

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE

MÁRCIA ROQUE BRAZ DE ARAÚJO

ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE UM GRUPO DE IDOSO EM
NATAL/RN

Natal/RN
2009

MÁRCIA ROQUE BRAZ DE ARAÚJO

ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE UM GRUPO DE IDOSO
EM NATAL/RN

Monografia apresentada à Faculdade
Natalense para o desenvolvimento do Rio
Grande do Norte como parte dos requisitos
para obtenção do título de graduado em
Nutrição.

Orientadora: Vanessa Teixeira de Lima
Oliveira (M.SC)

Natal/RN
2009

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Araújo, Márcia Roque Braz de

Estado nutricional e consumo alimentar de um grupo de idosos em
Natal/RN. / Márcia Roque Braz de Araújo. – Natal: FARN, 2009.
42f.

Orientador: Vanessa Teixeira de Lima Oliveira (Msc.)

Monografia (Bacharel em Nutrição) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Nutrição - Idosos – Monografia. 2. Avaliação Antropométrica –
Monografia. 3. Avaliação Dietética - Monografia. I.Título.

RN/FARN/BC

CDU 612.39

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre estar derramando benção a mim e a minha família. A Nossa Senhora, que tenho certeza que Ela sempre está me cobrindo com seu manto protetor e intercedendo junto a Deus pai pela minha felicidade.

A vocês queridos pais, João Braz e Severina Roque, que por amor dedicaram de suas vidas os melhores momentos, para tornarem possível minha existência. Pelas suas importantes palavras de estímulo, frente por vezes, ao meu desânimo pelo esforço diário. Vocês são a força que me impulsiona, fazendo-me acreditar que a realização do sonho é possível. A vocês pertencem boa parte dessa etapa vencida. Minha mais profunda gratidão. Amo vocês.

Ao meu lindo, João Lucas, pois sei que muitas foram as vezes que seus olhos me buscaram e eu estive ausente. Muitas vezes ele quis abraçar-me, falar do seu dia, dividir uma dúvida, buscou meu sorriso, minha presença, minhas opiniões e não me encontrou por eu estar cheia de pressa, compromisso e estágios. A você meu porto seguro está aqui para agradecer por seu amor, sua paciência, seu companheirismo e suas palavras e dizer que sem você minha vida não teria o mesmo brilho. Amo-te!

Ao Pe. Alcides Pereira que, definitivamente proporcionou tudo, agradeço simplesmente por existir em minha vida. A Dom. Manuel Tavares (*in memoriam*) por todo o seu apoio a mim dedicado. Ao Mons. Lucilo, por acreditar e compartilhar de meus ideais vibrando a cada etapa vencida, trazendo equilíbrio e tranquilidade. Ao Pe. Paulo Henrique pela sua generosidade e amizade, ele que sempre me ajudou com meus trabalhos, me orientando, o meu muito obrigado. Ao Pe. Inácio de Loiola que, com a sua sabedoria, sempre estava do meu lado me guiando, como um pai afetuoso. Ao Pe. Teixeira, pelo carinho sempre demonstrado, minha eterna gratidão pelo apoio.

A Profa. Vanessa, a quem aprendi a admirar pela competência, pelo zelo profissional, pela transparência de idéias e atitudes, pela clareza das orientações, e a quem sou extremamente grata pelo acolhimento que me dispensou.

E a toda minha família e amigos, que acreditaram no meu sonho.

.

COMPAIXÃO EM AÇÃO

Deus e compaixão é uma só e a mesma coisa. Compaixão é tentar entender e participar do sofrimento alheio. Compaixão é a alegria de repartir. É fazer pequenas coisas por amor ao outro, de pequenos gestos é feita a compaixão. O que importa não é quanto damos, mas quanto de amor colocamos no que fazemos em atos concretos.

Uma religião verdadeira quando nos ajuda a nos aproximar de Deus e não nos afastar. Tudo que Deus quer é o nosso amor, e a maneira de demonstrar o amor que sentimos por ele é servindo aos outros.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A qualidade de vida do idoso depende de muitos fatores que juntos promovem uma melhoria na saúde e podem trazer para terceira idade uma vida mais saudável. Por conseguinte, a qualidade de vida está gradativamente adquirindo uma maior relevância, no sentido não só de viver este período da vida com certa ausência e controle de doenças. Dessa forma, observa-se que ao atingir a idade madura, se faz necessário propiciar condições para que este período da vida também seja vivido de forma digna. O trabalho teve como objetivo caracterizar a qualidade de vida de um grupo de idosos. O estudo, do tipo descritivo exploratório, foi realizado com idosos (n=20) com idade variando entre 65 e 90 anos. Foi aplicado um questionário com perguntas sobre moradia, lazer, prática de atividade física, presença de doenças crônicas, intercorrências gastrointestinal e qualidade na alimentação. Foi realizada, ainda, uma avaliação global do estado nutricional através do índice de massa corporal (IMC) (LIPSCHTZ, 1994). Observou-se que 90% possuíam moradia própria e 10% moravam com os familiares. Quanto às atividades de lazer, a maioria (70%) participa de reuniões familiares, teatro e cinema. Com relação à prática de atividade física, 65% não praticam e 35% praticam atividade física. No que diz respeito à presença de doenças crônicas e intercorrências gastrointestinais, verificou-se que a maioria, 85% e 65% apresentavam algum tipo de doença crônica ou intercorrência gastrointestinal, respectivamente. Quanto à avaliação global do estado nutricional (IMC), a maioria, (75%) apresentaram-se na eutrofia, 15% com sobrepeso e 10% com magreza. Os bons resultados, tanto com relação à avaliação antropométrica, quanto com relação à avaliação qualitativa do consumo alimentar. Mesmo diante dos bons resultados é válido ressaltar a importância do nutricionista, a fim de manter o bom estado nutricional dos idosos, principalmente por se tratar de uma clientela vulnerável às alterações orgânicas e funcionais.

Palavras-Chave: idosos-Consumo alimentar. Idoso-atividade física. Idoso-Avaliação nutricional.

ABSTRACT

The quality of life of the elderly depends on many factors that together promote better health and can bring to the elderly live a healthier life. Therefore, the quality of life is gradually acquiring greater relevance to not only live this period of life with a certain absence and disease control. Thus, it is observed that upon reaching the ripe old age, it is necessary to provide conditions for this period of life is also lived in dignity. The study aimed to characterize the quality of life of a group of elderly. The study, a descriptive exploratory study was conducted with elderly (n = 20) aged between 65 and 90 years. We administered a questionnaire with questions about housing, leisure, physical activity, presence of chronic diseases, gastrointestinal complications and quality in food. There was also an overall assessment of nutritional status by body mass index (BMI) (LIPSCHTZ, 1994) observed that 90% had home ownership and 10% lived with relatives. As for leisure activities, the majority (70%) participate in family reunions, theater and cinema. Regarding physical activity, 65% do not and 35% engage in physical activity. Regarding the presence of chronic diseases and gastrointestinal complications, it was found that the majority, 85% and 65% had some type of chronic disease or gastrointestinal complications, respectively. The overall assessment of nutritional status (BMI), the majority (75%) were in normal weight, 15% were overweight and 10% with thinness. The good results, both in relation to anthropometric measurements, and with respect to the quality assessment of food intake even in the face of good results is worth noting the importance of the dietitian in order to maintain good nutritional status of elderly, mainly because it is a customers vulnerable to organic and functional changes. .

Keywords: elderly-Food intake, physical activity

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS	8
2.1- GERAL	8
2.2- ESPECÍFICOS.....	8
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	9
3.1 A TERCEIRA IDADE.....	9
3.2 O TRATO GASTROINTESTINAL DOS IDOSOS.....	11
3.3 IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA TERCEIRA IDADE..	14
3.4 IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE.....	17
4 METODOLOGIA.....	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
6 CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

Segundo Blini (2004 p.394), envelhecer mantendo a qualidade de vida é um grande objetivo a ser alcançado. Mas a idade não pode ser definida apenas como manutenção da saúde. Ela também inclui o funcionamento do trato gastrointestinal de idoso e a importância da atividade física na terceira idade e a importância de uma alimentação saudável. A organização mundial de saúde define qualidade de vida com: a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais com repercussões nas condições de saúde e nutrição da terceira idade (MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

As mudanças fisiológicas que interferem no estado nutricional, a diminuição do metabolismo basal redistribuição da massa corporal, alteração no funcionamento digestivo, alterações na percepção sensorial e diminuição da sensibilidade à sede. Podendo interferir diretamente ou indiretamente no consumo alimentar (MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Envelhecer não quer dizer ficar parado. Afinal, o corpo humano foi feito para ser movimentado, mesmo na terceira idade. A prática regular de uma atividade física ativa a circulação sanguínea, produz uma sensação de bem estar e contribui para a conservação da saúde (BLINI, 2004).

Estudos mostram que, dentre os fatores que podem condicionar a qualidade de vida e a longevidade do ser humano, a nutrição é um dos principais aspectos que ajuda a melhorar a ingestão de alguns nutrientes e identifica as necessidades nutricionais corretas, para evitar doenças crônicas. A propósito, uma alimentação saudável implica em suprir o organismo com todos os nutrientes de que ele necessita para um bom funcionamento, como atesta Salgado (SALGADO, 2005).

Por tudo isso se torna importante identificar a qualidade de vida do idoso e promover uma melhoria na saúde, dando importância às mudanças, e mostrando que qualidade de vida, não é só um parâmetro, e sim um conjunto de ações que junto podem trazer para a terceira idade uma vida mais saudável.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o estado nutricional e o consumo alimentar de um grupo de idosos residentes em Natal/RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a, faixa etária, grau de escolaridade, renda familiar, prática de atividade física, prevalência de doenças crônicas e intercorrências gastrointestinais dos idosos avaliados;
- Caracterizar o consumo alimentar, comparando com os grupos de a pirâmide alimentar;
- Classificar o estado nutricional dos idosos através do índice de massa corporal (IMC).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A TERCEIRA IDADE

Em termos de saúde, o aumento do número de idosos em uma população se traduz em um maior número de problemas de longa duração, que com frequência dependem de intervenções envolvendo tecnologias caras e complexas, para um cuidado adequado. Gradualmente se estabelece uma competição por recursos: de um lado problemas prementes, com alta mortalidade infantil ou desnutrição, de outro um número crescente de diabéticos, acidentes vasculares cerebrais ou demência senil. A situação do Brasil mostra claramente essas transições. Em 1930, quase a metade das mortes ocorridas foi causada por doenças infecciosas e parasitárias. Em 1980, tais doenças foram responsáveis por pouco mais que 10% das mortes causadas por doenças cardiovasculares, passaram a primeiro lugar, e tem se mantido em primeiro junto com as causas externas (por conta do alto índice de violência) (LEAL; GARCIA, 2003).

No que diz respeito á saúde da parcela mais idosa da população, a complexidade é agravada pela natureza de tais problemas: doenças que não podem ser resolvidas do dia para noite, que absorvem grandes quantidades de recursos materiais e humanos e que em última análise, continuarão existindo por um longo período. Desse modo, torna-se fundamental os estudos voltados para compreender as necessidades dessa população idosa, buscando ofertar, através dos serviços públicos de saúde, um envelhecimento que mantenha a qualidade de vida deste público.

Na terceira idade, a manutenção de autonomia está intimamente ligada á qualidade de vida. Portanto, uma das formas de se procurar quantificar a qualidade de vida de indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia que o fazem independente dentro de seu contexto socioeconômico-cultural (LEAL; GARCIA, 2003).

Há ainda que se ressaltar que, em decorrência das precárias condições de vida nos países subdesenvolvidos, o envelhecimento funcional (relacionado ao grau de autonomia) precede o cronológico e muitas vezes são bastante precoces. Um operário que passa 20 ou 30 anos trabalhando em condições ambientais adversas, desempenhando atividades físicas muito além de sua própria força, mal nutrido, sem condições adequadas de lazer, enfrentando todo o estresse de uma grande cidade do Terceiro mundo, com condições de moradia inadequadas e submetendo-se a várias horas por semana a sistema de transporte urbano totalmente impróprio, tal operário, ao

chegar aos cinquenta anos, já está funcionalmente envelhecendo (LEAL; GARCIA, 2003).

O conceito de qualidade de vida (QV) varia de acordo com a visão de cada indivíduo sendo considerada como unidimensional para uns e como multidimensional para outros. Baseia-se em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível sócio-econômico e satisfação, além de poder ser vinculada a componentes como capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e auto- proteção de saúde. Considerando a QV no âmbito da terceira idade, destaca-se que está intimamente relacionado á manutenção da autonomia nessa fase de vida. No idoso que mantém sua capacidade funcional, sua autonomia pode ser percebida no desempenho das atividades de vida diária, o que não é verificável entre idosos dependentes de outras pessoas (GALISTEU et al, 2006).

No entendimento de Lunn (2007) a saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que outros que em grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, sociais e culturais. Assim, avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber. Uma boa saúde é essencial para que os idosos permaneçam independentes e desempenhem seu papel na família e na comunidade. Atividades permanentes de promoção á saúde e de prevenção a doenças conseguem prevenir ou retardar a instalação de doenças não transmissíveis e crônicas, tais como doenças cardíacas, AVC e câncer. Até o momento, a expectativa de vida saudável não na mesma proporção. Com o foco da nutrição em programas de saúde publica é agora voltada para melhorar a saúde e a qualidade de vida em faixas etárias mais velhas.

Mudanças demográficas no número de idosos têm diversas implicações para a saúde pública. Uma boa saúde é essencial para que os idosos permaneçam independentes e desempenhem seu papel na família e na comunidade. Atividades permanentes de promoção á saúde e de prevenção á doença conseguem prevenir ou retardar a instalação de doenças não-transmissíveis e crônicas, tais como doença cardíaca, AVC e câncer. Até o momento, a expectativa de vida saudável não aumentou na mesma proporção, com implicações na qualidade de vida e custo associados aos provedores de cuidados á saúde. O foco da nutrição em programas de saúde pública é agora voltado para melhorar a saúde e a qualidade de vida em faixas etárias mais velhas (LUNN, 2007).

Assim, a compreensão de qualidade de vida na velhice está atrelada ao significado de velhice dada pelo idoso onde devem ser consideradas as referências ás

mudanças do corpo, os contrastes sociais e culturais que caracterizam o curso de vida. O envelhecimento bem-sucedido não é um privilégio ou sorte, mas um objetivo a ser alcançado por quem planeja e trabalha para isso, sabendo lidar com as mudanças que efetivamente acompanham o envelhecer (PENNA, 2006).

3.2 O TRATO GASTROINTESTINAL DOS IDOSOS

Conforme Russel (apud CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000) é importante compreender os efeitos da idade no trato gastrointestinal, pois as mudanças podem afetar a necessidade nutricional da população idosa, bem como a sua dose de necessidade de medicamentos.

Há numerosos estudos sobre a diminuição da função gastrointestinal em virtude do avanço da idade, mas pouco se conhece acerca das alterações morfológicas. Na maioria dos casos, o funcionamento gastrointestinal mantém-se relativamente íntegro, porque há grande capacidade funcional no intestino, no pâncreas e no fígado. As mudanças clinicamente relevantes neste sistema, em humanos, incluem decréscimo no limiar do gosto; atrofia da mucosa gástrica, conseqüentemente menor produção de ácido clorídrico, diminuição do fator intrínseco e menor absorção da vitamina B12; e decréscimo no tamanho do fígado (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

- Alterações na percepção sensorial

As alterações sensoriais podem estar associadas ao decréscimo do apetite nas pessoas idosas. Essas mudanças abrangem declínio e eventual perda da acuidade visual, audição, olfato e sensação de gustação. Dentre todas as mudanças sensoriais, o olfato e a gustação interferem mais diretamente na ingestão de alimentos. Na terceira idade, um dos fatores mais relevantes na diminuição do consumo alimentar é a redução da sensibilidade por gostos primários doce, amargo, ácido e salgado. Estudos recentes demonstram que a dificuldade que o idoso possui para detectar o sabor doce dos alimentos o predispõe a adotar mais os alimentos, comportamento similar ocorre com relação ao sabor salgado. O idoso tende a concentrar o tempero dos alimentos para ajustá-lo ao paladar, que está alterado (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

- Alterações na capacidade mastigatória

A mastigação é importante para uma boa nutrição no idoso. Com o envelhecimento, os hábitos de mastigação mudam, acentuadamente, tanto nos homens como nas mulheres. Essas alterações na capacidade mastigatória do idoso são devidas ao aparecimento freqüente de cáries e doenças periodontais; às próteses totais ou parciais inadequadas ou em péssimo estado de conservação, e à ausência de dentes.

Esses fatores interferem no comportamento inicial do processo digestivo, favorecendo sua inadequação tanto no aspecto enzimático como no mecânico (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

- Alterações na composição e no fluxo salivar e na mucosa oral

As células das glândulas salivares são reduzidas em número nas pessoas idosas embora não tenha ainda sido demonstrada nenhuma ligação entre o envelhecimento e a redução da secreção salivar espontânea ou estimulada. Segundo Coutinho (1996), o fluxo da saliva e de seus componentes permanece estável durante todo o processo de envelhecimento. A saliva tem papel relevante no processo digestivo, na prevenção de cáries e das doenças periodontais e na lubrificação das mucosas. Nas pessoas idosas, os estudos que sugerem diminuição da função salivar têm sido confundidos com a presença de enfermidades e, ou, com uso de medicamentos (MAGNONI; CUKIER; OLIVEIRA, 2005).

- Alterações na estrutura e função do esôfago

Disfunções clinicamente significantes do esôfago são raras em todos os grupos de idade, embora leves mudanças tenham sido descritas com o envelhecimento. Isto inclui diminuição na amplitude das contrações e no número de ondas peristálticas após a deglutição do alimento e aumento no número de desordens nas contrações do corpo do esôfago (MAGNONI; CUKIER; OLIVEIRA, 2005).

- Alterações na estrutura e função estômago e intestino

A atrofia da mucosa gástrica no idoso resulta na menor produção de ácido clorídrico e na diminuição na secreção do fator intrínseco, provocando menor absorção da vitamina B12, com conseqüente instalação da anemia perniciosa. Esse tipo de anemia ocorre somente quando o idoso apresenta grave atrofia mucosa gástrica. O estômago com gastrite leve ou moderada continua a secretar fator intrínseco suficiente para prevenir a má absorção da vitamina B12, pelo mecanismo normal (MAGNONI; CUKIER; OLIVEIRA, 2005).

- Alterações no pâncreas

Em pessoas idosas, parece que o pâncreas é capaz de funcionar bem, sem condições de estresse, no entanto, sob a estimulação repetida com secretina ou colecistocinina, a secreção pancreática da referida população cai significativamente. Porém, a elevada prevalência de má digestão ou de absorção do carboidrato na velhice

pode ser resultante da exposição deste nutriente à colônia de bactérias presentes na flora intestinal (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

- Alterações na estrutura e na função do fígado e vias biliares

Com o envelhecimento, o fígado é submetido a algumas alterações anatômicas e funcionais. As alterações anatômicas compreendem diminuição do peso do fígado e do número de hepácitos e aumento de tecido fibroso. Consequentemente, em nível citoplasmático têm-se registrado mudanças que interferem na biotransformação dos fármacos na redução da tolerância a outros agentes normalmente excretados por esse órgão (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

- Diminuição da sensibilidade à sede

O estado de hidratação é outro fator de extrema relevância em geriatria. No idoso a desidratação torna-se freqüente podendo desencadear outras doenças como enfermidades infecciosas e cerebrovasculares, que, neste último caso, muitas vezes, apresenta-se como um quadro de delirium (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2008).

Sabe-se que a osmoliridade sérica mantém-se com a ingestão de líquidos e com a excreção renal de solutos. A sua regulação depende da sintonia entre a capacidade renal de concentrar e diluir a urina e a ingestão de água motivada pela sede. Deve-se considerar que a ingestão de líquidos depende dos fatores ambientais, psicológicos e fisiológicos, e que a capacidade de concentração renal diminui com a idade (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

A alteração na sensação de sede é atribuída à disfunção cerebral e, ou, à diminuição da sensibilidade dos osmorreceptores. No entanto, a menor ingestão de líquidos pode ainda ser decorrente de alguma debilidade física, pois, neste caso, existe certa dependência de outras pessoas. Este quadro de hipodipsia é agravado pela administração de diuréticos e de laxativos, muito freqüente nos idosos. Pouco consumo de água pelos idosos associada ao uso freqüente de diuréticos e laxantes, leva à desidratação (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

- Efeitos secundários dos fármacos

Os idosos sofrem com mais freqüência que os jovens efeitos adversos dos medicamentos. Isto é consequência da queda de suas funções vitais, da múltipla e simultânea medicação e de seu estado nutricional, muitas vezes deficiente nesta fase da vida. Os efeitos metabólicos e digestivos adversos, que alguns medicamentos de uso habitual em geriatria produzem, devem ser considerados na análise da ingestão de

alimentos (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000). Os referidos autores enfatizam que os mais freqüentes são:

- Tranqüilizantes e psicofármacos: favorecem o relaxamento e diminuem a absorção intestinal;
- Diuréticos e laxantes: ocasionam desidratação e depleção dos eletrólitos como magnésio, potássio e zinco;
- Antibióticos: alteram a absorção intestinal por destruição da flora. Provocam má absorção de carboidratos, vitamina B12, cálcio, ferro, magnésio e cobre e inibem a síntese protéica;
- Glicocorticóides: predisõem à gastrite, osteoporose (interferem na absorção do cálcio) e hiperglicemia e
- Analgésicos: favorecem as gastrites e úlceras.

A terceira idade, em geral, apresenta multiplicidade de doenças e, portanto, consome maior número de medicamentos.

3.3 IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA TERCEIRA IDADE

As necessidades nutricionais do idoso são influenciadas por numerosos fatores, tais como: estado geral de saúde; alterações na capacidade de mastigar e digerir os alimentos e de absorver e aproveitar os nutrientes; modificações no sistema endócrino e alterações no estado emocional e na saúde mental. É importante reconhecer a complexidade dos fatores que influenciam os indivíduos na sua seleção de alimentos. Diante dessas necessidades os idosos estão sob risco nutricional como resultado de múltiplos fatores fisiológicos, sociais, psicológicos e econômicos. O declínio natural das funções fisiológicas com a idade leva á menor eficiência na absorção e no metabolismo dos nutrientes. Nessa fase da vida, há maior incidência de doenças crônicas que, em associação com medicamentos, pode afetar a utilização de nutrientes. A solidão e a relutância para comer podem complicar uma deficiência marginal já estabelecida e a precariedade das condições sociais e econômicas pode afetar adversamente na escolha e nos hábitos alimentares.

Estes fatores incluem também a renda, composição familiar, hábitos e valores culturais, religião, etnia sexo. Escolhas alimentares inadequadas são perigosas para o idoso, pois os colocam diante de maior risco de má alimentação. Além disso, evidências sobre dietas ricas em gorduras ou pobre em vitaminas e antioxidantes podem propiciar doenças como Alzheimer, ou dietas específicas que podem auxiliar no tratamento de patologia como hipertensão. Portanto, os cuidados com alimentação incluem zelar pela

não deterioração do estado nutricional do indivíduo (MAGNONI; CUKIER; OLIVEIRA, 2005).

O estado nutricional é uma variável com importante implicação, tanto no aspecto quantitativo como qualitativo do envelhecimento. Visto que o envelhecimento resulta em redução das necessidades energéticas, alimentação dos idosos deve privilegiar alimentos com altos valores nutricionais como aqueles ricos em vitaminas, minerais e fibras. (SAMPAIO; SABRY, 2007).

A manutenção de uma estada nutricional adequado e a alimentação equilibrada está associada a um processo de envelhecimento saudável. O envelhecimento pode vir acompanhado de mudanças que podem alterar a ingestão de alimentos e conseqüentemente levar á deficiência de nutrientes e a quadros de desnutrição. (MAGNONI, 2005). Destacando a importância dos macronutrientes:

CARBOIDRATOS

Os carboidratos devem corresponder o valor energético total ingerido pelo idoso. Preferencialmente, devem prevalecer os carboidratos complexos, cujo índice glicêmico seja reduzido, como forma de minimizar os picos de hiperglicemia relacionados a intolerância á glicose. Deve-se limitar o consumo de carboidratos simples (SAMPAIO; SABRY 2007).

PROTEÍNAS

As recomendações sugerem uma ingestão apropriada de proteína de alto valor biológico. Vale mencionar o fato de que na presença de doenças, essas necessidades são maiores. As necessidades são capazes de manter mais satisfatoriamente o balanço nitrogenado positivo quando ajustado (SAMPAIO; SABRY, 2007).

LIPÍDIOS

O envelhecimento não modifica as necessidades de lipídios essenciais, e absorção e a digestão são mantidos e inalterados. Como o avançar da idade, há aumentando de gordura corporal, especialmente intramuscular intra-abdominal (SAMPAIO; SABRY 2007).

FIBRAS

As fibras são importantes na alimentação do idoso por amenizarem o quadro de obstipação de grande prevalência na população idosa. Destaca-se a importância do consumo simultâneo de líquidos para que as fibras possam exercer as suas funções (GALISA; ESPERANÇA, 2008).

ÁGUA

A desidratação é um dos maiores riscos para os idosos que podem não observar ou não dar atenção à sua sede. Com a idade, o mecanismo da sede pode tornar-se impreciso e os idosos podem passar longos períodos sem beber água. Os rins perdem gradualmente a capacidade de recapturar a água antes que ela seja eliminada na forma de urina, tendo como consequência alguns problemas, como desidratação, obstipação e outros. Recomenda-se a ingestão de 6 a 8 copos de água por dia (SAMPAIO; SABRY 2007 p. 28).

ALIMENTOS FUNCIONAIS

Funcionalidade é a propriedade dos alimentos que vai além de sua qualidade de fonte de nutrientes. O consumo de alimentos funcionais vem aumentando bastante como resultado de uma preocupação individual com a saúde. Os alimentos funcionais participam ativamente na prevenção e controle de doenças.

3.4 IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE

A atividade física apresenta diversos efeitos benéficos ao organismo, sendo recomendada como uma estratégia de promoção da saúde para a população. Entretanto vários estudos mundiais incluindo o Brasil apontam para um elevado índice de sedentarismo em todos os grupos etários, variando de 50% a mais de 80% na população mundial (MENDES et al., 2006). Atualmente vários estudos têm sido amplamente divulgados e discutidos na literatura científica a respeito dos benefícios da prática da atividade física associados à saúde e ao bem-estar, assim como os riscos que predispõe ao aparecimento e ao desenvolvimento de disfunções orgânicas relacionadas ao sedentarismo.

Desta forma, o crescente aumento da população idosa no mundo chama a atenção para diversos aspectos, como saúde, educação, exercícios. Um desses aspectos é a mudança de comportamento em relação à prática de atividades físicas sistematizadas. Observa-se cada vez mais pessoas com mais 60 anos praticando exercícios (KUWANO; SILVEIRA, 2002).

Aos poucos a sociedade como um todo e principalmente a população idosa começam a ver atividade física como uma forma de prevenção e reabilitação da saúde, fortalecendo os elementos da aptidão física que se acredita estar diretamente associados com a independência e a autonomia do idoso, permitindo prolongar por mais tempo a execução das atividades da vida diária, tanto as físicas, quanto as instrumentais (KUWANO; SILVEIRA, 2002).

Um idoso que durante toda a sua trajetória – infância, adolescência e vida adulta – procurou hábitos de vida saudáveis, encontra na terceira idade um perfeito equilíbrio. Tal equilíbrio irá proporcionar-lhe habilidades para desenvolver atividades de vida diárias, tais como: caminhar e levantar sem auxílio e atividades de alto cuidado (como tomar banho, alimentar-se sem auxílio), bem como atividades instrumentais da vida diária, como a capacidade de preparar e servir o próprio alimento, operar o telefone, utilizar meios de transporte, lavar sua roupa, fazer pequenas compras e administrar os próprios medicamentos (KUWANO; SILVEIRA, 2002).

Os principais benefícios fisiológicos podem considerar aspectos cardiovasculares e respiratórios, neuromusculares, bioquímicos, antropométricos, entre outros. Em nível cardiovascular, o exercício proporciona a diminuição da frequência cardíaca (FC) em repouso; aumento do débito cardíaco; aumento do consumo máximo de oxigênio (VO₂); normalização mais rápida da frequência cardíaca após o exercício;; controle da pressão arterial; melhora da circulação periférica; aumento da relação vasos capilares/fibras do miocárdio e das fibras musculares lisas; desenvolvimento das artérias coronárias; conseqüente melhora cardiorrespiratória; ativação das enzimas antioxidativas; aumento da atividade glicolítica da insulina; aumento da função das mitocôndrias das fibras musculares do miocárdio e das fibras musculares lisas; diminuição dos níveis de catecolaminas; diminuição da coagulabilidade sanguínea; aumento do HDL (lipoproteína de alta densidade) e diminuição do LDL (lipoproteína de baixa densidade); aumento da atividade glicolítica da insulina; melhor controle da glicemia; melhora do perfil lipídico; melhora da densidade mineral óssea ou manutenção das perdas; aumento da força e massa muscular; controle do peso corporal, melhora da mobilidade e flexibilidade. Além desses benefícios ainda se destacam os psicológicos e sociais (BUSNELLO, 2007).

Os parágrafos anteriores apresentam características biológicas que são alteradas em função da prática da atividade física, porém cabe ressaltar que existem outros aspectos muito importantes, alguns semelhantes aos salientados, e que são, normalmente, relatados pelos idosos ativos, sendo eles: segurança no dia-a-dia em função do domínio corporal; melhor mobilidade articular; sustentação; locomoção; coordenação e reação; habilidades; respiração; e também um meio de cura da depressão, ou melhor, enfrentamento das situações inerentes ao envelhecimento, tais como perdas, aposentadorias, vazios, solidão, angústia, entre outras (BUSNELLO, 2007).

Se analisarmos todos os itens abordados como benefícios que a atividade física proporciona, consideraríamos que eles afetam diretamente os declínios provindos do envelhecimento, pois poderíamos citar os problemas ou perdas como o oposto dos benefícios, portanto, a atividade física é essencial ao processo de envelhecimento.

4 METODOLOGIA

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1) foi obtido através do contato prévio com o entrevistado ou seu cuidador.

4.2 TIPO DO ESTUDO

O estudo do tipo descritivo exploratório, Segundo Cervo e Bervian (2002, 67) a pesquisa descritiva observa, registra e analisa os fatos. Tanto os estudos descritivos e exploratórios, “favorecem na pesquisa mais ampla e completa, as tarefa da formulação clara do problema [...] comumente se incluem nesta modalidade os estudos que visam identificar as representações sociais e o perfil de indivíduos e grupo.

4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

A amostra foi composta por 20 idosos ($n = 20$) residentes em Natal. Foram feitas visitas domiciliares e outro grupo foi acompanhado no Seminário de São Pedro, onde residem. Foram utilizados como critérios de inclusão: idade acima ou igual a 60 anos e idosos com funções cognitivas integras.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de março e abril de 2009. Os entrevistados foram avisados com antecedência o horário e o local da entrevista garantindo o mínimo de risco, dando a estes os esclarecimentos possíveis, sobre a pesquisa.

Foram aplicados questionários com questões fechadas sobre: gênero, grau de escolaridade, renda, condições de moradia, lazer, prática de atividade física, presença de doenças crônicas, intercorrências gastrointestinais e sobre alimentação (Apêndice 2).

4.5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

No momento da entrevista foi realizada a aferição do peso e estatura para posterior classificação do IMC. Para tanto foram utilizados os valores expressos no Quadro 1.

IMC (kg/m²)	ESTADO NUTRICIONAL
<22	Magreza
22-27	Eutrofia
>27	Excesso de Peso

Quadro 1: Classificação do IMC de idosos

Fonte: (Lipschitz, 1994 apud BUSNELLO, 2007, p. 21).

Foi feita a circunferência da panturrilha da clientela estudada.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a tabulação dos dados foi utilizado o software Excel 5.0, estabelecendo-se as médias, desvios padrões e percentuais em gráficos e tabelas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

Quanto a caracterização da clientela observou-se uma predominância 65% da faixa etária entre 75 a 84 anos com relação ao grau de escolaridade verificou-se (65%) apresentava 3º grau completo e 15% pós graduação e 20% ensino fundamental.

A Figura 1 apresenta a distribuição percentual da clientela segundo a renda familiar, observando-se que mais da metade dos entrevistados (55%) apresentaram renda igual ou maior que cinco salários mínimos (30%) apresentaram renda igual a quatro salários mínimos e (15%) renda igual ou inferior a dois salários mínimos

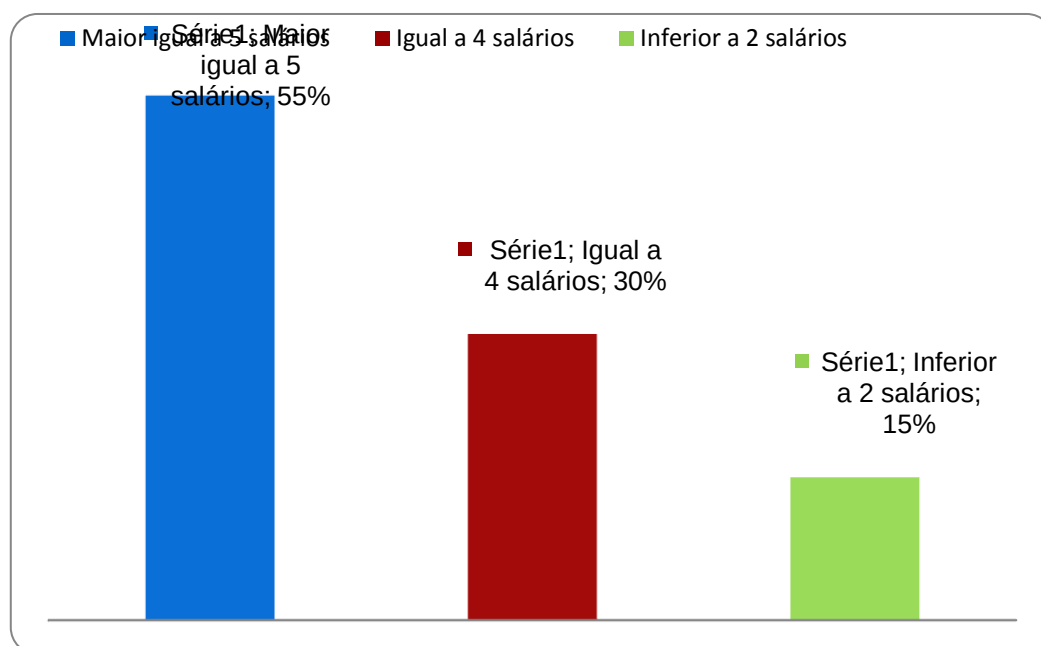


Figura 1: Caracterização da clientela segundo a renda familiar.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Segundo Busnello, em relação ao baixo poder aquisitivo, a diminuição da ingestão alimentar é agravada pela exclusão dos idosos no mercado de trabalho e pelo baixo valor mensal proporcionado pela aposentadoria recebida. A má distribuição de renda brasileira também ocorre entre os idosos. Efetivamente, os idosos continuam a ter responsabilidades tanto para com sua família, quanto para consigo (BUSNELLO, 2007). Desta forma, aqueles que possuem uma renda familiar equilibrada conseguem, ao menos, manter suas necessidades básicas, a fim de que isso possa ajudar na melhoria da qualidade de vida.

A Figura 2 demonstra a distribuição percentual da clientela considerando a frequência na prática da atividade física. Observou-se que 20% dos entrevistados

praticam atividade física um a dois vezes/semana; 5% praticam três vezes/semana e 10% praticam atividade diariamente, no entanto, o percentual da clientela sem prática de atividade física foi superior à metade do grupo entrevistado (65%).

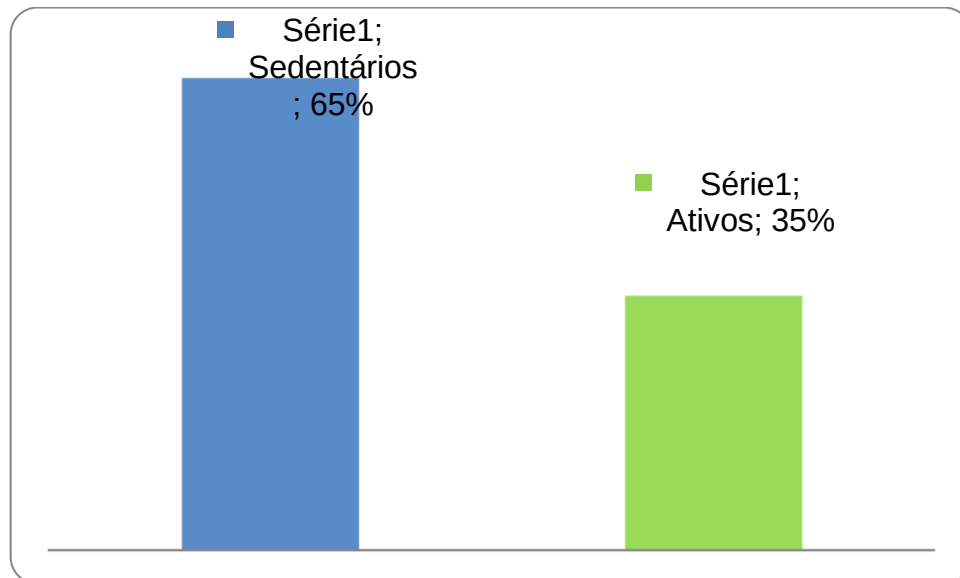


Figura 2: Caracterização da clientela segundo a prática da atividade física.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Blini (2005) afirma que envelhecer não quer dizer ficar parado. Os benefícios da atividade física para os idosos são valiosos, desde a boa circulação sanguínea, sensação de bem-estar até a transformação de vida social. A prática de atividade física normalmente está diminuída nos idosos, em razão de alterações orgânicas e fisiológicas, além da presença de doenças (artrites, neurológicas, como Parkinson e acidente vascular cerebral, osteoporose) que podem conduzir à incapacidade física, dificultando o ato de locomover-se ou movimentar-se (SILVA; MURA, 2007).

De acordo com a Figura 3 observou-se uma considerável prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os entrevistados: 50% apresentavam hipertensão; 10%, diabetes melitus; 5% diabetes melitus associado à hipertensão e 20% diabetes melitus associado à hipertensão e dislipidemias. E, apenas 15% não relataram presença de doenças crônicas não transmissíveis.

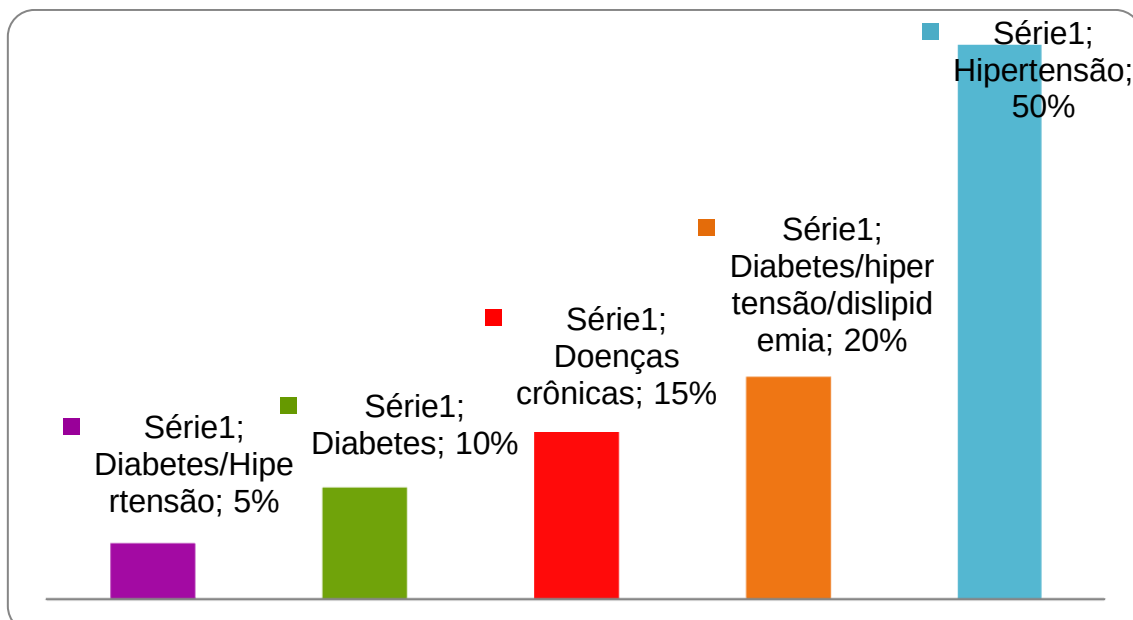


Figura 3: Distribuição percentual da clientela segundo a presença de doenças crônicas não transmissíveis. Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Com o envelhecimento populacional, há um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, ocasionando uma mudança de paradigma na saúde pública. Constatase que juntamente com o aumento do número de idosos houve o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. Os idosos constituem a população mais acometida pelas doenças crônicas (MARTINS; RIBEIRO; SILVA, 2008).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são freqüentemente encontradas, em idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. E o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior capacidade funcional (ALVES et al, 2007).

Os fatores que determinam longevidade bem-sucedida, ou seja, aquelas em que adia ao máximo o aparecimento de doenças e incapacidade são múltiplas e complexas. Um dos mais relevantes e plenamente modificáveis é, sem dúvida, a nutrição. Refere-se aqui à nutrição não somente na idade avançada, mas também aquela que se cultiva ao longo da vida, ou mesmo antes do nascimento, na vida intra-uterina. Diversas intervenções envolvendo suplementação de determinados nutrientes têm sido propostas como capazes de assegurar expectativa de vida livre de incapacidades. Infelizmente,

para a maioria delas, não se dispõe de evidência inequívoca de efetividade (SAMPAIO; SABRY, 2007).

A Figura 4 apresenta a prevalência de intercorrências gastrointestinais, observando-se que 45% apresentaram constipação, 10% dores epigástricas, 10% diarreia e 35% não relataram intercorrências.

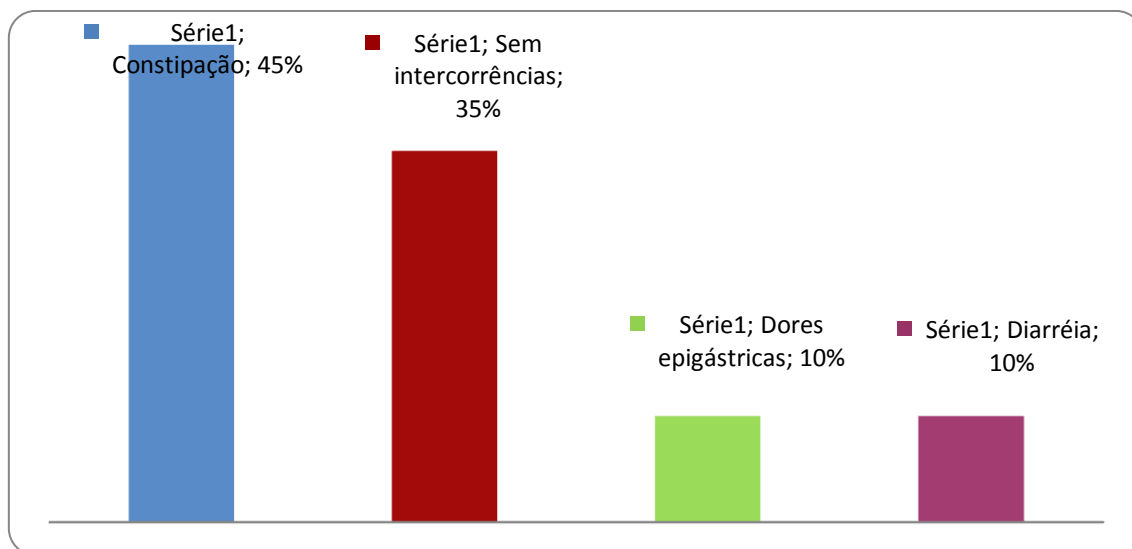


Figura 4: Distribuição percentual da população estudada segundo a prevalência de intercorrências gastrointestinais.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Há muitas evidências que mostram que a idade é um importante determinante da função gastrointestinal. Além das mudanças na percepção do sabor, o ato de se alimentar pode estar comprometido por causa da diminuição do fluxo salivar e presença de disfagia e/ou odinofagia. Em consequência disso, a secreção de ácido gástrico, do fator intrínseco e da pepsina está diminuído, o que pode reduzir a biodisponibilidade de vitaminas B12, folato, cálcio e ferro (RAMOS; OLIVEIRA, 2002).

De acordo com Curiati (1994), a constipação é uma queixa constante na população idosa, seja na situação ambulatorial, seja em pacientes acamados por longos períodos em seu domicílio ou em instituições. Pacientes constipados apresentam dor e esse quadro normalmente conduz a diminuição da ingestão alimentar. No idoso isso representa um ponto negativo tendo em vista a depleção do estado nutricional comum na idade (Curiati, 1994 apud RAMOS; OLIVEIRA, 2002).

5.2 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Os gráficos a seguir apresentam a distribuição percentual da clientela de acordo com a frequência do consumo dos alimentos baseando-se nos grupos alimentares propostos pela pirâmide alimentar (PHILIPPI, 2008).

Em relação ao consumo de cereais (arroz, pão, massa, batata e mandioca), Figura 5, observou-se que 50% têm hábito de consumir diariamente, 35% x por semana e 15% 2 x por semana.

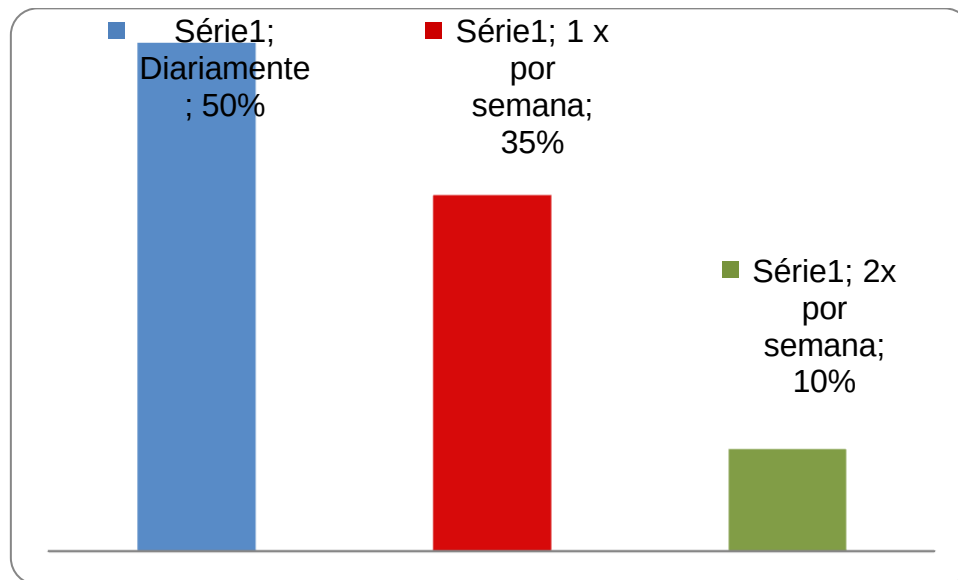


Figura 5 Distribuição percentual da população estudada com relação a frequência no consumo de cereais
Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Entre os fatores que podem condicionar a qualidade de vida e a longevidade do ser humano, a alimentação é um dos principais. Várias mudanças anatômicas e funcionais decorrentes do processo de envelhecimento, bem como as grandes doenças associadas à velhice, podem ser atenuadas com uma alimentação adequada nos seus aspectos dietéticos e nutritivos. Nesse contexto, está cada vez mais claro que é preciso compreender as mudanças que ocorrem no envelhecimento e os demais fatores que afetam o consumo alimentar do indivíduo idoso, para auxiliar na sua alimentação (COSTA–ROSA et al, 2003).

O consumo diário do grupo de cereais é um ponto positivo, pois este grupo é fonte de carboidrato complexo que ajuda a diminuir a utilização de proteínas como fonte de energia. Fato comum em idosos em virtude de todas as alterações fisiológicas. Mais importante ainda é quando esses cereais são dos tipos integrais, pois além de carboidrato complexo, são fontes de fibra e vitaminas do complexo B.

O processo de envelhecimento coincide com uma redução progressiva dos tecidos ativos do organismo, perda da sua capacidade funcional e modificação das funções metabólicas. Estas características biológicas e funcionais se agregam à pobreza, o analfabetismo, a cultura, a solidão e a uma série de enfermidades que associam direta ou indiretamente com a quantidade e qualidade de alimentos consumidos. Outro ponto que deve ser considerado é a utilização freqüente crônica de medicamento, exatamente pela natureza das patologias mais freqüentes, que interferem na ingestão e absorção de alimentos, assim como na utilização biológica dos nutrientes (COSTA-ROSA et al, 2005).

No que diz respeito ao consumo de hortaliças os resultados do estudo mostram que 100% dos entrevistados consomem diariamente.

Segundo RIQUE e PORTELLA (2008), sugere-se o consumo diário de hortaliças na dieta, contribui para diminuir o risco de doenças crônicas não transmissíveis, por ser considerados alimentos de baixa densidade energética, que fornecem fibras, vitaminas e minerais. Para idosos, recomenda-se que aqueles que não conseguem mastigar possam fazer uso deste grupo cozido, a fim de facilitar a ingestão. Desta forma mantém-se o aporte de vitaminas do complexo B um dos maiores déficits na alimentação dos idosos.

Com relação a ingestão de frutas, Figura 6, verificou que a maioria dos entrevistados consomem frutas diariamente.

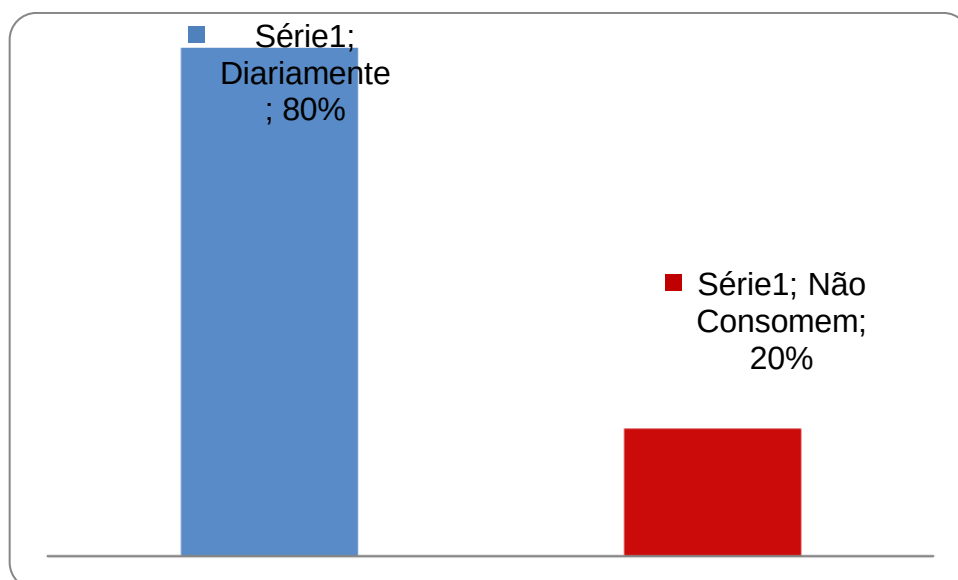


Figura 6: Distribuição percentual da população estudada considerando a frequência no consumo de frutas. Fonte: Dados da pesquisa (2009).

Novos estudos reforçam cada vez mais a importância dos alimentos funcionais para uma vida saudável e a boa notícia é que as frutas estão entre os principais objetos de atenção dos pesquisadores. Estas são capazes de proteger células contra processos degenerativos e de envelhecimento, prevêm uma lista de doenças, revitalizam sistemas inteiros. A melhor biodisponibilidade das vitaminas e minerais encontra-se nas frutas. Além da capacidade antioxidante, exerce efeito protetor e diminui os riscos de morte relacionados a doenças coronárias e acidente vascular cerebral por meio da modificação da atividade plaquetária, concentração de homocisteína, pressão sanguínea. Além disso, o consumo elevado de frutas reduz o risco de câncer (PHILIPPI, 2008).

Na Figura 7, observa-se que a maioria da população estudada afirma consumir carnes aves e peixe diariamente.

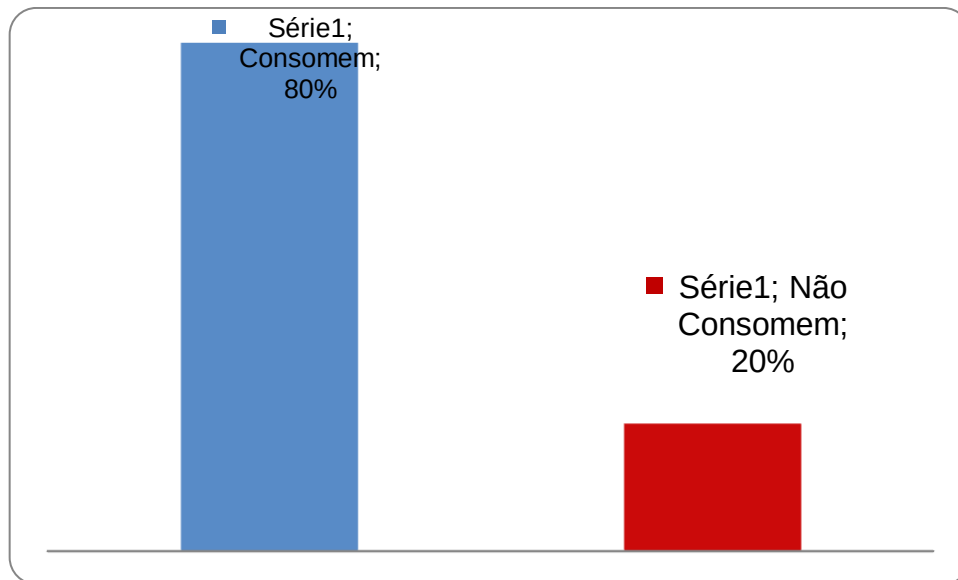


Figura 7: Distribuição percentual da população estudada considerando da população o consumo de carnes aves e peixe.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

A proteína tem um papel muito importante, fazem parte do grupo dos alimentos construtores, esse grupo está relacionado com alimentos fontes de ferro. O grupo das carnes está representado no terceiro nível da pirâmide dos alimentos, é composto por alimento de fonte de proteína de alto valor biológico, também chamadas proteínas completas. Para os idosos as proteínas de alto valor biológico são importantes, pois ajudam a diminuir as perdas protéicas inerentes a idade. Além disso, as carnes são fontes de vitamina B12, a qual tem papel fundamental no funcionamento cognitivo dos idosos. (PHILIPPI, 2008).

O consumo adequado de carnes diminui a probabilidade de suplementação medicamentosa de vitamina B12 e ácido fólico. Com o envelhecimento, as necessidades de energia vão diminuindo, porém as necessidades dos nutrientes aumentam. Por isso, devem-se priorizar alimentos de alto valor nutricional, como as carnes.

Quanto ao consumo de leite, figura 8, observa-se que 80% consomem leite diariamente e 20% consomem duas vezes ao dia

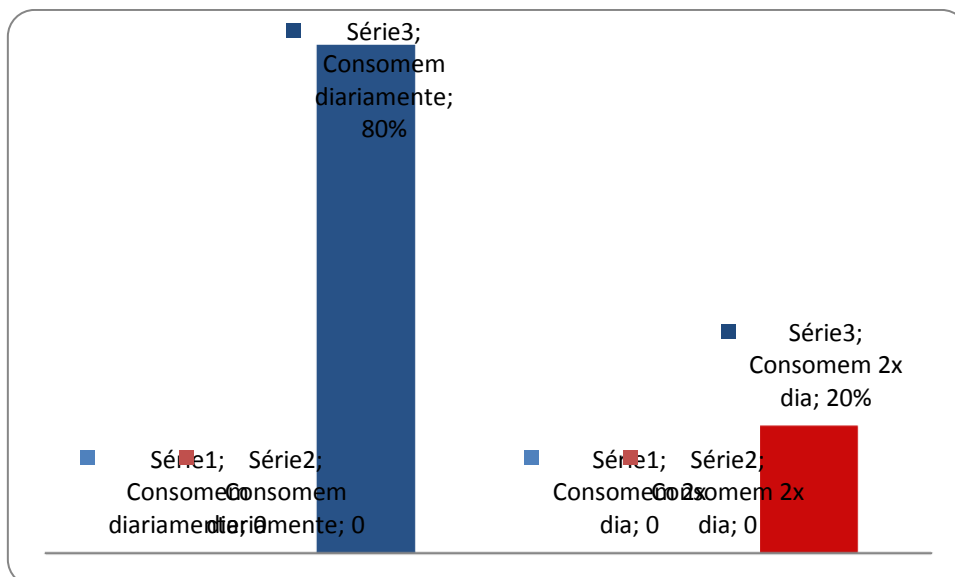


Figura 8: Distribuição percentual da população estudada considerando a frequência no consumo de leite
 Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Homens e mulheres com mais de 65 anos precisam de uma dose elevada de cálcio para suprir a necessidade desse mineral, deve-se consumir diariamente, pelo menos, o equivalente a seis copos de leite, de preferência desnatado (PHILIPPI, 2008).

Admite-se que a absorção de cálcio dietético seja de 30 a 50% da quantidade ingerida por ambos os sexos, variando particularmente a partir dos 60 anos. Mulheres com idade superiores a 80 anos tendem a absorver apenas 26% do mineral consumido.

Além de o uso alimentar e da interação, a acidez gástrica exerce papel importante na absorção de cálcio. Sabe-se que acidificação do bolo alimentar aumenta a disponibilidade do mineral presente nos alimentos em origem vegetal, melhorando a solubilidade do mesmo (BUSNELLO 2007).

A Figura 9 apresenta a frequência no consumo de azeite de oliva. Observa-se que 90% consomem azeite de oliva diariamente.

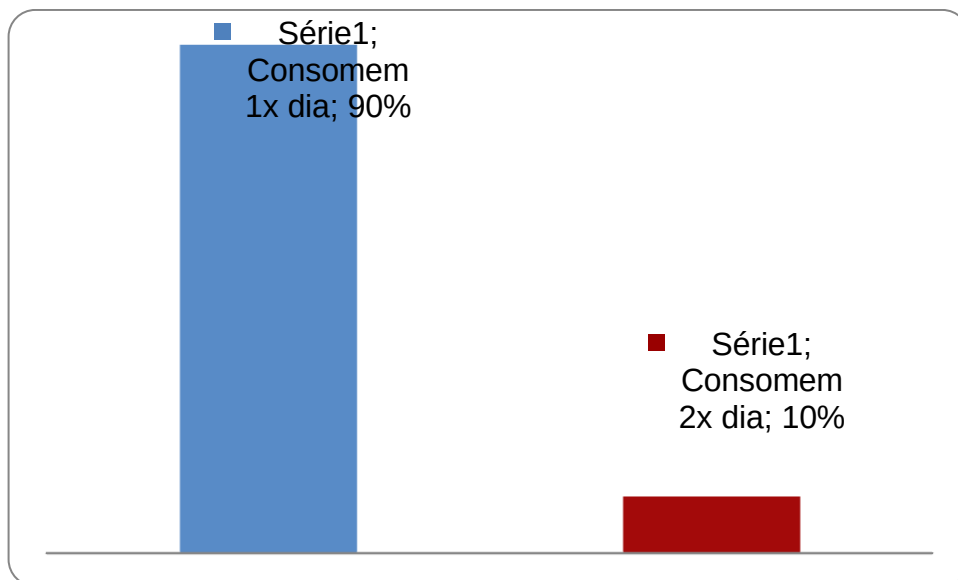


Figura 9: Distribuição percentual da população estudada considerando a frequência no consumo de azeite de oliva.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

As gorduras de origem vegetal são as consideradas mais saudáveis, pois não colaboram com o aumento do colesterol no nosso sangue. Destas, algumas merecem destaque: azeite de oliveira, óleo de canola ou de soja.

As gorduras de origem animal devem ser consumidas com cautela, pois contêm em sua composição colesterol. Uma exceção a essa regra são os peixes, cujo tipo de gorduras presentes é bastante saudável ao nosso coração.

Os óleos e gorduras são muito importantes na alimentação, uma vez que fornecem energia, ácidos graxos essenciais e são veículos de vitaminas lipossolúveis e antioxidantes. A sua escolha e inclusão são imprescindíveis na composição de uma dieta saudável (PHILIPPI, 2008).

Na Figura 10 pode-se observar o consumo de açúcares e doces, tendo sido verificado que a grande maioria não consome açúcar simples.

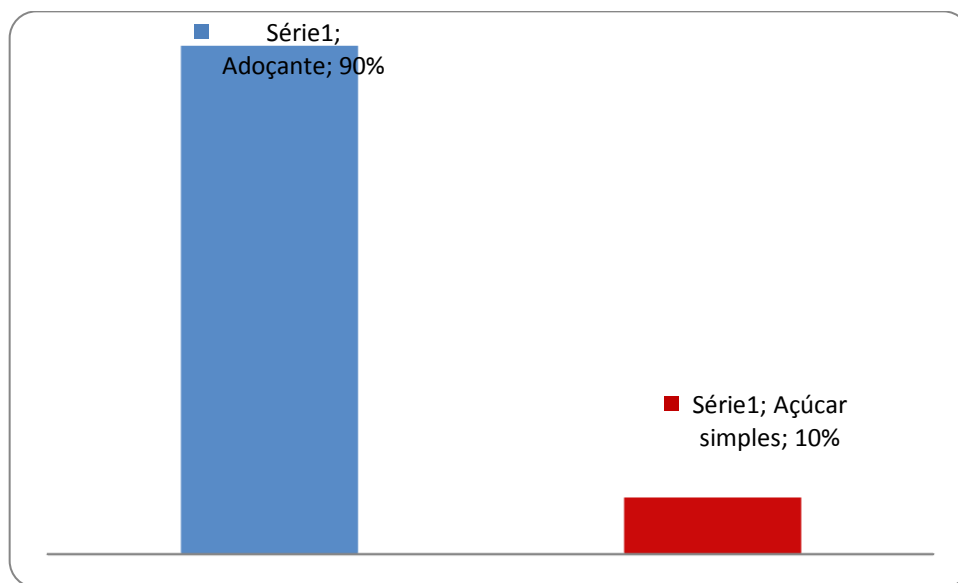


Figura 10: Distribuição do percentual da população estudada considerando a frequência no consumo de açúcares e doces.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

A ingestão de açúcar na dieta do idoso não deve ser estimulada, pois seu uso excessivo na alimentação relaciona-se à maior incidência de cárie dental e alteração dos níveis lipídicos e glicêmicos.

O grupo dos açúcares e doces, representando no ápice da Pirâmide dos Alimentos, é formado por alimentos compostos predominantemente por açúcares, termo atualmente empregado para designar os carboidratos do tipo monossacarídeos e dissacarídeos.

Uma ingestão elevada de açúcares diminui a qualidade nutritiva da dieta, pois aporta uma quantidade considerável de energia inadequada em nutrientes.

Sem dúvida, considerando-se a necessidade de uma dieta que garanta a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida, todos os nutrientes reconhecidamente essenciais devem ser considerados na elaboração de um plano alimentar. O avanço na ciência tem possibilidade o conhecimento dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento de doenças, na perspectiva de aumentar a esperanças de vida. À medida que se conquistam novos conhecimentos nesse sentido nasce à possibilidade de maior longevidade do ser humano. É importante, portanto, uma compreensão ampla do processo do envelhecimento, para que este possa ser acompanhado de maior qualidade de vida. (TIRAPEGUI, 2006).

5.3 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

De acordo com a Figura 11 verificou avaliação antropométrica do estado nutricional de acordo com IMC, tendo sido visto que 10% dos entrevistados apresentaram magreza 15% sobrepeso e a maioria, 75% eutrofia.

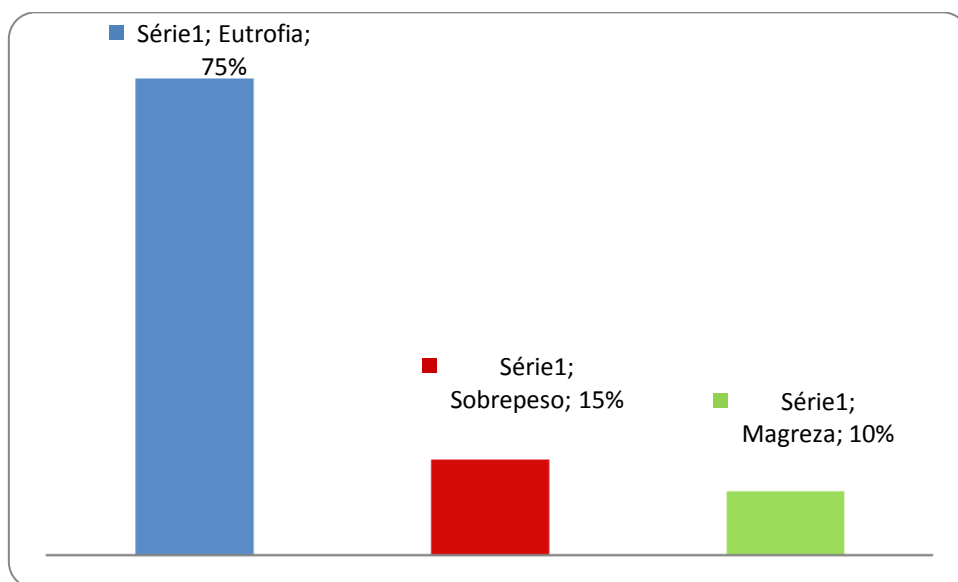


Figura 11: Distribuição percentual da população segundo do estado nutricional o índice de massa corporal (IMC).

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Avaliação antropométrica é um dos parâmetros importantes para avaliar o estado nutricional. No idoso torna-se ainda mais importante tendo em vista todos os processos fisiológicos que conduz a depleção nutricional. É comum observar, nesta clientela, a depleção de massa magra e aumento de tecido adiposo na região abdominal. Ambas as alterações são significativas, uma vez que os idosos são susceptíveis às doenças e o estado nutricional é fator determinante para o bom resultado de uma terapia (RAMOS; OLIVEIRA, 2002).

A Figura 12 apresenta a classificação percentual dos entrevistados de acordo com a circunferência da panturrilha. Verificou-se que 75% apresentaram valores maiores ou iguais a 35 cm e 25% apresentou valores inferiores a 35 cm.

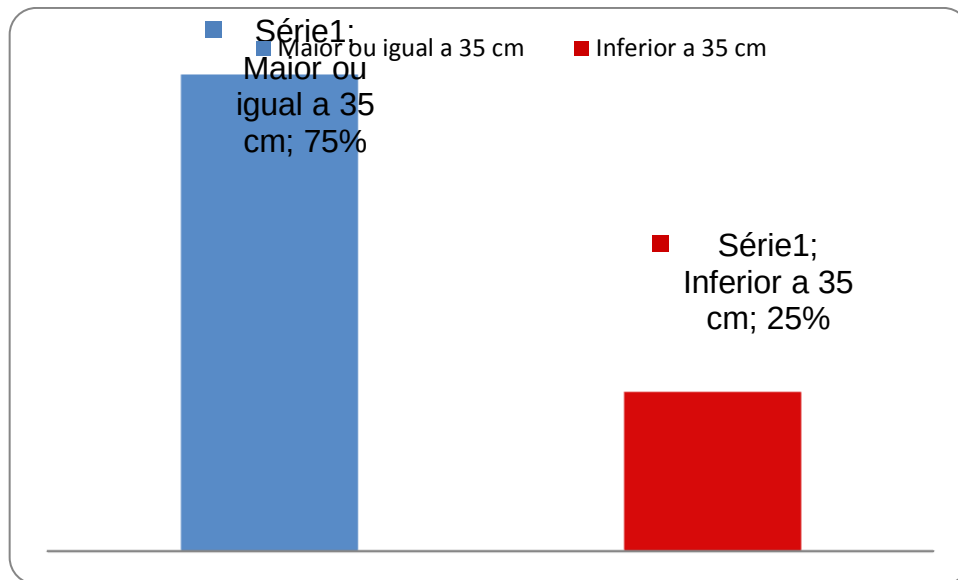


Figura 12: Distribuição percentual da classificação do estado nutricional segundo o perímetro da panturrilha (PP)

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

A circunferência da panturrilha é aquela que fornece a medida mais sensível da massa muscular nos idosos. Esta medida indica alterações na massa magra que ocorrem com a idade e com o decréscimo na atividade física (NACIF; VIEBIG, 2007). Neste estudo não foram vistos pacientes com perdas expressivas da massa magra, de acordo com a circunferência da panturrilha, provavelmente por se tratar de uma clientela com uma situação econômica favorável. O que não descarta a necessidade de manter um acompanhamento nutricional antropométrico, a fim de evitar manter um controle e realizar uma triagem nutricional.

6 CONCLUSÕES

- Quanto à caracterização da clientela observou-se uma predominância 65% da faixa etária entre 75 a 84 anos com relação ao grau de escolaridade verificou-se (65%) apresentava 3º grau completo e 15% pós graduação e 20% ensino fundamental;
- Com relação à caracterização da clientela observou-se que boas partes não praticavam atividade física, tendo sido destacado a prevalência da hipertensão em mais da metade dos entrevistados. Observou-se a constipação como sendo a principal intercorrência gastrointestinal relatada pelos entrevistados;
- Quanto à avaliação antropométrica que a maior parte dos entrevistados apresentou-se na eutrofia de acordo com o índice de massa corporal e não apresentaram perda de massa muscular de acordo com a circunferência da panturrilha.
- Quanto à avaliação qualitativa do consumo alimentar, verificou-se uma frequência adequada no consumo de cereais, frutas, hortaliças, carnes, leites e derivados e azeites. Além de ter sido observado que a maioria não consome açúcares simples;
- Mesmo diante dos bons resultados é válido ressaltar a importância do nutricionista, a fim de manter o bom estado nutricional dos idosos, principalmente por se tratar de uma clientela vulnerável às alterações orgânicas e funcionais. O nutricionista deve ainda, estar consciente das condutas, associada ao domínio cognitivo dos fatores que afetam o consumo alimentar dos idosos, auxiliando, assim, na melhoria do seu estado nutricional.

Os bons resultados, tanto com relação à avaliação antropométrica, quanto com relação à avaliação qualitativa do consumo alimentar pode ser atribuído ao fato de ser uma clientela que apresenta boas condições sócio-econômicas.

REFERÊNCIAS

ALVES et alli. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, 2007.

ANDERSON, M. I. et alli. **Saúde e qualidade de vida na terceira idade**.

BLINI, W. (org). **Salvando vidas com a medicina natural**. São Paulo: Unier/DCL, 2005.

BUSNELLO, F. M. **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMPOS, M.T. F. de S; MONTEIRO, Josefina B. Resende; ORNELAS, Ana Paula R. de Castro. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, set./dez., 2000.

COSTA-ROSA, T. E. et alli. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2003.

CUPPARI, L. **Nutrição: nutrição clínica no adulto**. 2 ed. Barueri (SP): Manole, 2005, p. 89-127.

FERREIRA, M. et al. **Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade**. Revista brasileira de medicina do esporte, Niterói, vol. 11. n. 3, pp. 5-6, 2005.

GALISA, Mônica Santiago; ESPERANÇA, Leila Maria Boscólia.; SÁ, Neide Gaudenci de. **Nutrição, conceitos e aplicações**. São Paulo: M.Books, 2008.

GALISTEU, Kátia J. et al. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arquivo Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 13, n. 4, p. 209-214, 2006.

KUWANO, Vanessa Gracieli; SILVEIRA, Alexandre Miyaki da. Influência da atividade física sistematizada na autopercepção no idoso em relação às atividades da vida diária. **Revista da Educação física**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 35-37, 2002.

LUNN, Joanne. Nutrição e envelhecimento saudável. **Revista Nutrição em pauta**, São Paulo, ano 15, n. 85, p. 5-9, 2007.

MAGNONI, Daniel; CUKIER, Celson; OLIVEIRA, Patrícia Amante de. **Nutrição na terceira idade**. São Paulo: Sarvier, 2005.

MAGNONI, Daniel; CUKIER, Celson; OLIVEIRA, Patrícia Amante de. Nutrição no idoso: indicação e discussão de “dietas da moda” e geriatria. **Revista Brasileira de Nutrição clínica**, São Paulo, 21(1): pp. 48-53, 2006.

MAGNONI, Daniel; STEFANUTO, Aliny; KOVACS, Cristiane. **Nutrição ambulatorial em cardiologia**. São Paulo: Sarvier, 2007.

MARTINS, Bruna Santos; RIBEIRO, Heloísa M. da Silveira; SILVA, Jeane de Oliveira Rocha. **Fatores determinantes do estado nutricional em idosos institucionalizados**, Monografia de conclusão de curso (Graduação nutrição) - Faculdade de Ciências da saúde da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, Governador Valadares, MG, 2008.

MENDES, B. et al. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v.6, supl. 1, maio 2006.

NACIF, Márcia; VIEBIG, Renata Furlan. **Avaliação antropométrica nos ciclos da vida: uma visão prática**. São Paulo: Metha, 2007.

PENNA, Fabíola Braz & ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 2, 2006.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Pirâmide dos alimentos**: fundamentos básicos da nutrição. Barueri/SP: Manole, 2008.

RAMOS, Simone Cordeiro; OLIVEIRA, Maria Núbia Gama. Constipação intestinal no idoso: A Fibra Como Tratamento e Prevenção. **Revista Nutrição em pauta**, São Paulo, ano 15, n. 54, mai./jun 2002.

RIQUE, Ana Beatriz; PORTELLA, Emilson. **Novos conceitos de alimentação saudável. Tabela de Equivalências**. São Paulo: Tecmedd, 2008.

RODRIGUES, M. C.; LEAL, C. A. R. A.; GARCIA, P. C. O. A extensão buscando contribuir na melhoria da qualidade de vida dos idosos. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez 2003.

SALGADO, Jocelim Mastrodi. **Alimentos inteligentes**: saiba como obter mais saúde por meio da alimentação. Rio de Janeiro: Prestígio, 2005.

SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho & SABRY, Maria Olganê Dantas. **Nutrição em doenças crônicas**: prevenção e saúde. São Paulo: Atheneu, 2007.

SILVA, Sandra M. Chemin S. da; MURA, Joana D'Arc Pereira. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Rocca, 2007.

TIRAPGUI, Julio. **Nutrição**. Fundamentos e aspectos atuais. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por _____, RG nº _____ em pleno exercício dos meus direitos, me disponho a participar, como voluntário (a) da pesquisa “Caracterização da qualidade de vida de idosos do Seminário de São Pedro, localizado em Natal-RN” sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Teixeira de Lima Oliveira.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado(a) pelas pesquisadoras, de que:

- ✓ O objetivo da pesquisa é fazer uma avaliação nutricional de idosos, no intuito de observar as principais alterações nutricionais que acometem estas pessoas;
- ✓ A pesquisa se justifica pela necessidade de ampliar os conhecimentos sobre as alterações supracitadas, em busca de medidas que possam vir a melhorar a qualidade de vida dos idosos, através da nutrição;
- ✓ Os dados serão coletados através das seguintes técnicas e instrumentos: formulário que contém perguntas e ficha de avaliação antropométrica;
- ✓ Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização;
- ✓ Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais;
- ✓ Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone _____;
- ✓ Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma.

Natal, ____ de _____ de ____.

Participante

Eu, _____ declaro que forneci todas as informações
referentes ao projeto ao participante e/ou
responsável. _____

Pesquisador (a)

APÊNDICE B: PROTOCOLO NUTRICIONAL

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

PROTOCOLO NUTRICIONAL

1- Ficha de dados gerais do paciente

Nome: _____ N°: _____

Gênero: () M () F Data de Nascimento: ____/____/____

Profissão: _____

Endereço: _____ Telefone (contato): _____

Queixas principais:

2 – Faixa etária

- ☐ 60 – 65
☐ 66 – 74
☐ 75 – 84
☐ 85 – 90
☐ Mais de 90 anos

3 – Grau de escolaridade

- ☐ Ensino fundamental completo
☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino médio completo
☐ Ensino de 3ª Grau incompleto
☐ Ensino de 3ª Grau completo
☐ Ensino de pós-graduação

4 Renda familiar:

- ☐ 1 SM
☐ 2 SM
☐ 3 SM
☐ 4 SM
☐ 5 SM
☐ Mais de 5 SM

5 – Residência:

- ☐ própria ☐ alugada ☐ em residência de familiares ☐ outros

6 – Número de residentes, além de você:

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ mais de 3 ☐ mora sozinho

7 – Lazer:

- ☐ cinema ☐ teatro ☐ reuniões familiares ☐ igreja

Outros: _____

8 – Realização de atividade física:

- ☐ sim ☐ não

9 – Frequência da atividade física:

- ☐ 1x/semana ☐ 2x/semana ☐ 3x/semana ☐ diariamente

10 – Tipo de atividade física:

- ☐ caminhada ☐ hidroginástica ☐ dança de salão

Outros: _____

11 – Prevalência de doenças crônicas:

L) consumo de açúcar simples ou adoçante:

☐ açúcar simples ☐ adoçante

M) Consumo de azeite de oliva extra virgem:

☐ 1x/semana ☐ 2x/semana ☐ 3x/semana
☐ diariamente – 1x/dia ☐ diariamente – 2x/dia
☐ nunca