,0	18,0	20,0	23,0
70,0 a 74,9	5,0	6,0	7,0	8,0	11,5	15,0	18,0	20,0	23,0

MUJERES									
60,0 a 64,9	13,0	16,0	17,5	20,5	26,0	32,0	35,5	38,0	42,0
65,0 a 69	12,0	15,0	16,0	19,0	24,5	30,0	33,0	35,5	39,0
70,0 a 74,9	11,5	14,0	15,5	18,0	24,9	29,5	32,0	34,5	38,0

Fuente: Frisancho, A R., 1990

Adecuación de la PCT = $\frac{\text{PCT obtenida (cm)}}{\text{Percentil 50}} \times 100$

Tabla 4

Clasificación del Estado nutricional segundo el pliegue cutáneo tricípital (PCT)

	Desnutrición grave	Desnutrición moderada	Desnutrición baja	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidad
PCT	< 10%	70-80%	80-90%	90-110%	111-120%	120%

Fuente: Blackburn & Thornton, 1979.

3.8 El papel del Nutricionista en la Atención Primaria

El Ministerio de la Salud editó y aprobó, 1999, la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN), que fue actualizada en 2012. En ella, hay directrices que abarcan el objetivo de la atención nutricional en el Sistema Único de Salud, con foco en la vigilancia, promoción, prevención y cuidado integral de agravios relacionados a la alimentación y nutrición; actividades éstas, integradas a las demás acciones de salud en las redes de atención, teniendo la Atención Primaria a la Salud como ordenadora de las acciones (Faria et al., 2016).

Las directrices que integran el PNAN indican acciones que pueden alterar los determinantes de salud y alcanzar la salud de la población, siendo observadas del siguiente modo:

1. Organización de la Atención Nutricional;
2. Promoción de la Alimentación saludable y adecuada;

3. Vigilancia alimentar y nutricional;
4. Gestión de las acciones de Alimentación y Nutrición;
5. Participación y Control social;
6. Control y regulación de los alimentos;
7. Cooperación y Articulación para la Seguridad alimentar y nutricional.

El nutricionista debe actuar en el ámbito familiar y comunitario. La atención nutricional individualizada deberá ser apoyada por el nutricionista del NASF de forma indirecta a través de sus funciones de planificación, elaboración de protocolos de servicio y encaminamiento.

El nutricionista debe actuar en consonancia con los demás profesionales del NASF y de los equipos de Salud de la familia y con el área/sector responsable por la gestión de las acciones de alimentación y nutrición en el municipio, visando calificar la salud y mejorar su resolución. Debe aún, actuar de forma efectiva sobre los determinantes de los agravios y disturbios alimentares y nutricionales que acometen a la población local aportando, así, para la seguridad alimentar y nutricional de la población atendida (Tavares et al., 2015).

Se hace necesario que el nutricionista perciba qué existen variaciones y diferencias en el desarrollo de un individuo, y que restringir la educación nutricional en virtud de la edad puede no ser válido. Estudios muestran que la inteligencia no declina substancialmente con el envejecimiento y las personas mayores pueden continuar aprendiendo y alterar sus comportamientos. Estrategias de consejería a ancianos ayudan a que los mismos se adapten a la memoria asociada en relación a la declinación de la edad. Estos consejos deben considerar los cambios sensoriales del envejecimiento.

3.9 Alimentación del anciano

La alimentación es imprescindible para un envejecimiento más saludable y para el control de varias enfermedades presentes en este grupo etario más vulnerable (JOBIM e JOBIM, 2015).

Las recomendaciones nutricionales para las personas mayores dependen, primero, de una acertada conducta de evaluación nutricional, que sufren influencias de las alteraciones fisiológicas y cambios de la composición corporal y demás modificaciones propias de la edad. Segundo, es necesario que se tenga conocimiento de los hábitos de vida, lo que puede ser dificultado por la incapacidad de memorización. En esta etapa, la capacidad de los profesionales nutricionistas y demás profesionales del área de la salud demanda efectiva organización y comprensión en todos los aspectos envueltos.

Actualmente, se utiliza, como instrumento de referencia en la orientación dietética *Dietary Reference Intake* (DRI). Diferente de la clasificación etaria establecida por la OMS, el grupo etario que comprende a los ancianos está estratificado de 51 a 70 años de edad y arriba de 70 años. Las DRIs están siendo cuestionadas en cuanto a los valores recomendados, sin embargo, no hay comprobación de que los valores preconizados disminuyan con la edad, bien como no se tiene comprobación de aumento de los nutrientes con el recorrer de la edad (VITOLLO, 2015).

En las décadas pasadas, el valor de energía recomendado para hombres con más de 51 años era de 2.300 kcal/día y para mujeres, 1.900 kcal/día. (VITOLLO, 2015). En la actualidad, se tienen fórmulas específicas para estimar la necesidad energética del individuo de más edad, llevando en consideración su peso, estatura y edad.

La cantidad de grasas es la misma recomendada para adultos saludables, siguiendo 20 a 35% del VET, conforme RDA de las DRIs (2006), dando preferencia para ácidos grasos mono y poli-insaturados, contenidos en los pescados, aceites y castañas. La grasa poli-insaturada omega-3 posee acción antiinflamatoria y tiene como fuentes alimentarias, pescados, aceite

y semillas de soja, linaza y canola, algas y hojas verdes. La gordura saturada, proveniente de fuente animal es contraindicada, debido a su relación con las dislipidemias.

Así, debe haber orientación para consumir la leche desnatada, retirar las gorduras aparentes de las carnes, antes de la cocción, utilizar el aceite en detrimento de la gordura animal (manteca), minimizar lo máximo los fritos e ingestión de alimentos procesados y ultra procesados.

3.10 Mejorías para el anciano

Por la creciente inclinación a la urbanización, al mismo tiempo en el que la proporción de personas de edad aumenta rápidamente, la OMS lanzó en 2007, el Guía Global de las Ciudades Amigables del Anciano. El Guía tiene como principio ayudar a que las ciudades aprovechen más a sus ancianos por medio de la generación de ambientes urbanos favorables y estimulantes para ellos.

Una ciudad amigable con el anciano garantiza que personas de todas las edades tengan oportunidades iguales para participar de las actividades comunitarias y las trata con respeto, sin distinción de edad. Una ciudad amigable con el anciano es una ciudad que facilita a la persona mayor mantener conexiones con las personas que son importantes para ellos, eso les ayuda a mantenerse saludables y activos hasta en edades más avanzadas, y proporciona soporte a aquellas personas que ya no pueden mantenerse solas.

Volver las ciudades más amigables con los ancianos es una medida lógica y promueve el bien estar, además de ayudar para una vida urbana mejor. En las ciudades amigables para el anciano las políticas, servicios, planificaciones y estructuras aguantan y facilitan el envejecimiento activo de la población.

El Guía Global de Ciudades Amigables para el Anciano es un punto inicial para el desarrollo comunitario y la investigación de actividades, así como para el establecimiento de una red global de comunidades amigables con el anciano.

Y a pesar de que el Guía sea dirigido hacia las comunidades urbanas, también en el medio rural es necesario que se adopten medidas que lleven a un desarrollo más amigable con relación a los ancianos y al envejecimiento poblacional en general. En muchos países, los ancianos representan un amplio porcentaje de la población rural, consecuencia de la emigración de los más jóvenes, lo que muestra la necesidad del Guía también en ese contexto.

3.11 El uso de las medias sociales por los ancianos

Además de los ancianos, hay extensas capas de la población que están al margen de la sociedad de la información y de los beneficios propiciados por las redes digitales. Datos demuestran que gran parte de los accesos a la Internet es realizada por jóvenes, especialmente antes de los 50 años, ampliando el gap digital para los ancianos, que acaban siendo excluidos también de esos ambientes, porque tienen dificultades de uso con las nuevas tecnologías (Gobbi; Filho, 2015).

En ese contexto, el papel del anciano en la sociedad sufrió transformaciones, y las personas de esa grupo etario, delante del deseo de convivencia y de apertura a grandes descubiertas, se han dispuesto a enfrentar el miedo y a vencer los desafíos de la utilización de las nuevas tecnologías (Nunes, 2010). En ese sentido, es necesario tener conciencia del envejecimiento de la población y de la modificación de sus hábitos y costumbres, que fueron remodelados a lo largo del tiempo, bien para invertir en nuevas prácticas de ocio y servicios especiales a ese público, generando, así, una mirada más sensible y humana con relación a esa parcela de la población que suele ser excluida por la sociedad (Kachar, 2003).

Delante de eso, las nuevas tecnologías y las redes sociales, por medio de las comunidades *en-línea*, se vuelven un espacio de resocialización, auxiliando a los ancianos a ser activos y a integrarse en la sociedad contemporánea, vía su inserción en el mundo virtual. Las comunidades virtuales pueden servir como un espacio para la unión de personas con los mismos pensamientos e ideologías y que no necesariamente ocupan el mismo espacio geográfico (McKenna, 1998). Se percibe, entonces, que las comunidades *en-línea* pueden proporcionar diversos beneficios para la estimulación de los ancianos, haciendo, consecuentemente, con que se sientan parte integrante del nuevo estilo de sociedad.

3.12 Las redes de comunicación *en-línea*

La evolución de los medios de comunicación es clara: desde la prensa con Gutemberg hasta la Internet, posibilitando más interacción y personalización de la comunicación (SIMÕES, 2009). En ese contexto evolutivo, por medio de la informatización, los individuos crearon las comunidades *en-línea*, con el objetivo de constituir eventos sociales espontáneos en redes electrónicas en vuelta de intereses comunes, conduciendo a la construcción de una red compleja de relaciones interpersonales (Scabarotto, 2006).

Levy (1999) define ese fenómeno de ciberespacio, siendo éste, un nuevo medio de comunicación que genera la interconexión mundial de las computadoras, contemplando un universo de informaciones que abrigan los datos de los individuos que navegan y alimentan esta infraestructura de la comunicación digital. Este nuevo sistema de comunicación tiene como principal característica la diversificación, la multimodalidad y la versatilidad, que son capaces de integrar las más diversas formas de expresión, diversidad de intereses, valores y de imaginaciones (Castells, 1999), permitiendo la pluralidad y participación activa, aun cuando se reproducen patrones ya existentes (Simões, 2009).

Por eso, las comunidades virtuales pueden promover acciones por medio de encuentros y protestas, desempeñando, también, un espacio para la unión de personas con los pensamientos, ideologías, gustos y habilidades iguales y que no necesariamente ocupan el mismo espacio geográfico (McKENNA, 1998; SCARABOTTO, 2006). Delante de ese hecho, las comunidades virtuales, vía internet, se hace un medio de comunicación y de relación esencial en lo que tañe a la caracterización de la nueva sociedad, en la que ya estamos viviendo y, que estas redes interactivas de comunicación estructuran una nueva forma de conexión y de sistemas (Castells, 2006).

En lo que se refiere a las nuevas formas de conexiones, Dias (2015) cita el ejemplo de los Estados Unidos, donde existen redes sociales específicas para los ancianos. En ese ambiente virtual, desarrollado con foco al internauta anciano, es ofrecido un espacio planeado para la tercera edad, propiciando juegos para la estimulación cerebral, informaciones de salud y alimentación, foros de discusiones y otros temas relevantes para ese público (Dias, 2015).

La apropiación de la utilización de las herramientas tecnológicas, posibilitada por el uso del Internet, y la comprensión de sus contenidos son beneficios generados por la accesibilidad digital. (Rocha, 2003). Por eso, la tecnología puede posibilitar a los ancianos estar más integrados en una comunidad electrónica amplia, colocándolos en contacto con parientes, amigos y otros individuos en un ambiente virtual de cambio de ideas e informaciones y reduciendo, así, el aislamiento por medio de la experiencia comunitaria (Kachar, 2003).

Al utilizar la informática como medio de participación en las redes sociales, los ancianos pueden apropiarse de diversos recursos de compartimiento de informaciones, como fotografías, vídeos y textos, teniendo, de esa forma, la posibilidad de reconstruir su autoimagen e imagen pública (Kachar, 2003). También, vía la utilización de las redes sociales, es posible construir lazos afectivos que privilegian nuevas formas de amistad (Rodrigues, 2010).

4 METODOLOGÍA

4.1 Características de la investigación

La investigación cuantitativa descriptiva norteó la realización de este estudio. La investigación cuantitativa es caracterizada por el uso de la cuantificación, tanto en la colecta cuanto en el tratamiento de las informaciones, utilizando técnicas estadísticas y, objetivando la adquisición de resultados que eviten posibles distorsiones de análisis e interpretación y que posibiliten la maximización del margen de seguridad (Marconi; Lakatos, 2005).

La colecta de datos es realizada através de cuestionarios que presentan variables distintas, cuyos análisis son generalmente presentados a través de tablas y gráficos. En ese tipo de investigación, la representación de los datos ocurre a través de técnicas cuánticas de análisis, cuyo tratamiento objetivo de los resultados dinamiza el proceso de relación entre variables (Ferrer, 2012)

4.2 Escenario del estudio

La investigación fue realizada en el período de agosto de 2019 a febrero de 2020, junto a los grupos de convivencia, instituidos en algunas Unidades Básicas de Salud de la Regional II en el municipio de Fortaleza- CE, situado en la Región Nordeste.

La ciudad posee un área territorial de 313.14 km² y una población de 2.627.482 habitantes estimados en 2017, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). La Regional II Secretaría Municipal de Salud (SMS) trabaja con la misión de formular y administrar políticas públicas para atender a las necesidades de salud de la población en el municipio de Fortaleza, asegurando los principios del Sistema Único de Salud (SUS), con una visión de ser reconocida

por el compromiso en la búsqueda de la excelencia en la atención a la salud y con valores como: capacidad, responsabilidad, cooperación, transparencia y humanización.

4.3 Participantes de la pesquisa

Consideramos como unidad de análisis del estudio los ancianos participantes de los grupos de convivencia atendidos en unidades de la Regional II. Estos grupos se reúnen regularmente por la mañana o por la tarde, de una a dos veces por semana, recibiendo almuerzo o merienda, dependiendo de la hora de la reunión. Además, participan en juegos, danzas y trabajos artesanales.

Un total de 150 ancianos completaron los procedimientos de la investigación adecuadamente y fueron insertas en ese estudio conforme los criterios de inclusión y exclusión del total de 230 participantes reclutados. Mientras, hicieron parte de la muestra los ancianos que aún atendían a los siguientes criterios establecidos para la muestra; tener 60 años o más, no presentar demencia y que tuviesen facilidad de locomoción (por la necesidad de medición de las medidas antropométricas), ser usuario de los servicios de salud local, participar de los grupos de convivencia, además de presentar un parecer favorable para la participación de la investigación a través del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Vale destacar la imposibilidad de completar el levantamiento completo, en la Unidad Paulo Marcelo, debido al proceso de pandemia del COVID-19, ya que en enero de 2020 había el receso de los grupos y cuando regresaron ya estaba en el proceso de la enfermedad.

4.4 Proceso de colecta de datos y técnicas de análisis

Para iniciar la recolección de datos, el proyecto de doctorado fue remitido a la Coordinación de Gestión del Trabajo y Educación para la Salud -COGTES de la Alcaldía de Fortaleza-CE, para que se diera la opinión de factibilidad o no de la investigación. Después de la aceptación, se presentó al comité de ética en investigación (CEP) de la Universidad Estatal de Ceará-UECE.

Tras la aceptación para la recolección de datos, el investigador fue enviado a las Unidades Básicas de Salud -UBSs ;

Aída Santos e Silva (Vicente Pinzón), Rua Trajano de Medeiros 813;

Flávio Marcílio (Mucuripe), Av. da Abolição, 416,

Puesto de Salud Paulo Marcel (Centro), Rua 25 de Março, 607 e

Célio Brasil Girão (Cais do Porto), Rua Prof. Henrique Firmeza, 82.

vinculadas a la Secretaría Regional II para continuar la recopilación de datos. Éstas, cuentan con un número acentuado de atendimento a ancianos y eso influenció en el criterio de inclusión en el estudio.

En cada Unidad, se entregó una declaración de liberación para la recopilación de datos al gerente responsable. A continuación, la investigadora se puso en contacto con los agentes sanitarios- ACS para acompañarlos en las visitas a los grupos de ancianos, donde se haría el seguimiento de la colecta de datos.

Como instrumento de colecta de datos, fue elaborado un guion de entrevista (Apéndices), aplicado con los ancianos con domicilio en Fortaleza-CE. La entrevista fue compuesta por preguntas abiertas y cerradas, organizadas por conjuntos temáticos como:

- Informaciones socio-demográficas: sexo, edad, condición de vivienda, número de residentes en el domicilio;

- Informaciones socioeconómicas: escolaridad, renta familiar (en sueldos mínimos).
- Calidad de la salud, uso de servicios, consumo alimentar entre otros.

Fueron realizadas medidas antropométricas (peso, altura, medida de tríceps) con los ancianos, usando ropas ligeras. Para éstas medidas utilizamos para pesar, una báscula microelectrónica portátil con precisión de 0,1 kg y capacidad de 150 kg. Para medir la altura fue usado un estadiómetro portátil de la marca Plena. A partir de las medidas de peso y altura se calculó el IMC.

Se adoptó la clasificación propuesta por el Ministerio de la Salud: $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$ = bajo peso; $22 < IMC < 27 \text{ kg/m}^2$ = peso adecuado; $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ = exceso de peso. El índice de masa corporal (IMC) fue calculado a través de la razón entre la masa corporal (Kg) y el cuadrado de la estatura (m^2). El IMC (kg/m^2) fue clasificado según los puntos de corte propuestos por la *World Health Organization* (WHO), adoptado por el Ministerio de la Salud, establecido para la población (Ferrarez et al., 2020).

El pliegue cutáneo tricípital propicia una estimativa de reserva proteica, teniendo una fuerte asociación con la desnutrición proteico-calórica, por reflejar la pérdida muscular. La reducción de la circunferencia muscular del brazo y la pérdida de peso son indicadores importantes de la presencia de desnutrición en los ancianos. Para la medida tricípital utilizamos un adipómetro de la marca Lange con precisión de 0,1mm.

Los resultados de los datos cuantitativos fueron presentados en tablas y gráficos. Las tablas, analizadas por medio del análisis porcentual de las respuestas encontradas y tratamiento estadístico. Los datos fueron almacenados en banco de datos creados por medio del *software Statistical Package sea Social Science (SPSS) for Windows* versión 17.0.

Para el análisis de los datos, se utilizó el software de dominio libre R (versión 4.0.1). Después del análisis descriptivo de las variables, con la confección de tablas y gráficos se evaluó la relación de las variables explicativas con la variable respuesta (clasificación del IMC) por

medio de la prueba de asociación Chi-cuadrado (X^2) de Pearson. El nivel de significancia estadística considerado fue del 5% ($p < 0,05$).

La prueba de independencia Chi-cuadrado (X^2), frente a la hipótesis, es usada para descubrir si existe una asociación entre la variable de línea y la columna variable en una tabla de contingencia construida a partir de los datos de la muestra. La hipótesis nula es de que las variables no están asociadas, en otras palabras, son independientes. La hipótesis alternativa es de que las variables están asociadas, o dependientes.

Fórmula de la prueba Chi-cuadrado(X^2), es dado por:

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Donde, O_i : frecuencia observada (H_1)

E_i : frecuencia esperada (H_0)

4.5 Aspectos éticos y legales de la investigación

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Estadual de Ceará (UECE), bajo el parecer 3.048.789 conforme a las directrices y normas reglamentares de investigación envolviendo seres humanos a través del decreto n° 466/12 del Consejo Nacional de Salud (CNS) (BRASIL, 2012).

La anuencia de la participación de los sujetos del estudio fue documentada a través de sus firmas según el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, elaborado en dos vías (una entregada a los participantes del estudio y la otra permanece con el investigador). En éstos términos fueron expuestos los objetivos del estudio, bien como las informaciones a los participantes sobre el derecho al anonimato, a la confidencialidad de datos pertinentes a la

privacidad y a desistir de la participación del estudio, sin que esto traiga ningún perjuicio a cualquier momento y conforme sus voluntades.

Seguimos así, en relación a la investigación envolviendo a seres humanos, siendo también respetados los referenciales básicos de la bioética, que incluye la beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia y equidad. Las investigaciones envolviendo seres humanos deben atender a las exigencias éticas y científicas fundamentales. La eticidad de la investigación implica en:

a) Consentimiento Libre y Esclarecido de los individuos-objetos y la protección a grupos vulnerables y a los legalmente incapaces (autonomía). En este sentido, la investigación envolviendo seres humanos debe ser siempre tratada con dignidad, respeto a su autonomía y defenderlo en su vulnerabilidad;

La observancia al principio de la autonomía fue obedecida delante de la aclaración a los sujetos de que ellos poseían el libre albedrío para decidir participar o no de la investigación, que la misma era voluntaria y que a cualquier momento podrían negarse a responder a cualquier pregunta y desistir de la investigación, quedando éstos términos evidentes en el consentimiento libre y esclarecido respetando así su autonomía.

b) Ponderación entre riesgos y beneficios, tanto actuales como potenciales, individuales o colectivos (beneficencia), comprometiéndose con lo máximo de beneficios y lo mínimo de daños y riesgos;

c) Garantía de que daños previsibles serían evitados (no maleficencia).

d) Relevancia social de la investigación con ventajas significativas para los sujetos de la investigación y minimización del daño para los sujetos vulnerables, lo que garantiza la igual consideración de los intereses envueltos, no perdiendo el sentido de su destino socio-humanitario (justicia y equidad).

5 RESULTADOS

5.1 Datos socioeconómicos

Realizado un levantamiento con 150 ancianos, residentes en la ciudad de Fortaleza-CE, siendo 110 del sexo femenino (73,33%) y 40 del sexo masculino (26,67%). Los entrevistados poseen una edad mínima igual a 60 años y edad máxima igual a 87 años, predominando personas entre las edades 60 a 67 años. El promedio de las edades es igual a 71,67 y desvío patrón es igual a 7,97.

Con relación a la renta y al nivel de escolaridad, se percibe una hegemonía de personas alfabetizadas y con renta entre 0 y 1 sueldo mínimo. Además, la principal forma de vivienda es casa propia, con la mayoría de los entrevistados residiendo con hasta 2 personas en casa. La Tabla 4 muestra el resumen de los datos divididos por sexo y los gráficos muestran un cuantitativo de los datos socioeconómicos de los entrevistados.

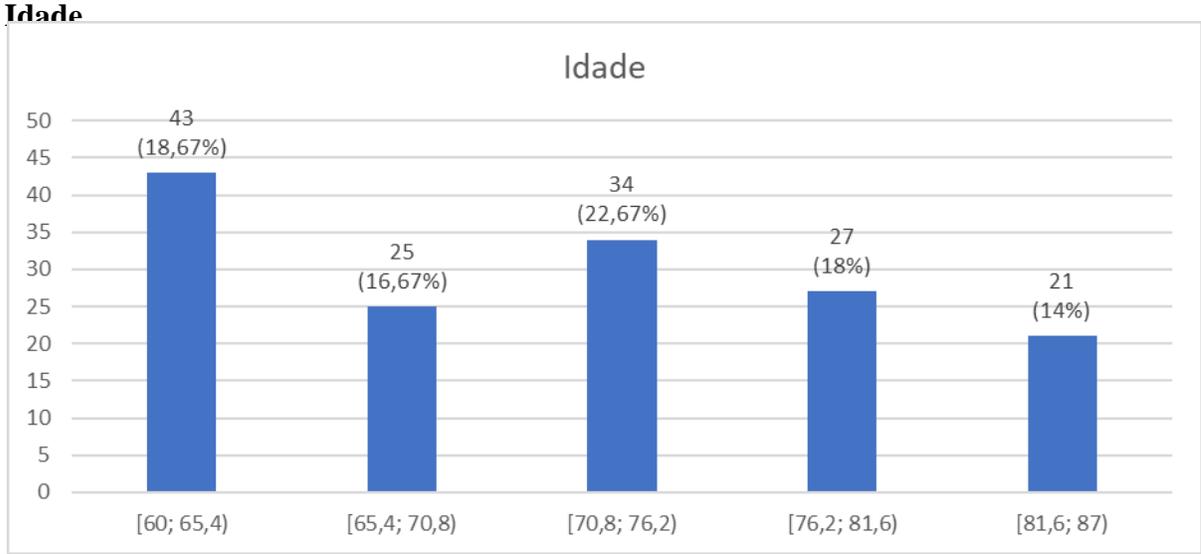
Tabla 5
Datos socioeconómicos de los entrevistados

<i>Variable</i>	<i>Masculino (%)</i>	<i>Femenino (%)</i>
Edad		
[60; 65,4)	9 (32,50)	20 (27,27)
[65,4; 70,8)	7 (27,50)	9 (12,73)
[70,8; 76,2)	3 (10,00)	20 (27,27)
[76,2; 81,6)	4 (15,00)	14 (19,09)
[81,6; 87)	4 (15,00)	10 (13,64)
Renta (sueldos mínimos)		
0 a 1	25 (62,50)	77 (70,00)
1 a 2	10 (25,00)	25 (22,73)
2 a 3	4 (10,00)	7 (6,36)

3 a 4	1 (2,50)	1 (0,91)
Escolaridad		
Alfabetizado	35 (87,50)	97 (88,18)
Enseñanza Básica completa	4 (10,00)	2 (1,82)
Enseñanza media completo	1 (2,50)	10 (9,09)
Enseñanza superior completa	0 (0,00)	1 (0,91)
Vivienda		
Casa propia	32 (80,00)	69 (62,73)
Casa alquilada	8 (32,00)	31 (28,18)
Casa compartida	0 (0,00)	10 (9,09)
Cantidad de personas que viven con el entrevistado		
1	0 (0,00)	7 (6,36)
2	12 (30,00)	46 (41,82)
3	11 (27,50)	22 (20,00)
4	10 (25,00)	19 (17,27)
5	6 (15,00)	13 (11,82)
Arriba de 5	1 (2,5)	3 (2,73)

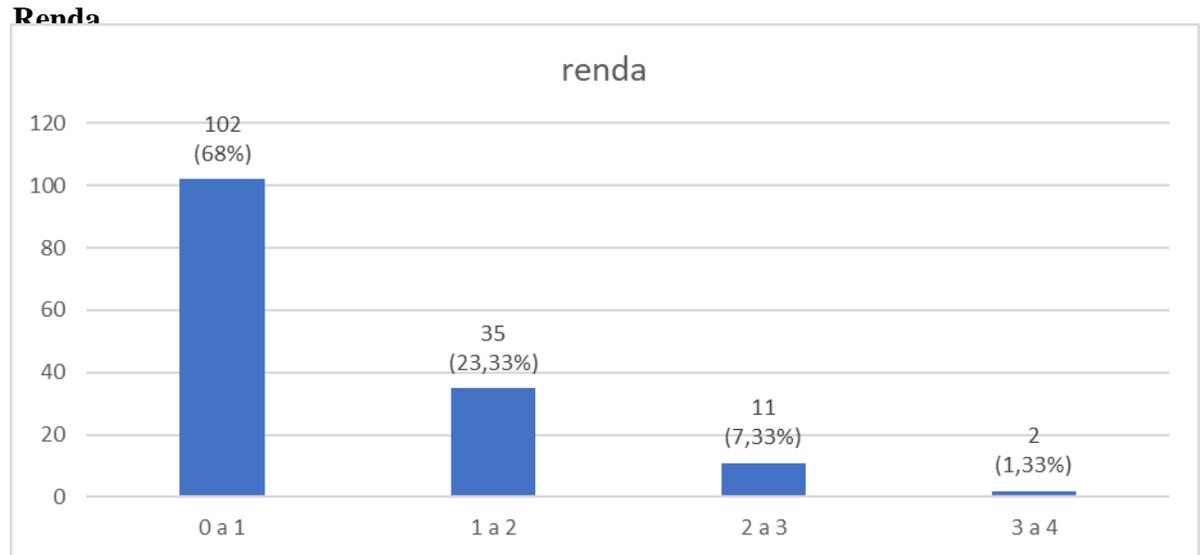
Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Gráfico 1



Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

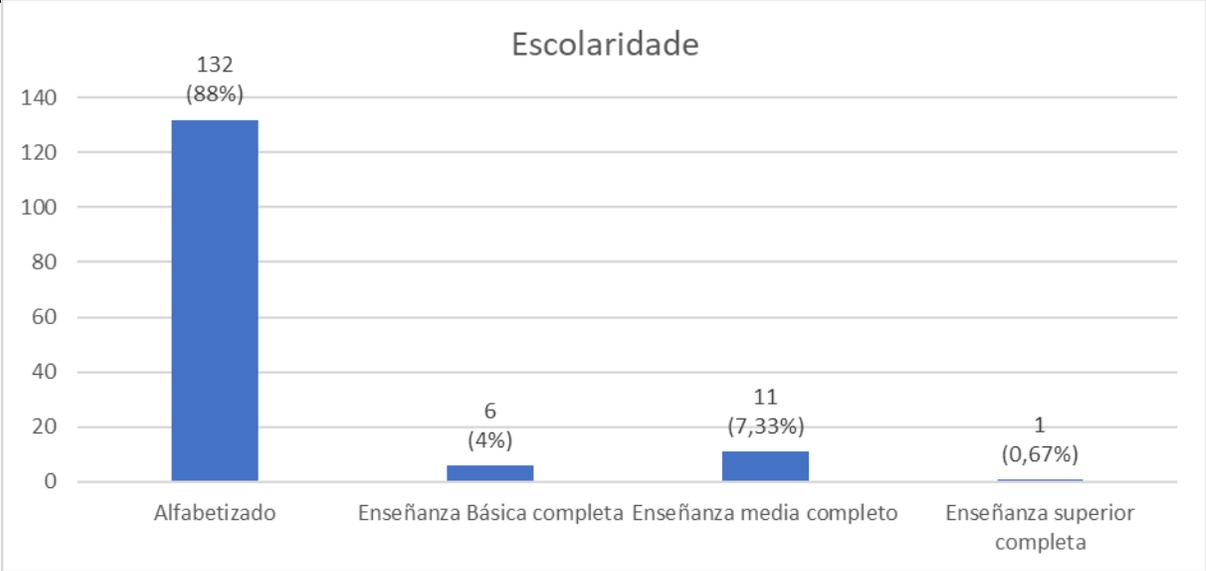
Gráfico 2



Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

Gráfico 3

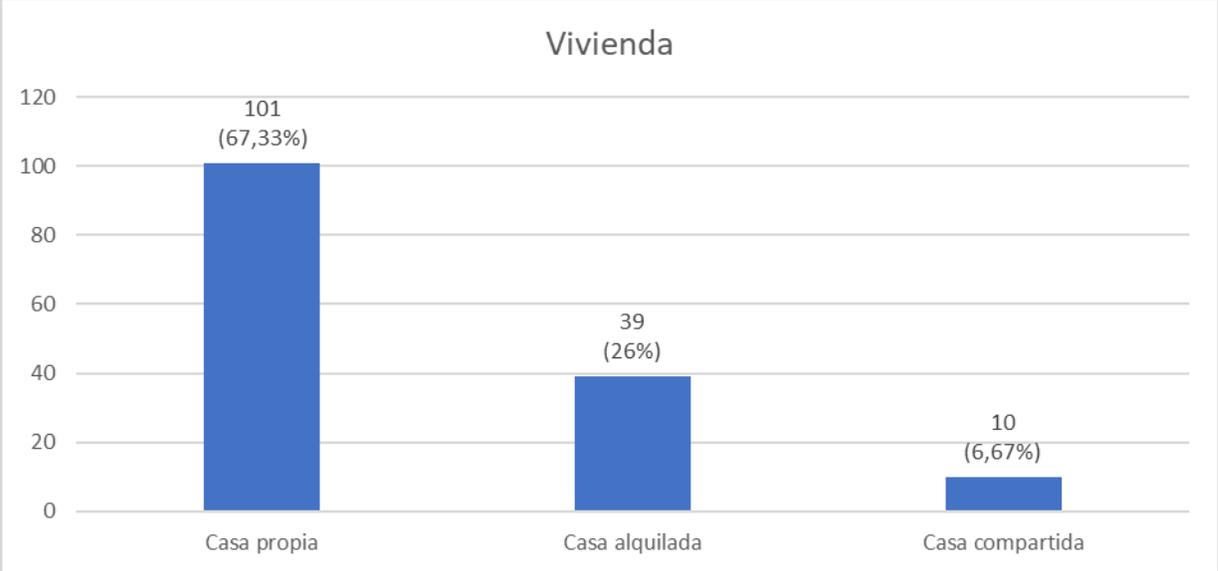
Escolaridade



Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

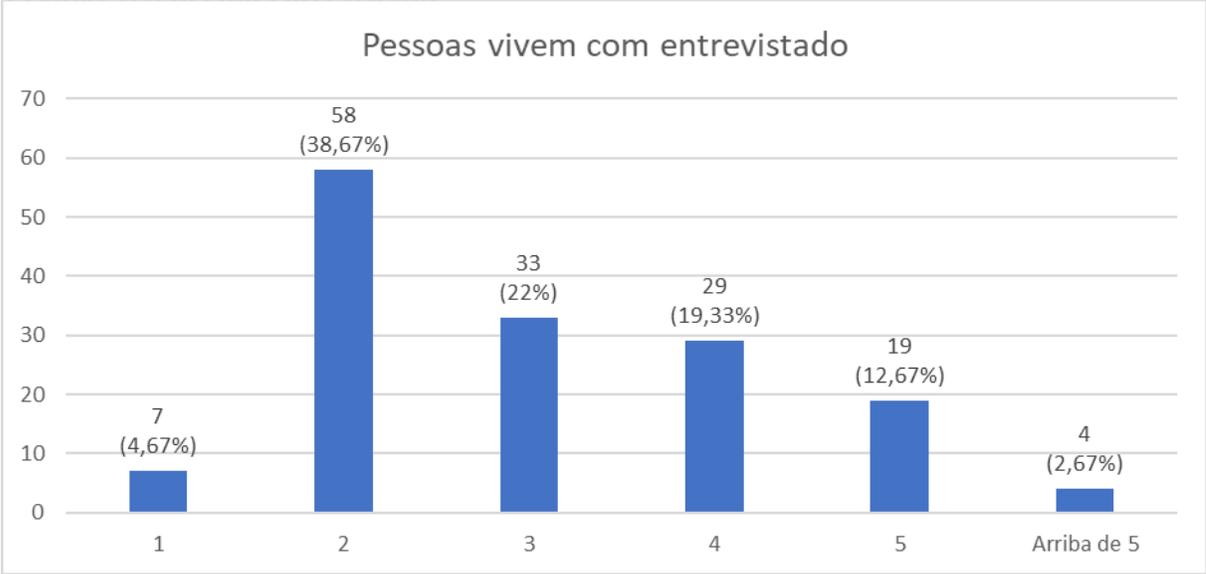
Gráfico 4

Vivenda



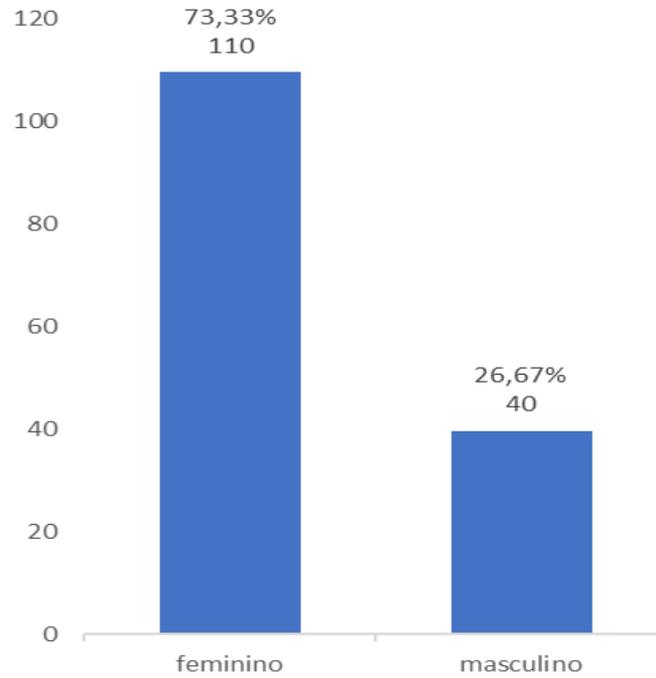
Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

Gráfico 5
Pessoas vivem com entrevistado



Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

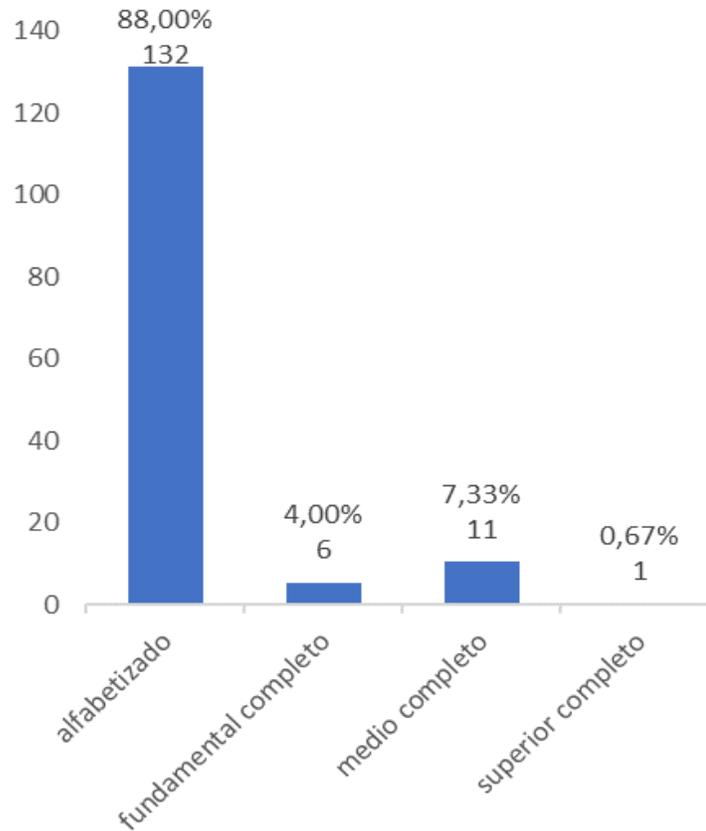
Gráfico 6
Distribución de los entrevistados con relación al sexo



Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

De los 150 individuos entrevistados con edad igual o superior a sesenta años, 110 (73,33%) eran del sexo femenino y 40 (26,67%) del sexo masculino.

Gráfico 7
Escolaridad de los entrevistados

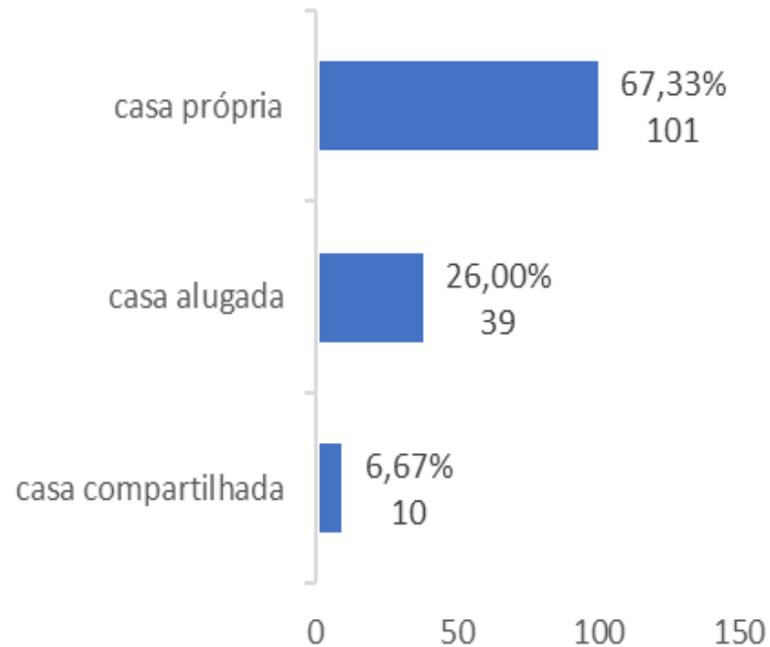


Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

Con relación a la escolaridad, gráfico 2, tenemos: alfabetizados 132 individuos, enseñanza fundamental completa 6, enseñanza media completa 11 individuos y apenas 1 para la enseñanza superior. Para la enseñanza fundamental, 2 son del sexo femenino y 4 del sexo masculino. En la enseñanza media, tenemos 10 del sexo femenino y 1 del sexo masculino. Con enseñanza superior solamente uno y del sexo femenino.

Hay un alto índice de alfabetizados con relación a los otros grados de instrucción lo que aporta para que las personas puedan estar más enteradas acerca de sus necesidades, buscar las informaciones que sean importantes en su cotidiano para aumentar su calidad de vida. Mientras tanto, el conocimiento del alfabetizado, a veces ocurre solamente por la posibilidad de saber escribir su nombre.

Gráfico 8
División de los entrevistados con relación al tipo de vivienda

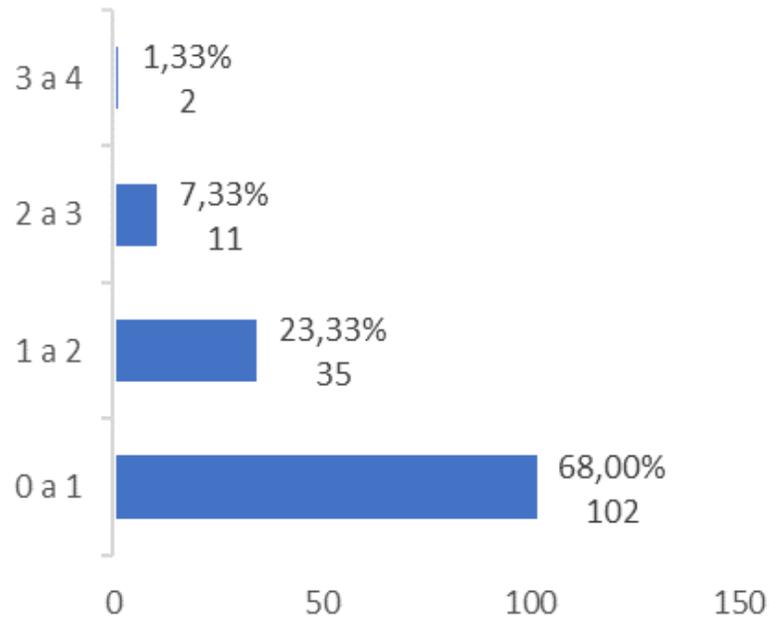


Fuente: elaborado por la investigadora, 2020.

Cuando preguntados en relación a la condición de la vivienda, gráfico 3, 39 tienen casas alquiladas, 10 viven en casa compartida y 101 en casa propia. El número de individuos con casa propia se sobrepone a los otros, lo que puede ser una situación positiva en lo que tñe a la condición económica. Ese hecho denota una discrepancia a lo que observamos sobre la renta de los entrevistados, donde la mayoría gana en torno a un sueldo mínimo.

Mientras, se justifica el resultado, una vez que, estas personas residen en áreas en las cuales los terrenos fueron adquiridos a través de invasiones, lo que facilitaría la construcción de sus residencias.

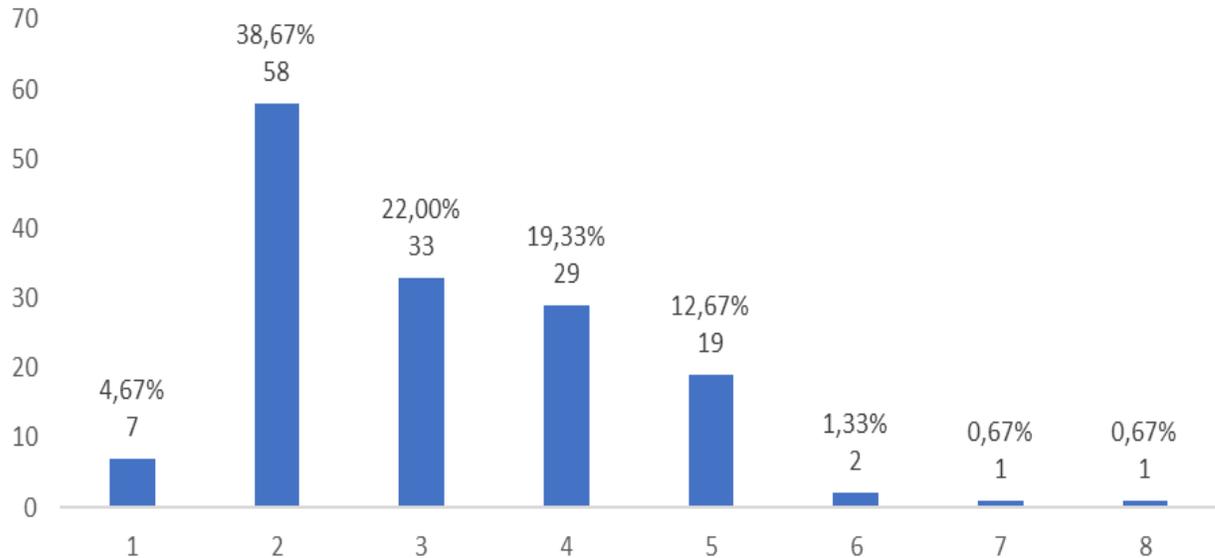
Gráfico 9
Distribución de los entrevistados con relación a la renta en sueldos mínimos



Fuente: Elaborado por la investigadora., 2020.

La mayoría de los entrevistados tiene una renta de un sueldo mínimo, proveniente de jubilaciones y en algunos casos pensiones, asociando aún, algunos trabajos extras desarrollados por algunos de los ancianos. Aun aquéllos que ganan una renta extra, no consiguen garantizar sus necesidades más urgentes, como vivienda, alimentación, salud, etc. Estos valores se basaron en el salario mínimo vigente en el país.

Gráfico 10
Cantidad de personas convivientes con los entrevistados



Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

Existe una dependencia de los hijos, nietos con relación a los ancianos. Presentando una situación en la que el anciano asume un protagonismo importante, haciendo una contribución del 73% en el presupuesto familiar.

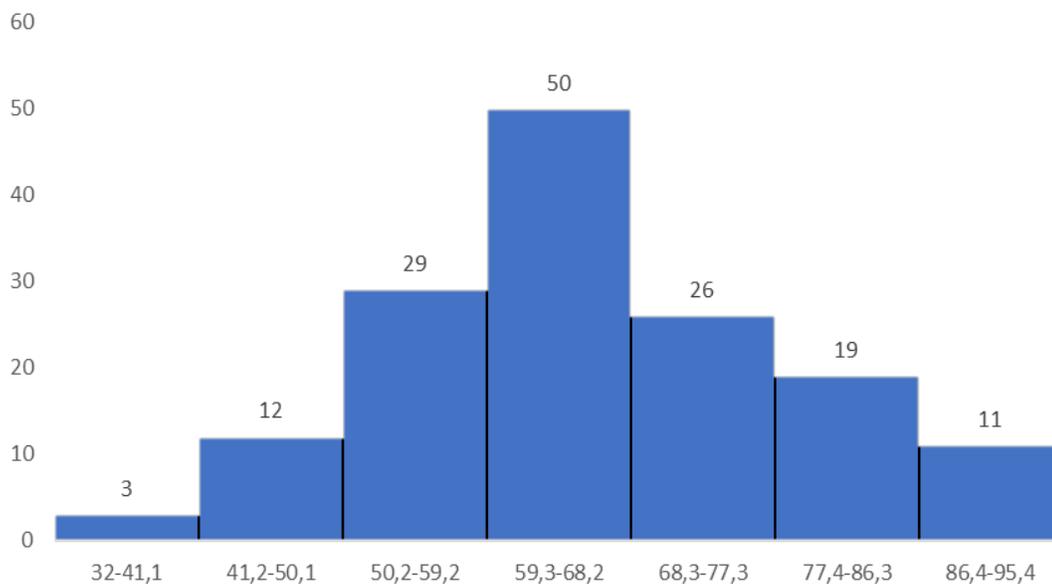
Observaron que las características asociadas a la dependencia moderada/grave fueron analfabetismo, ser jubilado, pensionista o dueña de casa, tener más de 65 años, vivir en domicilios multigeneracionales, haber sufrido internación en los últimos seis meses, no visitar amigos y parientes, tener problemas de visión, tener historia de derrame y tener evaluación pesimista de la propia salud.

Lima-Costa *et al.*¹⁸, en estudio de la PNAD 1998, observaron que la peor función física en el anciano estuvo asociada a la menor renta domiciliar *per capita*, independiente del sexo. Además, los ancianos con peores niveles socioeconómicos percibieron la propia salud como peor, tuvieron alguna de sus actividades cotidianas comprometidas por problemas de salud, estuvieron acamados recientemente y se lamentaron más sobre dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

5.2 Datos físicos

Las variables que configuran los datos físicos de los entrevistados son representadas en la sección a continuación. El peso presenta un comportamiento que es esperado en la mayoría de las literaturas. Por la observación del histograma de la variable se percibe un comportamiento de una distribución normal, esto es, la mayor parte de las observaciones se concentran cerca del promedio, que es igual a 65,74 kg y cuanto más se distancia del promedio la frecuencia va disminuyendo. Los entrevistados poseen un peso que varía entre 32 y 95,4 kg.

Gráfico 11
Distribución de los pesos de los entrevistados



Fuente: Elaborado por la investigadora.

Tabla 6
Distribución cuanto a los tríceps

Tríceps femenino	
Promedio	28,76364
Mediana	30
Desvío patrón	10,27326
Variancia de la muestra	105,5399
Asimetría	
Curtosis	
Tríceps masculino	
Promedio	28,325
Mediana	27,5
Desvío patrón	10,50125
Variancia de la muestra	110,2763
Asimetría	
Curtosis	

Fuente: Elaborado por la investigadora.

Para las variables estudiadas, el tríceps masculino posee coeficiente de Curtosis y de asimetría iguales a 0,1892 0,5530, respectivamente, indicando una distribución asimétrica a la derecha y con una curva leptocúrtica. Ya para la variable tríceps femenino la curtosis presentó un valor negativo -0,145 indicando una curva platicúrtica y un coeficiente de asimetría igual a 0,155 indicando una distribución con asimetría a la derecha.

Las dos variables, tríceps masculino y femenino, presentan medidas bastantes semejantes. El tríceps femenino presentó un promedio un poco superior al tríceps masculino, 28,7636 contra 28,325. Las variabilidades de las dos variables presentan valores prácticamente iguales, las

medidas desvío patrón y la variancia son estadísticamente iguales. Además, las amplitudes de las dos variables son bien parecidas, iguales a 48 42, para el tríceps femenino y tríceps femenino, respectivamente.

ASIMETRÍA

Un coeficiente de asimetría cuantifica el desvío de una distribución con relación a una distribución simétrica y la señal resultante de su cálculo nos da el tipo de asimetría de la distribución. El valor varía de -3 hasta 3, esto es, aunque estos valores raramente sobrepasen los límites de -1 hasta 1. Cuando el coeficiente de asimetría se aproxima a 0, quiere decir que tenemos una distribución simétrica de la variable estudiada.

Para valores negativos del coeficiente se tiene una distribución asimétrica negativa, con eso la mayor parte de los valores están en los valores más altos de la variable. Para finalizar, los valores positivos del coeficiente de asimetría nos suministran una distribución asimétrica positiva teniendo la mayor parte de los datos en los valores más bajos.

CURTOSIS

El coeficiente de curtosis nos suministra el grado de concentración de valores de la distribución en torno al centro de esta distribución. La curva de la distribución puede ser clasificada desde el coeficiente de curtosis de 3 formas:

Mesocúrtica - cuando presenta una medida de curtosis igual a la de la distribución normal.

Platicúrtica - cuando presenta una medida de curtosis menor que la de la distribución normal.
(Curva más aplanada de lo que la de la distribución normal)

Leptocúrtica - cuando presenta una medida de curtosis mayor que la de la distribución normal.
(Curva más estrechada que la de la distribución normal)

Cuando el coeficiente de curtosis es igual a 0 diremos que la distribución es mesocúrtica.

Cuando el coeficiente de curtosis < 0 diremos que la distribución es platicúrtica.

Cuando el coeficiente de curtosis > 0 diremos que la distribución es leptocúrtica.

Para las variables estudiadas el tríceps masculino posee coeficiente de curtosis y de asimetría iguales a 0,1892 0,5530, respectivamente, indicando una distribución asimétrica a la derecha y con una curva leptocúrtica. Ya para la variable tríceps femenino la curtosis presentó un valor negativo -0,145 indicando una curva platicúrtica y un coeficiente de asimetría igual a 0,155 indicando una distribución con asimetría la derecha.

Los puntos de corte del IMC para el anciano sano son superiores a los del adulto. Esto se debe a la mayor susceptibilidad a enfermedades que este grupo presenta, necesitando, así, de mayor reserva de tejidos que lo protege contra la desnutrición.

Tabla 7

Estado nutricional de ancianos según IMC

IMC (kg/m ²)	Clasificación
< 22	Bajo peso
22 a 27	Eutrofia
> 27	Exceso de peso

Fuente: Lipschitz, D.A., 1994.

Los datos sobre el IMC de los entrevistados son presentados en la tabla expuesta abajo. La grande mayoría de los entrevistados son eutróficos (34%), con IMC variando entre 18,5 25, con eso la mayoría de los entrevistados poseen un peso adecuado. Luego después, con 29% de las observaciones, son personas obesas.

Tabla 8
Datos sobre el IMC de los entrevistados

IMC	Frecuencia (% total)
Desnutrido	16 (11%)
Eutrófico	52 (34%)
Sobrepeso	39 (26%)
Obeso	43 (29%)
	150 (100%)

Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

De modo semejante, Chaves et al. (2013) en un estudio para evaluar el estado nutricional y el consumo alimentar de los ancianos asistidos por equipos de salud de la familia (ESF), demostraron que, de acuerdo con el IMC, 49% de los ancianos presentaban exceso de peso, mientras 44,4% estaban eutróficos y 62% con bajo peso.

El sobrepeso en ancianos puede estar relacionado a alteraciones hormonales y fisiológicas que acarrear disminución de la actividad metabólica con consecuente inclinación al acúmulo de gordura subcutánea, además de estar asociado al sedentarismo y al cambio de hábitos alimentares (Souza et al., 2018; Tinoco et al., 2006).

Según De Palma y Ramos (2018) una de las principales dificultades en la evaluación del individuo de edad es la heterogeneidad biológica ('edad biológica'). Existen diferencias de una comunidad de ancianos para otra en lo que concierne a los problemas de salud. La evaluación

nutricional del anciano exige atención especial para muchas variables sociodemográficas y la cultura alimentar en la cual la persona vivió.

Entonces, considerando lo expuesto anteriormente, debemos observar áreas de la evaluación nutricional como; consumo de alimentos y de nutrientes; antropometría y composición corporal; estudios de laboratorio a través de la bioquímica, hematología e inmunología, además de factores de riesgo relacionados a la nutrición para varios problemas de los ancianos.

Algunas de las alteraciones más significativas observadas con el envejecimiento son cambios en la composición corporal. Reducción de la masa muscular ósea y aumentos en la gordura corporal que tienden a ocurrir a la medida que la persona envejece, y la gordura es redistribuida de los miembros para el tronco (CE et al., 2010).

Las enfermedades del aparato circulatorio también representan un importante problema de salud pública en nuestro País. Hace algunas décadas son la primera causa de muerte en Brasil, según registros oficiales. En 2000, correspondieron a más del 27% del total de óbitos, o sea, este año 255.585 personas murieron en consecuencia de enfermedades del aparato circulatorio. (VASCONCELOS, 2016).

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus constituyen los principales factores de riesgo para las enfermedades del aparato circulatorio. Entre sus complicaciones consecuentes más frecuentes se encuentran: el infarto agudo de miocardio, el accidente vascular cerebral, la insuficiencia renal crónica, la insuficiencia cardíaca, las amputaciones de pies y piernas y la ceguera definitiva (Silveira et al., 2016).

La identificación precoz de los casos y el establecimiento del vínculo entre los portadores y las unidades básicas de salud son elementos imprescindibles para el éxito del control de esos agravios (Oliveira et al., 2017).

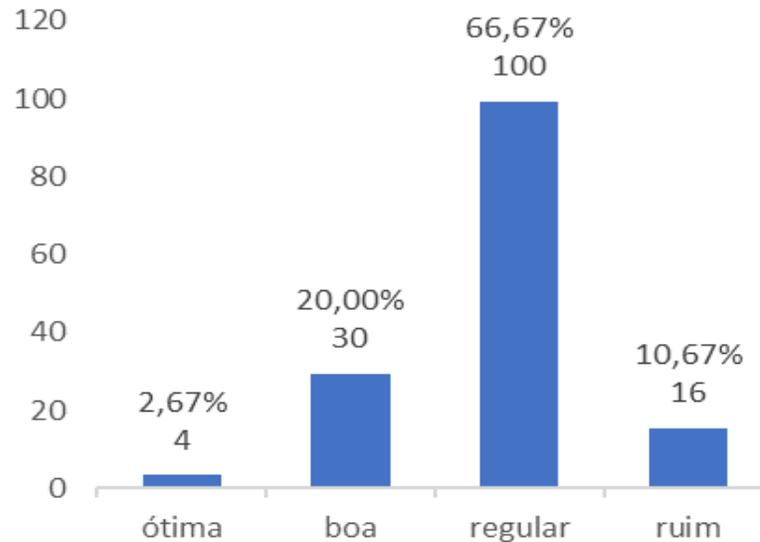
El acompañamiento y el control de la hipertensión arterial y del diabetes mellitus en el ámbito de la atención básica contribuyen para evitar el surgimiento y la progresión de las complicaciones, reduciendo el número de internaciones hospitalarias, bien como la mortalidad debido a esos agravios (de Menezes et al., 2016).

El control de peso merece una atención especial, una vez que el sobrepeso es un importante factor de riesgo para una serie de enfermedades, en especial las del aparato circulatorio y osteoarticular del anciano. La medición de la presión arterial, del peso y de la glicemia deberán ser realizadas en toda consulta, cuando posible, y registrada en el cuadernillo (Santos et al., 2019).

Las señales y síntomas en el anciano suelen presentarse de forma atípica; de esa forma, estos datos pueden ser importantes indicadores del inicio de alguna alteración, posibilitando entonces una actuación precoz.

Los datos sobre la salud de los ancianos son presentados en los cuatro gráficos posteriores. La mayor parte de los ancianos dice tener una salud regular (66,67%), como presentado en el gráfico 7. El gráfico 7 muestra la disposición de los entrevistados con relación a las enfermedades crónicas, aproximadamente 75% de los entrevistados afirmaron tener diabetes e hipertensión. Con relación a procedimientos médicos, observar la figura 8, casi la totalidad de los entrevistados (96,67%) afirmaron utilizar todos los procedimientos médicos: consulta y medicación.

Gráfico 12
Percepción de los ancianos con relación a la salud



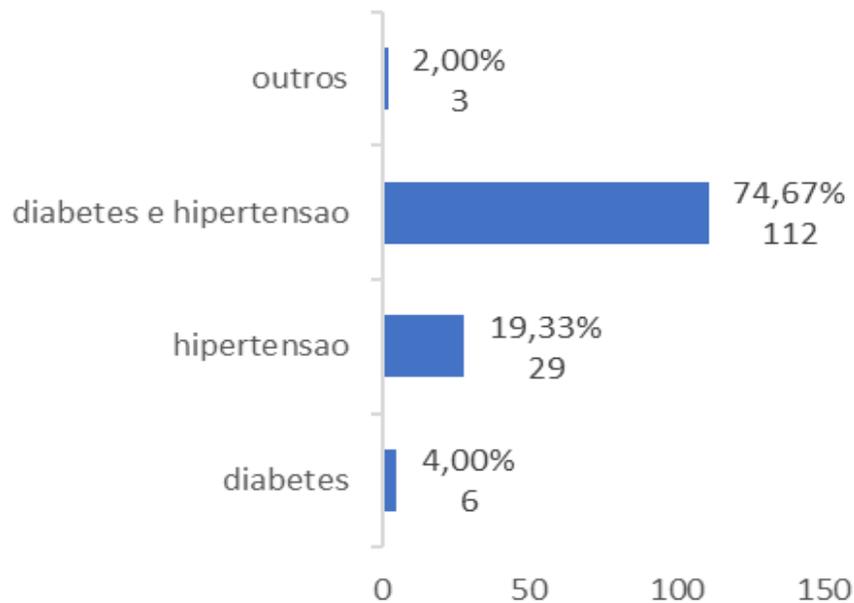
Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

La mayor parte de los ancianos dicen tener una salud regular (66,67%), como presentado en el gráfico 7. El gráfico 8 muestra la disposición de los entrevistados con relación a las enfermedades crónicas, aproximadamente 75% de los entrevistados afirmaron tener diabetes e hipertensión. Con relación a procedimientos médicos, observar gráfico 9, casi la totalidad de los entrevistados (96,67%) afirmaron utilizar todos los procedimientos médicos: consulta y medicación.

Pueden sufrir con el aislamiento social y familiar, debido al no ejercicio de papeles parentales y profesionales, o pueden tener dificultades de acceso a nuevas tecnologías. La pérdida de entes queridos o la soledad pueden acarrear problemas de orden emocional, tales como la ansiedad y la depresión, cuando los individuos no consiguen manejar sentimientos de desamparo, tristeza, miedo, resentimiento, duda y con otros estados emocionales negativos.

Los eventos de vida, entre ellos el casamiento, el nacimiento de hijos, la jubilación y la pérdida de entes queridos, marcan momentos de transición en el curso de vida, señalan el pasaje de un estatus evolutivo para otro, reflejan el pasar del tiempo individual, señalizan el desarrollo normal, anuncian el alcance o el no alcance de metas y expectativas individuales y sociales y, cuando relacionados a la declinación, enfermedades y muerte, afrontan al individuo con la propia finitud. Tales eventos influyen en el curso del desarrollo humano, bien como orientan a la persona rumbo al enfrentamiento, pues son situaciones que, de alguna forma, desafían el ajuste biológico, social y psicológico.

Gráfico 13
Enfermedades crónicas



Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

Las enfermedades más comunes en los ancianos atendidos en las Unidades Básicas de Salud, gráfico 8, fueron diabetes, hipertensión y obesidad. Se observó que estas enfermedades son habituales tanto en los hombres cuanto en las mujeres. Mientras, las enfermedades

cardiovasculares también son frecuentes, afectando gran parte de estos individuos, siendo clasificadas como otras enfermedades.

Muchos ancianos presentan concomitantemente dos o más enfermedades. 4% son diabéticos, 74,67% diabético e hipertenso, 19,33% presentan hipertensión y 2% presentan otros disturbios como enfermedades cardiovasculares, depresión, artrosis, etc.

Entre las principales enfermedades relacionadas con el envejecimiento, tienen gran destaque las DCNT. Las DCNT son caracterizadas porque no tienen una única causa y ni etiología infecciosa, son irreversibles y poseen desarrollo clínico prolongado. A lo largo de los años pueden llevar a los individuos a presentar incapacidades que reducen su calidad de vida y muchas veces los lleva a óbito (Fontinele & Duque, 2021).

La Organización Mundial de Salud (OMS) define como DCNT las enfermedades cardiovasculares (HAS, insuficiencia cardíaca, enfermedad isquémica del corazón y cerebrovasculares), las enfermedades respiratorias crónicas, el DM 2, las neoplasias, enfermedades óseo musculares, articular, desórdenes neurológicos y mentales y otras (Leite et al., 2015; Sato et al., 2017).

En Brasil las DCNT de mayor incidencia son la HAS y el DM 2. Se configuran como importante problema de salud pública, donde las consecuencias de esas enfermedades son las principales causas de internaciones en los servicios públicos de salud (Brasil, 2018).

De acuerdo con la Investigación Nacional de Salud en 2013, en Brasil, cuanto mayor la edad más el diagnóstico de hipertensión arterial era referido entre las personas investigadas. En el grupo etario entre 60 y 64 años, 44,4% refirieron hipertensión arterial, entre 65 y 74 años 52,7% y en los individuos con 75 años o más la proporción referida demostró 55% (SBC, 2021).

La HAS es una condición de salud muy vinculada al proceso de envejecimiento, pues se percibe que a lo largo de la edad ocurren cambios fisiológicos en las paredes de los vasos sanguíneos que pueden llevar los individuos a elevar su presión arterial (PA) (Leite et al., 2015; Sato et al., 2017).

Es caracterizada por niveles altos y sostenidos de la PA \geq 140 y/o 90 mmHg, y cuando mal gestionada constituye un factor de riesgo independiente para un accidente vascular encefálico (AVE), insuficiencia cardíaca (IC), infarto agudo de miocardio (IBAN), muerte súbita, enfermedad arterial periférica (DAP) y enfermedad renal crónica (DRC), fatal y no fatal (De Assunção et al., 2020).

Con relación al diabetes *mellitus* tipo 2 estimase que 8,8% de la población mundial entre 20 y 79 años (424,9 millones) tenga esa enfermedad. Es demostrado que 79% de esos individuos están en los países en desarrollo, como Brasil. Brasil está entre los diez países con las mayores predominancias de diabetes *mellitus* tipo 2, siendo ésta del 9% en nuestro país, con un total de 12,5 millones de personas viviendo con ese diagnóstico (SBC, 2021).

El DM 2 posee como característica el aumento persistente de la glucosa sanguínea, en consecuencia de la deficiencia de la producción de insulina o en la falta de sensibilidad de las células a la misma o ambos. Cuando no tratada correctamente, a largo plazo puede desencadenar complicaciones, como lesión en los nervios oculares (retinopatía), lesiones en los riñones (nefropatía), IBAN, AVE e infecciones (Cortez et al., 2015).

El sobrepeso y la obesidad son problemas comunes en los ancianos, no porque hagan parte inevitable del envejecimiento, pero debido al estilo de vida sedentario asociado. La obesidad puede comprometer el estado funcional, aumentar el riesgo de embolia pulmonar y de úlceras de decúbito, agravando aún las enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión.

Es notoria la utilización de los medicamentos por los ancianos, por lo menos un medicamento específico para una de las enfermedades citadas anteriormente es utilizado por los entrevistados, en torno del 23% usan dos medicamentos, unos 29% utilizan tres o más medicamentos. Es más común entre las mujeres el uso de más medicamentos, lo que constituye una polifarmacia, situación que se caracteriza por la utilización de una variedad de medicaciones.

Según estudio del IBGE, la población de edad es más acometida por enfermedades crónicas y tienden a necesitar atenciones constantes. Inversiones en las condiciones sanitarias y ambientales, que fuera su innegable función social, tienen un papel importante para la prevención de enfermedades.

Es importante destacar que diversas enfermedades aumentan el gasto energético y, aún, causan la reducción del consumo alimentar. En esos casos, es fundamental el papel del nutricionista para la verificación del consumo alimentar, la evaluación del estado nutricional el cálculo del gasto energético y la prescripción adecuada de la dieta.

El presente estudio mostró que los problemas con los descendentes pueden afectar a las mujeres al inicio de la vejez y los hombres al medio de la vejez siendo, por tanto, considerados como eventos estresantes bien presentes en el envejecimiento. Hubo mayor variabilidad entre los hombres, comparando los dos grupos etarios formados entre 60 y 79 años. Ya entre las mujeres, hubo predominio de eventos que afectan la descendencia en esos grupos etarios, sugiriendo la importancia atribuida por el género femenino a los problemas que afectan a los hijos o los nietos.

Martire, Stephens y Townsend (2000) examinaron el estrés en papeles centrales - como ser madre, esposa o profesional - entre mujeres de media edad. Las mujeres que tuvieron problemas con los hijos relataron mayores consecuencias negativas asociadas al estrés, comparadas con aquéllas que vivieron situaciones estresantes asociadas a los papeles de esposa o de profesional.

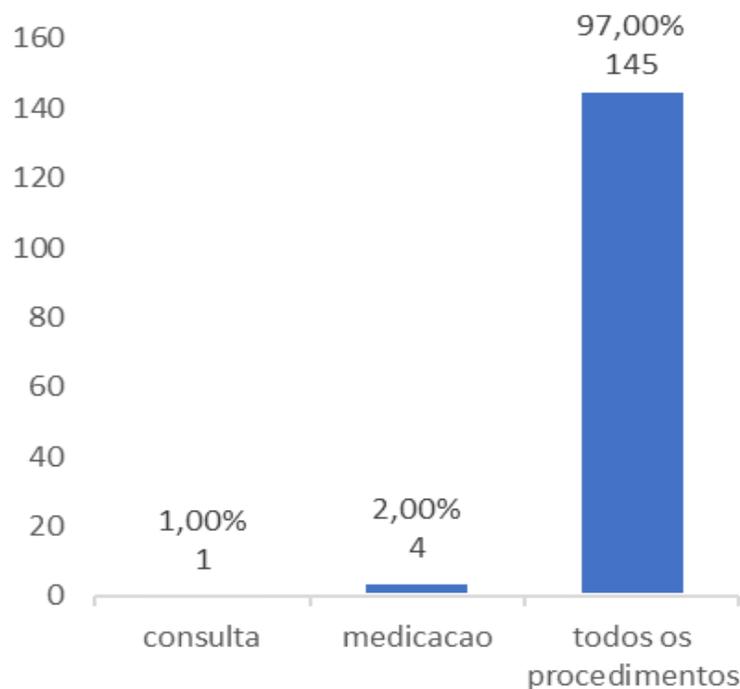
Los ancianos más viejos (arriba de 80 años) relataron con mayor frecuencia problemas de salud y muerte de entes queridos, además de situaciones vinculadas al bienestar personal, como sentimientos de soledad, problemas de salud mental, reales o presumidos, y crisis espiritual. La proximidad de la muerte, del fin se vuelve característica de los últimos años del curso de la vida.

Con ella, cuestiones espirituales pueden volverse cada vez más frecuentes y relevantes para el adulto mayor más viejo. El aparecimiento o la agravación de enfermedades a lo largo de los años traen para esta etapa del envejecimiento desafíos adaptativos, principalmente,

relacionados a la manutención de la autonomía e independencia, y del control sobre el ambiente y sobre sí mismo.

Con la adopción del concepto ampliado de salud y la propuesta de la integralidad del sistema de salud, se debe considerar, en la lógica de la determinación social, el dinamismo de los factores sociales y ambientales y no solamente, los biológicos. Además, se entiende que la población de edad constituye un grupo bastante diferenciado entre sí y con relación a los demás grupos etarios, tanto del punto de vista de las condiciones sociales, cuanto de sus aspectos demográficos y epidemiológicos.

Gráfico 14
Utilización de procedimientos médicos



Fuente: Elaborado por la investigadora, 2020.

Con relación a procedimientos médicos, observar figura 9, casi la totalidad de los entrevistados (96,67%) afirmaron utilizar todos los procedimientos médicos: consulta y

medicación. Vale destacar que en la propia Unidad Básica de salud pueden ser pedidos algunos tipos de exámenes como; hemograma, Examen de Barr.

Se percibió, en ese contexto, que los usuarios a veces no están adhiriendo a los programas de control de la hipertensión propuestos por los equipos de salud, pues las consultas con los médicos de los equipos son marcadas para fechas muy posteriores a la necesidad del atendimento (acarreado por la reducción de la carga horaria profesional de los equipos a ser descrito posteriormente) y a las consultas de enfermería que también dan la receta para la retirada de medicamentos apenas en la unidad, no siendo válida para las farmacias convencionales.

Con el aumento de la expectativa de vida y también con la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, el uso de medicamentos puede interferir en el metabolismo humano. Thurnham realizó una revisión sobre la interacción entre el fármaco y el nutriente, siendo presentado conforme tabla abajo.

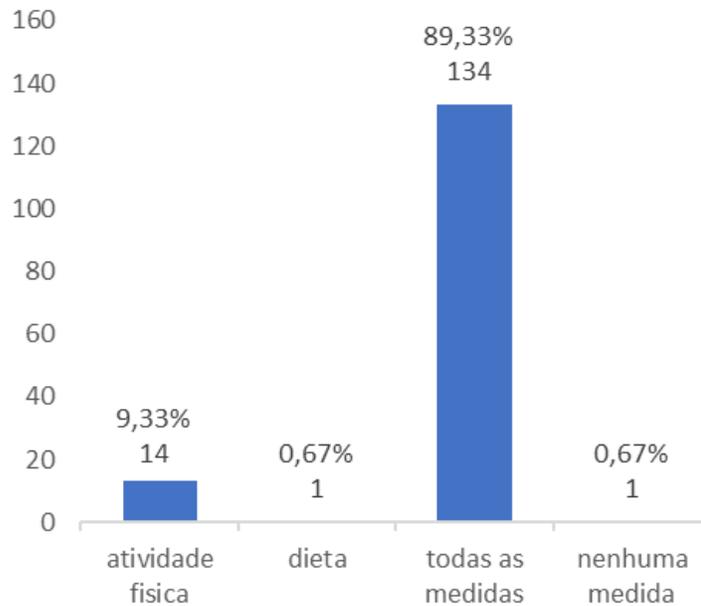
Tabla 9
Relación entre medicamentos y nutrientes

Tipo de medicamento	Accion/ Interaccion
Analgésicos y antiinflamatorios	El ácido acetilsalicílico (LAS) es el más conocido y utilizado para aligerar el dolor. Generalmente causa irritación estomacal y no es aconsejado ingerirlo con el estómago vacío.
Antiácidos y bloqueadores ácidos	Aumento del PH gástrico lleva a la reducción en la absorción de calcio, hierro, magnesio y zinc. Puede relajar la musculatura lisa del estómago, aumentando el tiempo de vacío gástrico. La reducción de la acidez gástrica puede afectar la absorción de B ₁₂ , la cual puede exacerbar la infección por Helicobacter pilori.
Antibióticos	En general reducen la síntesis de la vitamina K por bacterias intestinales y perjudican los mecanismos de coagulación.

Anticonvulsivantes	Fenitoína, fenobarbital y primidona pueden causar diarrea y reducir el apetito, bajando por tanto, la disponibilidad de los nutrientes. Son bien conocidos por que afectan el turnover de la vitamina D.
Anti-hiperlipidemicos	Las sustancias utilizadas para reducir el colesterol actúan reduciendo la absorción de gordura, lo que puede tener como efecto colateral la reducción de la absorción de vitaminas liposolubles (A,D,E,K).
Anti-hipertensivos	Pueden afectar los niveles de potasio, calcio y zinc. La captopril, una sustancia hipotensora e inhibidora de la enzima convertora de angiotensina, se puede juntar al hierro en el intestino si es administrada juntamente con el suplemento de hierro.
Antineoplásicos	La mayoría de esos medicamentos causa nauseas, vómitos y diarrea, alterando por lo tanto el estado nutricional. El más conocido es ometotrexato, el cual perjudica el metabolismo del folato. Para minimizar ese efecto colateral, se recomienda el aumento de la ingestión de ese nutriente.
Diuréticos	Aumentam a excreção de potássio, magnésio e cálcio e vitaminas hidrossolúveis. El estado nutricional de tiamina(B ₁) en el anciano está relacionado com el uso de diuréticos. Aumentan la excreción del potasio, magnesio, calcio y vitaminas hidrosolubles. El estado nutricional de tiamina (B ₁) en el anciano está relacionado con el uso de diuréticos.
Lasantes	El uso excesivo puede eliminar las vitaminas liposolubles (A, D, E, K) y minerales como sodio y potasio.

Fuente: Thumham, 2004.

Gráfico 15
Medidas para mejorar la salud



Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Preguntados sobre qué medidas son tomadas en su cotidiano para tener una salud mejor, algunos contestaron que practican actividad física, entre éstas fueron citadas: andar de bicicleta, caminata, ejercicios al aire libre. Sobre la dieta, solamente 0,67% contestaron que hacen dieta y 89,33% intentan adoptar todos los procedimientos (figura 10).

En virtud de la soledad que muchas veces acomete al anciano, este busca alternativas como la hidrogimnasia, caminata, para mejorar su cotidiano. Las actividades grupales minimizan el efecto de la soledad o depresión, trayendo una mayor calidad de vida para el mismo.

Dentro de este contexto, los ancianos son conscientes de la importancia de la actividad física, sin embargo intervenciones deberían ayudarlos a aumentar sus niveles de actividad física que aún no son ideales (Noreen; Morrow, 2001).

5.3 Consumo Alimentar

La tabla 9 presenta los datos sobre algunos alimentos que los entrevistados consumen en el día a día. Arroz blanco y fréjol, principales alimentos de la mesa de los brasileños, son consumidos por prácticamente todos los entrevistados, diariamente. Ese hecho es contrastante al consumo del arroz integral, en que aproximadamente 97% de los ancianos nunca consumen el alimento en las comidas.

Con relación al consumo de frutas y verduras se percibe un mayor consumo del primer alimento en comparación al segundo. Hojas crudas son utilizadas eventualmente o nunca consumidas por 90% de los ancianos. Legumbres cocidas o guisados poseen un comportamiento parecido con el consumo de hojas crudas, el consumo de legumbres es hecho eventualmente o nunca por 88% de los entrevistados. Concluyendo que esos alimentos están siendo poco utilizados en la dieta alimentar de los entrevistados. El consumo de frutas es hecho de una forma más frecuente, aproximadamente 45% de los entrevistados consumen el alimento de 1 a 3 veces por semana.

En relación al consumo de carnes, las que aparecen con mayor frecuencia en el consumo de las personas que contestaron a la entrevista son aves, seguida por pescados. Aves son consumidas por 84% de los entrevistados de 1 a 3 veces por semana, pescados son consumidos por 24% de los de edad en 1 a 3 días por semana. La carne bovina es consumida eventualmente por la mayoría de los entrevistados y la carne porcina es la que es menos utilizada por los entrevistados.

Tabla 10
Datos sobre la alimentación de los entrevistados

Arroz blanco	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	30	20,00%
Diariamente	115	76,67%

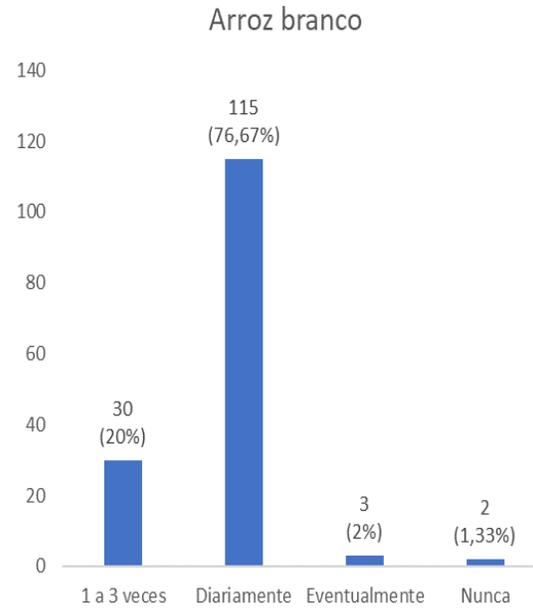
Eventualmente	3	2,00%
Nunca	2	1,33%
Arroz integral	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	0	0,00%
Diariamente	0	0,00%
Eventualmente	5	3,33%
Nunca	145	96,67%
Frejol	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	2	1,33%
Diariamente	147	98,00%
Eventualmente	1	0,67%
Nunca	0	0%
Hojas crudas	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	15	10,00%
Diariamente	0	0,00%
Eventualmente	54	36,00%
Nunca	81	54,00%
Legumbres cocidas y guisadas	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	17	11,33%
Diariamente	1	0,67%
Eventualmente	104	69,33%
Nunca	28	18,67%
Frutas	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	67	44,67%
Diariamente	0	0,00%
Eventualmente	78	52,00%
Nunca	5	3,33%
Carne bovina	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	11	7,33%

Diariamente	0	0,00%
Eventualmente	91	60,67%
Nunca	48	32,00%
Carne Porcina	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	2	1,33%
Diariamente	0	0,00%
Eventualmente	75	50,00%
Nunca	73	48,67%
Aves	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	126	84,00%
Diariamente	0	0,00%
Eventualmente	24	16,00%
Nunca	0	0,00%
Pescados	Frecuencia	% do total
1 a 3 veces	36	24,00%
3 a 6 veces	2	1,33%
Diariamente	0	0,00%
Eventualmente	58	38,67%
Nunca	54	36,00%

Fuente: Elaborada por la investigadora.

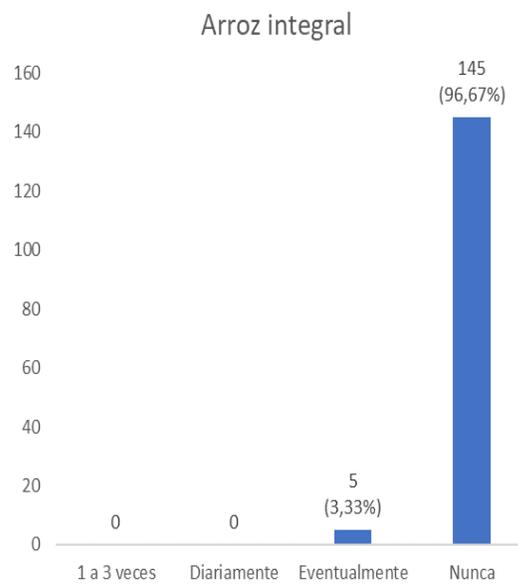
Estes dados são expostos nos gráficos abaixo:

Gráfico 16
Arroz blanco



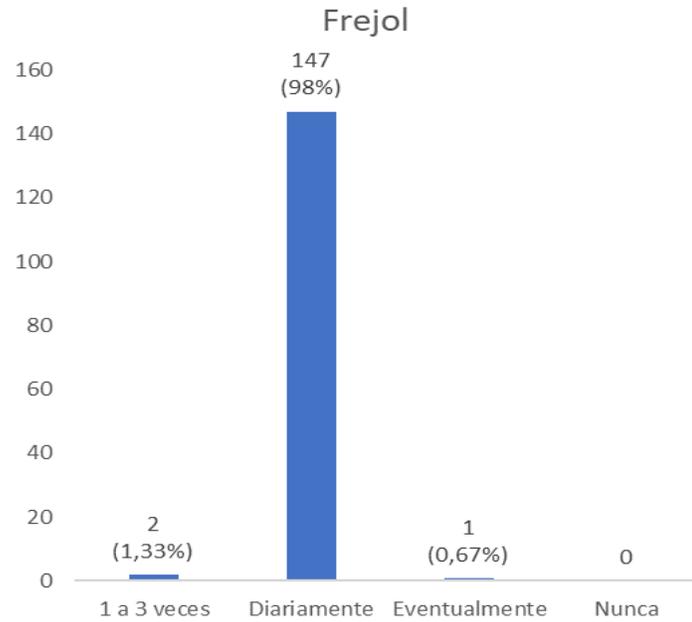
Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Gráfico 17
Arroz integral



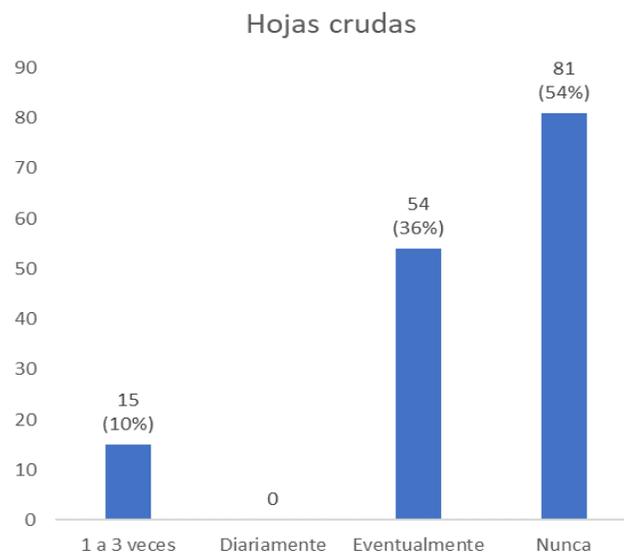
Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Gráfico 18
Frejol



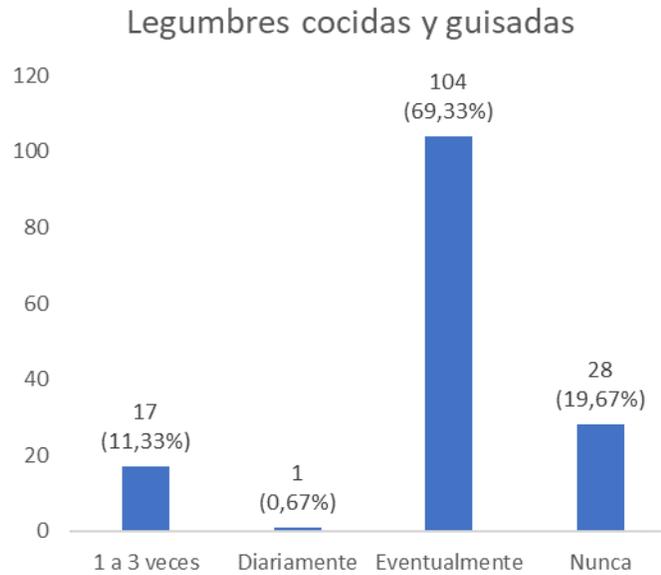
Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Gráfico 19
Hojas crudas



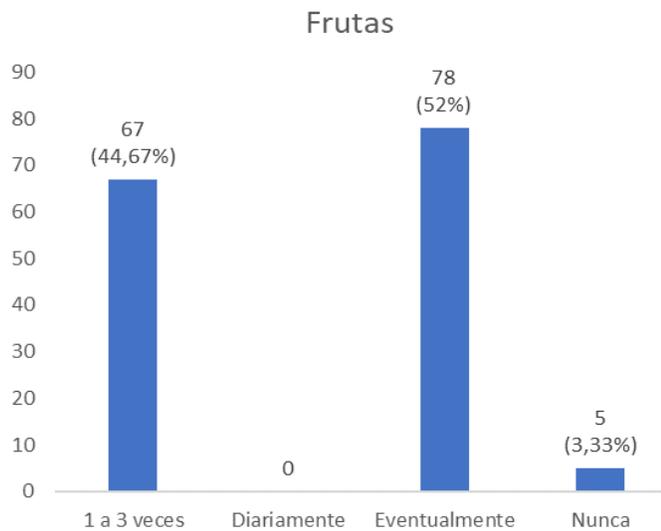
Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Gráfico 20
Legumbres cocidas y guisadas



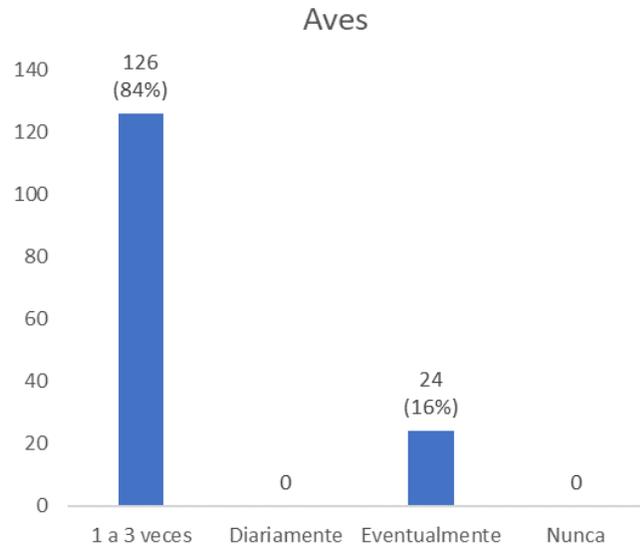
Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Gráfico 21
Frutas



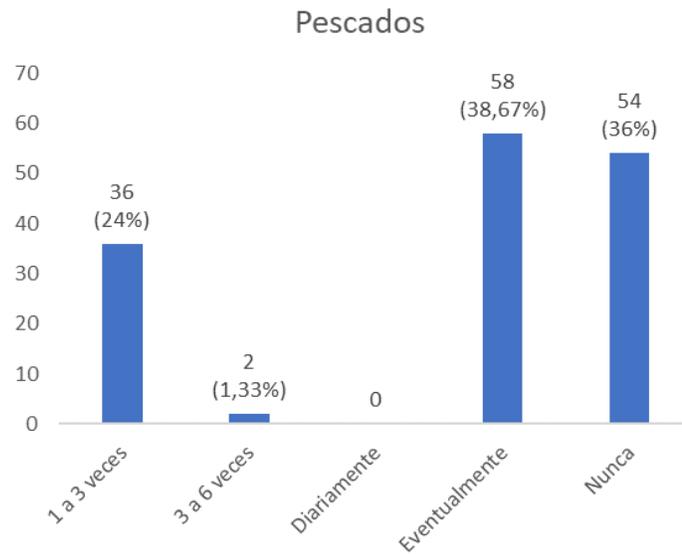
Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Gráfico 22
Aves



Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Gráfico 23
Pescados



Fuente: Elaborada por la investigadora, 2020.

Sobre los marcadores alimentares, se puede afirmar que grande parte de los entrevistados consume alimentos considerados saludables por lo menos seis días a la semana, como por ejemplo, 44,4% consumen ensalada cruda, 32,4% legumbres y verduras frescas cocidas, 54,8% frutas frescas cocidas o ensalada de frutas, 87,5% fréjol y 64,4% leche.

Sobre los alimentos considerados no saludables los resultados muestran que 36,7% consumen galletas/biscochos salados o saladitos de paquete; 27,3%, galletas/biscochos rellenos, dulces o chocolates. Un porcentaje significativo relata no consumir o utilizar un día en la semana los siguientes alimentos: fritos 86,6%, hamburguesa y embutidos 60%, refrescos 30%, galletas /biscochos salados o saladitos de paquete 33,3%.

Con base en el levantamiento del perfil alimentar y nutricional de esas personas de edad fueron identificados seis principales problemas de esa población, tales como analfabetismo, disturbios nutricionales (bajo peso y sobrepeso), riesgo de complicaciones metabólicas substancialmente aumentadas, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (HA y DM), baja adhesión al tratamiento medicamentoso y consumo alimentar inadecuado.

A continuación fueron realizados pruebas para saber si existe algún tipo de dependencia de la variable de IMC con otras variables. La prueba Chi-Cuadrado (X^2) fue utilizada para intentar cuantificar esa asociación. El intuito fue identificar si el IMC poseía alguna dependencia con otra variable, como por ejemplo: edad, grado de escolaridad, renta, hábitos alimentar, entre otros.

Tabla 11
IMC x VARIABLES (TEST DE INDEPENDENCIA)

Género						
IMC	Femenino	Masculino	p-valor			
Desnutrido	10	6	0,08*			
Eutrófico	33	19				
Sobrepeso	31	7				
Obeso	36	8				
Edad						
IMC	[60; 65,4)	[65,4; 70,8)	[70,8; 76,2)	[76,2; 81,6)	[81,6; 87)	p-valor
Desnutrido	2	2	0	6	6	0,01***
Eutrófico	13	7	17	8	7	
Sobrepeso	11	10	8	5	5	
Obeso	17	6	9	8	3	
Renta						
IMC	0 a 1	1 a 2	2 a 3	3 a 4	p-valor	
Desnutrido	10	4	2	0	0,13	
Desnutrido	10	4	2	0	0,13	
Eutrófico	38	8	6	0		
Sobrepeso	23	11	3	2		
Obeso	31	12	0	0		
Escolaridad						
IMC	Alfabetizado	Enseñanza Fundamental completo	Enseñanza media completo	Enseñanza superior completo	p-valor	
Desnutrido	14	2	0	0	0,35	
Eutrófico	43	3	5	1		
Sobrepeso	34	1	4	0		
Obeso	41	0	2	0		
Residencia						
IMC	Casa propia	Casa alquilada	Casa	p-valor		

			compartida			
Desnutrido	8	5	3	0,48		
Eutrófico	37	13	2			
Sobrepeso	26	10	3			
Obeso	30	11	2			
Cantidad de personas que viven con el entrevistado						
IMC	1	2	3	4	Arriba de 5	p-valor
Desnutrido	0	5	4	6	1	0,49
Eutrófico	2	19	13	10	8	
Sobrepeso	4	15	6	5	9	
Obeso	1	19	10	8	5	

Elaborada por la investigadora, 2020.

La tabla 10 presenta los datos cruzados entre la variable IMC y las demás variables socioeconómicas. La prueba de chi-cuadrado para verificar la asociación entre las variables fue realizada con un nivel de significancia del 5%. La conclusión muestra que para un nivel de significancia del 5% solamente la variable edad posee relación con la variable IMC (el p-valor igual a 0,01 es menor que el nivel de significancia que es igual a 5%).

Se notó que los ancianos con obesidad tienden a tener una edad menor, entre 60 y 70 años. Mientras, los ancianos desnutridos tienden a poseer una edad más avanzada, entre 76 y 87 años. Con relación al género, que es significativo a 10% de significancia, los hombres en su mayoría son eutróficos, en contraste, con las mujeres que son en su mayoría obesas. Las demás variables socioeconómicas no presentan ninguna asociación con la variable IMC por la prueba chi-cuadrado (poseen un p-valor mayor que el nivel de significancia que es igual a 5%).

La tabla presenta datos sobre la percepción de salud de los entrevistados y su clasificación con relación al IMC. El p-valor del test, 0,04, indica una relación entre percepción de la salud y el IMC, pues el p-valor es menor que el nivel de significancia igual a 5%.

Las variables que configuran los datos físicos de los entrevistados son representadas en la sección a continuación. El peso presenta un comportamiento que es esperado en la mayoría de la literatura. Por la observación del histograma de la variable se percibe un comportamiento de una distribución normal, esto es, la mayor parte de las observaciones se concentran cerca del promedio, que es igual a 65,74 kg y cuanto más se distancia del promedio la frecuencia va bajando. Los entrevistados poseen un peso que varía entre 32 y 95,4 kg.

Sobre los marcadores alimentares, se puede afirmar que gran parte de los entrevistados consume alimentos considerados saludables por lo menos seis días a la semana, como por ejemplo, 44,4% consumen ensalada cruda, 32,4% legumbres y verduras frescas cocidas, 54,8% frutas frescas o ensalada de frutas, 87,5% fréjol y 64,4% leche.

Sobre los alimentos considerados no saludables los resultados muestran que 36,7% consumen galletas/biscochos salados o saladitos de paquete; 27,3%, galletas/biscochos rellenos, dulces o chocolates; y 20%, refrescos por lo menos seis veces a la semana. Un porcentaje significativo relata no consumir o consumir un día a la semana los siguientes alimentos: fritos 86,6%, hamburguesa y embutidos 60%, refrescos 30%, galletas/biscochos salados o saladitos de paquete 33,3%.

Con base en el levantamiento del perfil alimentar y nutricional de personas de edad fueron identificados seis principales problemas de esa población, tales como analfabetismo, disturbios nutricionales (bajo peso y sobrepeso), riesgo de complicaciones metabólicas substancialmente aumentadas, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (HA y DM), baja adhesión al tratamiento medicamentoso y consumo alimentar inadecuado.

6 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estudio presenta un número mayor de mujeres con relación a los hombres. La predominancia del sexo femenino entre los ancianos y, sobre todo, entre los de edad arriba de 80 años, hace creer que en la actual transición demográfica brasileña bajo la óptica de género constatamos un proceso de feminización de la vejez, o sea, las mismas son más cuidadosas con su salud, con idas frecuentes al médico.

Estudios semejantes a éste (Bald & Adami, 2019; Campos & Gonçalves, 2018; N. C. V. de Melo et al., 2017) también traen la feminización de la vejez y mencionan que este hecho se debe al gran número de violencia que envuelve al sexo masculino, sea la violencia humana, la de accidentes, entre otras que inducen al mayor índice de mortalidad del sexo masculino. No fueron encontrados estudios que trajesen un perfil masculino sobreponiéndose al femenino.

En este estudio, la mayoría de las mujeres son viudas. Notase que con relación al estado civil, los estudios demuestran que esta variable se modifica a partir del grupo a ser investigado, si el foco es en actividad física, el mayor cuantitativo es de personas casadas o solteras (De Oliveira, 2013), pero cuando se habla en violencia financiera u otra violencia, los de edad más acometidos son los casados y viudos (Santos, 2019). Por tanto, no existe un acuerdo sobre el estado civil de los de ancianos en el estudio.

Con relación al mercado sin o con poca experiencia de trabajo en el mercado formal, con reducido grado de escolaridad. En un estudio sobre el mercado de trabajo en personas con más de 50 años, se evidenció que en 2014, los mayores índices de empleados en el país en esta edad estaban entre las personas que tenían nivel medio y superior completo, siendo, 32% de la población tenían nivel medio y 22% nivel superior (Amorim et Al., 2016).

Para Schultz, (2009), educación es un medio de inversión para el desarrollo de una nación. Según Sponchiado, (2010, p. 38), la “educación es fundamental para crear y aumentar el capital humano”. Es el proceso educativo que producirá algunas actitudes y conocimientos para capacitar para el trabajo.

Los resultados logrados con relación a la edad y sexo se presentan semejantes a los de (L. A. de Melo et al., 2017) donde los participantes del estudio eran predominantemente del sexo femenino con edad promedia de 71,1 años, lo que puede ser atribuido a la mayor longevidad de las mujeres con relación a los hombres, además corrobora la feminización del envejecimiento.

6.1 Renta

El presente estudio reveló que, casi la totalidad de los ancianos evaluados presentaba renta familiar abajo de dos sueldos mínimos y baja escolaridad, lo que no sorprende, pues, las USF(s) están localizadas en una región pobre de la ciudad. Estudios semejantes (Calais et al., 2014; Gomes et al., 2020) apuntan resultados aproximados en cuanto a este estudio con relación a la renta familiar y escolaridad.

Se observó que la renta de los entrevistados en su mayoría es proveniente de jubilaciones, de dónde reciben apenas un sueldo mínimo, otros residen con los hijos y de esta forma garantizan su sustento. Mientras, a veces, hay un acuerdo de los ancianos con los hijos, pues cuidan de los nietos mientras los hijos están trabajando.

En algunos casos, las mujeres no presentan renta siendo dependientes de la jubilación del esposo. Fueron mujeres que despenderán su tiempo en cuidar a toda la familia, pero, ni por eso, se volvieron menos sobrecargadas.

Eso es algo que ha cambiado, una vez que la forma de arreglo familiar tradicional (hombre- proveedor, mujer cuidadora), viene bajando significativamente como colocado por Melo et al., (2017) cuando mencionan que actualmente la proporción de familias teniendo una

mujer, sin cónyuge, como jefe aumentó del 25,9% (1992) para 34,9% (2008); y del 2,4% para 9,1% la proporción de familias, comandadas por mujeres con cónyuge.

En general, la baja remuneración de estas personas hace con que no tengan acceso a un servicio adecuado de salud, siendo dependientes de políticas gubernamentales que ofrezcan servicio de salud gratuito.

En países, como México, los servicios médicos generalmente solo dan cobertura a un anciano, si él o algún familiar del cual dependan estén afiliados a alguna institución de seguridad social o caso sea jubilado y sea afiliado a las mismas. Entonces, solamente aquéllos que participaron o cuyos hijos participan en el mercado formal de trabajo reciben esta cobertura (Wong; Hernandez, 2011).

La renta promedio de los ancianos en México, en 2001, era de 1.150 pesos mejicanos (US\$ 130) por mes, apenas 10 pesos abajo del sueldo mínimo. En términos de formación de capital, la mayoría de los mejicanos afirma tener casa propia (76%), siendo éste el mayor componente de la riqueza total (60%). La riqueza líquida total mediana es de 90.250 pesos mejicanos (más de US\$ 10.000). Al contrario, Costa Rica es uno de los pocos países de América Latina (junto con La República Dominicana, y El Salvador), en que el porcentaje de pobres es mayor entre los ancianos que entre la población más joven (Wong; Hernandez, 2011).

Una proporción relativamente pequeña de adultos más viejos (México), está cubierta por el Sistema de Seguridad Social o seguro de salud: apenas 27% de las mujeres y 31% de los hombres en edad avanzada tenían una pensión en 1996 (Wong; Hernandez, 2011).

La población de ancianos con baja renta ha sido considerada tradicionalmente como una población vulnerable y que fácilmente caerá en situaciones de pobreza debido a que tiene más dificultades de recobrase por ejemplo, de una pérdida inesperada para pagar por servicios médicos (Polaro et al., 2012).

Diferente de los países latinoamericanos, en otros países del mundo, especialmente los industrializados, los ancianos consiguieron tener recursos económicos suficientes para mantener un nivel de vida socioeconómico aceptable, satisfaciendo la mayoría de sus necesidades básicas (Torres et al., 2009).

Los ancianos tienen más tiempo de ocio que la población trabajadora y tienen un sentido fuerte de identidad de la comunidad. Largos años de vida les ayudan a entender la sociedad y construir redes sociales. Por tanto, tienen potencial para aportar para el bienestar de la sociedad y su propio bienestar.

Los adultos más viejos en países desarrollados pertenecen a grupos que tuvieron crecimiento económico después de la Segunda Guerra Mundial. En América del Norte y Europa Occidental los ancianos se volvieron un grupo influyente que usa su poder en las urnas para promover o acobardar las políticas públicas que pueda afectarlos.

Para Martin (2009), el envejecimiento poblacional es visible, y maximizar la longevidad es una meta para los científicos, mientras, maximizar la calidad de vida es más necesario. De esta forma, el autor trae en su estudio las ventajas de la actividad física para los ancianos en el aumento de la calidad de vida, lo que hace de esta práctica una herramienta eficaz.

6.2 Escolaridad

Se percibió un bajo nivel de escolaridad de los entrevistados, en su mayoría son apenas alfabetizados, en algunos caracterizado apenas por la posibilidad de firmar el propio nombre. Estudiosos apuntan que el bajo grado de escolaridad está relacionado con las dificultades anteriormente vividas por esos individuos, pues el acceso a la escuela era restricto, una vez que, en el pasado los padres exigían que los hijos trabajasen.⁷⁴

En Brasil, los niveles medios de escolaridad mejoraron, las tasas de analfabetismo⁷⁵⁻⁷⁶ y el coeficiente de Gini de desigualdad de renta⁷⁶ redujeron y los programas de transferencia de renta para las familias - Bolsa Familia (BF), Beneficio de la Prestación Continuada (BPC) y Seguridad Rural - aportaron para que ese crecimiento económico fuese acompañado de una mejora en las condiciones de vida de los sectores más pobres de la población.⁷⁶

Esta situación de baja escolaridad se asemeja a países latinoamericanos, en lo concerniente a tener menos acceso a una renta más alta, si las personas tienen menos años de escolaridad. En México y Costa Rica, la cantidad de años de escolaridad influencia a una situación financiera mejor en la vejez, sea para hombres o mujeres.⁷⁷

El presente estudio destaca que la baja expectativa de vida en las regiones Norte y Nordeste puede estar relacionada a la baja escolaridad, privación material y menor cobertura y acceso a las acciones y a los servicios de salud. Mientras, el aumento en las políticas de salud amplió el acceso a los servicios, sobre todo a los menos favorecidos, un hecho importante para la reducción de las desigualdades sociales, sobre todo, en las regiones más pobres de Brasil.^{78, 79}

6.3 Vivienda

Se observó que un número expresivo de los entrevistados vive con los hijos y nietos. Posiblemente, debido a situaciones como incapacidad para cuidar de sus quehaceres del cotidiano, otras veces por el hecho de que los hijos se encuentran desempleados, imposibilitados de pagar un alquiler, ocurre esta necesidad de la coresidencia.

Esto es preocupante, pues muchas veces interfiere, en la calidad de vida del anciano, ocurriendo la disminución de su dinero en favor del cuidado con estas personas en su casa, lo que va a darle menos posibilidad de gastar con alimentación, medicamentos para uso propio.

Actualmente, existe una situación en la que las familias están siendo requeridas a cuidar de sus vulnerables, mientras, los ancianos han asumido el papel de proveedores dentro de un enmarañado de estrategias para la supervivencia familiar. Una de las estrategias ha sido la coresidencia.

Camarano,⁶⁴ relata que es común debido a variaciones en la renta de los padres y de los hijos, que los ancianos aporten una contribución en el presupuesto del hogar, o sea, de un lado necesitan ayuda y, por otro, proveen ayuda.

Además, en muchos casos los propios hijos o nietos ocupan los hogares de los padres, una estrategia para su supervivencia. El autor aún se refiere a la situación del COVID-19, que agravó la posibilidad del desempleo existente en el país lo que llevó a que muchas personas regresen a la casa paterna.

Las formas esperadas de arreglos familiares para familias con ancianos son del tipo pareja sin hijos o familias unipersonales, o sea, ancianos viviendo solos. El estado conyugal es un determinante importante de esos arreglos, bien como la independencia de los hijos, expresa por la salida de la casa. Otro determinante es la autonomía física, mental y financiera, por lo menos de los jefes de familia. Cuando esas situaciones no acontecen, la coresidencia o la ampliación de las familias puede ser una estrategia utilizada para beneficiar tanto a las generaciones más nuevas como a las más viejas.

6.4 Medidas de cuidado

Los relatos de este estudio muestran que hay una búsqueda acentuada por la utilización de la Unidad Básica de Salud para consultas y consecuentemente el uso de los medicamentos prescritos son los recursos más vistos por los ancianos como medidas de cuidado a la salud. Se observó que es común entre los entrevistados la utilización de la medicación pues la gran mayoría presenta por lo menos una enfermedad no transmisible.

Por consiguiente, todas las enfermedades, excepto accidente vascular cerebral, aumentan el riesgo final para la utilización de medicación además de la necesaria, siendo que algunos ancianos suelen utilizar tres o más medicamentos, que se caracteriza como polifarmacia.

Entre los ancianos que relataron por lo menos una de las enfermedades crónicas, aquí relacionadas, fueron relatados 15 medicamentos específicos para el tratamiento de esas enfermedades, que, en diferentes formas farmacéuticas (incluyendo combinaciones de dosis fija), promovían notificaciones. Los 53 medicamentos más citados fueron responsables por 73% de las notificaciones.

En 63% de los casos, se trataba de medicamentos para hipertensión o enfermedades cardíacas y control del colesterol; 13% para diabetes; y 13% eran psicoactivos. La Tabla 8 presenta los 10 medicamentos más relatados por los ancianos, correspondiendo al 49% de las notificaciones.

El único medicamento más relatado, considerando apenas el número de notificaciones dentro de cada enfermedad separadamente, y no incluyendo combinaciones de dosis fija, fue hidroclorotiazida (9%), seguido por losartana (8%), ambos relatados para hipertensión, enfermedades cardíacas o derrame. La simvastatina, indicada para el control del colesterol sanguíneo, fue el tercer medicamento más citado (6%), seguida de la metformina para el control de la diabetes (5%). La lista fue completada con captopril (9%), atenolol (6%), propranolol (2%) y furosemida (2,0%), todos relatados para tratamiento de la presión alta.

Con base en la revisión de la literatura, ⁸⁰⁻⁸³ éste es el primer estudio poblacional representativo de las cinco regiones brasileñas que evalúa la predominancia de medicamentos de uso crónico en ancianos (60 años o más), relacionando los medicamentos a un diagnóstico previo de las DCNT más prevalentes entre los ancianos (hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas, dislipidemia, accidente vascular cerebral, enfermedad pulmonar, reumatismo y depresión).

Los resultados de este estudio mostraron que la gran mayoría de los ancianos (74%) relató por lo menos una de las ocho DCNT citadas, datos compatibles con estudios poblacionales de ancianos. De ancianos con enfermedades crónicas, la mayoría absoluta (97%) usaba por lo menos un medicamento de uso crónico.

Esa predominancia de uso de medicamentos de uso crónico entre ancianos fue superior a la predominancia relatada en otros estudios de ámbito nacional (73% a 83%) o municipal (72% a 89%), que no especificó medicamentos de uso crónico y computó todos los medicamentos relatados.

Ésa aparente paradoja podría ser explicada por la propia vinculación entre el uso de drogas y la existencia de una enfermedad crónica, que colocaba en el denominador apenas aquéllos que refirieron alguna de las DCNT seleccionadas. Además, se puede suponer que los relatos vinculados a las enfermedades pueden haber despertado la memoria de los ancianos en cuanto a su lista de medicamentos de uso crónico

Por otro lado, la predominancia de la polifarmacia en el tratamiento de ancianos con por lo menos una de las ocho enfermedades fue del 18%. Esa predominancia fue bien inferior a la relatada en otros estudios, que mostraron más del 35% de polifarmacia en ancianos. Se resalta que este estudio computó apenas medicamentos de uso crónico, considerados específicos para cada una de las ocho enfermedades, lo que de seguro subestimó el total, una vez que los medicamentos de uso crónico relatados por los respondientes relacionados a otras enfermedades y los de uso ocasional no fueron incluidos.

Las mujeres fueron mayoría en la muestra y presentaron mayor superioridad de uso y polifarmacia, como en la mayoría de los estudios poblacionales con ancianos. Mientras, la variable sexo no fue mantenida como factor independiente de uso crónico entre ancianos. La superioridad de uso de medicamento de uso crónico aumentó significativamente con la edad, llegando a 95% en el grupo de 80 años o más.

La polifarmacia fue significativamente mayor en el grupo de 70 a 79 años, pero no aumentó significativamente en el grupo de 80 años o más, sugiriendo una selección de los ancianos más saludables en percentiles de edad más elevados. Ese aumento del uso entre ancianos también es un resultado común en casi todos los estudios sobre el uso de drogas, principalmente cuando comparados a jóvenes y adultos jóvenes.

La autopercepción se mostró un buen indicador de salud, como es común en estudios con ancianos, con alta superioridad de polifarmacia entre ancianos que evaluaron su salud como mala o pésima. Relato de internación anterior identifica ancianos con alta predominancia de polifarmacia, factor que estuvo relacionado a la superioridad de enfermedades y aparece en otros estudios como factor de riesgo

Un resultado sorprendente es que apenas 10 medicamentos, de todos los de la lista de la RENAME, son responsables por casi mitad de las notificaciones de uso crónico de medicamentos por ancianos. El uso de medicamentos de uso crónico por ancianos es una dimensión importante a ser considerada en el cuidado al anciano, y la polifarmacia aparece como un indicador de la necesidad de uso más seguro y eficaz de los medicamentos, evitando el riesgo de iatrogenias, efectos colaterales y empeoramiento del funcionamiento físico.

Con el actual envejecimiento poblacional y el éxito de la política de acceso a los medicamentos por el SUS, la tendencia es que el uso de medicamentos por ancianos crezca aún más, potencialmente aumentando los costos, debiendo, por tanto, figurar como prioridad en la agenda de planificación del SUS.

6.5 Evaluación nutricional

Distinguir desnutrición propiamente dicha de desnutrición en consecuencia de una enfermedad es un desafío en el pronóstico del anciano, pues no se tiene aún una definición

universalmente aceptada para desnutrición. Prácticamente todos los parámetros de la evaluación nutricional son afectados por las alteraciones fisiológicas y patológicas.

El presente estudio reveló que el total de los ancianos evaluados presentaba renta familiar abajo de dos sueldos mínimos y baja escolaridad, lo que no sorprende, pues las Unidades de Atención Primaria de la Salud están localizadas en una región pobre de la ciudad. En las enfermedades referidas, se destaca la hipertensión arterial sistémica, en cerca de dos tercios de los ancianos.

Estudio realizado en Mato Grosso del Sur apunta resultados semejantes con relación a la renta familiar y escolaridad, además de una alta predominancia de hipertensión como enfermedad crónica.⁸⁴ El Pliegue (PCP) para ancianos demostró el mismo valor de record promedio para ambos géneros, y a pesar de la mayoría de las mujeres estudiadas estar bien nutridas, más del 35% de ellas se encontraban en riesgo nutricional o desnutridas, y 75% de los hombres en riesgo nutricional.

Esos resultados confirman otros estudios realizados con ancianos, en los cuales el record promedio encontrado fue de 19,5 puntos, siendo que más de la mitad de los evaluados se encontraba en riesgo nutricional o desnutridos.

En otro estudio, Felix y Souza⁸⁵ evaluando el riesgo nutricional de ancianos institucionalizados, encontraron resultados semejantes cuando utilizaron la MAN para ancianos como instrumento de evaluación, observando alta predominancia (70%) de riesgo nutricional o desnutrición en los hombres.

Andrade et al.,⁷⁸ evaluando ancianos en una institución de larga permanencia, verificaron que casi la mitad (41,18%) estaba eutrófica y 35,29% presentaban sobrepeso, en desacuerdo con los resultados encontrados en este estudio.

La ocurrencia de bajo peso, así como de sobrepeso, merece atención, pues ambos casos pueden reflejar riesgos de enfermedades crónicas, tales como las cardiovasculares, la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus.

Ya la DCT es considerada un buen indicador de cantidad de tejido adiposo subcutáneo. Ésas dos medidas combinadas, por medio de aplicación de fórmulas nos da la CMB, medida que se correlaciona con la desnutrición proteica, reflejando la reducción muscular.

Los resultados encontrados con la utilización de esas medidas antropométricas demostraron buena sensibilidad, pues se verificó que grande parte de los ancianos presentaba algún grado de desnutrición, principalmente con relación al grupo de los hombres.

Mientras tanto, se debe resaltar que con relación a los resultados encontrados de CMB y CP, se puede decir que los ancianos evaluados no presentaron grado elevado de desnutrición, pues la mayoría de las mujeres se encontraba eutrófica, demostrando que aún hay preservación de la musculatura.

Gonçalves & Mattos, ⁸⁶ analizando pacientes restrictos al domicilio, encontraron resultados semejantes, verificando que con relación a la circunferencia del brazo (CB) y (pliegue cutáneo tricípital (PCT), más de la mitad de los ancianos (54% y 53%, respectivamente) presentó algún grado de desnutrición, y que 60% de los evaluados estaban eutróficos con relación a la CMB.

6.6 Consumo Alimentar

Se observa una deficiencia en la alimentación de los ancianos, sea por un hábito alimentar arraigado o una privación de recursos que les imposibilita de adquirir los alimentos que necesitan. Ésta, es una situación preocupante visto que por ejemplo, minerales importantes para los ancianos

como zinc, importante en la percepción del paladar y en la función inmune normal que puede afectar los niveles de albúmina en los ancianos, no son recibidos en la dieta.

Por otro lado, la limitación financiera dificulta o imposibilita la práctica de una alimentación saludable que incluya diariamente el consumo de frutas, hortalizas, cereales integrales, leguminosas bien como el consumo de carne, leche y derivados, alimentos que representan un gasto importante, frente a otros gastos y necesidades familiares (Ramos, 2003).

Además del aspecto económico, otras condiciones de orden social pueden afectar directamente en la alimentación de los ancianos. El aislamiento familiar y social puede llevar a la falta de cuidado con la alimentación, resultando en un consumo elevado de alimentos industrializados (como dulces y masas) o de fácil preparo (tés y tostadas), lo que puede predisponer a inadecuaciones alimentares tanto del punto de vista cuantitativo como cualitativo.⁸⁸

La adquisición de alimentos y el preparo de las comidas en el presente estudio mostró números similares entre esas dos variables. Estudio realizado por Bierhals et al.,⁸⁹ que tenía la finalidad de describir la dependencia de los ancianos en cuanto a las actividades de adquirir, disponer e ingerir alimentos, demostraron grados de dependencia de los ancianos para la realización de estos quehaceres, principalmente para la compra de alimentos.

Ya el estudio de Santos y Cunha,⁹⁰ visando evaluar la capacidad funcional de los ancianos para las actividades de la vida diaria en la ciudad de San Paulo/SP, verificó que apenas 32,1% de los participantes conseguían hacer la compra de alimentos sin ayuda de terceros.

Como puede ser observado, varios alimentos fuentes de carbohidratos (grupo de los cereales, panes, masas y tubérculos), son consumidos por los participantes de la encuesta. Notase que la ingestión entre esos alimentos varía con relación a las cantidades y se percibe también la poca presencia de cereales integrales, con predominancia de alimentos oriundos de carbohidratos que pasan por procesamientos, volviéndolos refinados, como arroz blanco, fideo tradicional, pan francés y bizcocho *cream cracker*.

Cereales integrales son fuentes de fibras dietéticas. Las fibras auxilian en el control de insulina, en la saciedad y en la pérdida de peso. En esa perspectiva, De Oliveira, Júnior y Vencio recomiendan su consumo adecuado en las medidas de estilo de vida del tratamiento de personas con diabetes.

En el presente estudio, los alimentos fuentes de fibras dietéticas fueron referidos de manera poco frecuente en la alimentación por los entrevistados. Están entre esos alimentos los vegetales, frutas y leguminosas. Fue verificada poca variedad de esos alimentos, no siendo citados vegetales como las verduras crudas y mayor variedad de leguminosas. Mientras, se observó la inclusión en la dieta de algunos alimentos integrales como el arroz integral y el pan integral en sus comidas, por un número pequeño de los entrevistados.

En cuanto a la ingestión de las fibras hay que observar atenciosamente, pues debido a la presencia del ácido fítico pueden ser perdidos algunos minerales. La estructura única del ácido fítico ofrece la capacidad de quelar fuertemente cationes como calcio, magnesio, zinc, cobre, hierro y potasio para formar sales insolubles.

El fitato funciona en una amplia banda de pH como un ion altamente cargado negativamente y, por tanto, su presencia en la dieta tiene un impacto negativo sobre la biodisponibilidad de iones minerales divalentes y trivalentes, como el Zn^{2+} , Fe^{2+} , Fe^{3+} , Ca^{2+} , Mg^{2+} , Mn^{2+} y Cu^{2+} [⁹].

La investigación de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por Entrevista Telefónica realizada en 2018, demostró que a medida que la edad aumenta, va habiendo una tendencia para una mayor ingestión de frutas y hortalizas, principalmente entre mujeres hasta los 64 años de edad.⁹¹

Ya en estudio realizado en la ciudad de Pelotas/RS, que tenía como finalidad identificar los factores asociados a la calidad de la dieta de ancianos, encontró en la categoría investigada dieta de baja calidad, los menores promedios para alimentos saludables y no saludables.⁹²

De las carnes consumidas, las más utilizadas son el pollo y pescado cuando comparado, aunque no hubo mención, en ningún momento, con relación a la ingestión de carnes procesadas como, salchichas, tocino, mortadela y otras parecidas.

Ese comportamiento es positivo, demostrando que los ancianos de la investigación consumen alimentos *in natura*. Alimentos *in natura*, según el Guía Alimentar para la Población Brasileña, ⁴⁴ son aquéllos obtenidos directamente de plantas o animales y que no sufrieron alteraciones hasta llegar a las manos de los consumidores. Esos alimentos, según el guía, deben ser la base de nuestra alimentación.

Con relación a la oferta de lácteos en la dieta, hubo cambio en el porcentaje de ancianos con relación al consumo del tipo de leche, pues se verificó un aumento en la ingestión de ese alimento en su versión sin grasa (desnatado), en detrimento de la versión integral. Sin embargo, el cambio fue poco significativo.

Porciones adecuadas de leche y derivados son esenciales en la rutina alimentar de ancianos, pues se constituyen como las principales fuentes de calcio de la alimentación de ese público, siendo recomendadas tres porciones por día para suplir las necesidades de ese nutriente en el organismo.^{30,93}

La necesidad de cuidados por los familiares o cuidadores muchas veces genera en los ancianos la pérdida de autonomía y de identidad, ya que sus vidas pasan a ser gestionadas por otros. Los servicios de salud más próximos de las personas, como la atención básica, necesitan estar atentos a esos asuntos, dando soporte a los envueltos en ese proceso, desarrollando acciones de promoción, prevención y protección de la salud (Faria et al., 2016).

A pesar del consumo de carne por la mayoría de los entrevistados, se observa que hay una deficiencia de otros alimentos que aportarían para una contribución satisfactoria de micronutrientes en la dieta.

Sobre los alimentos considerados no saludables los resultados muestran que 36,7% consumen galletas/biscochos salados o saladitos de paquete; 27,3%, galletas/biscochos rellenos, dulces o chocolates; y 20%, refrescos por lo menos seis veces a la semana.

Un porcentaje significativo relata no consumir o consumir un día a la semana los siguientes alimentos: fritos 86,6%, hamburguesa y embutidos 60%, refrescos 30%, galletas/biscochos salados o saladitos de paquete 33,3%.

Los factores alimenticios son asociados con la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Éstas se deben en la mayoría de los casos, a la obstrucción de los vasos coronarios por la aterosclerosis o trombosis, separadas o en conjunto.

La dieta es la primera opción de terapia para el control de los lípidos plasmáticos en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Innúmeras pruebas epidemiológicas y experimentales demuestran que una dieta rica en ácidos grasos saturados está asociada con altos niveles de colesterol total especialmente con las LDL, los cuales son importantes en el apareamiento de ateroma, ya que la LDL oxidada es agarrada por el macrófago y depositada en la placa.

Los productos lácteos (leche integral, quesos y yogur proporcionan 43% de los AGS y 8% poliinsaturados en las dietas de los países desarrollados y las carnes y sus derivados suministran 25% de los ácidos grasos saturados (AGS). La vitamina C parece tener efectos en la reducción del colesterol total y en el aumento de los niveles de HDL, disminución del fibrinógeno y en los factores de coagulación.

Soares⁹⁵ menciona que alteraciones en el Estado nutricional (EN) son observadas con el envejecimiento, siendo que la inadecuación afecta el bienestar de los longevos, causando declinación funcional debido a los aportes deficitarios de calorías y nutrientes (desnutrición calórico-proteica, deficiencia de vitaminas y minerales), por el exceso calórico (obesidad) o por la utilización excesiva de alcohol.

Una dieta inadecuada (Ej., consumo menos regular de comidas cocidas), puede ser superado estimulándose al individuo a hacer comidas con la familia o amigos, pues este procedimiento aumenta el consumo de alimentos. Grupos nutricionalmente vulnerables 'de riesgo' en las poblaciones de ancianos presentan mayor probabilidad de consumir dietas inadecuadas y con eso, desarrollar disturbio nutricional como la desnutrición proteico-energética.^{44,48}

6.7 Sobre el atendimento en las Unidades de Atención Primaria la Salud

Con el aumento de la población de personas mayores, se observa un aumento en la demanda por servicios de salud, como consultas, análisis, tratamiento e internaciones. Hay un cambio en los patrones de enfermedades infecto-parasitarias para las crónico-degenerativas también conocidas como enfermedades no comunicables o transmisibles.⁹⁶

Es común que los ancianos busquen a las Unidades Básicas de Salud que hacen parte de su Regional para consultas, recibimiento de medicación, orientaciones. Mientras, se percibe que a pesar de las prácticas de humanización para con los ancianos, existe la necesidad de capacitación de los profesionales, además de perfeccionar el sistema para un mejor servicio de esa clase en los servicios de salud.²⁶⁻²⁸

El proceso salud-enfermedad reconoce la determinación social como factor que afecta potencialmente a la salud.^{97,98} En ese sentido, Buss y Pellegrini Filho⁹⁷ relataron que estudios nacionales e internacionales abordaron la relación entre la manera como se organiza y se desarrolla una determinada sociedad y la situación de salud de su población.

Los patrones de desigualdad en salud de una población varían en el espacio y en el tiempo. Esas desigualdades pueden aún ser agravadas en función de determinantes demográficos y ambientales, acceso a los bienes y servicios de salud, y a las políticas sociales.⁹⁹

Con relación a la acogida de los ancianos, se observó que esta alternativa aún necesita atención por parte de los profesionales de las unidades de salud de la familia, así como las dificultades de acceso a los servicios de salud y demora en el atendimento. Un gran desafío a ser vencido es la priorización en el atendimento. (Sousa et al., 2010).

Los criterios de admisibilidad para el servicio deben considerar la equidad entre los pacientes que serán beneficiados y utilizar un instrumento de evaluación que permita a cada miembro del equipo interpretar los datos recogidos en la selección, esperar para ser atendido puede significar una adherencia al servicio, recordando que ancianos y niños tienen problemas en esperar sentados. Eso causa conflicto ya que una parte de los usuarios no acepta esa prioridad. Sobre todo, si esa priorización acontece de forma electrónica.

Según estudio realizado por Souza et al.,²⁹ relató en entrevista con usuarios y profesionales y llegaron a una conclusión que la priorización se vuelve un conflicto de interés entre el individuo prioridad y los demás pacientes y entre generaciones, una vez que, ancianos y niños tienen prioridad en el servicio.

Brasil mantiene grandes desigualdades que resultan en perjuicios sociales y dificultades en acceder a acciones y servicios esenciales garantizados en su constitución. Así, políticas públicas de transferencia de renta, como el programa Bolsa Familia (BF) y el Beneficio de Prestación Continuada fueron criadas para intentar reducir esas desigualdades, sin embargo continúa siendo uno de los países más desiguales del mundo.

Un estudio cualitativo, conducido entre mujeres ancianas residentes en la ciudad de Bambuí (MG), mostró que la evaluación de la gravedad y de la relevancia de un problema de salud eran determinados por la posibilidad de enfrentarlo, más de lo que por el problema en sí. Esa posibilidad estaba asociada al apoyo familiar y al acceso a atenciones médicas, facilitado o dificultado por el poder adquisitivo.

Enfermedades como hipertensión y diabetes afectan a los ancianos en todo el mundo. Entre los Canadienses, las enfermedades más prevalentes son: diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), enfermedad cardiovascular y cáncer. La superioridad de enfermedades crónicas en Newfoundland y Labrador es más elevada que el promedio nacional: más de un tercio de la población tiene más de una enfermedad crónica y cerca del 9% tiene 2 o más.¹⁰²

Esta carga sobre el sistema de salud provincial es aún desafiada por el alto uso de cuidados de la salud y tasas de admisión hospitalaria, además de la baja retención de prestadores de atenciones de salud primarios, particularmente en comunidades rurales y remotas.

Para manejar el aumento de la predominancia de enfermedades crónicas y sus costos asociados, las provincias y territorios de Canadá están reformando la oferta de atención primaria a la salud y examinando atributos específicos de los sistemas de atención primaria a la salud que apoyan o dificultan la atención de alta calidad. El objetivo de la salud provincial y territorial y sistemas de servicio es garantizar que los pacientes tengan acceso a las atenciones que necesitan, cuando y donde lo necesiten.¹⁰³

Estudios nacionales han sugerido desigualdades en el servicio entre áreas urbanas y rurales, con regiones rurales del país relatando menor probabilidad de acceso a atenciones de salud y servicios debido a las barreras mayores en acceder al atendimento (por ejemplo, tiempo de viaje, costos.) Como resultado, los canadienses que viven en áreas rurales tienen más probabilidad de relatar resultados de salud menos graves que sus homólogos urbanos.

6.8 Mejoría en la condición de salud

La vejez genera nuevas necesidades de cuidado que deben ser consideradas en la familia y en la organización social. Según los enfoques actuales, las atenciones a largo plazo deben ser trabajadas en diversos niveles: el domicilio, los hogares para ancianos, hospitales y otras

instituciones de salud.¹⁰⁴ En la sociedad moderna, el envejecimiento es, muchas veces un síndrome de deficiencia de ejercicio, lo que indica que podemos ejercer un mayor control en la velocidad y magnitud de nuestro envejecimiento.

El estudio de Heesch (2012) identificó que, mujeres ancianas cuando practican actividad física en conjunto, de preferencia siendo de edades bien próximas, tienden a reducir los efectos relacionados a la depresión. Mientras que, cuando las edades son más distantes, la actividad física se vuelve como un deber de hacerse.

De esta forma, se tiene una visión de que los ancianos se identifican con personas de su misma edad o próximas a ella, lo que transmite positividad. Oliveira y Silva (2013) relatan que las psicoterapias corporales realizadas con ancianos, intervienen en la mente y cuerpo simultáneamente, y, la bioenergética establece una fuerte vinculación de energía entre cuerpo y mente, haciendo un puente entre los procesos internos y las emociones que fluyen del cuerpo.

Conforme Cota¹⁰⁵ el ejercicio físico promueve motilidad intestinal, cambios hormonales, mejora del tono muscular de la musculatura pélvica y abdominal, auxiliando en la eliminación de las heces después que la actividad es realizada. Mientras, esa actividad física debe ser continuada con una intensidad comedida y frecuencia adecuada.

Además de la actividad física existen otras condiciones que aportan para un envejecimiento con mayor calidad. Pasar la vejez en el lugar donde ha transcurrido la vida facilita que las personas más viejas tengan lazos con su comunidad y eso favorece a la posibilidad de amistades duraderas, lo que traería más bienestar.

La participación de personas ancianas en grupos de convivencia (GC), está siendo utilizada como estrategia para la mejoría de la condición de salud de esos individuos, principalmente, debido a la realización de actividades físicas, estímulo al desarrollo cognoscitivo y cultivo de relaciones sociales y de ocio.

El GC interfiere positivamente en la condición de salud de las personas ancianas, ya que las actividades desarrolladas reducen la sensación de dolor causado por el acometimiento de enfermedades crónicas o por el propio proceso de envejecimiento. Es perceptible la mejoría en las condiciones de salud, tanto física como mental de las personas ancianas, principalmente en la presencia de alguna morbilidad. Esos grupos son eficaces en la mejoría de la salud, una vez que desarrollan actividades educativas, de ocio y socialización.¹⁰⁶

Es importante destacar que el envejecimiento es una fase de cambios en varios aspectos de la vida. De ese modo, los espacios de convivencia para ancianos, proporcionan momentos para diversas intervenciones, como el cambio de experiencias, educación en salud, la manifestación de sentimientos, pensamientos, socialización, y la producción de subjetividades.⁹⁴

Estudios revelan que los principales éxitos de las intervenciones de los grupos están asociados a la promoción de la salud, autonomía e independencia de los ancianos, ya que preservan la capacidad funcional de esos individuos, permitiéndoles comparecer al grupo y realizar sus actividades de forma libre y espontánea.¹⁰⁷

Una de las acciones dirigidas a proporcionar un envejecimiento saludable es la incorporación de personas en los llamados a ciclos de abuelos, una iniciativa comunitaria en Cuba, que ayuda para la práctica de actividad física, la diseminación de estilos de vida saludable, la realización de actividades sociales y culturales, la participación social y bien estar de sus integrantes.

Cuba cuenta con atención integral con las llamadas a casas de abuelas, centros comunitarios que brindan la atención integral diurna a las personas viejas que sean solas o sin familiares que presenten dificultades para realizar algunas actividades instrumentales del cotidiano. Otros centros de atención son casas de ancianos en las cuales se ofrecen el cuidado institucional por corta, media y larga estadía de las personas con demencia baja o comedida.¹⁰⁸

6.9 Enfermedades que acometen a los ancianos

Cuando son mencionadas las enfermedades que acometen a los ancianos, las más comunes son diabetes, hipertensión, obesidad. Mientras que las enfermedades cardiovasculares también son citadas, además de la depresión. Algunos de los ancianos presentan obesidad lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En relación a eso,¹⁰⁹ afirma que en general, individuos con obesidad presentan más riesgo para varios cambios metabólicos tales como intolerancia a la glucosa, hiperleptinemia e hipogonadismo en hombres también comorbilidades asociadas con la obesidad como aumento del riesgo de AVC, enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 y cáncer.

Desde 1980, la obesidad se ha duplicado alrededor del mundo. La WHO ha mostrado datos de 2014, donde los EUA asumen el liderazgo con una superioridad del 72,8% de hombres adultos, casi mitad de ellos fueron clasificados como obesos (o 33,6% de la población masculina de los EEUU).

En los últimos 20 años, América Latina ha pasado por una rápida transición epidemiológica y nutricional, caracterizada por el aumento de la predominancia del sobrepeso y obesidad, y la disminución de la desnutrición, debido a los cambios como la industrialización, urbanización, sedentarismo y cambios de los hábitos alimentares.¹¹

Consecuentemente, diversos estudios vienen asociando la influencia de la obesidad en el perfil de morbilidad y mortalidad de la población debido a las altas incidencias de enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes.^{111,95}

Desde la década de 90, la obesidad empezó a ganar destaque en la agenda pública internacional como cuestión de salud pública. Eso ocurrió desde la institucionalización de la temática y la elevación de su estatuto epidemiológico para el grado de epidemia.¹¹²⁻¹¹⁴

Según Poulain,¹¹³ esa institucionalización se dio por la creación de diversas entidades, como la National Obesity Society y la International Obesity Taskforce (IOTF); por la realización del primer congreso internacional en 1974; por publicaciones de informes por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990; y por la creación de asociaciones para el estudio de la obesidad.

En Brasil, fue fundada, en 1986, la Asociación Brasileña para el estudio de la Obesidad y del Síndrome Metabólico (Abeso). Se volvió común la utilización de la expresión “epidemia mundial”. La palabra epidemia está asociada, de modo general, a enfermedades contagiosas. La obesidad sería la primera epidemia no infecciosa de la historia, quizá para exagerar la idea de que cualquier persona puede ser “contaminada”.^{113,114}

Otro motivo por el cual la obesidad es considerada uno de los más grandes desafíos de la salud pública del siglo XXI, es su impacto económico en los sistemas de salud.¹¹¹ De esa forma, la persona gorda es vista como un fardo, pues demanda más de los cofres públicos que una persona con peso normal (Lima, 2011).

No es por acaso, “que se escucha frecuentemente en programas de noticias en la televisión que personas obesas costaron a los cofres públicos X reales”.¹¹⁶ O sea, debido a que esos supuestos perjuicios, las personas gordas tienen el deber de adelgazar.¹¹⁷

De ese modo se intensifica el foco en acciones comportamentales, y la salud pública “pasa a enfatizar más aún la responsabilidad individual y la autodisciplina en el ambiente político neoliberal, que se ajuste bien a las medidas de austeridad delante de las crisis financieras.

Los que se enferman son criticados por su falta de autocuidado y son considerados negligentes con relación a su salud, generando sensaciones de remordimiento, arrepentimiento y vergüenza, como si hubiesen cometido un pecado.

7 CONSIDERACIONES FINALES

En este estudio, fue evaluado el perfil nutricional de ancianos de la ciudad de Fortaleza, Ceará, y fue descrita la asistencia nutricional al anciano en Unidades Básicas de Salud del municipio. Una dificultad encontrada en el desarrollo del estudio fue la ausencia de los ancianos para la colecta de datos, pues muchos faltaban a las reuniones en los grupos de convivencia lo que obligaba al retorno del investigador en otro momento. Otra situación que dificultó fue a pandemia del COVID-19, pues algunos ancianos ya no aparecían en los grupos en marzo de 2020.

Se verificó que, en relación al perfil nutricional, una parte importante de los ancianos presentó bajo-peso y otra parte sobrepeso. Se suman a este hallazgo las deficiencias identificadas en la alimentación de los ancianos, sobre todo por falta de conocimiento (de los ancianos y/o cuidadores), falta de vínculos familiares entre el anciano y cuidador, y por factores económicos, lo que es preocupante delante del hecho que el anciano necesita un aporte nutricional adecuado para atravesar el proceso de envejecimiento de forma saludable. Se cree que ancianos y cuidadores necesitan ser mejor orientados durante la asistencia nutricional en el enfrentamiento de los problemas arriba destacados.

En cuanto a la asistencia nutricional, se observó la existencia de mejorías en el servicio estudiado, sin embargo, la necesidad de implantar políticas y estrategias integrales e intersectoriales aún es vigente, sobre todo por el hecho de que el envejecimiento acelerado trae demandas complejas para los servicios de salud. Una de las mejorías encontradas fue la creación de las redes con mejoría de la articulación entre los diferentes servicios que asisten al anciano y la creación de servicios adicionales, como los grupos de convivencia y el Centro de Referencia de con Asistencia Social-CRAS.

Una de las lagunas identificadas es la necesidad de actualización de los profesionales para el cuidado al anciano, principalmente en lo que se refiere a la humanización, visto que los profesionales que actúan en el equipo multidisciplinar de la atención básica aún fallan en cuanto a esa demanda. Tiene que existir políticas de entrenamiento a los profesionales y cursos que califiquen para este servicio de esta parcela de la población, pues esto repercute en la disminución del costo social para la comunidad y en la mejora de la calidad de la asistencia.

Es vigente, también, la relevancia del profesional de un nutricionista en el ámbito de la atención básica, una vez que no solamente la evaluación antropométrica, pero la adecuación de dietas en los disturbios nutricionales como diabetes y obesidad son de responsabilidad del nutricionista en el cuidado a los pacientes de la atención básica.

Se observó también que algunas funciones de responsabilidad del nutricionista son delegadas a profesionales sin el conocimiento y la calificación necesaria para ejercerlas. Esto causa agravio de los cuadros de debilidad nutricional de la clientela, bien como de disturbios como diabetes, obesidad y otros.

Además, en el contexto del equipo de salud, este estudio también demostró que la medida del índice de masa corpórea-IMC (contrastado adecuadamente) puede auxiliar en la evaluación del riesgo nutricional, pero esa medida, en algunos momentos, no es valorada o siquiera realizada.

8 RECOMENDACIONES

El estudio demuestra todavía que hay fuerte influencia del modelo biomédico en el saber y en el hacer de la atención al anciano en el nivel básico, en el municipio estudiado, caracterizado por acciones fragmentadas y muchas veces imputando sobre el anciano y/o el cuidador la responsabilidad exclusiva por su salud y su estado nutricional.

Se espera, por tanto, que el presente estudio haga surgir futuras averiguaciones para dilucidar las raíces de los problemas identificados y para proponer intervenciones que lleven a una asistencia nutricional calificada, humanizada e integral a la persona mayor, pautada en el servicio multidisciplinar articulado y comprometido con la promoción de la salud.

Se considera oportuno el desarrollo de otros estudios en los que más medidas corpóreas de este público sean desarrolladas, además de un mirada sobre la seguridad alimentar del anciano para caracterizar un mejor estado nutricional del mismo. Ésas medidas garantizan menos comorbilidades al anciano, una adecuación mejor de su estado de salud.

Se enfatiza el retorno del estudio a la Secretaría de Salud del Municipio, pues posibilita una reevaluación de las políticas implantadas para servicio al anciano, haya vista que los fallos existen y son pasibles de ser corregidos. Otra acción vehiculada con esta investigación será la presentación de trabajo en el Congreso de calidad de vida y longevidad, en Maceió- Alagoas.

Los países desarrollados llevaron décadas para organizarse y prestar un servicio adecuado a sus ancianos. Fortaleza y todo el país están en un momento de ajustes en el sistema de salud, con el objetivo de atender a todos, conforme a la necesidad de cada uno, con enfoque en esa creciente población.

Tal preocupación se pone evidente cuando observamos que políticas han sido realizadas a ejemplo del estatuto del anciano, promulgado a través de la ley 10.741, dirigido para el evento del

envejecimiento, lo que aún es muy poco delante de nuestro número de ancianos, pero es el puntapié inicial de lo que tiene que venir.

Estudio sobre el envejecimiento busca crear estrategias del poder público para las decisiones de políticas públicas, de empresas y de los individuos direccionados a atender las necesidades económicas de la nueva dinámica poblacional y reducir el riesgo de la vejez (FÉLIX, 2014).

Para tanto, hubo un avance en las legislaciones y en los pactos internacionales direccionados a los derechos de los ancianos. Sin embargo, sabemos que para que una política y un derecho existan no basta que estén descritos en la ley, necesitan ser apropiados y ampliamente discutidos en la sociedad. Caso contrario, están condenados a transformarse en una legislación simbólica:

A ejemplo del estatuto del anciano, muchas acciones son estimuladas para que la población mayor sea mejor atendida. La agenda 2040 se constituye en un plan de servicio al anciano, elaborado por el Ayuntamiento Municipal de Fortaleza- CE, en el cual son instituidas metas para mejorar la calidad del servicio prestado al anciano, hasta 2040. Se espera que, con acciones como éstas, sea posible asegurar una línea de cuidado más adecuada para el anciano.

REFERENCIAS

- Aguiar, C. (2017). *Avaliação de Acidente Vascular Cerebral em Tomografia Computadorizada Utilizando Algoritmo de Otimização de Formigas* [IFPB, João Pessoa].
<http://repositorio.ifpb.edu.br/jspui/handle/177683/299>
- Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WP, Loria CM, Smith Jr SC. *Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention. Circulation.* 2009;120(16):1640-1645.
- Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):1046-1051.
- Amorim, W. A. C. de, Fevorini, F. B., Melo, A. F. S. De, & Santos, T. A. (2016). O Mercado de Trabalho para Trabalhadores com 50 Anos Ou Mais no Brasil. *Fipe*.
<https://downloads.fipe.org.br/publicacoes/bif/bif435a.pdf#page=9>
- Andrade LOM. *SUS Passo a Passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; 2001.
- Andrade, S. S. de A., Stopa, S. R., Brito, A. S., Chueri, P. S., Szwarcwald, C. L., & Malta, D. C. (2015). Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 297–304.
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>
- Angel, RJ; Angel, JL. *Who will care for us? Aging and lon-term care in multicultural America*.

New York: New York University Press, 1997.

Antonio, Carla Roberta Silva Souza et al. Mortalidade por pneumonia em Barra do Garças–MT no ano de 2015. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, v. 1, n. 17, 2016. Disponível em: <https://pt.essays.club/Ci%C3%A4ncias-Biol%C3%B3gicas-e-da-Sa%C3%BAde/Enfermagem/MORTALIDADE-POR-PNEUMONIA-EM-BARRA-DO-GAR%C3%87AS-374.html>.

Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1499–1510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>

Araújo, Pricila Oliveira de, Silveira, Emerson Carlos, Ribeiro, Amanda Maria Villas Bôas, & Silva, J. D. (2012). *Promoção da saúde do idoso: a importância do treino da memória*. 15(8), 169–183. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18998/14150>

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade: 2016*. São Paulo; 2016.

Bald, E., & Adami, F. S. (2019). AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. *Revista Destaques Acadêmicos*, 11(3). <https://doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v11i3a2019.2293>

Barreira KS, Vieira LJS. O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. *Rev. enferm. UERJ* 2014; 12(3): 01-10 Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a13.pdf>

- Barros, S. S., Resende, A. K. F., Sousa, M. R. N., Antônio, Oliveira, E. B. de, Oliveira, S. L. M. dos, Souza, A. S., & Oliveira, G. A. L. de. (2019). Características epidemiológicas e clínicas da cardiomiopatia periparto. *I Encontro Multiprofissional Em Cardiologia*, 34. researchgate.net/profile/Raquel-Araujo-10/publication/350850607_anais_cardiologia/links/60762c1d4585151ce182f169/anais-cardiologia.pdf#page=34
- Bayarre Veá, H. D., Álvarez Lauzarique, M. E., Pérez Piñero, J. S., Almenares Rodríguez, K., Rodríguez Cabrera, A., Pría Barros, M. del C., Rodríguez Rivera, L., Fernández Seco, A., & Corral Martín, A. (2018). Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1–8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.21>
- BECKER, L. T. N. (2013). *Idosos hipertensos e diabéticos: aspectos que interferem na adesão ao tratamento* [Instituto Federal do Rio Grande do Sul]. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2013/31107/31107-621.pdf>
- Bezerra, S. J. C. (2021). Educação para o envelhecimento na Educação Básica: (in)visibilidade e desafios para sua implementação. *Revista Interseção*, 2(1), 77–86. <https://periodicosuneal.emnuvens.com.br/intersecao/article/view/283/246>
- Bierhals IO, Meller FD, Assunção MC. Dependência para a realização de atividades relacionadas à alimentação em idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21:1297-308.
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., Rosenberg, L., & Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649–657. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1)

- Borba, É., Medonça, F., Torres, K., & Martins, P. (2019). A Política Nacional da Saúde do Idoso em Perspectiva. *Revista de Administração, Sociedade e Inovação*, 5(1), 41–56.
<https://doi.org/10.20401/rasi.5.1.266>
- Brandau, Ricardo; Monteiro, Rosangela; BRAILE, Domingo M. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, São José do Rio Preto , v. 20, n. 1, p. VII-IX, Mar. 2005
- Brasil. (2011). *Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Série B. Textos Básicos de Saúde.*
<http://portalms.saude.gov.br/>.
- Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS. *PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.*
 Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF: Senado Federal: Da Ordem Social, 1988. Disponível em:
https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_230_.asp1988
- Brasil. Ministério da saúde. *Estatuto do Idoso.* 3º edição, 2º reimpressão. Brasília-DF, 2013.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/110.741.htm.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 04 de jun de 2018].

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf

Braz, MM, Tavares, DI, Braz, MM. Perfil dos estudos de quedas com idosos: revisão integrativa. *Ver Gerontolog*, 20(3), 207-222. 2015.

Brenes-Camacho G. Factores socio-económicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. *Ciencias económicas*. 2013;31(1):153.

Brêtas, A. C. P. (2003). Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(3), 298–301. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000300016>

Buss PM, Pellegrini Filho A. *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis. 2007; 17:77-93.

Centre for Surveillance and Applied Research: Public Health Agency of Canada. *Canadian Chronic Disease Indicators-CCDI*. 2017 edition. Ottawa; 2018. Available: <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/ccdi-imcc/data-tool/> (accessed 2019 Abr.23).

Calais, N., De Melo, V., Aurélio, M., Ferreira, M., Maria, K., & Teixeira, D. (2014). Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. *Revista*

Brasileira de Economia Doméstica, 25(1), 4–19.

<https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/13829/1/154-953-1-PB.pdf>

Camarano, A.A. Envelhecimento da população brasileira: contribuição demográfica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, June 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200030003000005&Ing=en&nrm=iso.

Camarano AA. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(Supl.2):4169-4176.

Camargos, Mirela Castro Santos; Perpétuo, Ignez Helena Oliva; Machado, Carla jorge.

Estimativas de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos. 2000. *Anais*, p. 1-19, 2016.

Camillo, B. S. et al. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963*, v. 10, n. 6, p. 4894-4901, 2016.

Campos, A. C. V., & Gonçalves, L. H. T. (2018). Aging demographic profile in municipalities in the state of Pará, Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 1), 591–598.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0070>

Cardiologia, S. B. De. (2016). *7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial [Internet]*.

Castro, V. C. de, Rissardo, L. K., & Carreira, L. (2018). Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 2), 777–785.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>

CÉ, Ana et al. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 4, n. 3, p. 168-175, 2010.

Cecílio LCO. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ 2016. p. 37-50.

Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 184–200.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200014>

Chaves, L. R., Sousa, C. M. M., Martins, M. C. C., Figueiredo, M. L. F., Ramos, C. V., & Santos, O. F. J. (2013). Estado nutricional e consumo alimentar de idosos assistidos na estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE online*, 7(12), 6780-9.

Ciqueira, J. B. (2009). IDOSOS. *III Conbracis*, 83.

https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2018/TRABALHO_EV108_MD4_SA6_ID2288_21052018225609.pdf

Closs, V. E., & Schwanke, C. H. A. (2012). A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(3), 443–458. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300006>

CNES. (2021). *No Title*. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE.

<http://www.cnes.datasus.gov.br>

Conselho Nacional de Saúde (BR). *Resolução n. 466*, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012.

Correia GB. *Capacidade Funcional , Autonomia e Independência : Definindo Alguns Termos Importantes em Gerontologia*. 2016; Disponível em:

<http://www.portaldoenvelhecimento.com/saudedoenca/item/3912-capacidade-funcional-autonomia-e-independencia-definindo-alguns-termos-importantes-emgerontologia>

Cortez, D. N., Reis, I. A., Souza, D. A. S., Macedo, M. M. L., & Torres, H. D. C. (2015).

Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28, 250-255.

Costa, Nalciran Rute Câmara Dias et al. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica/health policy for elderly people: perception of professionals about its implementation in primary care. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v. 16, n. 2, 2016. Disponível em:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239/2270>
[/revistahuufma/article/view/4239/2270](http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239/2270).

Costa, JRG. Educação em saúde sobre atenção alimentar, uma estratégia de intervenção em enfermagem aos portadores de diabetes mellitus. *Mostra interdisciplinar do curso de enfermagem*. v.2, n.1, 2010.

Cotta, RMM, Pereira, RJ, Priore, SE. Características da saúde do idoso brasileiro. *Rev Med Minas*

Gerais, 2009; 19(1): 44-50.

Cuppari, L. (2005). *Guia de nutrição: nutrição clínica do adulto*. In: *Guia de nutrição: Nutrição clínica do adulto*.

Da Silva, E. M., De Sousa, A. C., Kümpel, C., Souza, J. D. S., & Porto, E. F. (2018). ESTILO DE VIDA DE INDIVÍDUOS USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *Life Style*, 5(2), 61–75. <https://doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v5.n2.p61-75>

De Assunção, C. T., de Melo, E. G. P., de Azevedo Guedes, L. N., Tavares, L. M. N. B., da Silva, M. V. A., de Britto Sales, M. V., ... & da Silva Ribeiro, R. L. (2020). A influência do hiperdia no controle da hipertensão e do índice glicêmico: discussão acerca da saúde de idosos de uma comunidade de Maceió. *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 83251-83254.

De Moura Sousa, Leovander Francisca; SÁ, Vivian Couto; DE ANDRADE AOYAMA, E. (2019). O ESTADO NUTRICIONAL COMO FATOR DE RISCO NA TERCEIRA IDADE ReBIS Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde. *ReBIS Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde-Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 1(2).

Da Palma, Rogério da Palma; Ramos, Samanta Valério Ramos Valério. Representações Acerca Da Velhice Entre Idosos Do Lar Frei Fabiano De Cristo. *Revista UFG*, v. 18, n. 24, 2018.

De Menezes, T. N., Oliveira, E. C. T., Fischer, M. A. T. S., & Esteves, G. H. (2016). Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 117-124.

- De Sousa, Naira Pereira et al. Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo Escore de Framingham. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 157-168, 2016
- Derntol AM, Watanale HAW. Promoção da saúde. In: Litvoc, J, Brito FC. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2014
- Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00006016.
- Diniz, M. A., & Tavares, D. M. dos S. (2013). Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(4), 885–892. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400003>
- Dos Santos, M. et al. Acolhimento com estratificação de risco: estratégia de atenção a demanda espontânea nas unidades de saúde de Lages. *Revista UNIPLAC*, v. 4, n. 1, 2016
- Duarte EC, Schneider MC, Sousa RP, Ramalho WM, Sardinha LM, Silva Júnior JB, Salgado CC. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
- Fachin, LE. *Direito de família: elementos críticos à luz do novo código civil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- Faria L, Calabria LK, Silva CLA, Barbosa MCA, Santo RPE, Cau SBA. Atenção preventiva e educativa em saúde do idoso: uma proposta de integração de saberes e práticas. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2016; 21(1):35-54.

Fazzio DM. Envelhecimento e qualidade de vida: uma abordagem nutricional e alimentar. *Rev Cient Sena Aires*. 2012;1(1):76-88

Fernandes, M. T. de O., & Soares, S. M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(6), 1494–1502. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>

Ferrarez, M. L., Martins, M. C. de L., Lima, G. E. G., Trevizani, G. A., & Martinho, K. O. (2020). Análise da Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados / Analysis of frailty syndrome in institutionalized elderly. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 19633–19646. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-339>

Ferreira VA. *Desigualdades sociais, pobreza e obesidade*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

Ferreira, V. M., Schulz-Menger, J., Holmvang, G., Kramer, C. M., Carbone, I., Sechtem, U., Kindermann, I., Gutberlet, M., Cooper, L. T., Liu, P., & Friedrich, M. G. (2018). Cardiovascular Magnetic Resonance in Nonischemic Myocardial Inflammation: Expert Recommendations. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(24), 3158–3176. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.09.072>

Ferrer, W. M. H. (2012). Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. *Universidade de Marília*, 1–65. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55268815/Manual_da_METODOLOGIA_DA_PESQUISA-da-UIA-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1638602847&Signature=d08nRVpkPBjvSbYzZXPT0eOTVLja1aRtibNj~1

qxlG6Phqn3I47QSeO-
 WPxbkD02wwjzpxLNAR5DpWhSa126H9hbQL2lckcavMPRBKENn9OP4oXPc19qrZwiJ
 rG9lm8T5YBljl5ffm6-
 ddNu3apbD3Dy6fFOy7H7u2qWJ1Bdvuxs61qazP~1UNngRiNjTBWYUAxxv7IsYrRcLhbP
 XBPbmzNoTs0GkSiyjyeAKngGmyvZD1mNK0EU2Ydlhtm0Yqt-zKdNMojQPQpysZUj-
 aJLYIAELi85Fi7QaqdhlV~2bH5vfgoiSVkvrBXt9H6QQ4tL3JCmTGh5hYjG9b2EVQ6jQ__
 &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Fiocruz. *Saúde do Idoso: País começa a ser reconhecido por suas políticas públicas*, 2014.
 Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/saude-do-idoso-pais-comecaser-reconhecido-por-suas-politicas-publicas>> Acesso em 03 de jun. de 2018

Fontenelle LC, Soares NR, Lima SK, Barradas AM, Silva JA, Cortez AC, de Carvalho MD.
 Estado nutricional e condições socioeconômicas e de saúde em idosos. *Rev Bras Nutrição Esportiva*. 2018;12(71):353-363.

Fontinele, S., & Duque, E. (2021). A relação entre a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e o perfil sociodemográfico em pessoas idosas. In M. Bermúdez Vázquez (Ed.), *Luces en el camino: Filosofía y ciencias sociales en tiempos de desconcierto* (pp. 2445-2466). Dykinson.

Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). “User embracement” and the working process in health: Betim’s case, Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 15(2), 345–353. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1999000200019>

Freire, Admácia Lima et al. Assistência de enfermagem à mulher no climatério e sua sexualidade: relato de experiência na atenção básica. *REVISTA DE TRABALHOS*

ACADÊMICOS-UNIVERSO–GOIÂNIA, 2016

- Galasso V, Profeta P. The political economy of social security: a survey *European Journal of Political Economy*. 2002; 18(1): 1-29.
- Góes, H. L., & Denardi Antoniassi Baldissera, V. (2018). The nursing work in care of hospitalized elderly: limits and particularities / O trabalho de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado: limites e particularidades. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(1), 160–166. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.160-166>
- Gomes, A. P., Bierhals, I. O., Vieira, L. S., Soares, A. L. G., Flores, T. R., Assunção, M. C. F., & Gonçalves, H. (2020). Padrões alimentares de idosos e seus determinantes: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 1999–2008. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.20932018>
- Gomes, F. R. H., Gasparotto, G. da S., Oliveira, V. de, & Vagetti, G. C. (2020). Idosas e prática de atividade física: correlação entre estado cognitivo e níveis de escolaridade. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 25(265), 59–72. <https://doi.org/10.46642/efd.v25i265.2087>
- Gomes, S.; Munhol, M. E.; Dias, E. *Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009
- GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro, Um ATI/UERJ, 2010
- Graton B. The poverty of impoverishment Theory: The economic well-being of the elderly; 1890-

1950. *The Journal of Economic History*.1996; 56(1):39-61.

Gritti CC, Bene AZ, Pinheiro DM, Bianchin MA, Lamari NM. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. *Cad Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [acesso 30 mar 2021] 23(2):214-219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020123>.

Gomes, AP; Soares, ALG; Gonçalves, H. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* v.21, n.11, p.3417-3428. 2016. Disponível em; <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/baixaqualidade-da-dieta-de-idosos-estudo-de-base-populacional-no-sul-do-brasil/15383>. Acesso em 12 de nov. 2020.

Haddad, Maria Isabela Ramos. *Concordância entre avaliadores nos diferentes protocolos de estratificação de risco para reabilitação cardiovascular*. 2018

Hershman DL, Simonoff PA, Frishman WH. Drug utilization in the old and how it relates to self-perceived health and all-cause mortality; results from the Bronx Aging Study . *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 356-60.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons Inc., 2000.

Houfflyn S, Matthys C, Soubry A. Male obesity: epigenetic origin and effects in sperm and offspring. *Curr Mol Biol Rep*. 2017;3(4):288-296.

IBGE. (2010). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico*. Rio de Janeiro.

IBGE. (2015). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. (2015). *Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE.

IVCF-20, 2018. Disponível em: <<http://www.ivcf-20.com.br/institucional/missao/2/8>>.

Kilsztajn S et al. Serviço de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. *Anais*, p. 1-22, 2016.

Kimberlin CL. Perceived access to care and medication use among ambulatory elderly in Rio de Janeiro, Brazil. *Social Science & Medicine*. 1998;46(3):345-55.

Küchemann, B. A. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, 27(1), 165–180. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>

Lee A, Patrick P, Wishart J, et al. *The effects of miglitol on glucagon-like peptide-1 secretion and appetite sensations in obese type 2 diabetics*. *Diabetes Obes Metab*. 2002.

Leite MT, Pai SD, Quintana JM, Costa MC. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. *J Res Fundam Care* [Internet]. 2015 [acesso 30 mar 2021] 7(2):2263-2276. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3597>.

Lima-CMF. Estudo de coorte de idosos de Bambuí (1997-2008). *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado 2021 Abr 20]; 27(Suppl3):s324-s326. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001500001&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001500001>.

Lima, Thaís Jaqueline Vieira de et al. Humanização na atenção à saúde do idoso. *Saúde e Sociedade*, v. 19, p. 866-877, 2010

Lima, N. P., Horta, B. L., Motta, J. V. dos S., Valença, M. S., Oliveira, V., Santos, T. V. dos, Gigante, D. P., & Barros, F. C. (2015). Evolução do excesso de peso e obesidade até a idade adulta, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-2012. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(9), 2017–2025. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173814>

Luciléa da Silva Santos. (2019). CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DA PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA FINANCEIRA EM BELÉM. *Revista de Direito FIBRA Lex*, 4(5), 1–11.

Machado, W. C. A., Moutinho, J. A., & Figueiredo, N. M. A. de. (2013). Estratégias intersetoriais de promoção da saúde de idosos no Centro Sul Fluminense, Brasil: relato de experiência. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, 4(1), 1520. <https://doi.org/10.18673/gs.v4i1.23009>

Machado DR, Tavares RE, Jesus CP de, Braga VAS, Tocantins FR, Merighi MAB.

Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2017 Dec [cited 2021 May 08] ; 20(6): 878-889. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600878&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>.

- Magalhães, R. (2016). Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1767–1776. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07422016>
- Machado, Wiliam César Alves; Moutinho, José Assunção; de Figueiredo, Nébia Maria Almeida. Estratégias intersetoriais de promoção da saúde de idosos no Centro Sul Fluminense, Brasil: relato de experiência. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, v. 4, n. 1, p. 1520-1539, 2013.
- Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause: *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
- Mallmann, D. G., Galindo Neto, N. M., Sousa, J. de C., & Vasconcelos, E. M. R. de. (2015). Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1763–1772. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>
- Malta, D. C., Gosch, C. S., Buss, P., Rocha, D. G., Rezende, R., Freitas, P. C., & Akerman, M. (2014). Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4341–4350. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>
- Malta, D. C., & Silva Jr, J. B. da. (2013). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(1), 151–164. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>
- Marconi, Marina de Andrade; Lakatos, E. M. (2005). *Fundamentos da metodologia científica* (6th

ed.). Atlas.

Maria Mota Wanderley, R., Guedes Pereira da Cunha, D., Mabel Sulpino Felisberto, A., Rafaela Souza de Oliveira, B., Kelly Gouveia Dias Bittencourt, G., Karênina de Freitas Jordão do Amaral, A., & Oliveira Silva, A. (2019). Avaliação Da Condição De Saúde Da Pessoa Idosa Na Atenção Básica Evaluation of the Health Condition of the Elderly Person in Primary Care Evaluación De La Condición De Salud Del Anciano En La Atención Básica. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 13(1), 472–482. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a234959p472-482-2019>

Marin, M. J. S.; Panes, V. C. B.; Envelhecimento da população e as políticas públicas. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*, Marília-SP, v.1, n.1, p.26-34, 2015.

Melo, A. S. C. Políticas públicas e direitos dos idosos. *REVISTA ESMAT*, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 7-28, abr. 2017.

Marmot M. Brazil: Rapid progress and the challenge of inequality. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):1-2.

Martire, L. M., Stephens, M. A. P., & Townsend, A. L. (2000). Centrality of women's multiple roles: Beneficial and detrimental consequences for psychological well-being. *Psychology and aging*, 15(1), 148.

Medeiros M, Britto T, Soares F. Transferência de renda no Brasil. *Novos Estudos CEBRAP*. 2007(79):5-21.

Melo, A. S. C. (2017). POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS DOS IDOSOS. *REVISTA ESMAT*,

2(2), 7. <https://doi.org/10.34060/reesmat.v2i2.147>

Melo, L. A. de, Ferreira, L. M. de B. M., Santos, M. M. dos, & Lima, K. C. de. (2017).

Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 493–501. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170004>

Melo, N. C. V. de, Teixeira, K. M. D., & Silveira, M. B. (2017). Consumption and social and

demographic profile of the different household arrangements of the elderly in Brazil: analysis from the Study on Family Budgets. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(5), 607–617. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170047>

Ministério da Saúde (BR). *Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, 9 de dezembro de 1999*. Aprova a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 13 dez 1999. Seção 1

Ministério da Saúde (BR). Instituto de Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. *Manual de enfermagem*. São Paulo: Ministério da saúde; 2001.

Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução nº 196/96. Brasília: CNS; 1996.

Ministério da Saúde (BR). *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-Sisvan: Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Ministerio de La Salud Publica, 2016.

Moraes EN. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2012

Nogueira, ALG; Munari, DB; Santos, LF; Oliveira, LMAC; Fortuna, CM. Fatores terapêuticos identificados em um grupo de promoção da saúde de idosos. *Rev. Esc. Enfermag., USP*, v.47, n.6, p. 1352-8. 2013.

Oliveira AP, Assis M, Vilaça M, Almeida MN. Os “pesos” de ser obeso: traços fascistas no ideário de saúde contemporâneo. *Movimento*. 2012;18(4):99-119.

Oliveira, G. F. De. (2013). *Perfil epidemiológico de idosos fisicamente ativos. 1.*

https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2017/TRABALHO_EV075_MD2_SA7_ID1521_14102017185020.pdf

Oliveira, F. A., Pirajá, W. C., Silva, A. P., & Primo, C. P. F. (2015). Benefícios da Prática de Atividade Física Sistematizada no Lazer de Idosos. *LICERE - Revista Do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Em Estudos Do Lazer*, 18(2), 262–304.

<https://doi.org/10.35699/1981-3171.2015.1110>

Oliveira JEP, Foss-Freitas MC, Montenegro Junior RM, Vencio S. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018* [Internet]. São Paulo: Clannad, 2017 [acesso em 30 mar 2021]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/diretrizes-e-posicionamentos>.

OLIVEIRA, Marcelle Stephane Nunes de et al. Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Rev. enferm. UFSM*, p. 1-14, 2017.

- Oliveira, MJI DE; Espírito Santo, E DO. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, v.2, n.2, p. 7-24, 2013
- Paim, JS. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, London, v.377, n.9779, p. 11-31, maio, 2011.
- Pelazza, B. B., De Oliveira Henrique, H., Grego Maia, L., Almeida da Silva, L., Rosa Leite, G., Régia de Paula, C., José Borges, C., & Regiane Trincaus, M. (2018). Mensuração dos níveis pressóricos de idosos hipertensos em um programa de referência da atenção primária. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(2), 364. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25066p364-370-2018>
- Pilger, C., Dias, J. F., Kanawava, C., Baratieri, T., & Carreira, L. (2013). Comprehension on the aging and actions taken by nurse in primary health care. *Ciencia y Enfermería*, 19(1), 61–73. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000100006>
- Polaro, S. H. I., Fideralino, J. C. T., Nunes, P. A. de O., Feitosa, E. da S., & Gonçalves, L. H. T. (2012). Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 777–784. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400016>
- Poulain JP. *Sociologia da obesidade*. São Paulo: Senac; 2013.
- Ramos, E. A., Kattah, J. A. R., Miranda, L. M. de, Randow, R., & Guerra, V. de A. (2018). Humanization on Primary Health Care. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28(May). <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180134>

- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:793-797.
- Rangel, MLRS. Saúde do idoso na televisão: prescrição de estilo de vida saudável. *Saúde debate* | Rio de Janeiro, v.42, número especial 2, p. 262-274, out 2018.
- Rasella D, Machado DB, Castellanos ME, Paim J, Szwarcwald CL, Lima D, Magno L, Pedrana L, Medina MG, Penna GO, Barreto ML. Assessing the relevance of indicators in tracking social determinants and progress toward equitable population health in Brazil. *Global Health Action*. 2016;9(1):29042.
- Rebeca Wong; Mónica EspinozaRangel Hernandez, L. (2011). Scielo @ Www.Scielo.Org.Mx. In *Revista IUS* (p. 53). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200009
- Recine E, Leão MM, Carvalho MF. *O papel do nutricionista na atenção primária à saúde*. 3. ed. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas; 2015.
- Rego, Anderson da Silva et al. Estratificação de risco familiar no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963*, v. 10, n. 3, p. 977-984, 2016.
- Richardson, RJ. *Pesquisa social*. 2 ed. São Paulo:atlas.1999
- Diehl, M. Self-development in adult hood and aging: The role of critical life events. In C. D. Ryff & V. W. Marshall (Orgs.), *The self and the society in aging processes* (pp.150-183). Nova York: Springer.1999.

Rigo LC, Santolin CB. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. *Movimento*. 2012;18(2):279-296.

Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. de, Araújo, T. M. de, Santos, L. B., & Rodrigues, W. K. M. (2013). Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 19(3), 191–195. <https://doi.org/10.1590/s1517-86922013000300009>

Rodrigues, N. O., & Neri, A. L. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: Dados do estudo FIBRA, campinas, Sp, Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(8), 2129–2139. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800023>

Santos GLA, Santana RF, Broca PV. Execution capacity of instrumental activities of daily living in elderly: Ethnonursing. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet] 2016. [acesso 30 mar 2021]; 20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=S1414-81452016000300209&script=sci_abstract.

Santos, GS; Cunha, ICKO. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica à saúde. *Rev enferm do Centro-Oeste Mineiro*. set/dez; 3(3):820-828. 2013.

Santos, M. D. R. D. R. D., Mendes, S. C. S. M., Morais, D. B., Coimbra, M. D. P. S. M., Araújo, M. A. D. M., & Carvalho, C. M. R. G. D. (2019). Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10, 73-86.

Santos, N. F; Silva, M. R. F. As polícias públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Revista FSA*, v.10, n. 2. Art.20, pp.358-571, 2013.

Sato, T., Fermiano, N., Batistão, M., Moccellini, A. S., Driusso, P., & Mascarenhas, S. (2017). DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM USUÁRIOS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PREVALÊNCIA, PERFIL DEMOGRÁFICO, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E NECESSIDADES CLÍNICAS. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde*, 21(1), 35–42. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2017.21.01.05>

Schultz, T. (2009). *O valor econômico da educação* (Zahar Editores (ed.)).

Seixas CM, Birman J. O peso do patológico: biopolítica e vida nua. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2012; 19(1):13-26.

Silva BL, Cantisani JR. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra*. 2018;13(2):363-380.

Silva, RJS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012.

Silveira, E. A. D., Vieira, L. L., Jardim, T. V., & Souza, J. D. D. (2016). Obesidade em idosos e sua associação com consumo alimentar, diabetes Mellitus e infarto agudo do miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 107, 509-517.

Silveira, E. A., Vieira, L. L., & Souza, J. D. de. (2018). Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 903–912. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.01612016>

Simões, A. L. de A., Rodrigues, F. R., Tavares, D. M. dos S., & Rodrigues, L. R. (2007).

Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(3), 439–444. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300009>

Soares, F. C., Aguiar, I. A., Carvalho, N. de P. F. de, Carvalho, R. F. de, Torres, R. A., Segheto, W., Coelho, F. A., Oliveira, M. A. C. de A., Andrade, F. M. de, & Costa, J. de A. (2018). Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em portadores de doença renal crônica em tratamento conservador do serviço ubaense de nefrologia. *Revista Científica FAGOC-Saúde*, 2(2), 21–26.

<https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/232/243>

Soares LD, Campos FD, Araújo MD, Falcão AP, Lima BR, Siqueira DF, Fittipaldi EO, Arruda SG, Faro ZP. Análise do desempenho motor associado ao estado nutricional de idosos cadastrados no Programa Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão-PE. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17:1297-304.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial [Internet]. 2016 [acesso em 30 mar 2021]. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.asp.

Soler, A; Méndez, S. Under- and overreporting of energy is related to obesity, lifestyle factors and food group intakes in Jamaican adults. *Public Health Nutr*. 2004; 7:9-19.

Sousa, Á. A. D. de, Martins, A. M. E. de B. L., Silveira, M. F., Coutinho, W. L. M., Freitas, D. A., Vasconcelos, E. L., Araújo, A. M. B., Brito, A. M. G., & Ferreira, R. C. (2018).

Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde

da família. *ABCS Health Sciences*, 43(1). <https://doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.986>

Souza, R. F. de, Skubs, T., & Brêtas, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 263–267. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300003>

Sousa, DJ de, White, Harriet Jane, Soares Letícia Maria, Nicolosi Gloria Teixeira, Cintra Fernanda Aparecida. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2010 Aug [cited 2021 May 08]; 13(2): 321-328. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200016>.

Sousa SS, Oliveira PS, Oliveira FS, Holanda MAG, Almeida PC, Machado ALG. Estudo dos fatores sociodemográficos associados a dependência funcional em idosos. *Rev Enferm UFPI*. 2013; 2(1):44-48.

Souza, Y. P., Bezerra, A. de M., Fabrício, N. P., tavares, N. B. F., Félix, N. D. de C., Viana, M. C. A., & SOARES, A. (2018). A Qualidade de Vida de Idosos com Obesidade ou Sobrepeso. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde*, 22(2), 155–164. <https://doi.org/10.4034/rbcs.2018.22.02.09>

Sponchiado, J. I. (2010). Resenha - A IMPLEMENTAÇÃO DO ENSINO FUNDAMENTAL DE NOVE ANOS E SEUS EFEITOS PARA A EDUCAÇÃO INFANTIL: Um estudo em municípios catarinenses. *Zero-a-Seis*, 1(1). <https://doi.org/10.5007/1980-4512.2010n21p113>

Stefanon Rodrigues, T., Moreschi, C., Bitencourt Toscani Greco, P., Boscardin Espíndola, R., & Rempel, C. (2021). Estratégia Saúde da Família: qualidade de vida de pessoas idosas.

Enfermagem Em Foco, 12(1), 93–99.

Tavares, E. L., Santos, D. M. dos, Ferreira, A. A., & Menezes, M. F. G. de. (2015). Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(3), 643–650. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14249>

Tavares, R. E., Jesus, M. C. P. de, Machado, D. R., Braga, V. A. S., Tocantins, F. R., & Merighi, M. A. B. (2017). Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 878–889. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>

Tavares EL, Santos DM, Ferreira AA, Menezes MFG. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2015 [citado 30 mar 2021] 18(3):643-650. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14249>.

Teixeira, E. C. (2002). O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade. *Aatr-Ba*, 1–11. <http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>

Teixeira SDC, Coutinho RCNC, Coelho RL, Ribeiro SV, Barbosa LS. Excesso de peso em idosos residentes em instituições de longa permanência de Goiânia. *Brasília Med*. 2012;49(4):250-257

Thieme, R. D., Schieferdecker, M. E. M., & Ditterich, R. G. (2020). Older adults undergoing home enteral nutrition therapy: integration of national public policy and municipal programs. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(6). <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200157>

- Tinoco, A. L. A., Brito, L. F., Sant'Anna, M. de S. L., Abreu, W. C. de, Mello, A. de C., Silva, M. M. S. da, Franceschini, S. do C. C., & Pereira, C. A. dos S. (2006). Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril (RCQ), de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(2), 63–74. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09026>
- Torres, G. de V., Reis, L. A. dos, Reis, L. A. dos, & Fernandes, M. H. (2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 39–44. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000100006>
- Valer, D. B., Bierhals, C. C. B. K., Aires, M., & Paskulin, L. M. G. (2015). The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 809–819. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14042>
- Vasconcelos, Ana Maria Nogales. Causas de morte em idosos no Brasil. *Anais*, p. 1-11, 2016.
- Veras, R., & Oliveira, M. (2016). Care pathway for the elderly: detailing the model. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 887–905. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
- Wanderley RMM, Cunha DGP, Felisberto MAS, Oliveira BRS, Bittencourt GKGD, Amaral AKFJ, Silva AO. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [acesso 30 mar 2021] 13(1):472-482. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234959/31366>.

Wang J, Thornton JC, Kolesnik NS, Pierson RN. Anthropometry in body composition: an overview. *Ann N Y Acad Sci.* 2000;904:317-326.

Wong, Rebeca, & Espinoza, M. (2003). Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. *Papeles de Población*, 9(37), 129–166.

Wong, R., Figueroa, M.E. Papeles de población. CIEAP-UAEM; Toluca: 1999. *Morbilidad y utilización de servicios de salud entre población de edad avanzada: un analisis comparativo*. Año 5, nº 19.

Wood, GJ. Doctoral Dissertation University of Pittsburgh; 2006. *The problem of the old man: Manhood, class and retirement in the United States, 1910s-1950s*.

Zanin Sanguino, G., Previato, G. F., De Fátima Silva, A., Camboin Meireles, V., De Freitas

APÉNDICES







ANEXOS

Cuadernillo de salud del anciano.

DIEZ PASOS PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Paso 1. Paso. Haga tres comidas al día (desayuno, almuerzo y cena) y, caso necesite más, haga otras comidas en los intervalos.

Intente alimentarse en horas semejantes todos los días, principalmente en las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena). En los intervalos de estas comidas, prefiera realizar pequeñas meriendas saludables con alimentos frescos. Coma siempre despacio y disfrute lo que está comiendo, buscando comer en locales aseados y donde usted se sienta confortable, evitando ambientes ruidosos o estresantes.

Paso 2. Dé preferencia a los granos integrales y a los alimentos en su forma más natural. Incluya en las principales comidas alimentos como arroz, maíz, patata y yuca.

Estos alimentos son las fuentes de energía más importantes y, por eso, deben ser los principales componentes de las principales comidas, dándole preferencia en sus formas integrales. Planear la compra de alimentos, organizar la despensa doméstica y definir con antelación el menú de la semana, puede ayudar para su satisfacción con la alimentación. En supermercados y otros establecimientos, utilice una lista de compra, para no comprar más de lo necesario.

Paso 3. Incluya frutas, legumbres y verduras en todas las comidas a lo largo del día.

Frutas, legumbres y verduras son ricas en vitaminas, minerales y fibras. Por tal razón, deben estar presentes diariamente en su alimentación. El consumo de estos alimentos ayuda a reducir el riesgo de varias enfermedades y auxilian a evitar la constipación (prisión de vientre). Ferias libres, mercados y liquidaciones, son buenas opciones para la compra de alimentos frescos de la zafra (época) y con menor costo.

Paso 4. Coma fréjol con arroz preferencialmente en el almuerzo o en la cena.

Este plato brasileño es una combinación completa y nutritiva y es la base de una alimentación saludable. Diversifique los tipos de fréjoles usados (negro, mantequilla, cario quiña, verde, de cuerda, blanco y otros) y use también otros tipos de leguminosas (como soja, garbanzo, guisante, lenteja o haba). Si usted tiene habilidades culinarias, busque desarrollarlas y compartirlas con familiares y amigos. Si usted no tiene tales habilidades, converse con las personas que saben cocinar, pida recetas a familiares, amigos y colegas, lea libros, consulte el Internet y descubra el placer de disponer su propio alimento. Para evitar el desaprovechamiento, cocine pequeñas porciones y congele el alimento siempre que eso sea posible, para su utilización en días posteriores.

Paso 5. Recuerde incluir carnes, aves, pescados, huevos, leche y derivados en por lo menos una comida durante el día.

La gordura aparente de las carnes y la piel de las aves antes de la preparación torna esos alimentos más saludables. Las leches y derivados son ricos en calcio, que ayuda en el fortalecimiento de los huesos. Ya las carnes, las aves, los pescados y los huevos son ricos en proteínas y minerales. Cuanto más variada y coloreada sea su alimentación, más equilibrada y sabrosa será.

Paso 6. Use poca cantidad de aceites, gorduras, azúcar y sal en el preparo de los alimentos.

Esos ingredientes culinarios deben ser usados con moderación para condimentar o sazonar los alimentos y para crear preparaciones culinarias. Evite azúcar y la sal en exceso, substituyéndolos por condimentos naturales (como perejil, culantro, verde, ajo, cebolla, albahaca, orégano, alecrín, y otros) y optando por recetas que no lleven azúcar en su preparo.

Paso 7. Beba agua sin sentir sed, de preferencia en los intervalos de las comidas.

La cantidad de agua que necesitamos ingerir por día es muy diferente en cada organismo y depende de varios factores, incluyendo la edad y el peso de la persona, la actividad física que ella realiza y el clima y la temperatura del ambiente donde ella vive. Es importante estar atento al consumo diario de agua para evitar casos de deshidratación, principalmente en días muy calientes. Vale recordar que bebidas azucaradas (como refrescos y jugos industrializados) no deben sustituir el agua. Una forma de darle sabor a su agua es colocando hierbabuena o frutas, como rodajas y cascaras de naranja o limón.

Paso 8. Evite bebidas azucaradas (refrescos, jugos y té industrializados), pasteles y bizcochos rellenos, dulces y otras golosinas como regla de su alimentación.

Productos súper procesados (como bizcochos rellenos, golosinas, 'saladitos', refrescos, jugos industrializados, sopa y fideos 'instantáneos', 'sazón listo', embutidos, productos preparados para calentar) deben ser evitados o consumidos apenas ocasionalmente. Aunque convenientes y de sabor pronunciado, éstos y otros productos ultra-procesados suelen ser nutricionalmente desequilibrados y, en su mayor parte, contienen elevada cantidad de azúcar, gordura y sal.

Paso 9. Este atento(a) a las informaciones nutricionales en los etiquetas de los productos procesados y ultra-procesados para favorecer en su elección de productos alimenticios más saludables.

Las etiquetas de los productos procesados y ultra-procesados (como bizcochos, pan-molde, yogures, barras de cereal, Etc.) son una forma de comunicación entre esos productos y los consumidores y contienen informaciones importantes sobre su composición. Más formas de aclaración pueden ocurrir en el diálogo con otras personas en el local de compra o por medio del servicio de atendimento al consumidor (SAC) o incluso una consulta con un profesional de salud. Esté atento(a) a las informaciones, orientaciones y mensajes sobre alimentación vehiculadas en propagandas comerciales, pues generalmente las propagandas buscan aumentar la venta de los productos, pero no informar.

Paso 10. Siempre que sea posible, coma acompañado(a) de alguien.

La compañía de familiares, amigos o vecinos en la hora de las comidas colabora para comer con regularidad y atención, proporciona más placer a la alimentación y favorece al apetito. Escoja una o más comidas en la semana para disfrutar la alimentación en la compañía de alguien, manteniendo el convivio social con las personas próximas.



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Processo: P319573/2018

- **Pesquisador (a) Responsável:** Eroteíde Leite de Pinho
- **Orientado(a):** Dra Mônica Cristina Padró
- **Instituição Proponente:** Universidade de Ciências Empresariais e Sociais - UCES
- **Curso:** Doutorado em Saúde Pública
- **Local da Coleta de Dados:** UAPS: Aída Santos Silva, Paulo Marcelo, Flavio Marcilio, Celio Brasil Girão, vinculadas a Secretaria Regional II
- **Período de Coleta de Dados:** Janeiro/2019 a Dezembro de 2020

A **Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES**, conforme sua atribuição declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS**, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido Projeto de Pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 29 de agosto de 2018

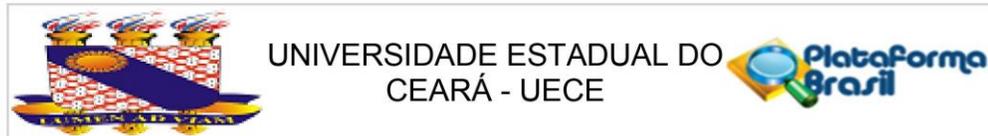
Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde



CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTAR:

AZÚCARES /DULCES	Diaria	3 a 6 x /Sem.	1 a 3 x /Sem.	Eventual	Nunca	GORDURAS	Diaria	3 a 6 x /Sem.	1 a 3 x /Sem.	Eventual	Nunca
Azúcar						Aceite Veg.					
Edulcorante						Aceite					
Miel						Margarina					
Balas/chicles						Margarina					
Dulces caseros						Mayonesa					
Dulces confitaría						Gordura					
Helados						Gord. aparente					
Chocolate						CARNES					
CEREALES						Bovina					
Pan blanco						Porcina					
Pan integral						Aves					
Tostada						Pescados					
Cereal matinal						Menudencias					
Arroz blanco						Huevos					
Arroz integral						Enlatados					
harina/ "farofa"						Salchicha de cerdo					
Fideos/masas						Salchichas					
Barra de cereales						Jamón					
Mezclado de cereales						Mortadela					
Avena						LECHE					
Angú						Integral					
LEGUMINOSAS						Desnatado					
Frejol						Yogurt					
Soja/Garbanzo						QUESOS					
HORTALIZAS						Minas frescal					
Hojas crudas						Semicurados					
Legumbres cocidos o sofritos						Mozarela					
FRUTAS						queso amarillo					
OLEAGINOSAS						Requesón					
GALLETAS						OTROS					
Cream cracker						Barra cereales					
Agua y sal						Miojo					
Condimentadas						Derib. soja					
Integral salada						Frituras					
María/Maicena						Condím. listos					
Rellenos											
Wafer											
Integral dulce											

Otras observaciones alimenticias (aversiones) /comentarios: _____



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde dos idosos: uma abordagem da assistência nutricional aos idosos em unidades básicas de saúde no município de Fortaleza-CE.

Pesquisador: Eroteíde Leite de Pinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00850918.9.0000.5534

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.048.789

Apresentação do Projeto:

O referido projeto intitulado "Uma abordagem da assistência nutricional aos idosos nas Unidades Básicas de Saúde em atendimento à saúde no Município de Fortaleza-CE", objetiva desenvolver uma pesquisa de caráter qualitativo atinente à saúde do idoso, analisando para isso temas concernentes ao perfil nutricional e à assistência desenvolvida por parte das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A pesquisa empírica realizar-se-á a partir de aplicação de roteiros junto à grupos focais e questionários junto ao público alvo profissional e pacientes idosos domiciliados na cidade de Fortaleza, os quais serão contatados por meio de UBS que destacam-se por atender grande contingente de pacientes nessa faixa etária.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o perfil nutricional de idosos em Fortaleza, a partir da observação do cuidado ao idoso nas UBS no município.

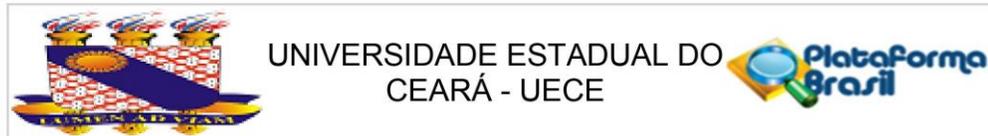
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são de grau leve e os pesquisadores apresentam medidas de forma a minimizá-los. Benefícios: os resultados obtidos propiciarão em melhorias para as políticas que assistencialistas de atendimento ao idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de suma importância por debater saúde do idoso e qualidade alimentar nessa faixa etária.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.048.789

A pesquisa estimula o crescimento da linha de pesquisa envolvendo "idosos" e pode contribuir na melhoria e qualidade de vida, de forma a elevar os índices de expectativa de vida para a faixa etária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de acordo com a resolução 466 da CONEP.

Recomendações:

Adicionar local para assinatura do participante no TCLE. Enviar relatório ao final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1204825.pdf	02/11/2018 15:47:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TCLE.pdf	02/11/2018 15:46:14	Eroteíde Leite de Pinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	18011000.PDF	10/10/2018 17:06:59	Eroteíde Leite de Pinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Avaliacao_idosos.doc	21/09/2018 09:46:35	Eroteíde Leite de Pinho	Aceito
Folha de Rosto	Doc1.docx	21/09/2018 09:45:10	Eroteíde Leite de Pinho	Aceito

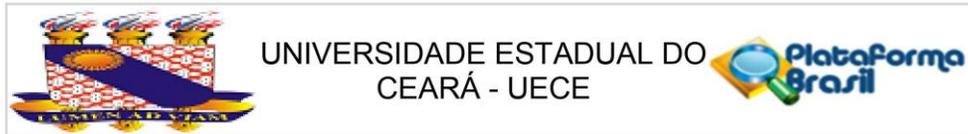
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.048.789

FORTALEZA, 30 de Novembro de 2018

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br