

# UM OLHAR A TERCEIRA IDADE: PROMOVEDO NUTRIÇÃO E SAÚDE NO ASILO IRMÃO JOAQUIM

Ana Carolina Hardt<sup>1</sup>, Ana Paula Aguiar Prudêncio<sup>1</sup>, Bárbara Sabino Guimarães<sup>1</sup>, Carla Dadalt<sup>1</sup>, Débora Bottega<sup>1</sup>, Juliana Aguiar Pastore<sup>1</sup>, Juliana Zonta<sup>1</sup>, Takeo Kimoto<sup>1</sup>, Thiago Perez Jorge<sup>1</sup>, Viviane Cunha Pacheco<sup>1</sup>, Regina Lúcia Martins Fagundes<sup>2</sup>, Lúcia Andréia Zanette Ramos Zeni<sup>3</sup>, Erasmo Benício Santos de Moraes Trindade<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina/ UFSC e bolsista do Programa de Educação Tutorial-PET Nutrição/UFSC/SESu/MEC. <sup>2</sup>Professora doutora titular do Departamento de Nutrição da UFSC e tutora do Programa de Educação Tutorial PET Nutrição/UFSC/SESu/MEC. <sup>3</sup> Professora doutora titular do Departamento de Nutrição da UFSC e orientadora do Projeto de Extensão do PET/Nutrição/UFSC/SESu/MEC. <sup>4</sup>Professor doutor do Departamento de Nutrição da UFSC e orientador do Projeto de Pesquisa do PET Nutrição/UFSC/SESu/MEC.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional de idosos institucionalizados através da composição corporal e análise do perfil alimentar quantitativo e qualitativo. Os resultados encontrados mostraram que os indivíduos avaliados apresentam bom estado nutricional, com ingestão alimentar contemplando os grupos de alimentos propostos na pirâmide alimentar. Entretanto, observou-se que o consumo de carnes, ovos e frutas estavam abaixo da recomendação. Adicionalmente, os valores elevados da circunferência da cintura nas mulheres podem ser fatores desencadeadores de doenças crônicas não transmissíveis. Portanto, faz-se necessário a avaliação, assistência e acompanhamento permanente e sistemático do comportamento nutricional dessa população.

## INTRODUÇÃO

Em algumas culturas e civilizações, a “velhice” é vista com respeito e veneração, pois representa a experiência, o valioso saber acumulado ao longo dos anos, a prudência e a reflexão. Porém, a sociedade urbana moderna transformou essa condição, pois a atividade e o ritmo acelerado da vida marginalizam aqueles que não os acompanham.

O Brasil vivencia o processo de envelhecimento populacional à semelhança dos países desenvolvidos. Esta transição demográfica caracteriza-se por um aumento significativo de pessoas idosas. Projeções demográficas indicam que em 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo em relação ao número de habitantes idosos, com expectativa de vida em torno de 75 anos (FRANK e SOARES, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são considerados idosos, nos países em desenvolvimento, os indivíduos com faixa etária acima de 60 anos (WHO, 1995). A legislação brasileira, em concordância com a OMS, diz que “são considerados idosos as pessoas maiores de 60 anos, de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça e ideologia”.

O processo de envelhecimento humano varia nas pessoas, sendo influenciado tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos. Durante o envelhecimento ocorre uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo, decorrendo em grande parte da inatividade física e mental, contudo o processo natural de envelhecimento e o acometimento de doenças também contribuem para esta perda de capacidade (NIEMAN, 1999).

O envelhecimento é marcado por uma perda progressiva de massa magra, assim como mudanças na maioria dos sistemas corpóreos. A progressão das alterações nos processos biológicos, a medida em que o tempo passa, leva às modificações estruturais e funcionais nos tecidos do organismo e à diminuição da capacidade de reprodução celular, gerando modificações nos órgãos, onde a diminuição da eficiência é causada por perda de células, ficando a capacidade funcional nas células restantes (FRANK e SOARES, 2004).

Nestas características biológicas e funcionais se agregam a pobreza, o analfabetismo, a cultura, a solidão e a série de enfermidades crônicas não-transmissíveis

como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, o infarto do miocárdio e os acidentes cérebro-vasculares (Moriguti et al, 1998).

De acordo com Assis (2002) as alterações da saúde com o envelhecimento podem contribuir para a redução dos vínculos sociais dos idosos. As perdas sensoriais como déficit visual e auditivo, os problemas ósteo-articulares, os déficits cognitivos, dentre outros, são fatores que interferem na autonomia e independência dos que envelhecem, prejudicando a sua sociabilidade e bem-estar. Segundo Luciana Branco apud Assis (2002) para lidar com essas patologias e deficiências é preciso aprofundamento de conceitos como prevenção, paliativismo, suporte, apoio, e não apenas cura.

O aumento da atividade física e uma melhoria dos padrões nutricionais parecem ser os fatores mais efetivos no auxílio a um processo de envelhecimento com qualidade, entretanto devem ser citadas ainda a eliminação do fumo e a rede social de suporte (NAHAS, 2001).

A alimentação é fator importante para a saúde e qualidade de vida do indivíduo. Um padrão alimentar equilibrado proporciona melhor condição de saúde e contribui diretamente na prevenção e controle das principais doenças que acometem os idosos, como constipação intestinal, excesso de peso corporal, dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoporose, câncer e outras. Algumas alterações no processo de envelhecimento podem afetar o padrão alimentar do indivíduo, tais como a diminuição das papilas gustativas, com prejuízo do paladar; redução do olfato e da visão; diminuição da secreção salivar e gástrica; falha na mastigação pela ausência de dentes ou uso de próteses impróprias; redução da motilidade intestinal (ASSIS, 2002).

A má nutrição do idoso pode também ser decorrente da sua progressiva incapacidade de realizar sozinho as atividades cotidianas. A coordenação motora, geralmente é comprometida e tende a piorar com as doenças neurológicas, o que pode levá-lo a evitar alimentos que possam causar dificuldades de manipulação durante a refeição, o que contribui para inadequação alimentar (Moriguti et al, 1998).

Por esses motivos, o número de profissionais ligados à área da saúde, inclusive nutricionistas, que se dedicam ao atendimento do idoso tem aumentado progressivamente. A função do nutricionista é extremamente importante, mas seu papel não pode se limitar ao cálculo dos nutrientes e à organização do cardápio. Deverá orientar o pessoal da cozinha e da copa sobre o significado afetivo da refeição e da necessidade de zelar também pelos seus aspectos estéticos. Organizar refeições com sugestões e pedidos dos idosos, criar oportunidades ocasionais para permitir a escolha de alguns pratos pode ser um exercício de autonomia extremamente importante para as pessoas dependentes (PEREREIRA e CERVATO, 1996).

*Diante do exposto, torna-se claro que não se pode ficar alheio aos múltiplos problemas decorrentes do crescente aumento da população idosa em todo o mundo.*

## **OBJETIVO**

Avaliar o estado nutricional de idosos institucionalizados através da composição corporal e análise do perfil alimentar quantitativo e qualitativo.

## **METODOLOGIA**

### *Antropometria*

A avaliação da composição corporal constou de aferição antropométrica, tais como: peso, estatura, circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ), circunferência do braço (CB) e prega cutânea tricipital (PCT). Quanto aos indivíduos que apresentaram desvios posturais grave utilizou-se a fórmula preditiva da altura do joelho.

O peso foi aferido com o avaliado descalço, com vestes leves (sem casaco e adornos) utilizando-se balança *Plenna MEA - 08608* com capacidade de 150 Kg e trabalha em escala de 0,1 Kg (100 gramas). O avaliado estava em pé na posição ereta, pés afastados à largura do quadril com o peso dividido em ambos os pés, mantendo a cabeça no “plano de Frankfurt”, ombros descontraídos e braços soltos lateralmente (PETROSKI,2003).

A estatura foi obtida com os avaliados em posição ereta, descalços, pés unidos e em paralelo, olhando para frente de forma a manter o “plano de Frankfurt”, com as costas e parte posterior dos joelhos encostados na parede (FRISANCHO, 1990). Para essa aferição foi utilizado um estadiômetro portátil *Alturaexata*.

A altura do joelho foi obtida com o indivíduo sentado na posição mais próxima da extremidade da cadeira, com joelho esquerdo flexionado em ângulo de 90°. Foi medido a distancia entre o calcanhar e a superfície anterior da perna na altura do joelho utilizando um paquímetro.

A circunferência da cintura foi realizada com o indivíduo em pé, utilizando fita métrica inextensiva e inelástica. Aferiu-se a cintura natural, ou seja, a região mais estreita entre o tórax e o quadril, no ponto médio entre a ultima costela e a crista ilíaca. A leitura foi feita no momento da expiração (CUPPARI, 2002).

A circunferência do quadril foi aferida com o indivíduo em pé, usando roupas finas na região de maior perímetro entre a cintura e a coxa (CUPPARI, 2002). Para esta aferição utilizou-se fita métrica inextensiva e inelástica.

A circunferência do braço foi aferida com o avaliado em pé, com braço direito relaxado e mãos voltadas para a coxa, o ponto aferido é entre o acrômio e a articulação úmero-radial (PETROSKI,2003). O braço foi contornado com fita flexível evitando compressão na pele ou folga (CUPPARI,2002).

A medida da prega tricipital foi aferida com o avaliado em pé, com braço direito relaxado e mãos voltadas para a coxa. O adipômetro foi aplicado na face posterior do braço no ponto médio entre o processo acromial da escápula e o processo do olecrano da ulna (PETROSKI,2003).

Medidas de circunferência e PCT foram feitas em duplicata e onde houve diferença entre resultados, realizou-se uma terceira e considerou-se a média (PETROSKI,2003). A partir dos dados obtidos foi feita a classificação do estado nutricional desses indivíduos.

Para a classificação do estado nutricional foi utilizado o índice de massa corporal (IMC), para tanto, este foi calculado a partir das variáveis peso e estatura, que consiste na

relação entre o peso corporal (kg) e a estatura ao quadrado (m) elevada. Utilizaram-se os seguintes pontos de corte: para desnutrição  $\leq 23$ , para eutrofia  $> 23$  e  $< 28$ , para sobrepeso  $\geq 28$  e  $< 30$ , para obesidade  $\geq 30$ , de acordo com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2001).

Foi realizada, através de fórmula preditiva da altura através das Equações de Chulea: Homens =  $[64,19 - (0,04 \times \text{idade}) + (2,02 \times \text{altura do joelho em cm})]$ . Mulheres =  $[84,88 - (0,24 \times \text{idade}) + (1,38 \times \text{altura do joelho em cm})]$  (CUPPARI, 2002).

A identificação da distribuição de gordura foi realizada pela classificação proposta por Lohman, isto é, RCQ (relação cintura/quadril) acima do recomendado em mulheres,  $RCQ \geq 0,85$ ; e em homens  $RCQ \geq 1,0$ .

Os valores da circunferência da cintura, em particular, foram analisados a partir dos pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde, uma vez que mulheres acima de 80cm e homens com valores de CC superiores a 94cm, apresentam acúmulo de gordura abdominal considerado como risco de co-morbidades associado à obesidade. (SAMPAIO, FIGUEIREDO, 2005).

A partir de CB associada à PCT foi calculado a Circunferência muscular do braço (CMB):  $CMB (cm) = CB (cm) - \quad \times [PCT (mm) / 10]$ . A adequação de CMB (%) através da equação:  $CMB (\%) = [CMB \text{ obtida (cm)} / CMB \text{ percentil } 50] \times 100$  e classificados quanto ao estado nutricional em: CMB, 70% = desnutrição grave; CMB entre 70 e 80% = desnutrição moderada; CMB entre 80 e 90% = desnutrição leve; CMB 90% = eutrofia (CUPPARI,2002).

Os indivíduos foram classificados quanto a PCT através da equação:  $PCT (\%) = [PCT \text{ obtida (mm)} / PCT \text{ percentil } 50] \times 100$  e de posse desses dados foram classificados como: PCT  $< 70\%$  = desnutrição grave; PCT entre 70 e 80% = desnutrição moderada; PCT entre 80 e 90% = desnutrição leve; PCT entre 90 e 110% = eutrofia; PCT entre 110 e 120% = sobrepeso; PCT  $> 120\%$  = obesidade (CUPPARI, 2002).

#### *Análise sensorial e nutricional*

Foram realizadas as análises quantitativa e qualitativa das refeições do cardápio habitual no asilo. Para tanto, realizou-se pesagem direta dos alimentos num período de sete

dias consecutivos, verificando o ofertado e o ingerido, bem como a sobra limpa. A diferença entre as duas medidas forneceram uma estimativa do valor consumido pelos idosos de cada alimento servido. Após análise do consumo semanal de alimentos, verificou-se a presença diária dos grupos alimentares. Por fim, realizou-se uma média diária de porções servidas por grupos alimentares e um estudo comparativo entre os valores obtidos com as recomendações da Pirâmide Alimentar Brasileira.

## **RESULTADOS**

Foram avaliados 31 asilados (F: 18; M: 13), com idade média de 77 anos (49 – 94 anos). Para tanto, aferiram-se o peso e a estatura para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), a circunferência da cintura (CC), a circunferência muscular do braço (CMB) e a prega cutânea do tricipital (PCT). A mostra variou quantitativamente devido à impossibilidade dos cadeirantes de realizar todas as medidas, assim a amostra foi: IMC - 21 idosos, CC - 21 idosos, CMB e PCT - 18 idosos. A análise dos resultados demonstrou que os idosos apresentavam-se em média eutróficos em relação ao índice de massa corporal ( $25\pm 16,2$ ), circunferência muscular do braço ( $96,37\pm 12,15$ ) e prega cutânea tricipital ( $100,87\pm 38,67$ ). Entretanto, quanto aos valores de circunferência da cintura, as mulheres apresentaram maior risco ( $90,5\pm 9,31$ ) de desenvolverem doenças cardiovasculares que os homens ( $89,16\pm 12,10$ ).

Quanto aos resultados foram observados que todos realizam as três principais refeições (café da manhã, almoço, jantar). A duração média das refeições oferecidas foi de  $13,47\pm 3,31$  minutos. A total aceitação da ingestão média das refeições oferecidas no café da manhã foi 55%, almoço 60% e no jantar 26%. Dos idosos avaliados 76% relataram que costumam consumir alimentos além dos oferecidos pela instituição, dentre esses, as frutas foram as mais citadas (77%).

## **DISCUSSÃO**

Segundo o trabalho descrito por Najas et. al. (1999), com objetivo de conhecer o padrão alimentar de idosos dos diferentes extratos sócio-econômicos residentes no município de São Paulo, observaram que a ingestão dos indivíduos foi principalmente de alimentos pertencentes ao grupo energético (arroz e pão) e dos alimentos de fonte protéica os mais ingeridos foram leguminosas, carnes, leites e ovos.

Assim sendo, quando relacionado os resultados encontrados pelos autores supra citados aos resultados do presente estudo, observaram-se similaridade quanto a ingestão de pães, açúcares e doces e derivados, bem como dos alimentos com fonte protéica (carne e ovos) uma vez que nesse estudo os idosos imprimem valores abaixo da recomendação proposta por Phillip et. al. (1999).

Quanto ao consumo dos alimentos reguladores no presente trabalho observou-se o consumo de hortaliças acima da necessidade, enquanto frutas encontravam-se abaixo do valor de referência. Esses resultados são disperse em relação ao estudo desenvolvido pelos autores Najas et. al. (1994).

O estado nutricional de indivíduos idosos sofre interferência de várias alterações fisiológicas, processos patológicos crônicos, bem como situações particulares do envelhecimento (SAMPAIO, 2004).

Os resultados obtidos no presente trabalho quanto aos valores de IMC, CMB e PCT encontraram-se no intervalo de referência.

De forma similar foi observado no trabalho descrito por Fagundes e Cunha (2004), avaliando o cardápio e suas implicações no estado nutricional em idosos, identificaram que 63% da população estudada quanto ao índice de massa corporal, encontravam-se classificados em eutrofia.

Em relação aos valores de circunferência da cintura, dos indivíduos avaliados, as mulheres apresentaram valores acima do preconizado. Resultado semelhante foi observado por Sampaio e Figueiredo (2005).

Conforme os resultados encontrados pode-se inferir que os indivíduos avaliados apresentam bom estado nutricional, com ingestão alimentar contemplando os grupos de



alimentos propostos na pirâmide alimentar. Não obstante, o consumo de carnes, ovos e frutas estavam abaixo da recomendação. Adicionalmente, os valores elevados da CC nas mulheres podem ser fatores desencadeadores de doenças crônicas não transmissíveis. Portanto, faz-se necessário a avaliação, assistência e acompanhamento permanente e sistemático do comportamento nutricional dessa população.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ASSIS, Monica. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. 2002.

CUPPARI, Lilian. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina**: nutrição. São Paulo: manole, 2002.

FRISANCHO, A .R. **Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status**. USA, University of Michigan, 1990.

FRANK, Andréa A; SOARES, Eliane A. **Nutrição no Envelhecer**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. 300p.

Krause. Marie V; MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia, **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 10. Ed. São Paulo: Roca, 2003. 1157p.

MOTTA, Luciana Branco da, **Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso**: um modelo de programa adequado às especificidades do envelhecimento.- Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2005. 119p. (Série Livros Eletrônicos. Programas de Atenção à Idosos). Acesso em: 14 fev. 2006. Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos\\_Eletronicos/tisi.pdf](http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Eletronicos/tisi.pdf)>.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001. 238 p.

NIEMAN, David C., **Exercício e saúde**: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999. 316 p.

NUTWIN - **Programa de Apoio à Nutrição, 2002**. Departamento de Informática e Saúde. DIS/UNIFESP/EPM. Versão 1.5. 2002.

OPAS,WHO. XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Encuesta Multicentrica: Salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington, mayo 2001.

PEREIRA, F.A. CERVATO, A.M. Recomendações Nutricionais. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Ateneu, 1996. 524 p.

PETROSKI, Edio Luiz. **Antropometria: Técnicas e padronizações**. 2 ed. Porto Alegre: Pallotti, 2003. 160p.

POULAIN, Jean-Pierre; PROENÇA, Rossana da Costa. **Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares**. Revista de Nutrição. Campinas, SP. Outubro - dezembro 2003. pg 365 a 386.

SAMPAIO, Lilian Ramos; FIGUEIREDO, Vanessa de Carvalho. **Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos**. Revista de Nutrição. v. 18, n 1, jan./fev., 2005.

FAGUNDES, Regina L. M.; CUNHA, Ana C. da. **Avaliação do Cardápio e sua implicação no estado nutricional de idosos**. Revista Nutrição em Pauta. São Paulo, SP. n. 69, nov/dez, 2004.

NAJAS, Myrian S.; et. al. **Padrão alimentar de idosos de diferentes extratos sócio-econômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, SP. Vol. 28 n.3, junho 2004.

SAMPAIO, Lílian R.; FIGUEIREDO, Vanessa de C.. **Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos**. Revista de Nutrição. Campinas, SP. Jan/fev 2005. Pg 53 a 61.

SAMPAIO, Lilian R.; **Avaliação Nutricional e envelhecimento**. Revista de Nutrição. Campinas, SP. Out/dez 2004. Pg 507 a 514.

PHILIPPI, Sonia T.; et al. **Pirâmide Alimentar: Guia para escolha dos alimentos**. Revista de Nutrição. Campinas, São Paulo. Jan/abr 1999. Pg 65 a 80.

## CONTATO

[petntr@gmail.com](mailto:petntr@gmail.com)

48-33319783