

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

CURSO DE NUTRIÇÃO

CARLA TATIANA LINS DE OLIVEIRA FERREIRA

**PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DOS IDOSOS DO PROJETO VIVER MELHOR DO
MUNICÍPIO DE SENADOR ELOI DE SOUZA/RN**

NATAL/RN

2010

CARLA TATIANA LINS DE OLIVEIRA FERREIRA

PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DOS IDOSOS DO PROJETO VIVER MELHOR DO
MUNICÍPIO DE SENADOR ELOI DE SOUZA/RN

PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DOS IDOSOS DO PROJETO VIVER MELHOR DO
MUNICÍPIO DE SENADOR ELOI DE SOUZA/RN

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Nutrição da
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito
obrigatório para obtenção do grau de Nutricionista.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação de Nutrição da
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento
do Rio Grande do Norte, como requisito
obrigatório para obtenção do grau de
Nutricionista.

Orientadora: Prof.^a. Ms. Carina Leite de Araújo
Oliveira

NATAL/RN

2010

M
612.39-053-9
F-44p.
2010
ex 01

RB-34.346
FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg. 1001602
13/01/11

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Ferreira, Carla Tatiana Lins de Oliveira
Perfil Clínico e Nutricional dos Idosos do Projeto Viver Melhor do
Município de Senador Eloi de Souza/RN / Carla Tatiana Lins de Oliveira
Ferreira. – Natal: FARN, 2010.
43f.

Orientador: Carina Leite de Araújo Oliveira (Msc.)
Monografia (Bacharel em Nutrição) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Avaliação Nutricional – Monografia. 2. Avaliação Nutricional –
Monografia. 3. Idoso – Nutrição – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC CDU 612.39-053.9

CARLA TATIANA LINS DE OLIVEIRA FERREIRA

PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DOS IDOSOS DO PROJETO VIVER MELHOR DO
MUNICÍPIO DE SENADOR ELOI DE SOUZA/RN

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Nutricionista.

Data de aprovação:

Banca Examinadora:

Carina Leite de Araújo Oliveira, Ms.

Orientadora

Bianca Arnoud Rodrigues, Esp.

1º Examinador

Célia Regina Barbosa de Araújo, Ms.

2º Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente a Deus por ter me guiado ao longo de toda minha vida, por Deus fazer a diferença sempre. A Nossa Senhora, que tenho certeza que sempre está me protegendo e intercedendo junto a Deus pela minha felicidade.

A minha mãe por sempre acreditar em mim, por ter me proporcionado os melhores momentos de minha vida, por seu amor, suas palavras de estímulo desde os meus primeiros passos, seu carinho, sua paciência e sua compreensão.

A minha avó Nairé e ao meu avô José Luis. Vocês são a força que me impulsiona, fazendo-me acreditar que a realização de um sonho é possível. A vocês dedico todas as etapas da minha vida. Amo vocês!

Aos meus familiares e amigos, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos, obrigado pela compreensão, carinho, incentivo e apoio.

Aos amigos conquistados ao longo desses quatro anos, que levarei para o resto da vida. Em especial: Saldanha (Ana Paula) e Lúh (Luciana Carne).

Aos docentes do projeto por terem auxiliado fazer a pesquisa de campo, sendo de forma muito agradável.

A minha orientadora Carina Leão por seu apoio e colaboração para a possível conclusão deste trabalho.

Por fim, a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização desta etapa em minha vida, meu muito obrigado.

Exaltar-te-ei, ó Senhor, porque tu me exaltaste;
e não fizeste com que meus inimigos se
alegrassem sobre mim.

(Salmo, 30).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me guiado ao longo de toda minha vida, me dado força e esperança sempre. A Nossa Senhora, que tenho certeza que sempre está me protegendo e intercedendo junto a Deus pela minha felicidade.

A minha mãe por sempre acreditar em mim, por ter me proporcionado os melhores momentos de minha vida, com seu amor, suas palavras de estímulo frente ao meu desânimo, seu carinho, sua paciência e sua compreensão.

A minha avó Nanci e ao meu avô José Lins. Vocês são a força que me impulsiona, fazendo-me acreditar que a realização de um sonho é possível. A vocês pertencem todas as etapas da minha vida vencidas. Amo vocês!

Aos meus familiares e amigos, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos, obrigado pela compreensão, carinho, incentivo e apoio.

Aos amigos conquistados ao longo desses quatro anos, que levarei para o resto da vida. Em especial: Saldanha (Ana Paula) e Luh (Luciana Carla).

Aos idosos do projeto por terem aceitado fazer a pesquisa de campo, contribuindo de forma muito agradável.

A minha orientadora Carina Leite por seu apoio e colaboração para a possível conclusão deste trabalho.

Por fim, a todos que de forma direta ou indireta, colaboraram para a finalização dessa etapa em minha vida, meu muito obrigada!

RESUMO

FERREIRA, Carla Tatiana Lins de Oliveira. **PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DOS IDOSOS DO PROJETO VIVER MELHOR DO MUNICÍPIO DE SENADOR ELOI DE SOUZA/RN**. TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO, 2010.

Envelhecer mantendo a qualidade de vida é um grande objetivo a ser alcançado. A qualidade de vida de um idoso depende de muitos fatores que juntos promovam uma melhoria na saúde podendo trazer uma vida mais saudável para a terceira idade. Com o processo do envelhecimento, existem mudanças principalmente na estatura, peso e na composição corporal que interferem diretamente sobre o estado nutricional. No presente estudo foi realizada avaliação antropométrica em 23 idosos pertencentes ao "projeto viver melhor do município de Senador Eloi de Souza/RN". A avaliação da composição corporal se deu através da aferição de peso e altura, obtidas a partir da balança portátil digital e fita métrica inelástica. Para a classificação do estado nutricional, foi utilizado o Índice de Massa Corpórea (IMC), com pontes de corte definidos por Lipschitz, 1994 *apud* Busnello, 2007. Os dados obtidos foram tabulados com o auxílio do Microsoft Excel 2010. De acordo com os dados tabulados 65% (n = 15) dos idosos avaliados eram do gênero feminino, e 35% (n = 08) do gênero masculino, com idade predominante no intervalo de 60 a 70 anos com 65% (n = 15). Referente ao IMC, 39% (n = 09) dos idosos apresentaram em sua classificação eutrofia e obesidade. Em relação a presença de doenças crônicas, a predominante foi a hipertensão com 55%, seguida da diabetes (16%). Observou-se que 74% dos idosos avaliados não praticavam nenhum tipo de atividade física. Em relação à avaliação do consumo alimentar, 95,6% dos idosos relataram consumir leguminosas, seguido do consumo das frutas com 86,9%, e por fim das hortaliças com 78,3%. Quanto ao consumo hídrico, 39% dos idosos avaliados relataram consumir até 2 litros de água por dia, seguido de 35% com o consumo de até 1 litro diariamente, e 26% mais de 2 litros por dia. Diante dos resultados encontrados é válido ressaltar a importância do nutricionista, a fim de contribuir para manutenção de um bom estado nutricional de todos os indivíduos, em especial dos idosos por serem mais vulneráveis as alterações orgânicas e funcionais.

Palavras-Chave: Idosos, Estado Nutricional, Avaliação.

ABSTRACT

Getting old and keep the quality of life is something hard to reach. The quality of life of an old man depends on many facts that together bring an improvement on his health and then bringing a healthier life to the third age. With the aging process there are lots of changes, mainly on the structure, weight and on the body composition that interfere directly on the nutritional state. On a recently research was made an appraisal anthropometric in 23 elderly on the "Live better Project" in Senador Eloi de Souza/RN. The appraisal anthropometric was given by the measurement of weight and height, Obtained from the portable digital scale and the inelastic tape. The evaluation of the body composition, was used the body mass index, By Lipschitz, 1994 apud Busnello 2007. The data obtained were made with the help of the Microsoft Excel 2010. According to the data obtained 65% of the elderly were female and 35% were male with age between 60 and 70. According to the body mass index 39% of them were evaluated as obesity and eutrophic. In relation to chronic diseases hypertension was the predominant with 55% and diabetes with 16%. And was discovered that 74% of them didn't any physical activity. In relation of food consumption 95, 6% of them consume legumes followed by the consume of fruits with 86, 9% and 78, 3% with the consume of vegetables. About the water consumption 39% of them consume almost two liters of water per day, 35% with the water consumption of 1 liter per day and 26% with the water consumption of up to 2 liters per day. Based on the results of this research is safe to mention the importance of the nutritionist, with the intention to keep a good nutritional state to all of us, specially the elderly, because of their vulnerability in organic and functional changes.

Passwords: Elderly, Nutritional state, evaluated.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS: SUMÁRIO:

Tabela 1. Estado nutricional do idoso segundo o IMC,	24
Gráfico 1. Distribuição da população estudada por gênero, Senador Eloi de Souza/RN – 2010.	26
Gráfico 2. Distribuição da população estudada segundo idade, Senador Eloi de Souza/RN - 2010.	26
Gráfico 3. Distribuição da população estudada quanto à história clínica, Senador Eloi de Souza/RN – 2010.	28
Gráfico 4. Distribuição do percentual do Índice de Massa Corpórea (IMC), Senador Eloi de Souza/RN – 2010.	30
Gráfico 5. Distribuição da população estudada quanto à prática de atividade física, Senador Eloi de Souza/RN – 2010.	32
Gráfico 6. Distribuição da população estudada quanto ao consumo de frutas, hortaliças e leguminosas de acordo com a história alimentar, Senador Eloi de Souza/RN – 2010.	34
Gráfico 7. Distribuição da população estudada quanto ao consumo hídrico, Senador Eloi de Souza/RN – 2010.	36

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO	09
2. OBJETIVOS	11
2.1. OBJETIVO GERAL	11
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO	12
3.2. NUTRIÇÃO E ENVELHECIMENTO	15
3.3. PRINCIPAIS PATOLOGIAS ASSOCIADAS AO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO	20
4. MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	23
4.2. COLETA DE DADOS	23
4.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	24
4.4. AVALIAÇÃO DO CONSUMO DIETÉTICO	24
4.5. ANÁLISE DOS DADOS	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	26
5.2. HISTÓRIA CLÍNICA	28
5.3. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DOS IDOSOS E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	30
5.4. CONSUMO ALIMENTAR	33
6. CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	44

1. INTRODUÇÃO

Segundo Blini (2005), 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. A organização mundial de saúde define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. 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.

Por ser um processo natural e dinâmico, o envelhecimento é progressivo e irreversível, no qual ocorrem alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais. Essas modificações, apesar de serem normais do processo de envelhecimento, acarretam perdas progressivas da capacidade de adaptação ao meio ambiente e prejuízos na forma de se alimentar, tornando o indivíduo mais vulnerável, o que causa aumento da incidência de má nutrição e de processos patológicos nesse grupo (MARUCCI; ALVES; GOMES citado por SILVA; MURA, 2007; BUSNELLO, 2007). Torna-se relevante destacar que essas alterações variam de pessoa para pessoa, de acordo com o estilo de vida e fatores genéticos, situação que indica a presença de determinados fatores de risco que levam a uma probabilidade maior de aparecimento de danos à saúde (MAIA, et al., 2006).

Um envelhecimento saudável está associado à manutenção de um estado nutricional adequado (GONSALES, et al, 2005). Entretanto, o processo de envelhecimento afeta diretamente o estado nutricional do indivíduo por todas as alterações que ocorrem no organismo, como, a diminuição dos botões gustativos, redução do olfato e da visão, diminuição da secreção salivar e gástrica, falha na mastigação (pela perda de dentes ou próteses impróprias), constipação intestinal devido à redução da motilidade. Estudos epidemiológicos, também, indicam que, principalmente, em homens idosos a desnutrição reduz significativamente o tempo de vida (GARCIA; ROMANI; LIRA, 2007). Alterações nutricionais podem contribuir ou ainda, agravar

doenças crônicas e agudas, sejam de origem física ou mental, acelerar o desenvolvimento de doenças degenerativas, dificultando o processo de recuperação das mesmas (GARCIA; ROMANI; LIRA, 2007).

Assim, a avaliação do estado nutricional, que consiste num conjunto de métodos e técnicas que identificam a presença de distúrbios nutricionais, possibilita a intervenção adequada e precoce, de modo a promover recuperação e/ou manutenção do estado nutricional do indivíduo (MARUCCI; ALVES; GOMES citado por SILVA; MURA, 2007).

Deste modo, o presente estudo teve como objetivo avaliar e identificar o estado nutricional, as alterações clínicas e o consumo alimentar de alguns grupos alimentares de idosos com 60 anos ou mais participantes do Projeto Viver Melhor do município de Senador Eloi de Souza no Estado do Rio Grande do Norte.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

- Caracterizar o perfil clínico e nutricional dos idosos do Projeto Viver Melhor, do Município de Senador Eloi de Souza, Rio Grande do Norte.

2.2. ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos quanto ao gênero, faixa etária e história clínica;
- Avaliar o estado nutricional e a prática de atividade física;
- Identificar o consumo de frutas, hortaliças e leguminosas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

O envelhecer é um processo normal que aborda todas as pessoas, porém associadas a este processo estão as sucessivas perdas em função do declínio do ritmo biológico, estando diretamente relacionadas à forma de se alimentar desse idoso (FLORENTINO citado por FRANK; SOARES, 2004). O processo do envelhecimento tem sido alvo de intensas e várias pesquisas em múltiplos âmbitos, como clínico, biomolecular e social. Esse intenso interesse, principalmente despertado nos últimos anos, tem gerado, um melhor entendimento, quebrando diversos paradigmas e preconceitos a respeito do que se entende como envelhecimento "normal" (BÓS citado por BUSNELLO, 2007, p. 3).

"O uso de serviços preventivos, a eliminação de fatores de risco e a adoção de comportamentos de estilo de vida saudáveis são alguns dos principais determinantes de como uma pessoa envelhece bem" (HARRIS citado por MAHAN; STUMP, 2005, p. 307). Porém, não significa que ele seja totalmente isento das enfermidades. "Na realidade, diversas doenças persistem bastante prevalentes no idoso" (BÓS citado por BUSNELLO, 2007, p. 4).

Garcia; Romani; Lira (2007) mostram que, o envelhecimento afeta diretamente o estado nutricional do indivíduo por todas as alterações que ocorrem no organismo, como a diminuição dos botões gustativos, redução do olfato e da visão, diminuição da secreção salivar e gástrica, falha na mastigação (pela perda de dentes ou próteses impróprias) e constipação intestinal devido à redução da motilidade. Porém estudos epidemiológicos, também, indicam que, principalmente, em homens idosos a desnutrição reduz significativamente o tempo de vida (GARCIA; ROMANI; LIRA, 2007).

Uma das principais modificações fisiológicas é na cavidade oral, que estão relacionadas à redução do apetite e consequente desnutrição. Destacando-se a perda do paladar, perda da dentição, diminuição na produção salivar com aumento de sua viscosidade e o uso de próteses dentárias,

podendo ocasionar uma deglutição difícil e dolorosa (JUNIOR; YOUSSEF citado por MAGNONI; CUKIER; OLIVEIRA, 2005). “A cavidade oral é a primeira etapa do processo digestório que compreende não somente a mastigação, mas também o estímulo gustativo e a ação enzimática da saliva” (BÓS citado por BUSNELLO, 2007, p. 4). “Deficiência no desempenho mastigatório, devido a dentição precária, causando também diminuição da aceitação alimentar” (MENEZES; MARUCCI, 2006).

A perda da dentição não é uma característica do processo do envelhecimento, porém é uma realidade encontrada no idoso brasileiro, sendo raros casos em que eles não apresentam perdas dentárias. A gengivite (inflamação crônica da mucosa oral) também é bastante prevalente na terceira idade, assim como as próteses mal ajustadas e má higienização que são causas muito comuns do desenvolvimento de infecções, especialmente por micoses (BÓS citado por BUSNELLO, 2007, p. 4).

Frank; Soares (2004) mostram que os fatores de risco associados ao declínio da saúde oral na população idosa estão relacionados ao aumento de cárie dental, a infecções periodontais, à utilização de próteses dentárias mal ajustadas e xerostomia (sensação de boca seca), sendo bastante comum no idoso, mas tem sido relacionada a doenças e efeito colateral do uso de medicamentos, principalmente de diuréticos e anti-inflamatórios muito utilizados pelos idosos. A xerostomia também está associada à perda da dentição e a infecções da mucosa oral e da gengiva (FLORENTINO citado por FRANK; SOARES, 2004; HARRIS citado por MAHAN; STUMP, 2005).

Segundo Florentino citado por Frank e Soares (2004),

A ausência de peças dentárias e a utilização de próteses interferem na capacidade e eficiência do processo de mastigação, influenciando negativamente na escolha dos alimentos. Percebe-se um consumo menor de carnes, frutas e vegetais e um aumento de doces, resultando numa perda de qualidade da dieta, podendo interferir com uma ingestão inadequada de energia, ferro, vitaminas, principalmente vitamina C, folato e betacaroteno.

A prótese dentária total não necessariamente substitui plenamente a dentição natural idoso. A sensação de retenção de alimentos e os engasgos são os problemas principais relacionados, decorrentes muitas vezes de

doenças neurológicas. Sendo importante observar o estado dentário do idoso e a consistência dos alimentos que provocam os engasgos, adequando a consistência dos alimentos dependendo da sua situação (BÓS citado por BUSNELLO, 2007, p. 5).

O sistema digestório e suas implicações contribuem para os idosos estarem expostos a maiores fatores de risco para desnutrição, lembrando que a desnutrição quando associada a doenças crônicas aumenta a morbidade, mortalidade e permanência hospitalar. Essas modificações intestinais são observadas em indivíduos idosos em função de um certo grau de atrofiamento da mucosa e revestimento musculares, resultando na deficiência de absorção de nutrientes, entre outras complicações (MAGNONI; CUKIER; OLIVEIRA, 2005; BÓS citado por BUSNELLO, 2007).

“O refluxo gastroesofágico é um problema bastante frequente e clinicamente importante no indivíduo da terceira idade; neste caso, alimentações volumosas devem ser evitadas, principalmente antes de deitar” (BÓS citado por BUSNELLO, 2007, p. 5).

Em consequência a atrofia da mucosa gástrica, os ácidos gástricos do fator intrínseco e da pepsina estão diminuídos, o que pode ocasionar a redução da biodisponibilidade da vitamina B₁₂, folato, cálcio e ferro. A secreção da enzima pancreática, parece também diminuir com o envelhecimento, comprometendo a digestão de gorduras e proteínas quando consumidas em grandes quantidades (LUNN, 2007).

Atrofia gástrica, a diminuição do tempo do esvaziamento gástrico e a menor produção das enzimas digestivas, são alterações observadas com frequência nos idosos. A gastrite atrófica gera alterações, principalmente na absorção de vitaminas, necessitando de maior consumo de alimentos ricos nessas substâncias. O volume, o peso e a capacidade de secreção, do fígado e pâncreas são diminuídos (BÓS citado por BUSNELLO, 2007).

Este autor afirma ainda que

Em indivíduos idosos, observam-se menor superfície de absorção intestinal pela diminuição da superfície interna do intestino (diminuição das vilosidades intestinais) e menor produção de enzimas digestivas, o – tempo do trânsito do alimento no intestino aparentemente não se modifica. Apesar disto a absorção intestinal

parece estar pouco alterada para a maioria dos nutrientes. Observa-se discreta redução na absorção de gordura, principalmente em função da diminuição da produção de lipase pelo pâncreas (BÓS citado por BUSNELLO, 2007, p. 5).

"Há um aumento da prevalência de constipação, incidência de neoplasias e doença diverticular no idoso. A constipação tem como principais causas o sedentarismo e a pouca ingestão de fibras e líquidos" (BÓS citado por BUSNELLO, 2007, p. 5).

3.2. NUTRIÇÃO E ENVELHECIMENTO

"Desde o início da existência, a nutrição tem um papel importante no desenvolvimento do ser humano" (SOUZA; LUZZI citado por BUSNELLO, 2007, p. 10).

O envelhecimento pode vir acompanhado de mudanças que podem alterar a ingestão de alimentos e consequentemente levar à deficiência de nutrientes e quadro de desnutrição (GONSALES, et al., 2005).

No processo normal do envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas e biológicas que afetam de modo geral a composição corporal do idoso, como o aumento de tecido adiposo, redução de massa muscular e de água corporal (CABISTANI citado por BUSNELLO, 2007).

A pessoa idosa apresenta tendência a desenvolver desnutrição, devido à incidência de doenças crônicas e debilidades físicas associadas à idade. Alterações nutricionais podem contribuir ou ainda, agravar doenças crônicas e agudas, sejam de origem física ou mental, acelerar o desenvolvimento de doenças degenerativas, dificultando o processo de recuperação das mesmas. O distúrbio nutricional mais importante observado nos idosos é a desnutrição proteico – calórica, que está associada ao aumento da mortalidade e da susceptibilidade às infecções e à redução da qualidade de vida (GARCIA; ROMANI; LIRA, 2007).

A nutrição abrange ações que tratam do homem, da saúde e do alimento, objetivando a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde e a melhoria da qualidade de vida. A alimentação está ligada à saúde e à doença. Alimentar-se pode ser fonte de energia e vida,

como também pode ter consequências perturbadoras e nocivas ao organismo. (SOUZA; LUZZI citado por BUSNELLO, 2007, p. 11).

Para que a consulta nutricional possa atingir seus objetivos, a avaliação nutricional deve sempre que possível estar presente, sendo geralmente composta por exame físico para identificação de deficiências nutricionais, anamnese alimentar, dados bioquímicos e antropométricos (LEÃO; GOMES, 2008).

Uma das formas para se conhecer o perfil de alimentação e nutrição do idoso é pesquisar junto à população, utilizando tanto a antropometria para diagnóstico do estado nutricional quanto à aplicação de questionários de consumo alimentar (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

A avaliação do estado nutricional é um conjunto de métodos e técnicas utilizados com o objetivo de identificar a presença de distúrbios nutricionais, possibilitando intervenção adequada e precoce, de modo a promover recuperação e/ou manutenção do estado nutricional do indivíduo (MARUCCI; ALVES; GOMES citado por SILVA; MURA, 2007).

A avaliação nutricional de idosos compreende os mesmos passos da avaliação nutricional dos adultos. Entretanto, diante das modificações próprias do envelhecimento, deve-se levar em conta as particularidades a serem valorizadas neste grupo (PEREIRA, 2005). Sendo a diminuição da massa corporal magra, uma das mudanças físicas mais visíveis que ocorre durante o processo do envelhecimento, causada principalmente pela redução do músculo esquelético podendo ser explicada devido a diversos fatores, como, diminuição de atividade física, alimentação inadequada, diminuição da água corporal, perda generalizada de massa celular (LUNN, 2007; MARUCCI; ALVES; GOMES citado por SILVA; MURA, 2007).

Existem fatores que dificultam a avaliação nutricional do idoso, como alterações fisiológicas da própria idade, alterações da composição corporal, que afetam os parâmetros de antropometria específicos para os idosos, a presença de doenças, como por exemplo, a falta de memória (PFRIMER; FERRIOLLI citado por VITOLO, 2008).

A antropometria é uma das formas de avaliar o idoso. É uma técnica desenvolvida por antropologistas no final do século XIX, usando medidas simples para quantificar diferenças na forma humana, porém a era moderna da antropometria nutricional se iniciou durante a primeira guerra mundial com a preocupação com a eficiência física dos soldados (ACUNÃ; CRUZ, 2004). É um método não invasivo, de fácil execução, de baixo custo operacional, seguro e que tem valor preditivo acurado para identificar populações em risco nutricional (GARCIA; ROMANI; LIRA, 2007).

“Os parâmetros antropométricos consistem nas medidas do tamanho corporal e de suas proporções. São considerados indicadores diretos e de grande importância para a avaliação do estado nutricional” (PEREIRA, 2005). Lembrando que, com o processo do envelhecimento ocorrem modificações biológicas que alteram a composição corporal. Algumas dessas modificações podem afetar a aferição da antropometria, como a encurvamento das vértebras e/ou coluna, promovendo a redução da estatura (PFRIMER; FERRIOLLI citado por VITOLO, 2008).

A estatura é a dimensão do corpo correspondente a sua medida, que se estende do topo da cabeça até a base dos calcanhares (MARUCCI; ALVES; GOMES citado por SILVA; MURA, 2007). É o maior indicador do tamanho corporal geral e do comprimento dos ossos (ACUNÃ; CRUZ, 2004). Sua diminuição ocorre pela redução dos discos intervertebrais, achatamento das vértebras, acentuamento da cifose dorsal, lordose e escoliose. Pode ocorrer também arqueamento dos membros inferiores e achatamento do arco plantar, prejudicando muito mais a aferição da estatura (PFRIMER; FERRIOLLI citado por VITOLO, 2008).

O peso corporal representa a soma de todos os componentes de cada nível de sua composição e as mudanças no peso refletem o desequilíbrio da ingestão alimentar e do consumo de nutrientes. Este autor afirma ainda que, a variação do peso corporal com o envelhecimento é individual (PFRIMER; FERRIOLLI citado por VITOLO, 2008).

A massa corporal se declina com o avanço da idade, com parâmetros diferentes entre homens e mulheres. A redução de água tem sido considerada

importante fator na redução do peso corporal na velhice, assim como a redução na massa muscular, que é maior em homens (FRANK; SOARES, 2004).

O índice de massa corporal (IMC), que utiliza o peso e a estatura como critério para diagnóstico, é útil tanto em nível individual como populacional (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005), sendo utilizado para a avaliação do estado nutricional de idosos (COELHO; PEREIRA; COELHO citado por FRANK; SOARES, 2004).

O IMC é calculado pela divisão do peso, em quilos, pela estatura, em metros, elevado ao quadrado. É o indicador antropométrico mais utilizado para avaliação de risco nutricional por ser uma medida de fácil aplicabilidade, baixo custo e pouca diferença entre examinadores (PFRIMER; FERRIOLLI citado por VITOLO, 2008).

São várias as particularidades que afetam o consumo alimentar de indivíduos idosos e conseqüentemente o seu estado nutricional, que devem ser levadas em conta junto à análise da ingestão alimentar. Algumas dessas mudanças se dão devido às alterações fisiológicas do envelhecimento, ou influenciadas por enfermidades presentes (LAUFFER; WIECK citado por BUSNELLO, 2007).

As primeiras recomendações nutricionais foram estabelecidas pela RDA (Recomendações Dietética de Ingestão) em 1941. Posteriormente surgiu a necessidade de se estabelecer as recomendações de ingestão alimentar para indivíduos saudáveis, e em 1989 foi criada as chamadas DRI (Ingestão Alimentar de Referência). As DRI para idosos foram classificadas por idade, de 51 a 70 anos e acima de 70 anos. A RDA é definida como a quantidade de nutriente necessário para atender a necessidade dos indivíduos de um grupo em determinado estágio da vida (PFRIMER; FERRIOLLI citado por VITOLO, 2008).

Atualmente, investigamos qual a participação dos nutrientes na manutenção e prevenção da saúde, estimamos se a ingestão de alimentos é adequada ou inadequada, monitoramos as tendências de ingestão de diversos alimentos ou grupos, planejamos políticas públicas de intervenção, produção e distribuição de alimentos, estabelecemos regulamentações sobre os alimentos, avaliamos o custo – benefício de programas de alimentação e podemos até

investigar a maneira que os nutrientes atuam na expressão de genes que podem estar envolvidos com doenças crônicas. Para todas essas razões se faz necessário a medição da ingestão de alimentos, de suplementos e de água (FISBERG; MARTINI; SLATER, citado por FISBERG, et al., 2005).

Os idosos fazem parte de um grupo nutricionalmente vulnerável em razão das alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento, além do mais, apresentam várias doenças simultaneamente, o que compromete mais ainda o estado nutricional. As necessidades nutricionais diferem em cada estágio de vida, uma vez que as alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento modificam as necessidades de determinados nutrientes. Tendo em vista esses aspectos, as recomendações dietéticas para idosos diferem de indivíduos mais jovens (MARUCCI; ALVES; GOMES citado por BUSNELLO, 2007).

As necessidades energéticas totais diárias são estimadas normalmente a partir da taxa de metabolismo basal (TMB), que reflete a energia necessária para manter as atividades metabólicas das células e tecidos, mais a energia para a manutenção da circulação sanguínea, respiração, processos gastrintestinais, função renal, atividade glandular e conservação das temperaturas, podendo estas necessidades serem alteradas de acordo com as patologias apresentadas por cada indivíduo idoso (MARUCCI; ALVES; GOMES citado por SILVA; MURA, 2007).

Os valores recomendados para os macronutrientes têm como base os níveis recomendados por gramas e/ou percentuais em relação ao valor energético total. Este autor afirma ainda que, para alguns micronutrientes, as recomendações se modificam de acordo com a idade devido às mudanças fisiológicas e patológicas que são esperadas com o envelhecimento (DURGANTE; KIK citado por BUSNELLO, 2007).

A manutenção de um estado nutricional adequado e uma alimentação equilibrada estão associadas a um processo de um envelhecimento saudável (GONSALES, et al, 2005).

3.3. PRINCIPAIS PATOLOGIAS ASSOCIADAS AO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Muitas são as patologias acometidas durante o processo do envelhecimento, porém algumas ganham destaque nesse processo. O envelhecimento pode vir acompanhado de mudanças que podem alterar a ingestão de alimentos e como consequência levar a deficiência de nutrientes e a quadros de desnutrição (GONSALES, et al., 2005). A desnutrição é resultado da deficiência de proteína e/ou energia no organismo. Sua origem pode ser caracterizada por uma ingestão alimentar deficiente para atingir as necessidades de energia e/ou proteína, atividade excessiva, baixa absorção e utilização de alimentos consumidos, doenças hipercatabólicas, assim como a distorção da imagem corporal e outros problemas psicológicos (LEÃO; GOMES, 2008).

Um idoso com quantidade substancial de gordura corporal eliminará uma quantidade relativamente pequena de tecido magro e uma quantidade relativamente grande de gordura quando existe um déficit energético. A perda de peso rápida e involuntária em idosos é um sinal de enfermidade física deteriorante ou grave (SANTOS citado por BUSNELLO, 2008).

Outra patologia bastante presente é a *diabetes mellitus*, causada por altos níveis de glicose sanguínea, por defeitos na secreção de insulina, na ação de insulina ou ambos. É classificada em *diabetes mellitus* tipo I e II (LEÃO; GOMES, 2008).

Constituída por um problema crônico que tem crescido na população idosa. Os fatores que contribuem para a resistência diminuída à glicose e desenvolvimento de diabetes incluem a diminuição da atividade física, diminuição do consumo de carboidratos complexos e uma maior proporção de gordura na dieta e aumento de adiposidade com diminuição de massa magra (SACHS; OLIVEIRA; MAGNONI citado por MAGNONI; CUKIER; OLIVEIRA, 2005).

A dietoterapia aplicada em indivíduos idosos portadores de diabetes deve ser individualizada, levando em consideração as preferências pessoais,

culturais de cada indivíduo (STEEMBURGO; ALBA citado por BUSNELLO, 2007).

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial e poligênica, com tendência a interagir com os estilos de vida do idoso e com fatores, como a raça, sexo e idade, também bastante presente nos idosos. Este autor afirma ainda que, a fisiopatologia da hipertensão no idoso é caracterizada pelo aumento da resistência vascular das grandes artérias, tendência a diminuição da potência cardíaca e da circulação do volume de sangue, diminuição do fluxo sanguíneo e disfunção da regulação em órgãos como cérebro, coração e rins (MICHELI citado por BUSNELLO, 2007).

Define-se com a pressão sistólica (PS) igual ou superior a 130mmHg ou a pressão diastólica (PD) igual ou superior a 85mmHg ou ambas. A redução ponderal deve ser promovida, o consumo de cloreto de sódio até 6g por dia, garantindo a recomendação de cálcio, magnésio e potássio (LEÃO; GOMES, 2008).

O processo do envelhecimento está entre uma das causas da osteoporose, responsável pela perda de cálcio ósseo, inadequação alimentares e distúrbios hormonais, os quais são agravados pelo tabagismo e alcoolismo (FRANK; SOARES, 2004).

“A osteoporose é uma doença disseminada por todo o esqueleto, que se caracteriza por baixa massa óssea e deterioração da qualidade do tecido ósseo, com consequente aumento da fragilidade óssea e suscetibilidade a fraturas” (SITTA; SALGUEIRO citado por MAGNONI; CUKIER; OLIVEIRA, 2005, p. 131).

Segundo FREITAS e CARVALHO (2008)

Para estudiosos, como Weaver e Heaney (2003), a etiologia da perda de massa óssea é complexa e multifatorial, incluindo elementos, como: idade avançada, dieta pobre em cálcio e vitamina D, hereditariedade, etnia, sexo feminino, baixo peso corporal, deficiência hormonal, excessivo consumo de álcool, sedentarismo, tabagismo e fatores nutricionais.

“A dieta equilibrada contendo quantidades adequadas de todos os nutrientes, especialmente do cálcio em todas as etapas da vida torna-se

indispensável quando o assunto é osteoporose” (SITTA; SALGUEIRO citado por MAGNONI; CUKIER; OLIVEIRA, 2005).

“O cálcio é o principal nutriente envolvido na etiologia da osteoporose e sua deficiência afeta não só a quantidade da massa óssea mas, também a qualidade do osso” (PINHEIRO; JUZWIAK, 2003).

Segundo Sitta e Salgueiro citado por Magnoni; Cukier; Oliveira (2005, p.133)

A fonte de ingestão de cálcio deve, sempre que possível, ser natural, com a utilização de alimentos ricos em cálcio, principalmente o leite e seus derivados como: iogurte, coalhada, requeijão e queijos. Por meio da utilização dos alimentos, garante-se o fornecimento de outros nutrientes que são igualmente importantes para o tecido ósseo, como o fósforo e a vitamina D.

Foi realizado um estudo transversal, em julho de 2010. Estudo transversal é feito para descrever indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais, às suas histórias de exposição a fatores causais supostos, em determinado momento (VIEIRA; HUSSNE, 2001).

A amostra foi constituída por 23 idosos com idade a partir de 60 anos, participantes do Projeto Viver Melhor, do município de Senador Elói de Souza, interior do Rio Grande do Norte.

Os participantes da pesquisa assinaram em termo de consentimento livre e esclarecido antes e depois de ser explicado, riscos e benefícios (Apêndice A).

4.2. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em julho de 2010, para tanto, foi necessário o uso de uma balança digital para aferição de peso, fita métrica extensível para aferição da altura e a aplicação de questionário de avaliação elaborado pela própria pesquisadora (Apêndice B). O questionário foi composto por avaliação antropométrica, avaliação clínica, história clínica, uso de medicamentos, prática de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, uso de cigarro, consumo regular freqüente de evacuação, consumo alimentar recente e o hábito alimentar prescrito pela

4. MATERIAS E MÉTODOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em grupo de idosos participantes do Projeto Viver Melhor, do município de Senador Eloi de Souza/RN. O projeto é composto por 117 idosos cadastrados, e é um projeto vinculado à prefeitura municipal, tendo suas reuniões realizadas no Portal da Alvorada, nas quintas – feiras e sábados. As atividades desenvolvidas pelo projeto são atividades manuais, como pintura, crochê, palestras de diversos temas com participação dos profissionais da saúde do município, dança, rodas de conversa.

Foi realizado um estudo transversal, em julho de 2010. Estudo transversal é feito para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores casuais suspeitos, em determinado momento (VIEIRA; HOSSNE, 2001).

A amostra foi constituída por 23 idosos com idade a partir de 60 anos, participantes do Projeto Viver Melhor, do município de Senador Eloi de Souza, interior do Rio Grande do Norte.

Os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido sobre o trabalho a ser executado, riscos e benefícios (Apêndice A).

4.2. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de junho de 2010, para tanto, se fez necessário o uso de uma balança digital para aferição de peso, fita métrica inextensível para aferição da altura, e à aplicação de questionários de anamnese elaborado pela própria pesquisadora (Apêndice B). O questionário foi composto por: avaliação antropométrica, avaliação clínica, história clínica, uso de medicamentos, prática de atividade física, consumo de bebidas alcóolicas, uso de cigarro, consumo hídrico, frequência de evacuação, anamnese alimentar, exame físico e história alimentar, preenchido pela

pesquisadora.

4.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Para a avaliação antropométrica do estado nutricional foi analisado o Índice de Massa Corpórea (IMC) de acordo com parâmetros específicos para idosos (a partir de 60 anos) segundo Lipschitz, (1994). A altura foi mensurada através de uma fita métrica inelástica com 2 (dois) metros de extensão, colocada sobre superfície plana vertical. A aferição do peso se deu através de uma balança digital com capacidade máxima de 150 kg, existente no Portal da Alvorada, local onde acontecem as reuniões do Projeto. As medidas foram aferidas com os idosos descalços, com os pés juntos, em posição ereta, com o olhar para o horizonte e vestindo roupas leves (HEYMSFIELD; COLS, 2003 *apud* VITOLO, 2008).

Através das medidas obtidas, os idosos foram classificados de acordo com parâmetros descritos na tabela 1.

Tabela 1. Estado Nutricional do idoso segundo o IMC

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
<22,0	Desnutrição
22,0 a 27,0	Eutrofia
>27,0	Obesidade

FONTE: (LIPSCHITZ, 1994 *apud* BUSNELLO, 2007).

4.4. AVALIAÇÃO DO CONSUMO DIETÉTICO

A avaliação quanto ao consumo de leguminosas, frutas e hortaliças foi realizado através da história alimentar de cada idoso, perguntando-se sobre os alimentos/preparações que costumam comer em cada refeição, as intolerâncias alimentares e as preferências alimentares (Apêndice B). Foi analisado se o entrevistado consumia pelo menos uma vez por dia, alimentos pertencentes aos grupos das leguminosas, frutas e hortaliças, não sendo

considerada a porção consumida.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados com o auxílio do programa Excel 2010 e apresentados em forma de gráficos.

Gráfico 1. Distribuição da população estudada por sexo

Fonte: Pesquisa de campo, 2010



Gráfico 2. Distribuição da população estudada segundo idade

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

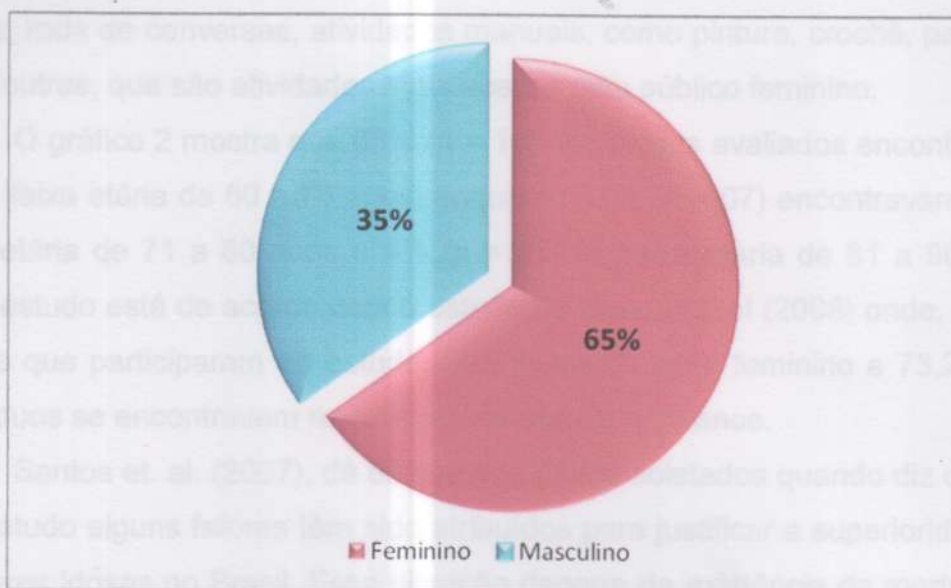


Gráfico 1. Distribuição da população estudada por gênero

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.



Gráfico 2. Distribuição da população estudada segundo idade

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

O gráfico 1 mostra que 65% (n = 15) dos idosos avaliados são do gênero feminino e 35% (n = 08) do gênero masculino. A diferença entre homens e mulheres observada neste estudo pode ser atribuída às atividades oferecidas pelo projeto durante os encontros do grupo, que consistem principalmente em dança, roda de conversas, atividades manuais, como pintura, crochê, palestras entre outras, que são atividades mais aceitas pelo público feminino.

O gráfico 2 mostra que 65% (n = 15) dos idosos avaliados encontravam-se na faixa etária de 60 a 70 anos, enquanto 31% (n = 07) encontravam-se na faixa etária de 71 a 80 anos e 4% (n = 01) na faixa etária de 81 a 90 anos. Esse estudo está de acordo com o estudo de Bueno et. al (2008) onde, dos 82 idosos que participaram do estudo, 90,2% era do sexo feminino e 73,2% dos indivíduos se encontravam na faixa etária dos 60 a 69 anos.

Santos et. al. (2007), dá ênfase aos dados coletados quando diz que em seu estudo alguns fatores têm sido atribuídos para justificar a superioridade de mulheres idosas no Brasil. Essa situação decorre da existência da mortalidade diferenciada por sexo, que prevalece há muito tempo na população brasileira, e que a mulher vive oito anos a mais que o homem.

Segundo Medeiros et. al (2003), o número de mulheres idosas, confrontando com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior a muito tempo. Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente à de homens idosos. No Brasil, desde 1950, a mulher tem maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de sete anos e meio. Mastroeni et al. (2007), atribui a maior expectativa de vida das mulheres a menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho; menor prevalência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica; diferenças quanto a atitude em relação a doenças e incapacidades; e por último, maior cobertura da assistência gineco – obstétrica.

Cervato et al. (2005) mostram em seu estudo que existe uma elevada participação de mulheres em programas destinados para a terceira idade e a maior sensibilidade delas as necessidades demandadas para a promoção de saúde, em decorrência de suas experiências na utilização dos serviços de

saúde em outras fases a vida.

Como é possível observar vários estudos corroboram com os dados apresentados nesse estudo, favorecendo a ideia de que o número de mulheres idosas têm sido aumentado, mas também reforçando a necessidade de assistência ao idoso através de programas políticos de saúde que incentivem a busca pela qualidade de vida, para ambos os gêneros.

5.2. HISTÓRIA CLÍNICA

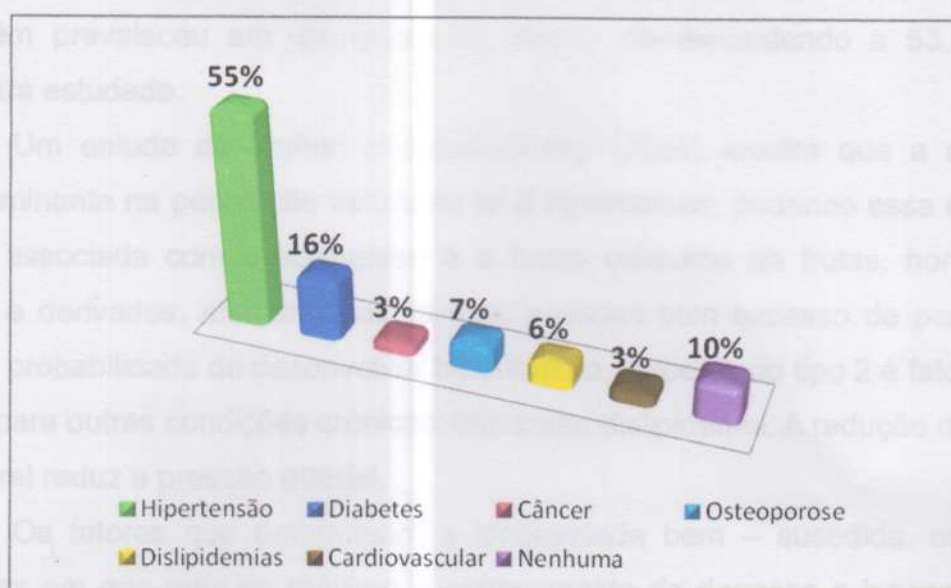


Gráfico 3. Distribuição da população estudada quanto à história clínica

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

O gráfico 3 mostra que 55% ($n = 17$) dos idosos avaliados relataram apresentar hipertensão, enquanto 16% ($n = 05$) apresentaram diabetes, 3% ($n = 01$) câncer, 7% ($n = 02$) osteoporose, 6% ($n = 02$) dislipidemias, 3% ($n = 01$) problemas cardiovasculares, e 10% ($n = 03$) relataram não apresentar nenhuma patologia.

Com o envelhecimento populacional, há um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, ocasionando uma mudança de paradigma na saúde pública. Constata-se 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).

Assim como no presente estudo, vários autores verificaram a hipertensão como a doença mais prevalente em idosos. Um estudo realizado por Firmo; Uchoa; Lima-Costa (2004) observaram que 61,5% de uma população de idosos foram classificados como hipertensos. Investigando a influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos, Alves et al. (2007) constataram que a hipertensão arterial foi a doença crônica mais frequente com 53,4%. Lebrão; Laurenti (2005) verificaram que a hipertensão, também prevaleceu em um grupo de idosos correspondendo a 53,3% da amostra estudada.

Um estudo de Mahan e Escott-Stump (2005) mostra que a doença predominante na população estudada foi a hipertensão, podendo essa doença estar associada com o sobrepeso e o baixo consumo de frutas, hortaliças, leites e derivados, afirmando ainda que, pessoas com excesso de peso têm maior probabilidade de desenvolver hipertensão, diabetes do tipo 2 e fatores de risco para outras condições crônicas, tais como dislipidemia. A redução do peso corporal reduz a pressão arterial.

Os fatores que determinam a 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 a nutrição não somente na idade avançada, mas também aquela que cultiva ao longo da vida, ou mesmo antes do nascimento, na vida intrauterina. Diversas intervenções envolvendo suplementação de determinados nutrientes têm sido propostas como capazes de assegurar expectativa de vida livre de incapacidade. Infelizmente, para a maioria delas, não se dispõe de evidência inequívoca de efetividade (SAMPAIO; SABRY, 2008).

A presença dessas patologias nesse estudo mostra que o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, são reflexos do envelhecimento populacional e do estilo de vida atual, sendo os idosos a população mais acometida pelas doenças crônicas.

5.3. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DOS IDOSOS E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

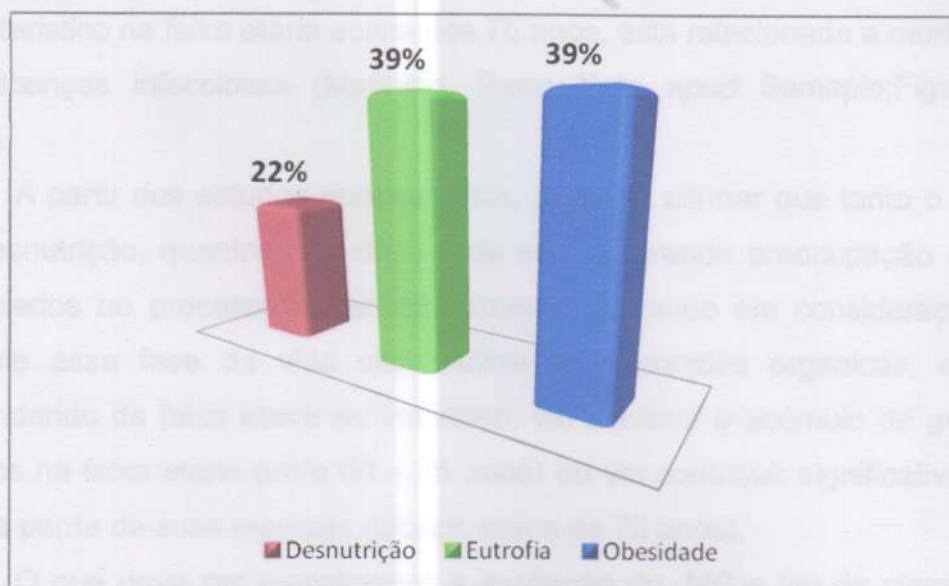


Gráfico 4. Distribuição do percentual do Índice de Massa Corpórea (IMC)

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

O gráfico 4 mostra que 22% ($n = 05$) dos idosos avaliados encontravam-se em estado de desnutrição de acordo com a classificação do IMC, enquanto 39% ($n = 09$) encontravam-se no estado de eutrofia e obesidade respectivamente.

De acordo com o gráfico acima, percebe-se que 61% ($n = 14$) dos idosos avaliados estão fora dos padrões de eutrofia, o que indica que a clientela encontra-se em risco nutricional.

Os resultados encontrados confirmam com outros estudos, que evidenciaram a prevalência de excesso de peso entre mulheres idosas. Fiore et.al (2006) afirmam que com relação ao gênero, as mulheres apresentam maior quantidade de gordura corporal do que os homens em todas as idades. Isso só vem a ser enfatizado por Matsudo e Barros Neto (2000), quando diz que os homens atingem seu IMC máximo até os 50 anos, enquanto as mulheres atingem esse pico até os 60 anos. Ou seja, as mulheres idosas têm

maior predisposição ao excesso de peso em relação aos homens.

Durante o processo do envelhecimento o excesso de peso está fortemente associado ao surgimento ou agravamento de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão e câncer. Já a magreza, estado nutricional característico na faixa etária acima dos 75 anos, está relacionada à mortalidade por doenças infecciosas (Matsudo; Barro Neto *apud* Samapio; Figueiredo, 2005).

A partir dos estudos apresentados, pode-se afirmar que tanto o quadro de desnutrição, quanto o de obesidade são de grande preocupação quando associados ao processo do envelhecimento. Levando em consideração que durante essa fase da vida são muitas as alterações orgânicas, e estas dependendo da faixa etária do indivíduo, vai acelerar o acúmulo de gorduras (idosos na faixa etária entre 60 – 75 anos) ou vai contribuir significativamente para a perda de suas reservas (idosos acima de 75 anos).

O que deve ser ressaltado é a avaliação do IMC a fim de classificar o estado nutricional, associando com a faixa etária e a partir dos dados encontrados traçar uma conduta nutricional que previna ou controle as doenças existentes.

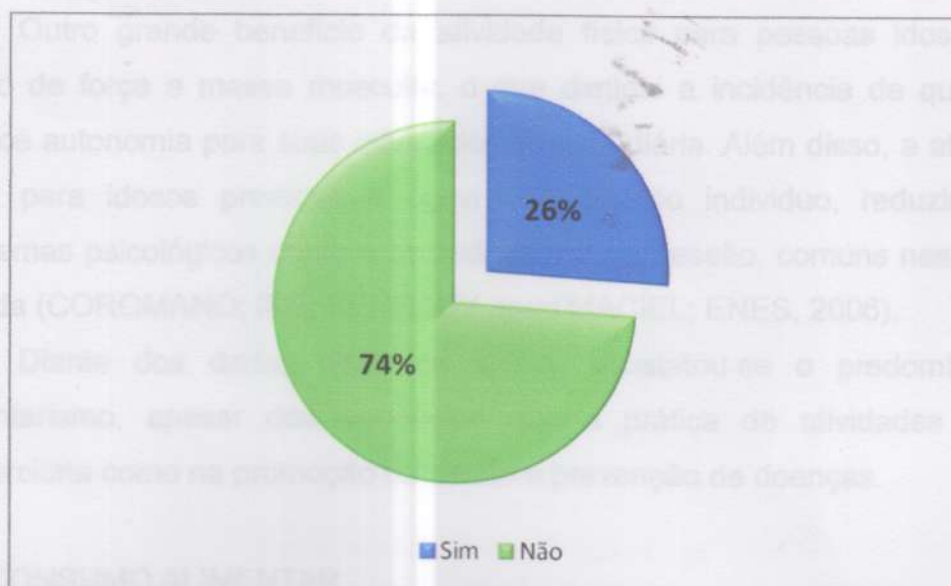


Gráfico 5. Distribuição da população estudada quanto à prática de atividade física

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

O gráfico 5 mostra que 74% ($n = 17$) dos idosos avaliados não praticavam nenhum tipo de atividade física, enquanto 26% ($n = 06$) afirmaram praticar atividade física. Sendo a caminhada a atividade citada por todos os idosos que relataram a prática da atividade física.

Blini (2005) afirma que envelhecer não quer dizer ficar parado. Os benefícios das atividades físicas para 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 no idoso, em razão das alterações orgânicas e fisiológicas, além da presença de doenças (artrites, neurológicas, como Parkinson e acidente vascular cerebral e osteoporose) que podem conduzir a incapacidade física, dificultando o ato de locomover-se ou movimentar-se (SILVA; MURA, 2007).

De acordo com Costa et. al (2006), a atividade física é o fator que prediz de forma mais consistente o envelhecimento saudável, como tem sido observado em diversos estudos de corte de idosos. As atividades físicas reduzem a mortalidade cardiovascular, independentemente da pressão arterial e de outros fatores de risco.

Outro grande benefício da atividade física para pessoas idosas é o ganho de força e massa muscular, o que diminui a incidência de quedas e oferece autonomia para suas atividades de vida diária. Além disso, a atividade física para idosos promove o convívio social do indivíduo, reduzindo os problemas psicológicos como a ansiedade e a depressão, comuns nessa fase da vida (COROMANO; IDE; KERBAUY *apud* MACIEL; ENES, 2006).

Diante dos dados descritos acima, constatou-se o predomínio do sedentarismo, apesar dos benefícios que a prática de atividades físicas proporciona como na promoção da saúde e prevenção de doenças.

5.4. CONSUMO ALIMENTAR

Muitos fatores interferem na boa nutrição do ancião, como os fatores psicossociais, tais como perda do cônjuge, depressão, isolamento social, pobreza, integração social, capacidade de deslocamento, capacidade cognitiva e outros associados à própria enfermidade. Marucci; Alves; Gomes (2007) *apud* Silva e Mura (2007), mostram que a ausência parcial ou total de dentes e/ou uso inadequado de próteses (parciais ou totais), a presença de caries e doenças periodontais e a ocorrência de xerostomia (diminuição da secreção salivar) acarretam prejuízos nos processos de mastigação e, conseqüentemente, na fase inicial da digestão dos alimentos, fazendo com que esses indivíduos reduzam o consumo de alguns alimentos como carnes, frutas, verduras e legumes crus.

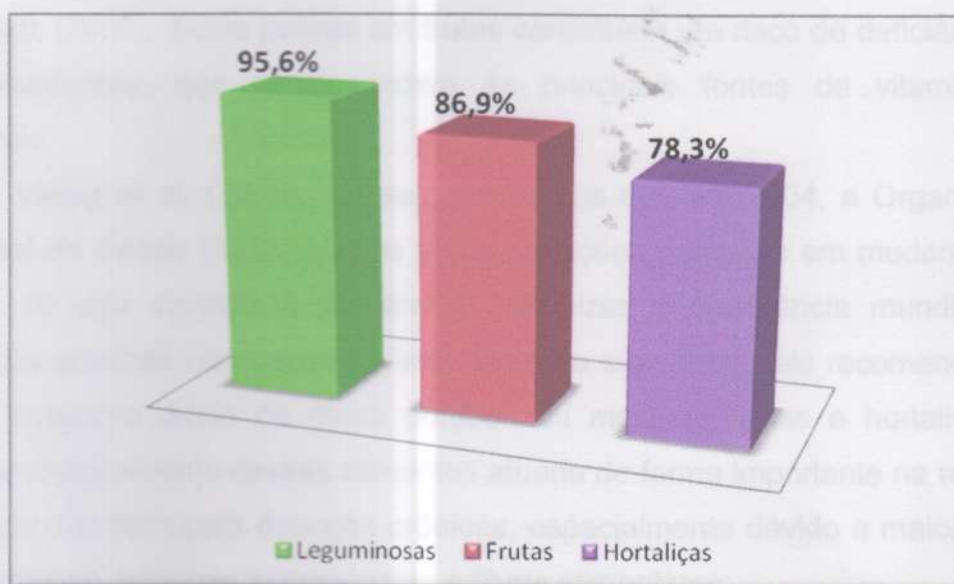


Gráfico 6. Distribuição da população estudada quanto ao consumo de frutas, hortaliças e leguminosas de acordo com a história alimentar.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

O gráfico 6 mostra a frequência do consumo de pelo menos uma porção por dia de alimentos pertencentes ao grupo das leguminosas, frutas e hortaliças, onde foi possível observar que 95,6% ($n = 22$) dos idosos avaliados relataram consumir diariamente leguminosas, enquanto 86,9% ($n = 20$) relataram consumir frutas diariamente, e 78,3% ($n = 18$) relataram consumir hortaliças. Sabe-se que, o consumo diário de pelo menos uma porção de fruta por dia não é suficiente para atender suas necessidades, uma vez que a recomendação diária de frutas segundo Philippi (2008) é de três a cinco porções por dia. No entanto, o presente estudo objetivou apenas identificar o consumo e não quantificá-lo, visto que é incomum o consumo desses grupos alimentares, principalmente frutas e hortaliças, em indivíduos idosos e pertencentes à população rural.

As frutas e hortaliças são de fundamental importância para o indivíduo, pois, constituem fontes ricas de vitaminas, minerais e fibras, além de contribuírem com fotoquímicos com propriedade antioxidantes. O equilíbrio entre antioxidantes e radicais livres é essencial no organismo para prevenir doenças cardiovasculares (FRANK; SOARES, 2004). Segundo Toral; Guber;

Schimitz (2006), dietas pobres em frutas constituem um risco de deficiência de micronutrientes, que correspondem às principais fontes de vitaminas e minerais.

Viebig et al. (2009), em seu estudo cita que em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs recomendações pautadas em mudanças de estilo de vida visando a prevenir e minimizar a prevalência mundial das doenças crônicas não transmissíveis. Uma de suas principais recomendações foi o consumo diário de cinco porções ou mais de frutas e hortaliças. O consumo aumentado desses alimentos atuaria de forma importante na redução do risco das principais doenças crônicas, especialmente devido a maior oferta de vitaminas, minerais antioxidantes e fibras alimentares.

As hortaliças na maioria das vezes foram citadas em preparações como sopas, feijões, carnes, arroz e na forma cozida, uma vez que ficavam mais macias, facilitando a mastigação e a deglutição. Convém salientar que muitos idosos apresentam dificuldades de mastigação por falta de dentes ou inadaptação do uso de prótese. Lembrando que é de fundamental importância os cuidados com o preparo de hortaliças cozidas em sopas, feijões e caldos, porque o modo de elaboração e a cocção dos alimentos usados nestas preparações podem alterar os valor nutricional das verduras e hortaliças, que são fontes de vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

O grupo das leguminosas é fonte de proteínas, ácidos graxos insaturados, vitaminas e minerais antioxidantes, fitoquímicos e fibras. Seu consumo diário deve ser de pelo menos uma porção, acreditando que essa dieta contribua para a maior longevidade da população e o menor risco de doenças cardiovasculares. O incentivo ao consumo de alimentos para a promoção da saúde vem ao encontro do papel das leguminosas na alimentação, pois estas fornecem diversos nutrientes, que podem atuar na redução dos riscos de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as fibras alimentares (COZZOLINO; BORTOLI; COMINETTI *apud* PHILIPPI, 2008). Sabendo que as fibras são encontradas principalmente, em vegetais, frutas e grãos integrais, seu consumo adequado auxilia no funcionamento do

trânsito intestinal, amenizando o quadro de obstipação apresentado por grande número de idosos, auxiliando também na prevenção e controle de doenças crônicas como diverticulose, câncer e doenças cardiovasculares (FILISSETTI *apud* SILVA; MURA, 2007; BUSNELLO, 2007).

Diversos estudos têm mostrado a ingestão inadequada desses nutrientes entre idosos, residentes tanto em instituições asilar como em seu próprio domicílio, seja pelas condições socioeconômicas, presença de doenças, alterações no modo de vida dessa população ou pelo hábito alimentar inadequado.

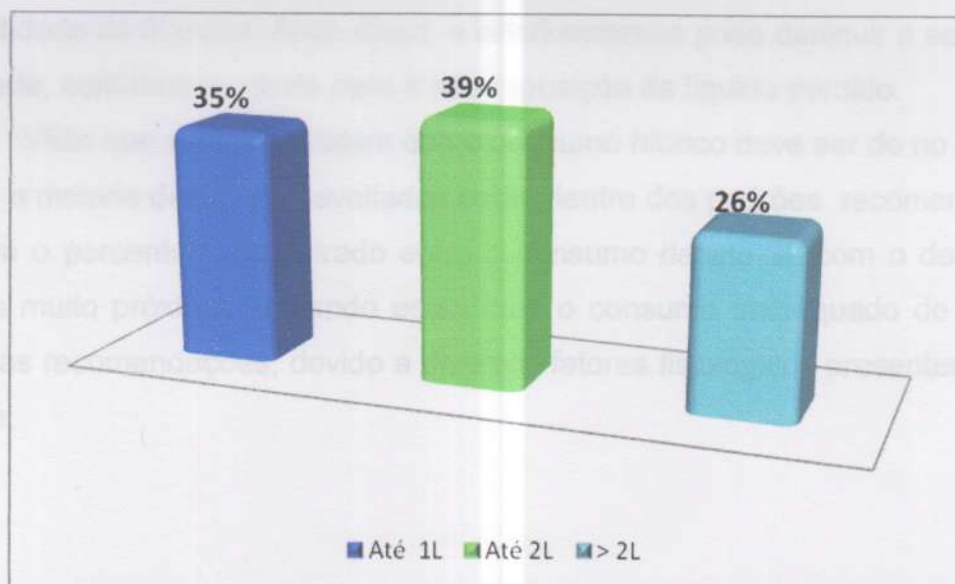


Gráfico 7. Distribuição da população estudada quanto ao consumo hídrico.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

O gráfico 7 mostra que 39% ($n = 09$) dos idosos avaliados relataram consumir diariamente até 2 litros de água, enquanto 35% ($n = 08$) relataram consumir até 1 litro de água por dia, e 26% ($n = 06$) relataram consumir mais de 2 litros de água diariamente.

A água é um nutriente essencial à vida. Nenhum outro nutriente tem tantas funções no organismo como a água, sendo sua ingestão diária crucial para a saúde humana. Todos os sistemas e órgãos do corpo humano utilizam

água, que desempenha papel fundamental na regulação de muitas funções vitais do organismo, como a regulação da temperatura, participa do transporte de nutrientes e da eliminação de substâncias tóxicas (ou não mais utilizadas pelo organismo), dos processos digestivo, respiratório, cardiovascular e renal (BRASIL, 2005 *apud* CARVALHO; ZENARDO, 2010).

Segundo Waitzberg (2004) *apud* Carvalho; Zenardo (2010), a proporção de água no organismo varia de acordo com o sexo e a idade. À medida que se envelhece, vai havendo uma diminuição da proporção de água no organismo. Os idosos possuem menor quantidade de água, cerca de 40% a 50% do peso corpóreo, também sendo mais vulneráveis à perda de água do que os jovens. Eles tendem a perder soluções isotônicas para o exterior e ingerem menor quantidade de líquidos. Além disso, a arteriosclerose pode diminuir a sensação de sede, contribuindo ainda para a não reposição de líquido perdido.

Visto que estudos relatam que o consumo hídrico deve ser de no mínimo 1,5L, a maioria dos idosos avaliados estão dentro dos padrões recomendados, porém o percentual encontrado entre o consumo de até 2L com o de até 1L estão muito próximos, estando estes com o consumo inadequado de acordo com as recomendações, devido a diversos fatores fisiológicos presentes nessa idade.

6.0. CONCLUSÃO

- ✓ Conclui-se que a maioria dos idosos avaliados pertencia ao gênero feminino dentro da faixa etária entre 60 a 70 anos;
- ✓ No que se refere ao estado nutricional antropométrico, houve uma igualdade no percentual de eutrofia e obesidade;
- ✓ A doença predominante na população foi à hipertensão, seguida de Diabetes mellitus.
- ✓ Verificou-se uma maior prevalência de indivíduos não praticantes de atividade física.
- ✓ Quanto ao perfil do consumo alimentar observou-se que as leguminosas foram mais consumidas pelos idosos, seguido das frutas e hortaliças.
- ✓ O consumo hídrico da maioria dos idosos apresentou-se em torno de dois litros de água diariamente, sendo seu consumo diário mínimo recomendado de 1,5L.

REFERÊNCIAS

ACUNÃ, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. 2004, vol.48, n.3, p. 345-361.

ALMEIDA, Osvaldo P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 1999, vol.21, n.1, p. 12-18. ISSN 1516-4446.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 23, n. 8, p. 1924 – 1930, ago. 2007.

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

BUENO, J. M. et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Cincia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 13, n. 4, p. 1237 – 1246, jul./ago. 2008.

BUSNELLO, F. M., **Aspectos Nutricionais no Processo do Envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMPOS, M. T. F. S., MONTEIRO, J. B. R., ORNELAS, R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas, V. 13, n. 3, p. 157 – 165, set./dez. 2000.

CERVATO, A. M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: Uma experiência positiva em universidade aberta para a terceira idade. **Rev. Nutr.**, Campinas, V. 18, n. 1, p. 41 – 52, jan./fev. 2005.

- CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Rev. Nutr.** v. 18, n. 6, nov./dez. 2005.
- COROMANO, F. A.; IDE, M. R.; KERBAUY, R. R. Manipulação na prática de atividade física por idosos. **Rev. do departamento de psicologia.** Niterói, V. 18, n. 2, jul./dez, 2006.
- COSTA, et. al. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. de Saúde Pública,** São Paulo, V. 43, nov. 2009.
- FIORE, E. G. et al. Perfil nutricional de idosos frequentadores de unidade básica de saúde. **Rev. Cinc. Med.,** Campinas, V. 15, n. 5, p. 369 – 377, set./out. 2006.
- FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, V. 20, n. 2, p. 512 – 521, mar./abr. 2004.
- FISBERG, R. M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D. M. L.; MARTINI, L. A. **Inquiritos Alimentares: Métodos e Bases Científicos.** Barueri: Manole, 2005.
- FRANK, A. A., SOARES, E. A. **Nutrição no Envelhecer.** São Paulo: Atheneu, 2004.
- FREITAS, B. S. A.; CARVALHO, C. M. R. G. Relação entre fatores dietéticos, clínico-reprodutivos e estilo de vida em mulheres adultas e idosas com a osteoporose em Teresina – Piauí. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr.,** São Paulo, SP, v. 33, n. 1, p. 1-19, abr. 2008.
- GARCIA, A. W. M., ROMANI, S. A. M., LIRA, P. I. C. Indicadores Antropométricos na Avaliação Nutricional de Idosos: um estudo comparativo. **Rev. Nutrição.** Vol. 20, n. 4, 2007.

HARRIS, N. G.; Nutrição no Envelhecimento. In: MAHAN, L. K., STUMP, S. E. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2005. ed. 11. p. 304 – 323.

LEÃO, L. S. C. S.; GOMES, M. C. R. **Manual de Nutrição Clínica: Para Atendimento Ambulatorial do Adulto**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem – estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, V. 8, n. 2, p. 127 – 141, jun. 2005.

LUNN, J. Nutrição e Envelhecimento Saudável. **Rev. Nutrição em Pauta.**, São Paulo, SP, ano 15, n. 85, p. 5-9, jul./ago. 2007.

MACIEL, E. da S.; ENES, C. C. Perfil alimentar e prática de atividade física em um programa da universidade aberta à terceira idade. **Rev. Nutrição**, Campinas, V. 5, n. 3, p. 134 – 138, mai./jun, 2006.

MAGNONI, D., CUKIER, C., OLIVEIRA, P. A. **Nutrição na terceira idade**. São Paulo: Sarvier, 2005.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, J. L. F. Fatores de risco para mortalidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**. p. 1 – 7, 2006.

MARTINS, B. S; RIBEIRO, H. M. da S; SILVA, J. de O. R. **Fatores determinantes do estado nutricional institucionalizados**, monografia de conclusão de curso (Graduação nutrição) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, Governador Valadares, MG, 2008.

MATSUDO, S. M, BARROS NETO, T. L., Impacto do Envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev. Bras. Cinc. e Mov.** V.8, P.4,: 21 – 32, fev. 2000.

MEDEIROS, et. al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 24, n. 6, p. 191 – 248, jun. 2008.

SOUZA, E. C. Avaliação antropométrica e funcional de idosos residentes em
MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Oferta e consumo alimentar de idosos residentes em instituições geriátricas: diferença no valor energético total. Fortaleza/Ceará. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, São Paulo, SP, v. 31, n. 2, p. 1-11, ago. 2006.

PFRIMER, K.; FERRIOLLI, E.; Avaliação Nutricional do Idoso. In: VITOLO, M. R. **Nutrição da Gestação ao Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 434 – 470.

PHILIPPI, S. T., JAIME, P. C., FERREIRA, C. M.; Grupos das frutas e dos legumes e verduras. In: PHILIPPI, S. T., **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Barueri, SP: Manole, 2008

PINHEIRO, M.; JUZWIAK, C. R. Osteoporose. **Rev. Nutrição. Saúde e Performance**. Anuário Nutrição Clínica.

SAMPAIO, H. A. de C; SABRY, M. O. D. **Nutrição em doenças crônicas: prevenção e saúde**. São Paulo: Rocca, 2007.

SAMPAIO, L. R.; FIGUEIREDO, V. C. Correlation between body mass index and body fat distribution anthropometric indices in adults and the elderly. **Rev. Nutr.**, Campinas, V. 18,n. 1, p. 53 – 61, jan./fev., 2005.

SANTOS, et. al. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, V. 10, n. 1, nov. 2007.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia.** São Paulo: Roca, 2007.

SOUSA, E. C. Avaliação antropométrica e funcional de idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Teresina/PI. **Nutrição e Saúde.** Teresina, 2008. Disponível em: <
<http://www.ufpi.br/mestsauade1/arquivos/file/ARQUIVO%20UNICO%20DISSERTACAO.pdf> >

TORAL, N.; GUBERT, M. B.; SCHIMITZ, B. A. S. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas. **Rev. Nutr.**, Campinas, V. 19, n. 1, p. 29 – 37, jan./fev., 2006.

VIEBIG, et al. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, set./out.2009.

VIEIRA, S; HOSSNE. W. S. **Metodologia Científica Para a Área de Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

APÊNDICE A

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

INSTITUTO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: ____/____/____

Título do projeto: Perfil Clínico e Nutricional dos Idosos do Projeto Viver Melhor do Município de Genaro Eloi de Souza/RN.

Investigador (es): Acad. Carla Tereza Lima de Oliveira Ferreira (Curso de Nutrição – FARN), Prof.ª Carla Leite de Araújo Oliveira (docente do Curso de Nutrição – FARN).

Objetivos: Avaliar e identificar o perfil clínico e nutricional de idosos participantes do Projeto Viver Melhor do município de Genaro Eloi de Souza/RN.

Riscos: Na pesquisa não há nenhum fator físico ou psicológico que possa prejudicar a vida dos participantes da pesquisa, tendo em vista que o mesmo só será realizado com idosos não invasivos.

Benefícios: O estudo poderá trazer benefícios para o desenvolvimento de condutas clínicas e nutricionais, que possam melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Confidencialidade: Os dados coletados serão guardados em arquivos e os pesquisadores se comprometem a manter a confidencialidade dos dados. A participação na pesquisa será mantida em sigilo e os dados serão utilizados apenas para fins acadêmicos.

Participação Voluntária: Toda a participação é voluntária, sendo assim não haverá nenhuma obrigação para aqueles que decidiram participar dos estudos provenientes desta pesquisa, sendo assim, poderá desistir em qualquer época por qualquer motivo, não havendo nenhuma consequência no seu tratamento médico.

Consentimento Voluntário: Estou de acordo em participar dos estudos acadêmicos aqui relatados, me opondo ao uso de qualquer tipo de coerção ou ameaça para a participação. Foi-me devidamente esclarecido quanto aos objetivos e ao propósito dos estudos e estou ciente de que a participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem qualquer consequência. Foi-me explicado o direito de não participar e de não responder a perguntas. Estou ciente de que a participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem qualquer consequência. Estou ciente de que a participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem qualquer consequência. Estou ciente de que a participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem qualquer consequência.

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE A

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: ____/____/____

Título do projeto: Perfil Clínico e Nutricional dos Idosos do Projeto Viver Melhor do Município de Senador Eloi de Souza/RN.

Pesquisador (es): Acd. Carla Tatiana Lins de Oliveira Ferreira (Curso de Nutrição FARN), Prof. ^a Carina Leite de Araújo Oliveira (docente do Curso de Nutrição – FARN).

Objetivos: Avaliar e identificar o perfil clínico e nutricional de idosos participantes do Projeto Viver Melhor, do município de Senador Eloi de Souza/RN.

Riscos: Na pesquisa não há nenhum fator físico ou psicológico que possa prejudicar o idoso participante da pesquisa, tendo em vista que o mesmo só será submetido a métodos não invasivos.

Benefícios: O estudo poderá fornecer auxílio para o desenvolvimento de condutas clínicas e nutricionais, que auxiliem no tratamento das possíveis alterações encontradas.

Confidencialidade: Os registros serão guardados e somente os pesquisadores da equipe terão acesso a estas informações. A participação no estudo será mantida confidencial até o limite permitido por lei.

Participação Voluntária: Toda participação é voluntária, sendo assim não haverá penalidade para alguém que decida não participar dos estudos provenientes deste projeto, como também poderá desistir em qualquer época por qualquer motivo, não existindo nenhuma consequência ao seu tratamento médico.

Consentimento Voluntário: Estou de acordo em participar dos estudos provenientes desse projeto. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos e os procedimentos aos quais serei submetido e dos possíveis riscos que possam ocorrer a tal participação. Foi garantido o direito a desistir da participação em qualquer época, sem que este ato implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. A minha participação não implicará em custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à identificação da minha pessoa.

Assinatura do pesquisado: _____

ANPÊNDICE B

ANAMNESE

PRONTUÁRIO NUTRICIONAL

Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME: _____

DATA: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

SEXO: () F () M

PROFISSÃO: _____

JÁ SE CONSULTOU COM UM NUTRICIONISTA? () SIM () NÃO

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

PESO: _____

ALTURA: _____

IMC: _____

DIAGNÓSTICO IMC: _____

() DESNUTRIÇÃO () EUTROFIA () OBESIDADE

AVALIAÇÃO CLÍNICA

MUDANÇA DE PESO NOS ÚTIMOS SEIS MESES:

() SIM () NÃO

PESO USUAL: _____

FUNCIONAMENTO DO TGI:

() DISFAGIA () PIROSE () FLATULÊNCIA () NÁUSEAS () REFLUXO

() CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA () VÔMITOS

HISTÓRIA CLÍNICA

() CÂNCER () HAS () CARDIOVASCULAR () OBESIDADE () DIABETES

() DISLIPIDEMIAS () OSTEOPOROSE () OUTROS () NENHUMA

FAZ USO DE MEDICAMENTOS

() SIM () NÃO

QUAIS: _____

PRATICA ATIVIDADE FÍSICA

() SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: _____

INGERE BEBIDA ALCÓOLICA

() SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: _____

FUMA:

() SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: _____

CONSUMO DE ÁGUA POR DIA: _____

DIFICULDADE PARA EVACUAR? () SIM () NÃO

EVACUA QUANTAS VEZES POR SEMANA?

() DIAS ALTERNADOS () TODOS OS DIAS _____

CARACTERÍSTICAS DAS FEZES

() RESSECADAS () MACIAS

OBS.: _____

ANAMNESE ALIMENTAR:

PREFERÊNCIAS: () SIM () NÃO _____

AVERSÕES: () SIM () NÃO _____

ALERGIAS: () SIM () NÃO _____

EXAME FÍSICO

CABELOS:

() COM QUEDA () QUEBRADIÇO () RESSECADO () DESPIGMENTADO

BOCA/DENTIÇÃO:

() COMPLETA () INCOMPLETA () PRÓTESE COMPLETA () PRÓTESE PARCIAL

CUTÂNEO:

() DESCAMATIVA () HIPO – HIDRATADA

HISTÓRIA ALIMENTAR (HORÁRIO E TIPOS DE ALIMENTOS)

REFEIÇÕES/HORÁRIOS	ALIMENTOS
DESJEJUM ____:____	
LANCHE DA MANHÃ ____:____	
ALMOÇO ____:____	
LANCHE DA TARDE ____:____	
JANTAR ____:____	
CEIA ____:____	

OBSERVAÇÕES: _____

