

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE NUTRIÇÃO

ANNA CLARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

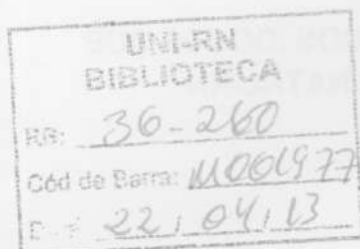
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS QUE
RESIDEM NO ESPAÇO SOLIDÁRIO NATAL-RN

ANNA CLARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS QUE
RESIDEM NO ESPAÇO SOLIDÁRIO NATAL-RN**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação
em Nutrição do Centro Universitário do
Rio Grande do Norte – UNI/RN. Como
requisito final para obtenção do título
de Nutricionista

Orientadora: Prof^ª. Ms. Juliana Padilha
Ramos Neves



612.39

048a

2012

Ex.01

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Oliveira, Anna Clara Rodrigues.

Avaliação do estado nutricional dos idosos que residem no espaço solidário
Natal-RN / Anna Clara Rodrigues Oliveira. – Natal, 2012.

47 f.

Orientador: Profª. Juliana Padilha Ramos Neves (Msc.)

Monografia (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário do Rio
Grande do Norte.

1. Nutrição – Monografia. 2. Idoso – Monografia. 3. Estado Nutricional –
Monografia. 4. Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Monografia. 5.
Demência – Monografia. I. Neves, Juliana Padilha Ramos. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 612.39

ANNA CLARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS QUE
RESIDEM NO ESPAÇO SOLIDÁRIO NATAL-RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em
Nutrição do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI/RN. Como
requisito final para obtenção do título de Nutricionista.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Prof^a. Ms. Juliana Padilha Ramos Neves

Prof^a. Elaine Maria de Almeida V. Fonseca

Prof^a Claudia Martins de Oliveira

Natal, Novembro de 2012

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi desenvolvido durante o curso de graduação em Engenharia de Software, sob a orientação do professor Dr. [nome], a quem agradeço profundamente por sua paciência, orientação e apoio durante todo o processo. Também agradeço aos meus colegas de turma, em especial [nome], [nome] e [nome], por sua amizade e colaboração. Um agradecimento especial ao meu avô, [nome], e à minha mãe, [nome], por todo o apoio e incentivo que me deram ao longo da vida. Por fim, agradeço a Deus por me conceder a oportunidade de concluir este trabalho.

Dedico este trabalho principalmente a Deus, a minha avó Alice, (que apesar de não ter mais noção de nada nessa vida) foi a minha inspiração na realização desse projeto, e a minha mãe, que sempre acreditou na minha capacidade de vencer, que apesar de muitas brigas, mas com imenso amor e dedicação me ajudou a chegar até aqui!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me iluminar e sempre guiar os meus passos, por me dar forças nos meus momentos de mais fraqueza e por estender sempre suas mãos para me levantar, diante de cada queda sofrida.

Agradeço a minha mãe, que é o meu maior exemplo de mulher guerreira, que mesmo estado só, criou seus filhos com muito amor, carinho e dignidade. Te agradeço minha mamãe pelo apoio e incentivo na minha vida inteira, e principalmente nesses 4 anos de faculdade, pois eu precisei muito e você sempre esteve ao meu lado. Te amo muito!

Agradeço ao meu papai que me ajudou como pôde a vida inteira, e que sempre esta ao meu lado e me apoia em minhas decisões.

Agradeço a minha irmã Pollyana, por me ajudar quando eu mais precisei, por agüentar todos os meus abusos e minhas birras, e por sempre acreditar que eu venceria essa batalha.

Agradeço ao meu namorado Carlos Gustavo que sempre me deu muito apoio emocional, por desde o início dessa jornada estar sempre ao meu lado, me motivando em todas as circunstâncias e por me abrir os olhos para as realidades da vida.

Agradeço em especial a minha Orientadora Juliana Padilha, que direta ou indiretamente me ajudou e me apoiou muito. Você foi realmente indispensável para mim, vou sentir muita saudade.

Não posso deixar de agradecer a minha grande amiga Loamy, por ser minha companheira, por me suportar e por estar sempre perto de mim quando preciso. Esse último ano foi decisivo para nós, nos aproximamos muito mais, devido diversas circunstâncias, e ter uma amiga como você nesse momento foi essencial na minha vida.

Agradeço muito a minha amiga Ilanna, pois mesmo um pouco distante me ajudou muito na elaboração desse trabalho e acreditou no meu potencial. MUITÍSSIMO obrigado amiga!

Agradeço também as minhas amigas de trabalho da Gregory, em especial a Suzzy, Diane, Malu e Paloma, pelas palavras de motivação e apoio dados durante o decorrer desse ano.

Agradeço a todos os meus familiares e minhas amigas de infância, que com grande amor, sempre me deram uma palavra de conforto nas minhas horas de angústia.

Agradeço a todas as minhas colegas de turma, que me ajudaram quando necessário, na realização de algumas de muitas atividades que precisamos realizar juntas. Agradeço pelas amigas que realmente conquistei nesses 4 anos, espero que não esqueçam de mim nunca.

Agradeço também a toda equipe de professores do UNI-RN, pelas aulas ministradas, pelos puxões de orelha e pelas poucas festinhas de comemorações que fizemos juntos, em especial a Silvinha que sempre esteve conosco nesses anos maravilhosos.

Para finalizar agradeço muito as organizadoras do Espaço Solidário, que são exemplos de dedicação e amor, tenho certeza que os idosos são muito bem tratados por vocês. Muito obrigado a Louise (Assistente Social) que me permitiu entrar no Espaço e fazer a coleta de todos os dados necessários para elaboração do meu projeto, com livre acesso.

"Mas os que esperam no Senhor renovam suas forças, sobem com asas como águias, correm e não se cansam, caminham e não se fatigam". Isaías 40.31

RESUMO

Vivemos hoje em um mundo de idosos, a população com mais de sessenta anos vem crescendo cada vez mais, o que representa um desafio para a saúde pública. No Brasil, têm sido observadas mudanças bruscas no crescimento dessa população. Muitas vezes o idoso é tratado sem diferenças, como se estivesse na faixa etária de adulto, sem se considerar que ele se encontra em uma fase diferenciada da vida. Este estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional dos idosos residentes no Espaço Solidário - Natal/RN, através de dados antropométricos, bem como, identificar a presença de doenças crônicas não transmissíveis nos idosos, relacionar alterações na consistência da dieta, uso de suplementação e condições de acamados ou não com algum tipo de demência diagnosticada. A pesquisa foi realizada com 21 idosos de ambos os sexos, onde 71% dos idosos eram do sexo feminino e 29% masculino, com média de idade de 73 anos, média de 1,49m de altura e peso médio de 53,100kg. De acordo com o IMC 42% dos idosos apresentou-se com baixo peso, 29% eutróficos e 29% com sobrepeso. Segundo a circunferência da panturrilha 52% dos idosos apresentou desnutrição ou perda de estoque proteico contra 48% que apresentou estado nutricional ideal. As doenças constatadas nessa população revelou a prevalência da hipertensão arterial sistêmica 67% dos idosos tinham a doença diagnosticada, as demências atingiram 62%, enquanto que, 42% apresentaram hipercolesterolemia e osteoporose, 38% diabetes e 19% doenças reumáticas. O estudo ainda revelou que 19% dos idosos eram acamados, sendo 50% por motivo do elevado grau da demência e 50% por não se socializarem com os demais. Avaliando apenas os idosos com algum tipo de demência, 62% apresentavam alteração quanto à consistência da dieta, 46% tomavam suplementação de albumina. Nesse estudo os riscos nutricionais prevaleceram tanto quanto ao IMC, quanto a circunferência da panturrilha, com esses resultados podemos concluir a necessidade de se dar maior atenção às situações especiais, mais estudos precisam ser realizados quanto a esse parâmetro e comparados às demências.

Palavras-chave: Idoso. Estado nutricional. Doenças crônicas não transmissíveis. Demência.

ABSTRACT

We live nowadays in an elderly world, the population with more than sixty years is growing little by little more, representing a challenge to public health. In Brazil, we have been observed abrupt changes in the growth of this population. Often the elderly is treated without difference, as if aged adult, without considering that he is in a different stage of life. This study aimed to assess the nutritional status of resident's elderly in Space Outreach – Natal / RN, by anthropometric data, as well as, identify the presence of chronic non communicable diseases in the elderly, to relate changes in the consistency of diet, use of supplements and conditions of bedridden or not with some kind of dementia diagnosed. The survey was done with 21 elderly of both sexes, where 71% of the elderly were female and 29% were male, with 73 years as an average of age, 1,49m in an average height and weighing an average 53,100kg. According to BMI 42% of the elderly were underweight, 29% normal and 29% overweight. According to the calf circumference 52% of elderly had innutrition or loss of protein stock against 48% who had a right nutritional status. The diseases observed in this population revealed the prevalence of hypertension and 67% of elderly had diagnosed the disease, dementias reached 62%, while 42% had hypercholesterolemia and osteoporosis, 38% diabetes and 19% rheumatic diseases. The study also revealed that 19% of elderly were bedridden being 50% due to high degree of dementia and 50% to don't socialize with the other. Checking just elderly with some form of dementia, 62% had change in the consistency of diet and 46% took albumin supplementation. In this study the nutritional risks prevailed as far as the BMI, as the calf circumference, with these results we can conclude the need to give a greater attention to special situations, more studies need to be done on that parameter and compared to dementias.

Key-words: Elderly. Nutritional Status. Chronic non communicable diseases. Dementia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1:** Distribuição do percentual de idosos residentes no Espaço Solidário, segundo o sexo. 28
- Figura 2:** Distribuição da idade estratificada dos idosos residentes no Espaço Solidário, classificados de acordo com a faixa etária. 29
- Figura 3:** Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto ao Estado Nutricional, determinados pelo IMC. 30
- Figura 4:** Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto ao estado nutricional, segundo a circunferência da panturrilha. 32
- Figura 5:** Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto às doenças constatadas. 33
- Figura 6:** Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto a situações especiais, avaliando-se a presença ou ausência de algum tipo de demência. 35
- Figura 7:** Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto à consistência da dieta, avaliando-se a presença ou ausência de algum tipo de demência. 37
- Figura 8:** Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto ao uso de suplementação alimentar, avaliando-se a presença ou ausência de algum tipo de demência. 38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Equação para estimar AJ, representada de acordo com o sexo. 26

Tabela 2: Pontos de corte de IMC para idosos. 26

LISTA DE ABREVIATURAS

AJ – Altura do Joelho

CP – Circunferência da Panturrilha

DA – Doença de Alzheimer

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

DCT – Dobra cutânea tricipital

DM – Diabetes mellitus

DP – Doença de Parkinson

DR – Doenças Reumáticas

EUA – Estados Unidos da América

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILP – Instituição de longa permanência

ILPs – Instituições de longa permanência

IMC – Índice de Massa Corporal

LDL – Lipoproteína de baixa densidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PA – Perímetro abdominal

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

PB – Perímetro do braço

RN – Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 POPULAÇÃO IDOSA	16
3.2 REPERCUSSÕES COM IMPACTO NUTRICIONAL NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO	17
3.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS X ENVELHECIMENTO	20
3.4 DEMÊNCIAS X ENVELHECIMENTO	22
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPOS DE ESTUDO	25
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA	25
4.3 MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.3.1 Avaliação Antropométrica	25
4.3.2 Presença de doenças crônicas não transmissíveis	27
4.3.3 Presença de fatores relacionados com algum tipo de demência	27
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA	28
5.2 ESTADO NUTRICIONAL SEGUNDO IMC	28
5.3 ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS SEGUNDO CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA	31
5.4 DOENÇAS CONSTATADAS	33
5.5 SITUAÇÕES ESPECIAIS	34
5.5.1 Condições de acamados ou não x Demência diagnosticada	34
5.5.2 Relação consistência da dieta x Demência diagnosticada	36
5.5.3 Uso de suplementação x Demência diagnosticada	37
6 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	

APÊNDICES

APÊNDICE A

APÊNDICE B

1 INTRODUÇÃO

Ser idoso é estar em uma etapa da vida que se segue à maturidade, apresentando efeitos específicos sobre o organismo humano com o passar dos anos. Cronologicamente, há certa dificuldade nesta definição, pois, dependendo do desenvolvimento socioeconômico, os membros de cada sociedade apresentarão os sinais inexoráveis do envelhecimento, com suas limitações e perdas de adaptabilidade, em diferentes idades cronológicas (SPINELLI, 2008).

Segundo Tavares e Anjos (1999), a sociedade tem experimentado um aumento considerável do número de idosos na população. Aproximadamente 11% da população dos Estados Unidos encontram-se acima de 65 anos com projeção de aumento de 20% no ano de 2030. No Brasil mais de 8% da população se encontra acima de 60 anos e este segmento também tem crescido rapidamente, esperando-se que em 2025 haja cerca de 32 milhões de idosos no país.

O processo de envelhecimento acarreta alterações corporais, as quais são importantes de serem avaliadas em um plano nutricional. O peso e a estatura sofrem alterações que acompanham o envelhecimento, os quais tendem a diminuir. Há diminuição da massa magra e modificação no padrão de gordura corporal, onde o tecido gorduroso dos braços e pernas diminui, mas aumenta no tronco. Em consequência disso, as variáveis antropométricas sofrem modificações, como a dobra cutânea tricipital (DCT) e o perímetro do braço (PB) que diminuem e o perímetro abdominal (PA) aumenta (MENEZES; MARUCCI, 2005).

Neste sentido, para Emed, Kronbauer e Magnoni (2006), a avaliação nutricional tem o papel de detectar precocemente a desnutrição em pacientes idosos, o que atualmente representa uma crescente preocupação nutricional. Caso não diagnosticada a mesma pode resultar deterioração da saúde levando até mesmo à morte prematura. Para avaliação nutricional em geriatria necessita-se de métodos que determinem o estado nutricional de maneira precisa, uma vez que muitas variáveis utilizadas são afetadas pela doença aguda.

Se faz necessário identificar a desnutrição em idosos, uma vez que as idades mais avançadas e a própria condição física já não lhes permitem cuidarem-se sozinhos. A taxa metabólica basal começa a reduzir, as funções dos membros superiores e inferiores começam a ficar mais lentas e, com isso, a função motora é prejudicada. Ocorrem os estresses psicológicos e, com isso, a perda de apetite,

dificuldades de mastigação e deglutição. Tudo isso ocasionando a degeneração da saúde dos idosos e, conseqüentemente, a morte (SPEROTTO; SPINELLI, 2010).

Com base na importância da avaliação e intervenção nutricional para a qualidade de vida do idoso institucionalizado, o presente trabalho teve como objetivo fornecer informações antropométricas dos idosos residentes no Espaço Solidário no bairro de Mãe Luiza, situado na cidade do Natal-RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de idosos;
- Avaliar o estado nutricional dos idosos através da análise antropométrica;
- Identificar a presença de doenças nas áreas;
- Relacionar a presença de doenças com a nutrição na população de idosos;
- Avaliar o uso de suplementação e capacidade de deglutição.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o estado nutricional dos idosos que residem no Espaço Solidário no bairro de Mãe Luiza – Natal-RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de idosos;
- Avaliar o estado nutricional dos idosos através de dados antropométricos;
- Identificar a presença de doenças nos idosos;
- Relacionar a presença de demências com a modificação na consistência da dieta, uso de suplementação e capacidade de deambulação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POPULAÇÃO IDOSA

O fenômeno envelhecimento vem ocorrendo sem precedentes na história da humanidade. A ONU (Organização das Nações Unidas) considera o período de 1975 a 2025 a “Era do Envelhecimento”, essa era ocorre aceleradamente em países desenvolvidos (SIQUEIRA et al 2002; ARANHA et al 2000). No Brasil o processo de envelhecimento teve início a partir da década de 60, caracterizado por uma rápida expansão (SILVA, 2005).

De acordo com os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a expectativa de vida do brasileiro em 1940 era de 45,5 anos de idade, e no ano de 2008 era de 72,7 anos (IBGE, 2007).

Segundo a projeção feita pelo IBGE a cerca da população brasileira, para os próximos anos, “o país continuará galgando anos de vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, ou seja, aproximadamente 63 milhões de pessoas serão idosas”. Comparando-se a expectativa de vida de países de primeiro mundo como Islândia, que tem média de idade de 81,80 anos, Hong Kong na China de 82,20 anos e o Japão com média de 82,60 anos (IBGE, 2009).

O Rio Grande do Norte (RN) apresenta uma população de 3.168.027 habitantes, na cidade de Natal são aproximadamente 803.709 mil habitantes (IBGE, 2010), sendo 83.939 dessa população constituída por idosos. As projeções do IBGE para o presente ano indicam que a população do RN chegou a 3.228.198 habitantes (IBGE, 2012). A população de idosos vem crescendo nas últimas décadas. Em 1991, os idosos representavam 8% da população total do RN, em 2000 representavam 9% chegando a 9,8% no Censo de 2007. Ou seja, no estado o número de idosos era de 199.112 em 1991 e passou a ser 296.517 em 2007 (IBGE, 2007).

Diante do rápido crescimento desses números, o envelhecimento tem sido muito pesquisado em vários segmentos da medicina como um todo, para que revelam haja melhor entendimento durante esse estágio de vida.

Observamos no nosso cotidiano que não se envelhece mais como antigamente, as pessoas procuram envelhecer cada vez mais saudavelmente, ou seja, os idosos apresentam-se na atualidade mais saudáveis mais ativos e mais preocupados com a

qualidade de vida que eles vêm levando no seu cotidiano. Para tanto, surge à necessidade daquele profissional que atua na área da saúde estar preparado e atualizado, para que assim, venha poder desenvolver um trabalho de orientação mais adequado para o seu paciente idoso e o de meia idade (BUSNELLO, 2007). Por isso o profissional deve estar ciente das características gerais do processo de envelhecimento, como: diminuição do metabolismo, crescente dificuldade de adaptação a modificação de fatores ambientais, redução da velocidade de condução nervosa e da resposta das células a substâncias produzidas pelo próprio organismo.

3.2 REPERCUSSÕES COM IMPACTO NUTRICIONAL NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo natural no organismo, que se dá ao longo da vida, por diferentes etapas: crescimento, desenvolvimento, reprodução e involução. Muitos de nós não vemos o envelhecimento com bons olhos, nesse processo ocorrem modificações a nível molecular, logo após a maturidade, que induzem ao declínio orgânico, aumentando o percentual de probabilidade e de aceitação do organismo à doenças e à morte (NASCIMENTO, 2011).

Segundo Branco (1999) "O envelhecimento é um processo biológico universal. Na maior parte dos seres vivos, e em particular nos seres humanos, o qual não permite definições fáceis, não se resumindo a um simples transcurso de tempo".

Determinar a fase de envelhecimento é um conceito fundamental para estabelecer critérios referentes às aposentadorias, benefícios ou acesso às políticas sociais. O processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo. Diante disso, é preciso compreender a velhice como "uma etapa da vida na qual, em decorrência da alta idade cronológica, ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam a relação do indivíduo com o meio" (SALGADO, 1982, p. 29).

O envelhecimento da população trouxe grande interesse por estudar as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice. As pesquisas buscam identificar e promover condições que permitam uma velhice longa e saudável, com relação custo benefício favorável aos indivíduos e às instituições sociais (NERI, 2001).

O envelhecimento de cada pessoa é uma experiência individualizada e desigual, pois o organismo sofre, ao longo de toda a existência, um declínio no sistema biológico que ocorre de acordo, com suas particularidades, extremamente associado ao meio em que vivemos e aos hábitos adquiridos pelo próprio indivíduo. A velocidade do envelhecimento, portanto, pode diferenciar-se para todos os organismos da espécie humana, sendo possível que indivíduos da mesma idade apresentem condições biológicas diferentes. Portanto, a velhice apresenta variadas dimensões, incluindo fatores biológicos e psicossociais que interagem entre si, favorecendo ou não uma velhice saudável (FRANK; SOARES, 2004).

De acordo com Pfrimer e Ferrioli (2008):

Da mesma forma, existe também dificuldade para realização da intervenção dietética no idoso, uma vez que os hábitos alimentares já se encontram muito arraigados e pode haver dificuldades de memorização das novas informações. (...) Muitas vezes o idoso é tratado indiferenciadamente, como na faixa etária de adulto, sem se considerar que ele se encontra em uma fase diferenciada.

As condições que interferem no estado nutricional estão atreladas principalmente ao processo de envelhecimento, que inclui a diminuição da capacidade funcional, sensibilidade olfativa e gustativa, doenças crônicas, efeitos farmacológicos do uso de medicamentos, problemas psiquiátricos e sociais (demência, depressão, alcoolismo, isolamento emocional) e hábitos de vida (atividade física, tabagismo, dieta). O estado nutricional no idoso, conforme se passam os anos, sofre essas alterações, principalmente devido as suas mudanças fisiológicas. Grande parte dessas mudanças advém da perda da capacidade da mastigação e deglutição do alimento, que é prejudicada por ocorrer à diminuição de receptores que estimulam o apetite (ACUÑA e CRUZ, 2004).

A sensibilidade motora, cognitiva, as condições de locomoção e condições socioeconômicas também são afetados com a idade. A perda de peso e de massa magra com o envelhecimento se torna frequente, surgem então riscos nutricionais e com isso a necessidade de acompanhamento com um profissional da área para que seu estado nutritivo melhore ou permaneça estável.

As adversidades mais frequentes na saúde dos idosos são a capacidade funcional alterada e a dependência que surge, devido a perda de habilidades,

impedindo os idosos de realizarem as mais simples atividades diárias (MOREIRA et al., 2012).

De acordo com Robergs e Roberts (2002), com o decorrer da idade ocorrem alterações no sistema musculoesquelético, fazendo com que a força muscular do idoso diminua. A sua capacidade de manter a postura correta, pegar objetos e mantê-los nas mãos, se torna cada vez mais difícil, limitando o idoso na realização de suas atividades freqüentes, tais como a capacidade de alimentar-se só.

Além das mudanças fisiológicas, diversos outros fatores podem influenciar a nutrição na terceira idade, como a falta de apetite, referida pelos próprios idosos, por isso a ingestão de nutrientes pode torna-se insuficiente. As doenças degenerativas também contribuem grandemente para diminuição do apetite e problemas na absorção dos nutrientes. Por isso a maior necessidade de se dar atenção às especificidades de cada idoso (GRIM; BIESALSKI, 2007).

Em casas de apoio, ou clínicas de repouso são comuns a falta de alimentos frescos e rejeição de laticínios. A má nutrição representa um fator de risco ainda maior para os idosos, pois uma pessoa jovem mal nutrida possui reservas em caso de aumento das suas necessidades nutricionais, já o idoso perde essa capacidade de armazenar reservas de nutrientes, tornando, em caso de doenças, a recuperação muito mais difícil (GRIM; BIESALSKI, 2007).

O estado nutricional tem implicações significativas em relação ao processo de envelhecimento e importante relação com a morbimortalidade em idosos. O alto risco nutricional pode estar relacionado principalmente ao surgimento de doenças crônicas (ALVARENGA et al., 2011).

No que se refere aos idosos, a ingestão inadequada de alimentos torna-se diretamente o maior risco nutricional, devido a obtenção e até a dificuldade de preparo dos alimentos (OLIVEIRA; CUKIER; MAGNONI, 2005).

Nas mulheres a menopausa é outro fator que influencia no estado nutricional, com o aumento de peso e do tecido adiposo (NASCIMENTO, 2011). No decorrer da vida a mulher perde cerca de 40% do cálcio dos ossos, aproximadamente 1% ao ano após a menopausa, e a manutenção é baixa ao longo da vida (OLIVEIRA; CUKIER; MAGNONI, 2005).

Não são apenas as mulheres, mas toda a população idosa sofre com o envelhecimento, mas as alterações quanto ao estado nutricional nas mulheres é mais forte que nos homens (OLIVEIRA; CUKIER; MAGNONI, 2005). Por isso o

cuidador deve estar apto a exercer seu trabalho independente do sexo e etnia do seu paciente. Promovendo assim não só a melhora do estado nutricional, mas uma maior motivação e expectativa de que muitos anos virão pela frente e que assim o idoso possa esbanjar saúde.

3.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS X ENVELHECIMENTO

Agregados ao processo de envelhecimento aparecem diversas situações patológicas no idoso. Embora a velhice não seja considerada doença, o indivíduo se torna mais susceptível a condições de extrema dificuldade contidas no meio externo. A partir daí surgem então as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

As DCNT são caracterizadas por um grupo de doenças com história natural prolongada, interação de fatores etiológicos conhecidos ou desconhecidos, período de latência e curso assintomático prolongado, variedade de fatores e riscos, manifestações clínicas de remissão e exacerbação ou até a morte. O grupo dessas doenças é compreendido por doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças neurológicas e doenças respiratórias crônicas. Grande parte dessas doenças tem fatores de risco comuns e pedem maior assistência, pois são doenças diretamente relacionadas com o processo de envelhecimento. A maioria das DCNT são típicas do processo de envelhecimento, por serem resultados de processos de outras doenças e da perda de funções fisiológicas (CUPPARI, 2009).

O sistema cardiovascular é altamente afetado, diversas patologias estão associadas a ele, como a doença coronariana - tipo de distúrbio envolvendo as artérias coronarianas, ligado ao acúmulo de substâncias gordurosas na parede das artérias (UNIFESP, 2004) - e insuficiência cardíaca congestiva – síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender as necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento (BOCCHI et al., 2009). Embora essas doenças exibam atenção, o destaque é para hipertensão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados às alterações metabólicas e hormonais. A doença é definida quando a pressão arterial sistólica (PAS) é maior ou igual a

140mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) é maior ou igual a 90mmHg (BUSNELLO, 2007).

Algumas situações específicas podem favorecer o desenvolvimento da HAS, tais como, falta de atividade física, histórico familiar, obesidade, elevada ingestão de sal, grande consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, o diabetes, a menopausa e o estresse emocional. Atualmente foram introduzidas novas classificações para determinar a presença da doença, podendo preveni-la. Foram elaboradas classificações para pré-hipertensão e hipertensão (CUPPARI, 2009).

A HAS é altamente prevalente em idosos, tornando-se fator determinante na morbimortalidade. Em idosos a doença é marcada principalmente pela hipertensão essencial, estando ou não associado a medicação anti-hipertensiva. A PAS aumenta e a PAD diminui com a idade, sendo resultado do aumento da pressão do pulso e da rigidez das artérias. Cerca de 65% dos idosos são hipertensos, nas mulheres com mais de 75 anos a prevalência chega a 80% (BUSNELLO, 2007).

Com o passar da idade aparecem outros tipos de comorbidades, diabetes mellitus, doença pulmonar, doença vascular, doenças renais, hepáticas, músculo esquelética, neoplasias, dificuldades de locomoção, doenças neurológicas e depressão (OLIVEIRA; CUKIER; MAGNONI, 2005).

Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica que cresce na população idosa, os fatores que contribuem para a resistência diminuída à glicose e o desenvolvimento da doença, incluem a falta de atividade física, diminuição do consumo de carboidratos complexos e maior consumo de gorduras na dieta. O aumento da adiposidade, a diminuição de massa magra, medicamentos e outras doenças também representam um fator de risco para desenvolvimento da doença no idoso (OLIVEIRA; CUKIER; MAGNONI, 2005). Entre essas a hipercolesterolemia também é frequente, caracterizada pela elevação dos níveis de colesterol presente na lipoproteína de baixa densidade (LDL), é um fator de risco bem estabelecido para incidência de aterosclerose e suas complicações patológicas (OLIVEIRA, 2012).

Nos idosos o controle quanto à postura não é mais o mesmo, a visão vai sendo diminuída, e então há riscos maiores de quedas e fraturas. Estes riscos podem estar associados a alguns fatores como a menopausa nas mulheres, baixo peso, obesidade, histórico familiar, estilo de vida, hidratação e estado mental (OLIVEIRA; CUKIER; MAGNONI, 2005).

Os riscos de quedas e fraturas também podem estar associados a osteoporose, doença que aumenta a fragilidade óssea. É uma doença disseminada por todo o esqueleto, caracterizada pela diminuição de massa óssea e deterioração de tecido ósseo. Em grande parte dos casos a doença é silenciosa e só se manifesta junto às fraturas.

A osteoporose é um problema de saúde pública mundial. Nos Estados Unidos da América (EUA) há cerca de 25 milhões pessoas com a doença e cerca de 1,3 milhões de fraturas anuais, no Brasil já há cerca de 11 milhões de pessoas com osteoporose e com o aumento da expectativa de vida, o número tende a aumentar (OLIVEIRA; CUKIER; MAGNONI, 2005).

3.4 DEMÊNCIAS X ENVELHECIMENTO

De acordo com Wong e Carvalho (2006), o envelhecimento trouxe à tona doenças de natureza crônica, dentre as quais destacam-se não só as alterações cardiovasculares, mas as demências, como por exemplo a Doença de Alzheimer (DA).

A demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada pelo comprometimento de diversas funções, esse estado torna os idosos quase que incapacitados de realizar as atividades diárias, eles perdem progressivamente a capacidade de autonomia (BENEDETTI et al., 2008).

A DA foi caracterizada em 1907 por Alois Alzheimer, é uma doença de natureza neurodegenerativa, progressiva e irreversível, ocasionando diversos distúrbios de ordem cognitiva. Na maioria dos casos, acomete indivíduos com mais de 60 anos e, quando ocorre em indivíduos mais jovens, denota recorrência familiar. Por apresentar grande impacto na qualidade de vida de seus portadores ela é considerada um dos maiores problemas de saúde pública atualmente (PELZER, 2002).

Tal doença é uma das formas mais comuns de demência entre idosos e sua evolução compromete não apenas o idoso, mas também sua família e a comunidade em que ele vive (CUMMINGS; COLE, 2002). Estudos epidemiológicos brasileiros mostram prevalência de demência de 7,1% em idosos na comunidade, sendo 3% com DA (NITRINI et al., 2004).

Dentre os principais sintomas da doença podem ser citados a perda de memória, desorientação, dificuldades com as atividades da vida diária, inapetência, perda de peso, dificuldades com a fala e a comunicação, estas que se associam fortemente às desordens nutricionais observadas no paciente com DA (GILLETTE-GUYONNET et al., 2000).

Estas desordens nutricionais acarretam perda de peso freqüente e ocorre em aproximadamente 40% dos casos de DA, em todos os estágios, estando presente inclusive antes que seja feito um provável diagnóstico da doença, pode variar de acordo com o grau e o local da lesão neurológica. (GUÉRIN et al., 2005).

Segundo Machado et al. (2009) os idosos com demência apresentam perda ponderal importante, além disso, as desordens cognitivas e de comportamento podem comprometer a nutrição, tais como dificuldades de mastigação e deglutição, de deslocamentos para o preparo das refeições e desordens comportamentais. A consequência direta destas desordens e a diminuição do peso pode levar o idoso à desnutrição, cujo quadro associa-se à piora do prognóstico da DA, aumentando a gravidade das complicações com o surgimento de infecções (GUÉRIN et al., 2005).

Explica-se que a perda de peso e a desnutrição sejam de um provável aumento de gasto energético, atrofia do córtex temporal, fatores biológicos ou de composição corporal (SABRY; SAMPAIO, 2007).

Apesar de não haver um consenso no que determina a perda de peso na DA, é fato que ela agrava o prognóstico da doença. Sendo assim, a avaliação nutricional é uma importante e fundamental ferramenta na prevenção da morbimortalidade entre idosos com DA, já que a determinação do estado nutricional do indivíduo permite nortear concretamente o tratamento a seguir, reduzir as complicações da desnutrição e tornar eficaz a terapêutica adotada (RAMOS; VALVERDE, 2005).

A Doença de Parkinson (DP) é outro tipo de demência prevalente da terceira idade, foi descoberta por James Parkinson em 1987, durante um achado clínico que caracterizava um complexo de manifestações, como, tremor em repouso, rigidez, bradicinesia-hipocinesia, postura flexionada, perda de reflexos posturais e fenômeno de congelamento. É um distúrbio neurológico caracterizado pela perda de neurônios dopaminérgicos na parte compacta da substância nigra e inclusões citoplasmáticas intraneurais (corpos de Lewy). As causas ainda não são bem definidas, mas compreende-se que haja interações entre fatores dietéticos, ambientais, estilo de vida e genética (SABRY; SAMPAIO, 2007).

O tremor em repouso esta presente em cerca de 70% dos pacientes e inicia-se normalmente unilateral, passando para os dois lados com o decorrer da doença. O idoso com Parkinson tem personalidade alterada, torna-se indeciso, dependente e inativo, com falta de motivação e em alguns casos depressivo. Ocorre também declínio cognitivo, mas não como na DA (OLIVEIRA; CUKIER; MAGNONI, 2005).

Segundo Marchand (2001):

Diversos transtornos da vida como perdas afetivas, aposentadoria, afastamento de atividades profissionais, sociais, familiares e dificuldades econômicas podem levar a problemas de saúde mental. À medida que uma pessoa experimenta a situação de isolamento, as chances de aumentar a depressão são maiores.

Assim, a cada ano o aumento com gastos na saúde cresce devido ao aumento da probabilidade de se desenvolver certas doenças nessa faixa etária que vem se multiplicando e que requer maiores cuidados. Há necessidade de mais profissionais habilitados para cuidar dos idosos. Profissionais de diversas áreas que estejam dispostos a dedicar-se somente a eles, com carinho e atenção especial.

A família também tem papel fundamental para compreender e ajudar o idoso nessa fase da vida, o apoio das pessoas que estão ao seu redor torna-se indispensável, pois apesar de existirem os profissionais capacitados para ajudar, o emocional e a rotina de vida do idoso é o que mais vai influenciar na sua velhice saudável.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPOS DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por ser transversal e descritivo, feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação as suas características pessoais e as suas histórias de exposição de fatores causais suspeitos, em determinados momentos (VIEIRA, 2001).

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O estudo foi realizado em uma instituição de longa permanência (ILP), localizada no bairro de Mãe Luiza - Natal/RN. Nessa instituição 23 idosos são residentes, e cerca de 45 idosos são frequentadores. O universo desse estudo são os idosos residentes no Espaço Solidário, sendo a amostra representada por 21 idosos, que se dispuseram a participar do estudo. A coleta de dados foi realizada no período de 22 a 25 de outubro de 2012. Os idosos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para esta pesquisa foi realizada, avaliação antropométrica. Posteriormente analisamos a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), métodos que serão descritos abaixo. As informações foram coletadas através de um questionário elaborado pela própria pesquisadora (APÊNDICE B).

4.3.1 Avaliação Antropométrica

A antropometria é o parâmetro mais utilizado para identificar o estado nutricional nos indivíduos. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) o IMC (Índice de Massa Corporal) é o indicador mais utilizado e mais preciso para se detectar a presença de obesidade ou desnutrição, e a antropometria pode ser modificada pela presença de doenças. Com o envelhecimento ocorrem modificações biológicas que alteram a composição corporal. A massa muscular diminui e a gordura aumenta se

concentrado na região abdominal, há encurtamento das vértebras, e a coluna se encurva, dificultando a mensuração da estatura (VITOLLO, 2008).

Para realização desse estudo foram coletado as variáveis peso e estatura, posteriormente calculamos o IMC. A estatura do indivíduo foi estimada através da altura do joelho (AJ), que foi mensurada através de uma fita métrica inelástica. O peso foi aferido através de uma balança digital com capacidade para 150 kg, existente no local do estudo.

Para cálculo da estatura estimada através da AJ, utilizamos a equação de Chumlea et al. (1987). Representada na tabela 1.

Tabela 1: Equação para estimar AJ, representada de acordo com o sexo.

HOMENS	MULHERES
Estatura = (2,02x AJ)	Estatura = (1,83 x AJ)
- (0,04 x idade)	- (0,24 x idade)
+ 64,19	+ 84,88

Fonte: Chumlea et al. (1987)

Após a obtenção da estatura do idoso, foi calculado o IMC. Como ponto de corte, utilizamos os parâmetros de *Lipschitz*, representado na tabela 2:

Tabela 2: Pontos de corte de IMC para idosos.

IMC	ESTADO NUTRICIONAL
< 22,0	Desnutrição
22,0 a 27,0	Eutrofia
> 27,0	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz, 1994.

Também foi aferida a circunferência da panturrilha (CP). De acordo com a OMS, a CP é um excelente indicador das modificações ocorrentes com a massa magra em idosos, caracteriza-se por ser um parâmetro muito seguro para detectar os riscos de desnutrição em idosos (WHO, 1995). Esta medida pode ser utilizada avaliação do estoque proteico, principalmente se há aumento de peso, devido a ascite ou edema. Valores inferiores a 31 cm são marcadores de desnutrição (Chumlea et al., 1987).

4.3.2 Presença de doenças crônicas não transmissíveis

No caso do público estudado para avaliar as doenças mais decorrentes, foi analisado os prontuários dos idosos, com a data de evolução mais recente, que neste caso foi 15 de outubro de 2012, onde havia as doenças existentes.

4.3.3 Presença de fatores relacionados com algum tipo de demência

Para identificarmos esses fatores, verificamos a presença de alguma condição especial, como nesse caso, os idosos acamados, os que possuem dieta modificada quanto à consistência, e o uso de suplementação (no caso dessa instituição é o fornecimento de albumina, usada para melhorar o estado nutricional).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados obtidos pela pesquisadora, foram feitas planilhas no Excel. Os dados foram apresentados em figuras sob forma de valores absolutos e percentuais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

A população avaliada foi composta por 21 idosos residentes do Espaço Solidário, sendo 71% (n=15) do sexo feminino, e 29% (n=6) do sexo masculino. A figura 1 apresenta a distribuição do percentual de idosos, segundo o sexo.

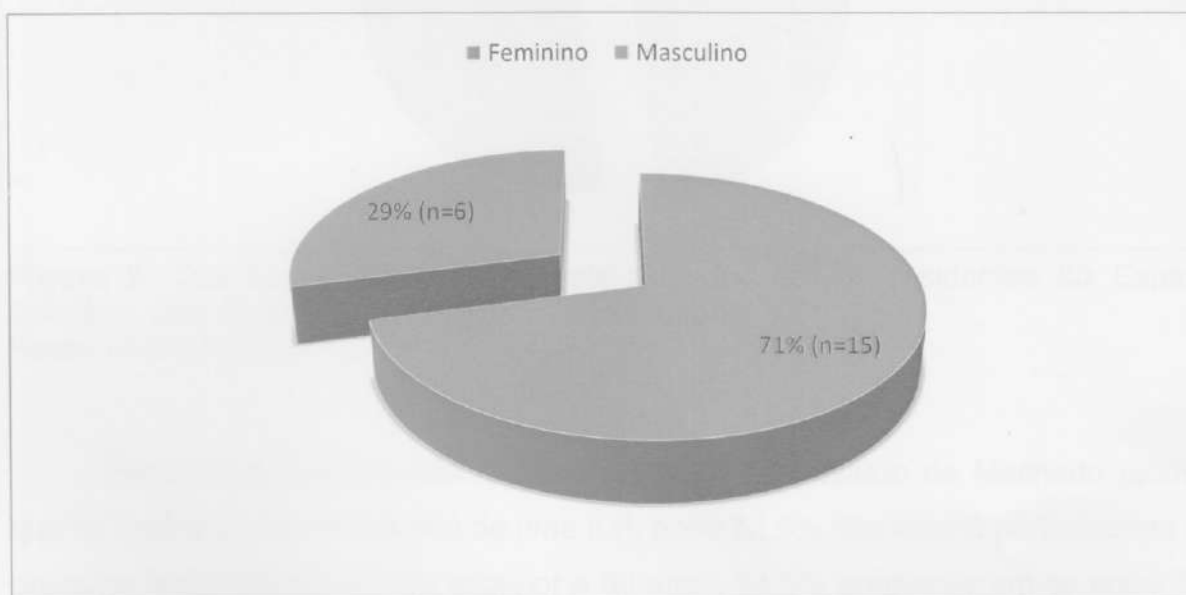


Figura 1: Distribuição do percentual de idosos residentes do Espaço Solidário, segundo o sexo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

De acordo com o estudo de Santos et al. (2007), diversos fatores podem ser atribuídos ao fato da população idosa brasileira ser predominantemente feminina.

Comparando com um projeto de Ribeiro e Rocha (2011) sobre Saúde do Idoso Institucionalizado, realizado com 52 idosos, a população feminina apresenta-se prevalente, chegando a 58% dos idosos entrevistados, contra 42% do sexo masculino.

No presente estudo, a média de idade dos idosos foi de 73 anos, destes, a média de idade dos homens foi de 77 anos e das mulheres 69 anos. A figura 2 representa a distribuição do percentual de idade estratificada. Onde 52% (n=11) dos idosos estudados encontram-se dentro da faixa etária de >80 anos, 29% (n=6) entre 70-80 anos, e 19% (n=4) estão entre 60-70 anos de idade.

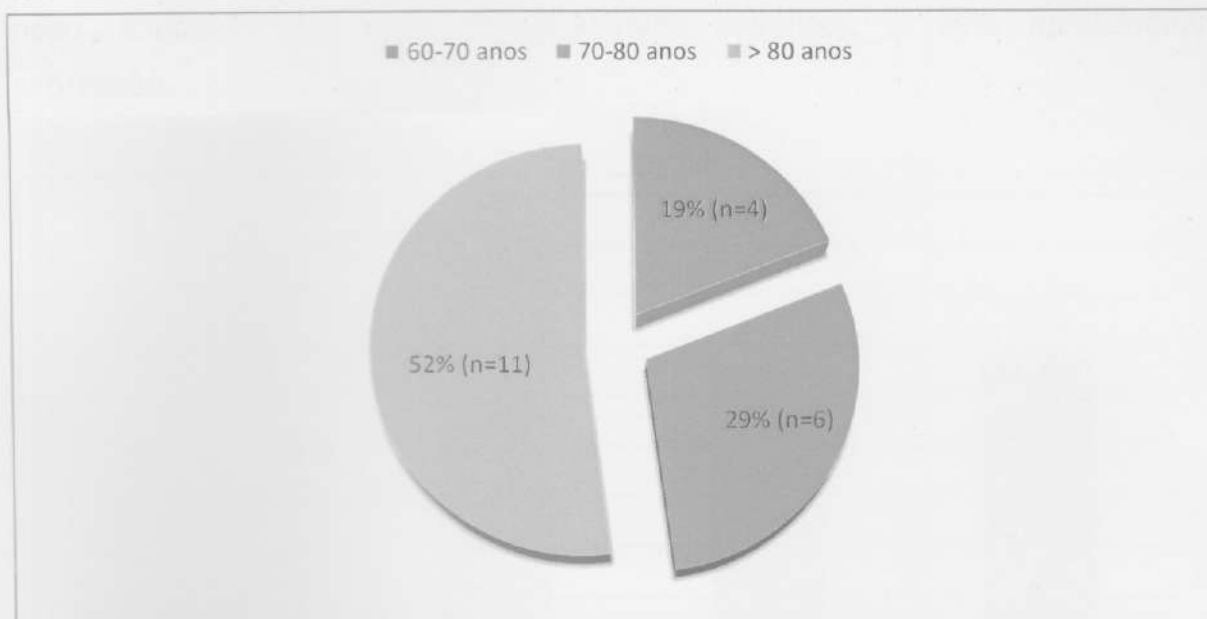


Figura 2: Distribuição da idade estratificada dos idosos residentes do Espaço Solidário, classificados de acordo com a faixa etária.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Machado (2009), que foi realizado com 60 idosos de uma ILP, onde 53,5% dos idosos participantes da pesquisa apresentaram idade superior a 80 anos, 34,5% apresentaram-se entre 70-80 anos e apenas 12% dos idosos apresentaram idade entre 60-70 anos. Segundo esse autor, o motivo para maior prevalência da faixa etária elevada dos idosos em Instituições de longa permanência (ILPs) se dá ao fato de os idosos nessa fase da vida estarem mais dependentes e mais susceptíveis ao aparecimento de diversas doenças, por isso as famílias levam os idosos para ILPs, na expectativa de que o idoso tenha um cuidado mais específico e diferenciado.

5.2 ESTADO NUTRICIONAL SEGUNDO IMC

A altura média foi de 1,49m, para mulheres a média foi de 1,38m, e para homens foi de 1,61m.

O peso médio obtido foi de 53,100kg, sendo 62,900kg para os homens e 49,200kg para as mulheres.

Quanto ao estado nutricional, os idosos foram classificados segundo o IMC, em baixo peso, eutrofia e sobrepeso. Conforme representado na figura 3.

O presente estudo revelou que 42% dos idosos apresentaram-se com baixo peso, enquanto que, 29% encontraram-se eutróficos, e 29% apresentaram sobrepeso.

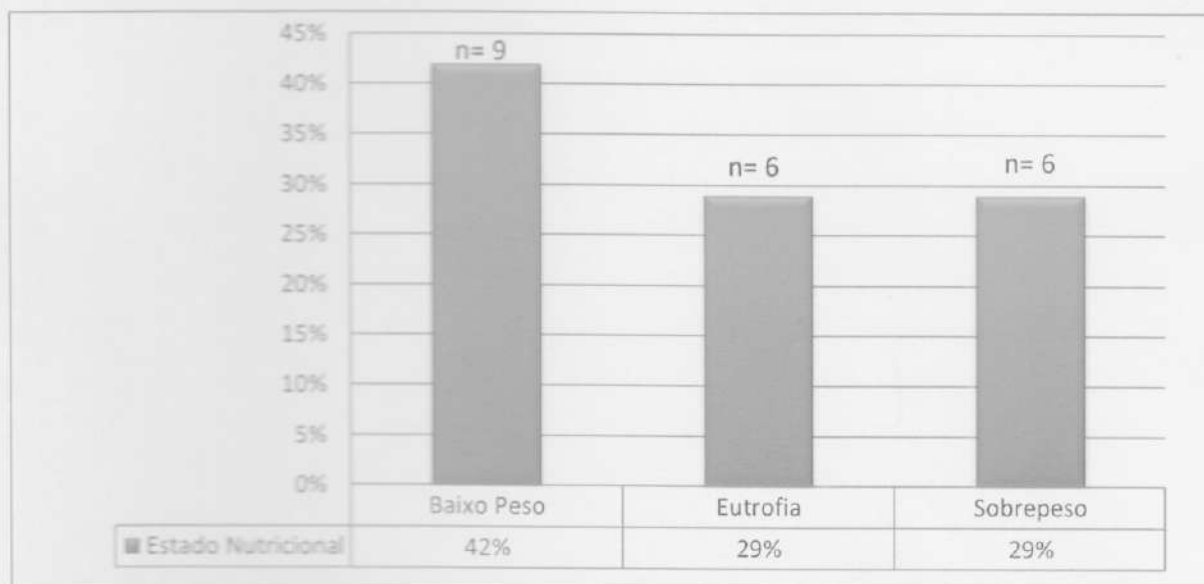


Figura 3: Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto ao Estado Nutricional, determinados pelo IMC.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Dados semelhantes a essa pesquisa também foram apresentados no estudo de Ribeiro (2011), que também utilizou para classificação do estado nutricional os pontos de corte determinados por Lipschitz (1994), e revelou que 46% dos idosos estudados apresentaram-se com baixo peso, ou seja, com risco de desnutrição. Assim como estudo de Picanço et al. (2011) feito com 70 idosos, onde apenas 48 foram avaliados pelo IMC segundo Lipschitz (1994), 42% dos idosos apresentaram baixo peso, 40% eutrofia e 18% com sobrepeso.

Resultados divergentes foram encontrados em um estudo de Machado (2009), realizado também em Instituições de Longa Permanência, que determinou que, cerca de 55% dos idosos apresentaram-se em estado de eutrofia, porém esse estudo foi realizado apenas com idosos que possuíam algum tipo de demência. Enquanto que para obtenção dos resultados do presente trabalho foram avaliados idosos com ou sem demência. Dados apresentados por Oliveira (2011), segundo o IMC, também divergiram com os resultados desse estudo, onde os idosos foram classificados prevalentemente com sobrepeso, seguido de eutrofia e baixo peso.

Em um estudo realizado por Ferreira (2010) com um grupo de caminhada de idosos também apresentou resultados divergentes, apenas 22% dos idosos apresentaram baixo peso, mas houve semelhança quanto aos valores de eutrofia e sobrepeso, onde ambos tiveram resultados iguais, sendo 39% da população estudada com eutrofia e 39% com sobrepeso.

Os resultados desse trabalho podem ser justificados pelo fato do estudo ter sido feito com idosos residentes de uma instituição de longa permanência, pois nesse caso, os pacientes costumam apresentar mais facilmente déficits nutricionais, e a questão da solidão e ausência da família podem ser uma justificativa para os déficits encontrados. A partir desses resultados podemos avaliar a importância de se observar especificamente os idosos institucionalizados, pois somando os que apresentaram baixo peso e sobrepeso a população com distúrbios nutricionais ultrapassa 70%. Enquanto que os que apresentam-se dentro dos parâmetros normais foram apenas 29%.

Segundo o estudo de Machado et al.(2009) realizado com 40 idosos portadores de DA, que apresentou como resultado a maior parte dos idosos em estado de eutrofia, há uma tendência na diminuição do IMC dos idosos conforme o agravamento da doença.

Para diagnóstico nutricional mais efetivo o IMC isoladamente não é suficiente. Para tanto outros parâmetros devem ser utilizados, entre eles a CP.

5.3 ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS SEGUNDO CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA

De acordo com a circunferência da panturrilha, classificamos como desnutrido o idoso com circunferência da panturrilha < 31 cm. Os resultados obtidos estão representados na figura 4, o ponto de corte utilizado foi o de Chumlea, 1985.

O presente estudo confirmou a prevalência da desnutrição nessa população de idosos, 52% apresentou CP < 31 cm, enquanto 48% apresentou CP superior a 31 cm. A média para o sexo feminino foi de 29,6 cm, e para o sexo masculino foi 32,1 cm. Sendo os do sexo masculino com menor prevalência de desnutrição proteica.



Figura 4: Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto ao estado nutricional, segundo a circunferência da panturrilha.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Alves (2011), o qual avaliou 196 idosos residentes de ILPs. Para interpretação dos resultados foi utilizado a média da CP, que mostrou a maioria dos seus idosos com perda proteica e a média da CP obtida foi 29,2 cm.

Já um estudo de Rauen et al. (2008), os resultados obtidos para CP estão divergentes do presente trabalho, pois os valores encontrados foi em média 31,8 cm para homens e 31,9 cm para mulheres, apesar das variáveis serem separadas por sexo, notamos que o resultado prevalece o estado nutricional adequado. Conforme Soares et al. (2012), que também utilizou a média de CP para ambos os sexos, o resultado foi de 32,8 cm para sexo feminino e 33,3 cm para sexo masculino, pode-se perceber que os idosos também apresentam bom estado nutricional e entre os do sexo masculino a CP também apresentou-se maior que o sexo feminino.

Observa-se que devido haver prevalência de idosos com a idade maior, o risco de desnutrição esteja mais evidente, pois nos estudos que divergem do presente trabalho a prevalência da idade dos idosos esta entre 60-80 anos.

5.4 DOENÇAS CONSTATADAS

Conforme avaliação dos prontuários dos idosos, algumas doenças foram constatadas, estas serão apresentadas na figura 5.

Os resultados apontaram a prevalência da HAS, 67% (n= 14) dos idosos tem a doença diagnosticada e fazem algum tipo de tratamento para diminuir os efeitos, como por exemplo, dieta com restrição de sal. As demências ocuparam o segundo lugar, onde 62% (n=13) dos idosos apresentam DA ou DP, em seguida apareceu com valores iguais, 42% (n=9), a osteoporose e hipercolesterolemia, o DM também apresentou bastante prevalência na população estudada, atingindo 38% (n=8), a doença que apresentou menor prevalência foram as doenças reumáticas (DR), que caracterizam-se nesse caso, por artrite, artrose e gota, apenas 19% (n=4).

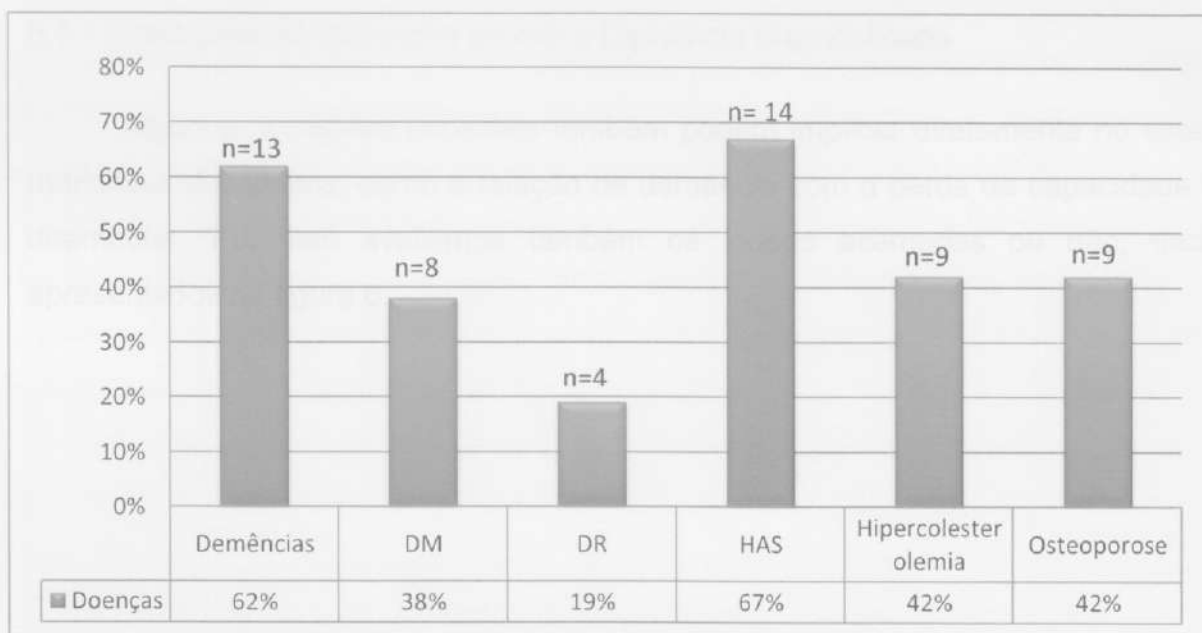


Figura 5: Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto às doenças constatadas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

De acordo com estudos de Costa et al. (2008), os resultados para HAS também estão prevalentes, mais de 50% da população da sua pesquisa apresentou essa patologia, enquanto que a demências foram encontradas em apenas 1,3% da sua amostra. Já no estudo de Souza et al. (2011) a doença de maior prevalência

nos idosos institucionalizados foi a DA, e nesse caso a HAS atingia menor número de idosos.

Silva e Catão (2012) revelaram em seu estudo que a HAS é a doença de maior prevalência entre os idosos, mais de 60% deles apresentaram a doença, seguida de DR e osteoporose, que representam 27% e 24%, respectivamente, a DM também foi referida nesse estudo, mas se apresentou em apenas 18%. No estudo de Cavalcanti et al. (2009) a HAS também mostrou-se a DCNT mais prevalente, foi observada em mais de 56% dos idosos, seguida de dislipidemia e DM, a osteoporose também se apresentou, mas em apenas 12% da população estudada, as doenças reumáticas também tiveram menor prevalência nesse estudo, já a DA não foi referida nesse estudo, mesmo assim, considerando-se algumas doenças parte dos resultados se assemelham ao estudo da pesquisadora.

5.5 SITUAÇÕES ESPECIAIS

5.5.1 Condições de acamados ou não x Demência diagnosticada

Algumas situações especiais também podem implicar diretamente no estado nutricional dos idosos, como a relação de demência com a perda de capacidade de deambular. Por isso avaliamos também os idosos acamados ou não, dados apresentados na figura 6.

5.5.2 Relação consistência da dieta x Demência diagnosticada

Considerando os resultados obtidos sobre o estado nutricional dos idosos, que apontou grande índice de baixo peso e de idosos com algum tipo de demência, e que a institucionalização pode resultar em declínio funcional e perda da independência, durante a coleta dos dados, algumas informações importantes também foram colhidas, dentre elas, a consistência da dieta, representada na figura 7.

Para cada estágio da demência é necessário uma terapia nutricional diferente, ou seja, quando o paciente consegue se alimentar, ele pode seguir o mesmo cardápio da família, já quando precisa de ajuda, o cardápio deve ser especial (BORGES, 2011).

Conforme apresentação dos resultados sobre a prevalência de demências, nesse estudo observou-se que o estado nutricional deficiente pode estar relacionado ao grau da doença, pois as demências dificultam a percepção dos idosos e a realização de atividades de vida diária, por ser tratar de doença neurodegenerativa a capacidade de mastigação e deglutição também se tornam comprometidas, por isso a necessidade de se avaliar a consistência da dieta.

Avaliando todos idosos portadores de algum tipo de demência ($n=13$), 62% ($n=8$) deles apresentou consistência modificada da dieta, podendo ser pastosa ou até líquida. 38% ($n=5$) dos portadores de demência apresentaram dieta de consistência normal. Dos participantes desse estudo que não portavam nenhum tipo de demência ($n=8$) apenas 13% ($n=1$) tinham dieta modificada, podendo este resultado estar associado a perda ou deficiência na dentição.

5.5.3 Uso de suplementação x Demência diagnosticada

No caso do presente estudo alguns idosos necessitaram de suplementação alimentar. Segundo avaliação do nutricionista responsável, os que idosos que necessitam de suplementação apresentam-se desnutridos. Nessa determinada instituição a suplementação oferecida é constituída de albumina (diluída no leite ou no suco).

A figura 8 mostrou todos os idosos que tomam suplementação, e a prevalência de demência entre eles.

De todos os idosos que possuem algum tipo de demência 62% (n=13), tomam suplementação 46% (n=6) deles, já os que não tomam suplementação totalizam 15% (n=2). Nesse estudo a DA esteve prevalente, então as especificidades são dadas a essa doença.

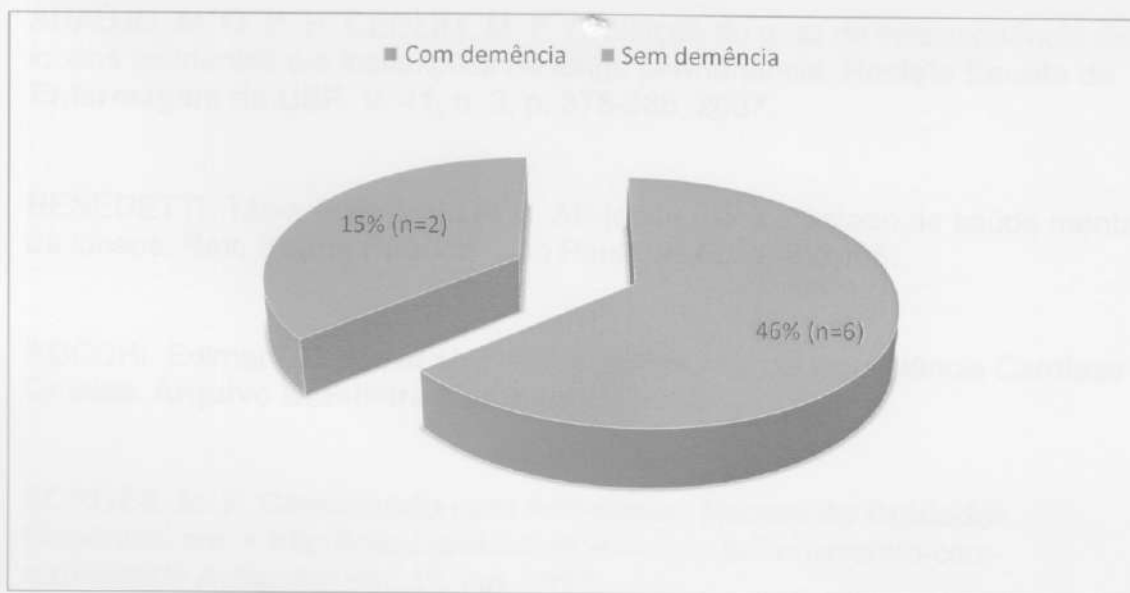


Figura 8: Distribuição dos idosos residentes no Espaço Solidário, quanto ao uso de suplementação alimentar, avaliando-se a presença ou ausência de algum tipo de demência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

No início da DA o idoso deve receber uma dieta balanceada e quando a ingestão alimentar do idoso for inferior a 70% de suas necessidades nutricionais pode-se introduzir suplemento alimentar (BORGES, 2011).

De acordo com o estudo de Coelho (2011) a suplementação alimentar aumenta o aporte de nutrientes nele contido, além de contribuir para obtenção das

REFERÊNCIAS

- ACUÑA, K, CRUZ, T. Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo**, v.48, n.3, Junho, 2004.
- ALVARENGA, M. R. M, et al. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. **Revista da escola de enfermagem USP**; São Paulo, 2010.
- ALVES, D. F. **Estado nutricional de idosos institucionalizados De Uberlândia**. Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Ciências da saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de Uberlândia, Uberlândia/MG, 2011.
- ARANHA, F. Q. et al. O papel da vitamina C sobre as alterações orgânicas no idoso. **Revista de Nutrição**, v.13, n.2, Maio/Agosto, 2000.
- ARAÚJO, M. O. P. H; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. V. 41, n. 3, p. 378-385, 2007.
- BENEDETTI, Tânia R Bertoldo et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008.
- BOCCHI, Edimar Alcides, et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, 2009.
- BORGES, M. F. **Convivendo com Alzheimer: Manual do Cuidador**. Disponível em: < <http://www.cuidardeidosos.com.br/convivendo-com-alzheimer/>> Acessado em: 12. jan. 2011.
- BRANCO, L. M. **Terceira Idade**: Alternativas para uma sociedade em transição. Repercussões Médicas do Envelhecimento. Rio de Janeiro: Unati, 1999.
- BUSNELLO, FERNANDA MICHIELIN. **Aspectos Nutricionais no Processo do Envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 3-8.

CAMPOS, M. T. F. S; MONTEIRO, J. B. R; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**. v.13, n. 3, p. 157-165, 2000.

CAVALCANTI, C. L, et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de saúde pública**. v.11, n. 6, p. 865-877, 2009.

CHUMLEA, W. C et al. Equations for predicting stature in White and Black elderly individuals. **Journal of Gerontology**. 47:197-203, 1987.

COELHO, C. G. **Suplemento alimentar para idosos: Efeitos nos parâmetros bioquímicos e dietéticos**. Trabalho de pós-graduação apresentado a Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais, 2011.

CUMMINGS, J.; COLE, G. Alzheimer disease. **JAMA**, v. 287, v. 18, p. 2335-2338, 2002.

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, São Paulo: Manole, 2009.

EMED, T. C. X. S.; KRONBAUER, A.; MAGNONI, D. Mini-avaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 219-23, 2006.

FRANK. A. A, SOARES. E. A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2004.

FERREIRA. C. T. L. O. **Perfil Clínico e Nutricional dos Idosos do Projeto Viver Melhor do Município de Senador Eloi de Souza**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Natal, 2010.

GILLETTE-GUYONNET, Sophie et al. Weight Loss in Alzheimer Disease. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 71, n. 2, p. 637-642, feb. 2000.

GUÉRIN, Olivier et al. Different Modes of Weight Loss in Alzheimer Disease: a prospective study of 395 patients. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 82, n. 2, p. 435-441, aug. 2005.

GRIMM, P, BIESALSKI, H. K. **Nutrição: Texto e Atlas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sócio Demográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População**. Projeção da população do Brasil. Estatística da contagem da população, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Resultados preliminares do Universo do Censo demográfico 2010..

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas - DPE. **Coordenação de População e Indicadores Sociais – Copis**. Julho, 2012.

MACHADO, A. E. S. G. **Avaliação Nutricional de Idosos com Demência em uma Instituição de Longa Permanência**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Natal, 2009.

MACHADO, J. et al. Estado nutricional na doença de Alzheimer. **Rev Assoc Med Bras**, Rio de Janeiro, v. 55, p. 2, n. 188-191, 2009.

MARCHAND, Edílson Alfredo de Araújo. A influência de atividade física sobre a saúde mental de idosos. **Revista digital**. Buenos Aires, n. 38, 2001.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 169-175, 2005.

MOREIRA, M. A. S. P, et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-8, Jul./Set. 2012.

NASCIMENTO, C. M, et al. Estado Nutricional e Condições de saúde da população idosa brasileira: Revisão literária. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.21, n. 2, 2011.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2., 2001, Campinas. **Anais**. Campinas, São Paulo: UNICAMP/GERP, 2001.

NITRINI, R. et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, v. 18, n. 2, p. 241-246, 2004.

OLIVEIRA, M. M. **Risco de disfagia e avaliação nutricional em idosas residentes de uma instituição asilar no município de Natal**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Natal, 2011.

OLIVEIRA, J. **Efeito da hipercolesterolemia sobre a função cognitiva e a relação com a função mitocondrial e estresse oxidativo em córtex cerebral de camundongos deficientes para o receptor de LDL**. Trabalho de Pós-Graduação em Bioquímica da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

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

PELZER, Marlene Teda. A Enfermagem e o Idoso Portador de Demência Tipo Alzheimer: desafios do cuidar no novo milênio. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 97-111, 2002.

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.

PICANÇO, E. A. et al. Avaliação Nutricional de Idosos Residentes e não residentes em Instituições Geriátricas no Município de Duque de Caxias/RJ. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v.12, n.12, p.39-46, 2011.

RAMOS, M. J. G; VALVERDE, F. M. G. Alta Prevalencia de la Desnutrición en Ancianos Españoles Ingresados en un Hospital General y Factores Asociados. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, Caracas, v. 55, n. 1, p. 71-76, mar, 2005.

RAUEN, M. S. et al. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos Institucionalizados. **Revista de Nutrição**, Campinas, mai/jun. 2008.

RIBEIRO, M. C. P; ROCHA, M. O. N. Projeto Saúde do Idoso: Atuação dos Profissionais na Atenção à Saúde de Idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.9, n.1, p. 152-172, Jan./Jul. 2011.

ROBERGS. R. A, ROBERTS. S. O. **Fisiologia do exercício: para aptidão, desempenho e saúde**. São Paulo, 2002.

SABRY. M. O. D, SAMPAIO. H. A. C. **Nutrição em Doenças Crônicas: Prevenção e Controle**. São Paulo: Atheneu, 2007.

SALGADO, Marcelo Antonio. **Velhice: uma nova questão social**. 2 ed. São Paulo: SESC/CETI, 1982.

SANTOS, et al. Caracterização Nutricional de Idosos com Hipertensão Arterial em Teresina, PI. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.10, n.1. Nov, 2007.

SILVA, M. C. O. **Processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas**. Unati. Textos sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro, v.18, n.4, 2005.

SILVA, A. D. L; CATÃO, M. L. C. V. Doenças Sistêmicas em idosos institucionalizados. **HU Revista**. Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 299-303, Jul./Set. 2012.

SIQUEIRA, R. L, BOTELHO, M. I, COELHO, F. M. G. A velhice: Algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciências e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2002.

SOUZA, I. S. M. Qualidade de vida de idosos residentes em uma Instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de economia domestica**. Viçosa, v. 22, n. 1, p. 131-152, 2011.

SPEROTTO, F. M; SPINELLI, R. B. Avaliação nutricional em idosos dependentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim – RS. **PERSPECTIVA**, Erechim, v.34, n.125, p. 105-116, mar, 2010.

SPINELLI, R. B. Estudo comparativo do estado nutricional de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados no município de Erechim, RS. **PUCRS**, Porto Alegre, 2008.

TAVARES, E. L; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Cad Saúde Pub**, v. 15, n. 4, p. 759-768, 1999.

UNIFESP – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Doença Arterial Coronariana**. 2004.

VIEIRA, S, HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VITOLO, M. R. **Nutrição da Gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WONG, Laura L. Rodriguez; CARVALHO, José Alberto. O Rápido Processo de Envelhecimento Populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Sou estudante do curso de graduação do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão do (a) professor (a) Juliana Padilha, cujo objetivo é conhecer o Estado Nutricional dos idosos residentes do Espaço Solidário em Mãe Luiza – Natal/RN. Com essa pesquisa pretendo auxiliar na melhoria da alimentação e qualidade de vida desses idosos.

Sua participação envolve uma entrevista, aferição de circunferências, altura e peso corporal, se assim você permitir.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(a) pesquisador (a), Anna Clara R. de Oliveira, fone 8704-5969.

Atenciosamente

Anna Clara Rodrigues
Matrícula: 2009c010300

Natal, Outubro 2012

Consinto em participar deste estudo.

(Nome do participante)

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO IDOSO

DADOS PESSOAIS

Nome:

Idade:

Peso:

AJ:

IMC:

CP:

Doenças:

- ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Doença de Alzheimer
☐ Doença de Parkinson ☐ Doenças Reumáticas
☐ Osteoporose ☐ Outras:

Acamados?

- ☐ SIM ☐ NÃO

Faz uso de suplementação?

- ☐ SIM ☐ NÃO

Tipo:

Dieta modificada quanto à consistência?

- ☐ SIM ☐ NÃO