

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO
NUTRITIONAL EVALUATION OF SENIOR: A BIBLIOGRAPHICAL STUDY
LA EVALUACIÓN NUTRITIVA DE LAS PERSONAS MAYORES: UN ESTUDIO
BIBLIOGRÁFICO

NARA CARNEIRO LACERDA ¹
SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS ²

Foi objetivo deste estudo discorrer sobre a avaliação nutricional do idoso utilizando-se de levantamento bibliográfico na base de dados bibliográficas LILACS. Foram encontradas 24 referências, sendo 11 artigos científicos: 5 bibliográficos e 6 de prevalência. Dos trabalhos investigados, 9 foram realizados no Sudeste brasileiro. Quanto à avaliação nutricional verificou-se que os idosos têm apresentado maior prevalência de sobrepeso e obesidade, sobretudo no sexo feminino. Percebeu-se a necessidade do reforço de políticas públicas que favoreçam monitoramento sobre o estado nutricional dos idosos e o acesso às informações preventivas, tendo em vista a melhoria de sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: *Avaliação nutricional; Idoso; Literatura de revisão.*

The aim of this study was to research about the senior's nutritional evaluation using bibliographical rising in the base of the bibliographical data LILACS. 24 references were found, being 11 scientific articles: 5 bibliographical and 6 of prevalence. Of the investigated material, 9 were accomplished in the Brazilian Southeast. As for the nutritional evaluation it was verified that the seniors have presented larger overweight prevalence and obesity, most of them were of women. It was noticed the need of reinforcement of public policies which may favor monitoring of senior' nutritional state and the access to the preventive information having in mind the improvement of his/her life quality.

KEYWORDS: *Nutrition assessment; Aged; Review literature.*

El objetivo de este estudio fue disertar sobre la evaluación nutritiva del anciano usándose investigación bibliográfica de la base de datos de LILAC Se encontraron 24 referencias, siendo 11 art[ículos científicos; 5 bibliográficos y 6 de predominio. De los trabajos investigados, 9 fueron hechos en el Sudeste brasileño. Sobre la evaluación nutritiva se verificó que las personas mayores han presentado predominio de sobrepeso y obesidad, sobre todo en el sexo femenino. Se notó la necesidad de reforzar la política pública para favorecer monitorado sobre el estado alimentar de los ancianos y el acceso a las informaciones preventivas teniendo en cuenta la mejora de su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: *Evaluación nutricional; Anciano; Literatura de revisión.*

¹ Enfermeira. Mestre em Nutrição. Especialista em Nutrição Humana. Professora da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Universidade de Pernambuco (UPE). Rua das Graças, 277/1302. Bairro: Graças. CEP: 52011-200. E-mail: nara_lacerda@terra.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Gerontologia pela SBGG. Professora do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS).

INTRODUÇÃO

Atualmente um dos maiores desafios para a humanidade é o enfrentamento das necessidades decorrentes do envelhecimento populacional, fenômeno que vem sendo observado em todos os países, inclusive nos menos desenvolvidos, pelas conseqüências que acarreta tanto no campo social como no econômico¹. Até o ano de 2020, a população mundial deverá crescer 80%, enquanto que o percentual de idosos deverá crescer 160%². O aumento do segmento dos idosos tem sido favorecido pela redução das taxas de natalidade/fecundidade e maior expectativa de vida, alterando a tradicional pirâmide populacional e transformando a velhice numa questão social^{2,1}.

No Brasil, projeções demográficas indicam que em 2025 os idosos ocuparão o sexto segmento de maior número de pessoas, serão 32 milhões de indivíduos com mais de 60 anos^{3,4}. A esperança de vida ao nascer é outro fator responsável pelo aumento nos anos de vida. Em um país com profundas desigualdades sociais, este crescimento gera impacto epidemiológico, trazendo desafios importantes para o sistema de saúde, determinando maior predominância de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), as quais requerem tratamento de maior custo, maior tempo de atenção à saúde, tecnologias de maior complexidade, equipamentos mais caros, necessidade de acesso aos medicamentos e profissionais especializados⁵.

A saúde e a longevidade estão diretamente relacionadas ao estado nutricional e hábitos alimentares. Um estado nutricional equilibrado favorece a saúde física e emocional, prevenindo ou atrasando o aparecimento das doenças mais freqüentes no decurso do processo de envelhecimento⁶.

A avaliação do estado nutricional é importante para o diagnóstico da saúde e nutrição, favorecendo orientações educativas e dietéticas, como também o monitoramento de intervenções terapêuticas. Assim, ressalta-se a importância de estudos sobre nutrição, enfatizando o estado nutricional de idosos, sendo um tema de relevância não só à Nutrição, mas também à Enfermagem, considerando que na Gerontologia, os profissionais que integram a equipe gerontológica, aplicam a avaliação multidimensional, global ou ampliada aos idosos, nela contendo: dados gerais de

identificação, familiares, sociais, questões relacionadas à saúde geral, saúde bucal, à nutrição, condições cognitivas, afetivas e funcionais do idoso avaliado. A partir dessa avaliação, são identificadas as necessidades dos idosos e assim, são implementadas ações mais direcionadas as suas necessidades concretas.

O objetivo deste estudo foi discorrer sobre a avaliação nutricional do idoso, por meio do levantamento de informações sobre a importância da nutrição, o consumo de alimentos e a antropometria.

REVISÃO DA LITERATURA

O idoso no Brasil

No Brasil apesar da imagem de país jovem, o processo de envelhecimento da população brasileira, por alteração de sua dinâmica demográfica, vem acontecendo em razão do declínio dos índices de mortalidade infantil e fecundidade. A diminuição da mortalidade infantil, em um primeiro momento, fez emergir um contingente de população jovem. Mas, associada à queda da fecundidade, faz aumentar a população adulta que em um terceiro momento redundava em um maior crescimento da população idosa^{2,7}.

O envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais, tais como: classe, gênero e etnia a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas⁸.

Economicamente, define-se idoso, muitas vezes, como aquele que se retirou formalmente do mercado de trabalho. Mas, muitos, ao se aposentarem, continuam trabalhando para a sobrevivência e outros, antes mesmo de se aposentarem por idade ou tempo de serviço, já estão incapacitados para produzir economicamente⁹.

Os idosos com mais recursos econômicos se configuram hoje como um mercado crescente e cada vez mais promissor no mundo de bens de consumo, da cultura, do lazer, da estética e dos serviços de promoção e reabilitação da saúde. Do ponto de vista sociológico, constituem um emergente social, com poder de influir nos seus destinos, pela sua significação numérica e qualitativa e presença no cenário político, no qual valem seu voto e sua representação⁸.

Refletir sobre a questão do idoso implica necessariamente na discussão de políticas sociais de valorização do ser humano, entendendo o homem como resultado de sua história de vida e de seu processo de inserção na sociedade⁹.

O ser humano idoso precisa estar ciente dos seus direitos de cidadão. De acordo com o texto da Lei 8.842/94, a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade¹⁰.

Mesmo com as políticas públicas voltadas à velhice, observa-se uma ineficácia do poder público em assumir o seu papel de favorecer ações sobre o envelhecimento. Por outro lado, também os movimentos comunitários, apresentam-se ainda tímidos, em relação a divulgar as questões relacionadas aos direitos dos idosos⁷. Tais ações necessitam ser melhor trabalhadas considerando que, por exemplo, algumas famílias têm sido incapazes de garantir a manutenção de idosos com altos níveis de dependência em seu domicílio^{11, 12}.

No imaginário social a velhice sempre foi pensada como uma carga econômica para a família e a sociedade. O gasto econômico da atenção à população idosa é calculado como três vezes mais alto que o da população geral. Para o Estado há despesas com aposentadoria, pensões e assistência à saúde com o aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT)⁸.

Neste sentido, o aumento do segmento dos idosos determina novas demandas para os serviços de saúde. Assim, é importante que os profissionais de saúde conheçam as peculiaridades funcionais do envelhecimento, sabendo discernir entre o envelhecimento normal e patológico¹³.

É importante procurar meios de garantir qualidade de vida para aqueles que já envelheceram ou estão no processo de envelhecer, e isto implica diretamente na tarefa de manutenção da autonomia e independência. Os idosos desejam e podem permanecer ativos e independentes por tanto tempo quanto for possível, se o apoio adequado lhes for proporcionado. Os idosos encontram-se potencialmente em risco não apenas porque são velhos, mas porque o processo de envelhecimento os torna vulneráveis à incapacidade, que pode ser produto de condições do meio físico, social e de questões afetivas¹⁴. Neste sentido, a alimentação consti-

tui um dos fatores que necessita de maior atenção, considerando que o processo de envelhecimento e o aparecimento de doenças, podem ser inibidos por meio de uma alimentação saudável.

O envelhecimento e a importância da nutrição adequada

A nutrição é a necessidade do indivíduo de obter alimentos com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida¹⁵. A alimentação é primordial para a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde e com o processo de envelhecimento as pessoas podem perder o interesse em preparar e ingerir as refeições¹⁶.

Na realidade política e econômica do país observa-se uma má distribuição de renda, ocasionando conseqüências econômicas e sociais para toda a população e, particularmente, para os idosos. A questão da aposentadoria, da dependência, da pobreza e do suporte emocional no interior de sua família são aspectos que influenciam a qualidade de vida dos idosos¹⁷, favorecendo o aumento da probabilidade da ocorrência de problemas individuais associados ao estado nutricional.

O processo do envelhecimento altera o estado nutricional por conta das modificações orgânicas inerentes à idade. Dados epidemiológicos mostram que a desnutrição reduz, significativamente, o tempo de vida, sobretudo quando associada à presença de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). Também as dietas inadequadas podem acelerar o processo patológico e dificultar a recuperação dos idosos.

As funções social, psicológica, e fisiológica da alimentação influenciam os hábitos de dieta do idoso. Com a atividade física diminuída e a velocidade metabólica mais lenta ocorre a redução na quantidade de calorias necessárias para a manutenção do peso ideal. Autores relatam que apatia, imobilidade, depressão, solidão, pobreza, conhecimento inadequado, saúde oral deficiente e falta de sensibilidade do paladar, muitas vezes presentes nos idosos, podem contribuir para uma ingestão nutricional inadequada¹⁸.

A nutrição é o conjunto dos processos de assimilação e desassimilação que mantêm o organismo em boas condições e lhe fornece a energia vital. O processo natural

do envelhecimento promove alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas no organismo, com repercussões sobre as condições de saúde e nutrição^{19,20}.

Dentre as modificações que ocorrem no trato gastrointestinal que podem afetar o estado nutricional dos idosos, destacam-se: diminuição do apetite e da sensação de sede, alterações do gosto e do olfato, problemas dentários, diminuição da secreção salivar, problemas de deglutição, dificuldade de absorção das gorduras, diminuição da secreção de ácido clorídrico por atrofia gástrica, diminuição da produção de enzimas digestivas e da capacidade de absorção intestinal^{21,22}.

No processo de envelhecimento considerado normal ocorrem alterações fisiológicas e biológicas que afetam a alimentação e a nutrição do idoso, dentre elas: aumento do tecido adiposo; redução da massa muscular; redução da água corporal total; perda de paladar e olfato; diminuição na produção de pepsina e do ácido clorídrico, com diminuição na ingestão de alimentos e na absorção de vitamina B12, ferro e outras substâncias. O tipo de alimentação do idoso pode influenciar tanto no aparecimento de doenças como na determinação de sua gravidade, justificando-se a preocupação com o padrão alimentar e com o conhecimento das alterações nutricionais que ocorrem no envelhecimento²³.

As alterações na função do trato gastrointestinal podem ter um impacto significativo na qualidade de vida dos idosos. As disfunções mais comuns são: xerostomia, disfagia, gastrite, úlcera péptica, diverticulite, hemorróidas, hérnia de hiato, doença da vesícula biliar, cirrose e hepatite²¹.

Na velhice, iniciam-se alterações na composição corporal, com perda da massa magra e aumento no tecido adiposo. No entanto, embora as perdas de peso corpóreo nos idosos sejam esperadas elas devem ser investigadas. A desnutrição na população idosa brasileira, em seguimento ambulatorial, é de cerca de 20% e entre os idosos hospitalizados esta porcentagem salta para 60%²³.

Outro fator que podemos observar como comprometedor de uma boa alimentação é a dificuldade de mastigação e deglutição. Os idosos se engasgam com facilidade com o uso dos alimentos pela diminuição da motilidade digestiva por perda da acuidade neuromuscular. Espasmos, refluxo digestivo e dor podem ser conseqüentes da dilatação da porção inferior do esôfago¹⁶.

Avaliação nutricional por meio do consumo alimentar

A necessidade de comer e beber são instintivos universais, pois o ser humano precisa de nutrientes para viver e conservar a saúde. A qualidade de vida dos idosos depende em grande parte daquilo que bebem e comem, necessitando de nutrientes em quantidade, qualidade, harmonia e adequação para atender suas necessidades específicas. O prazer de alimentar-se constitui uma das satisfações do idoso. Daí é preciso compreender como o envelhecimento pode interferir na satisfação dessas necessidades⁶.

As necessidades de energia do idoso geralmente diminuem na medida em que a idade avança por conta do declínio na taxa metabólica basal e uma redução na atividade física, mental e sexual que se produz normalmente com o decorrer dos anos. A ingestão calórica média para pessoas a partir de 51 anos é de 2.300kcal/dia para homens e 1.900kcal/dia para as mulheres²⁴.

Os idosos precisam consumir carboidratos numa proporção de 50-60% das calorias da dieta, sobretudo em forma de frutas, verduras, legumes e massas. A ênfase necessita ser colocada no aumento da ingestão de carboidratos complexos, inclusive fibras, na dieta. Quanto à ingestão de lipídeos recomenda-se até 30% da ingestão total de calorias diárias, devendo ser pobre em ácidos graxos saturados, uma vez que estes condicionam um aumento de colesterol, fator importante no determinismo da arteriosclerose^{24,25}.

Em relação à ingestão de proteínas precisa ser normoprotéica: 0,8 a 1,0 g/kg de peso ideal, com proteínas de alto valor biológico como: carne, leite e queijos. Os líquidos também são importantes na dieta do idoso, para melhorar a função da diluição, evitar a desidratação e combater a constipação intestinal^{22,26}. Recomenda-se atenção para ingestão de vitaminas: A, C, D, E e vitaminas do complexo B. No consumo dos sais minerais os cuidados são em relação ao cálcio, fósforo e flúor, uma vez que pequenas ingestões desses elementos podem contribuir para a perda óssea²⁵.

Problemas na saúde ou doenças já instaladas nos idosos costumam estar associados à desnutrição e à perda de peso²⁵. Dietas inadequadas podem acelerar o desenvolvimento de doenças crônicas de natureza física ou mental e dificultar o processo de recuperação²³.

Investigação efetuada com um grupo de 283 idosos, residentes em zona urbana de São Paulo, estratificado por nível socioeconômico em três regiões do município, utilizando o método de frequência de alimentos para conhecer o padrão alimentar do grupo analisado, mostrou que no grupo de alimentos energéticos, mais de 90% dos idosos ingeriam feculentos, arroz, pão e macarrão; porém, apenas o arroz e o pão eram utilizados diariamente. Quanto ao grupo de alimentos protéicos, 70% ou mais dos idosos investigados consumia feijão, carne de boi, aves, leite e ovos, entretanto, no consumo diário, existia uma diferenciação entre as regiões analisadas. Dos reguladores, mais de 85% dos idosos tinham por hábito consumir frutas, verduras folhosas e legumes, mas, ao se avaliar o consumo diário, verificou-se que a prática era maior na região de melhor nível socioeconômico. Foi concluído na investigação que os idosos apresentam o mesmo padrão alimentar de outros grupos populacionais quanto aos alimentos energéticos, porém, diferem quanto aos protéicos e reguladores²³.

Atitudes simples, como: servir as refeições em local agradável, limpo, arejado, mobiliário adequado e piso não derrapante e espaço de fácil circulação; sentar o idoso confortavelmente à mesa em companhia de familiares, amigos ou outras pessoas; disciplinar e fracionar o consumo de alimentos estabelecendo horários; oferecer refeições atrativas e saborosas, usando temperos naturais, evitando abuso do sal; promover um contraste de cor entre os utensílios e a toalha da mesa, são condutas que proporcionam ao idoso mais prazer com a alimentação²⁰.

No contexto dos hábitos alimentares, vale ressaltar a importância de um programa de estímulo do autocuidado. Para que o idoso possa se manter como guardião de sua própria saúde ele precisa ter acesso a orientações educativas sobre medidas de promoção à saúde e a nutrição.

Avaliação nutricional em idosos por meio da antropometria

A Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA), também denominada avaliação multidimensional do idoso é um processo diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, tendo como principais dimensões: dados gerais de identificação, dados familiares, dados sociais, questões relaciona-

das à saúde geral, saúde bucal, à nutrição, condições cognitivas, afetivas e funcionais do idoso avaliado, como já referido. Sendo uma das mais importantes dessas dimensões o estado nutricional, em razão da sua relação com parâmetros clínicos e com as condições de reabilitação²³.

A avaliação do estado nutricional pode ser realizada por meio de métodos convencionais e não convencionais. Os convencionais são práticos, de baixo custo operacional e empregado largamente na avaliação do estado nutricional. Os não convencionais apresentam limitações no seu uso em relação ao alto custo dos equipamentos e ao emprego de técnicas de maior nível de complexidade^{4,27}.

Os métodos convencionais incluem história clínica, exames físicos, antropometria, exames laboratoriais, impedância bioelétrica. Os métodos não convencionais compreendem as provas funcionais de: densitometria computadorizada, que fornece dados em Kg quanto aos compartimentos de massa magra, massa gorda e óssea, a partir da medida do corpo inteiro; hidrodensitometria ou pesagem hidrostática, onde se utiliza os valores de densidade de cada um dos compartimentos, o valor médio do peso do indivíduo sob a água e alguns cálculos matemáticos, estimando-se a tração do peso corporal representada pela gordura e pela massa magra; ressonância magnética, que é uma análise de imagens de alta resolução²⁷.

Em nutrição, o exame clínico do idoso tem o objetivo de identificar sinais de carências específicas de nutrientes, destacando-se os seguintes aspectos: perda de peso, alteração do padrão alimentar, presença de sintomas gastrintestinais, avaliação da capacidade funcional, demanda metabólica, antecedentes médicos, uso de medicamentos, história social e história dietética. Os exames laboratoriais são úteis para detectar deficiências subclínicas e para confirmação diagnóstica, a exemplo de: exames hematológicos, avaliação do estado protéico, albumina, transferrina, creatina, balanço nitrogenado, colesterol e dosagens sanguíneas para indicação de minerais e vitaminas. O método de impedância bioelétrica é utilizado para medir a massa magra, isto é, livre de gordura, pelas diferenças de condutibilidade elétrica²⁷.

As medidas antropométricas freqüentemente utilizadas na avaliação do estado nutricional do idoso são: estatura, peso, circunferência da cintura e quadril e pregas

cutâneas²³. Podem ser utilizadas para estimar a altura em idosos, a altura dos joelhos, envergadura do braço, hemienvergadura e aferição da massa corporal⁴.

A interpretação dos resultados da antropometria nos idosos pode apresentar dificuldades em razão das mudanças da composição corporal que ocorrem com a idade, como: diminuição da massa muscular, perda de estatura, mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo, alterações na compressibilidade e elasticidade dos tecidos que poderão afetar a precisão das medidas, sobretudo relacionada às pregas cutâneas. Outra dificuldade para uma boa aferição da estatura é a falta de equilíbrio, impedindo a manutenção da posição em pé por algum tempo. Por esses fatores, recomenda-se precaução no uso das medidas antropométricas, por conta da possibilidade de erros nas interpretações dos resultados⁴.

A estatura mantém-se praticamente inalterada até os quarenta anos de idade e, a partir daí, há evidências de redução de estatura de cerca de um a dois e meio cm por década, sendo mais acentuada nas idades mais avançadas. Essa redução de estatura é resultante das modificações que ocorrem com o envelhecimento da coluna vertebral. A altura precisa ser medida utilizando-se antropômetro vertical ou estadiômetro para adultos, medido em centímetros. Os idosos necessitam ficar com os pés juntos, descalços, com o corpo erguido em extensão máxima e a cabeça ereta, olhando para frente, com as costas e a parte posterior dos joelhos encostados ao antropômetro⁴.

O peso é uma das medidas mais simples de ser realizada. Propõe-se que seja usado na relação com a altura, compondo o Índice de Massa Corpórea (IMC), também conhecido como Índice de Quetelet, cuja fórmula é o peso em quilogramas dividido pela estatura em metros e elevada ao quadrado²³.

Apesar de ser defendido por alguns autores existem limitações no uso do IMC, por não indicar a composição corporal. Há, porém, vantagens no uso desse método como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos, pela facilidade de obtenção e interpretação dos dados sem necessitar de padrões de comparação²⁸.

Os limites de eutrofia recomendados pela Organização Mundial de Saúde, em 1995, para a população idosa estão entre 18,5 a 24,9 Kg/m², em razão das alterações

corpóreas típicas do envelhecimento. A classificação do IMC é feita com os seguintes valores: IMC < 16,0 = desnutrição severa, 16,0 – 16,9 = desnutrição moderada, 17,0 – 18,4 = desnutrição leve, 18,5 – 24,9 = normal, 25,0 – 29,9 = sobrepeso, >= 30,0 = obesidade^{23, 27, 28}.

Entre os idosos o maior problema nutricional é o sobrepeso e a obesidade. Valores elevados de IMC estão associados a várias doenças. Acima dos 80 anos, magreza e perda de massa magra são os maiores problemas. Baixos valores de IMC estão associados à tuberculose, distúrbios pulmonares obstrutivos, câncer de pulmão e estômago⁴. Vale ressaltar, que o parâmetro da circunferência da cintura é considerado atualmente como um dos mais importantes preditores da incidência das doenças cardiovasculares²³.

Além da antropometria outros instrumentos têm sido desenvolvidos para identificar os idosos desnutridos ou em risco nutricional, a exemplo da Avaliação Subjetiva Global (ASG), Miniavaliação Nutricional (MAN) e Avaliação das Atividades de Vida Diária. São avaliações compostas por vários itens que geralmente englobam avaliação funcional, antropometria, avaliação dietética, avaliação clínica global e autopercepção de saúde e estado nutricional^{27, 29, 30}.

METODOLOGIA DO ESTUDO

O estudo foi do tipo descritivo e bibliográfico desenvolvido a partir de livros técnicos acessíveis nas bibliotecas da Universidade de Pernambuco (UPE). A consulta a publicações de artigos científicos foi realizada na Internet, utilizando-se das palavras-chave avaliação nutricional em idosos, na base de dados bibliográficos denominada Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A Base Lilacs é alimentada, desde o início da década de 1980, por uma rede de centros cooperantes constituída por bibliotecas, centros de documentação e organismos similares de instituições situadas nas áreas da saúde e afins³¹.

No acesso à biblioteca virtual em 24.03.2005, encontrou-se um total de 24 referências, 18 publicadas entre os anos de 1999 e 2004; 22 foram escritos em português. Do conjunto foram encontrados onze artigos, nove teses, três monografias e um capítulo de livro. Das referências encontradas foram utilizados para este estudo os onze arti-

gos publicados em periódicos, em decorrência da facilidade de obtenção das cópias impressas.

Dos onze artigos investigados, quatro foram publicados nos últimos cinco anos, havendo uma predominância do estado de São Paulo como local de publicação. Das fontes de publicações dois artigos foram publicados na Revista Brasileira de Nutrição Clínica.

Quanto aos procedimentos éticos, este trabalho foi dispensado dos protocolos exigidos por comitê de ética, uma vez que se trata de um estudo de bases de informações de fontes secundárias disponíveis em bibliotecas públicas.

ALGUNS RECORTES DOS ARTIGOS INVESTIGADOS

Cinco dos artigos investigados foram baseadas em estudos bibliográficos^{27,32,33,34,35}. Este tipo de estudo, caracteriza-se pela sistematização de informações obtidas em publicações: livros, revistas, jornais, ou seja, materiais acessíveis ao público em geral³⁶. Os estudos bibliográficos são de grande valia, considerando o teor analítico sobre temas, a exemplo dos trabalhos descritos neste estudo.

As dificuldades para o reconhecimento das doenças na velhice existem principalmente porque algumas características das enfermidades nesta fase de vida são diferentes de outras faixas etárias, na mesma doença³³. Precisamos considerar que a população de idosos é muito heterogênea e pode incluir desde uma pessoa muito saudável, com 60 anos, como outra já muito debilitada, aos 90 anos. Por isso que a abordagem dos variados problemas de saúde dos idosos requer a atuação de uma equipe interdisciplinar, favorecendo uma avaliação das áreas psíquicas, clínica, funcional, nutricional e social.

A avaliação nutricional necessita ser realizada pela equipe gerontológica e considerando-se dois níveis: o risco nutricional, avaliado com uma anamnese nutricional; o grau de desnutrição, observando-se os dados antropométricos, como peso, altura, índice de massa corporal, prega cutânea, circunferência abdominal e do braço; complementando-se com exames laboratoriais, tais como albumina, colesterol e contagem de linfócitos³³.

É importante fazer um diagnóstico da hipovitaminose precocemente, ainda que, em alguns estágios da avaliação, sinais clínicos não estejam presentes. Investigar os

hábitos alimentares de idosos requer o conhecimento da ingestão de alimentos ricos em micronutrientes³⁴. Por isso entendemos que o consumo de alimentos precisa ser atentamente observado, valendo ressaltar que as vitaminas lipossolúveis são comumente estocadas nos tecidos corpóreos em quantidades apreciáveis, mas as vitaminas hidrossolúveis apresentam-se em reservas orgânicas pequenas, necessitando de ofertas diárias para evitar sua deficiência, sendo esse um cuidado nutricional importante direcionado aos idosos.

Torna-se importante a avaliação multidimensional em idosos antes de serem submetidos a cirurgias. Neste tipo de avaliação pode-se perceber aspectos biopsicosociais de problemas múltiplos do idoso, favorecendo uma avaliação nutricional e funcional que repercute no sucesso de processos cirúrgicos. Com a avaliação multidimensional podem-se identificar processos mórbidos ativos ou passivos, descompensados ou suscetíveis que poderiam complicar intervenções cirúrgicas³⁵. Importante também considerar a avaliação psicológica, pois ela pode prever as esferas suscetíveis a serem afetadas com o ato cirúrgico. Já os fatores sociais que influenciam na convalescença, como o econômico, condição do alojamento e redes de apoio são importantes na avaliação social.

Estudos mostram a situação nutricional da população brasileira, por meio da análise de dados obtidos em três inquéritos populacionais e nas três pesquisas nacionais, houve uma redução da prevalência de baixo peso e aumento de sobrepeso e obesidade entre adultos e idosos²⁷. O idoso apresenta aspectos peculiares que obrigam, aos profissionais que dele cuidam, a realização de uma avaliação mais complexa com análise de fatores de risco, como determinação do nível funcional, avaliação da saúde bucal e investigação sobre depressão. Entre os instrumentos propostos para avaliação destaca-se a Miniavaliação Nutricional (MAN), pois engloba antropometria, avaliação dietética, avaliação clínica global e autopercepção de saúde e estado nutricional. Entendemos que esse instrumento deva ser integrante da avaliação multidimensional do idoso.

Foi realizada uma análise comparativa entre os estudos nacionais e estudos isolados que avaliaram o estado nutricional da população brasileira, confirmando que houve redução da prevalência de baixo peso e aumento de

sobrepeso e obesidade na população adulta e idosa. A avaliação da gordura abdominal, por meio da mensuração da circunferência da cintura ainda vem sendo pouco utilizada em estudos populacionais. Apesar de representar um importante fator de risco para DCNT, como: diabete, doenças cardiovasculares e câncer de mama³².

Em estudo³⁷ realizado com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN-1989), referente à população idosa com 60 anos ou mais, utilizando-se o IMC como indicador do estado nutricional e outras variáveis, foram encontradas prevalências de magreza (IMC<18,5) e sobrepeso (IMC \geq 25), respectivamente de 7,8% e 30,4% em homens e 8,4% e 50,2% em mulheres, mais elevada que na população adulta jovem. A magreza foi mais freqüente nas mulheres nas faixas mais avançadas em áreas rurais das regiões Centro-Oeste e Nordeste. Nos homens: Sudeste; nas classes de menos renda, menos escolaridade e pior qualidade de moradia. O sobrepeso foi prevalente em mulheres, em áreas urbanas das regiões Sul e Sudeste; nos grupos de maior renda, maior escolaridade e melhor qualidade de moradia.

Partindo de dados de avaliação antropométrica de adultos não jovens, Abranches et al (2003), utilizando-se do IMC, com informações fornecidas pela Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada pelo IBGE em 1996/97, chegaram às mesmas conclusões, ou seja, de que a prevalência conjunta de sobrepeso e obesidade na população brasileira é maior no sexo feminino; mais da metade das mulheres são das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, com idade entre 50 e 69 anos.

Seis dos artigos em estudo foram de estudos transversais ou estudos de prevalência, quatro com base de dados primários^{39,40,41,42} e dois utilizaram dados secundários^{37,38}. Estudos transversais são investigações quantitativas que descrevem um corte no fluxo histórico das variáveis de interesse, evidenciando as características apresentadas em um dado momento⁴³.

Em um dos estudos⁴⁰ foi verificado que aferições diretas de dados antropométricos podem apresentarem-se alteradas por conta da falta de equipamentos ou pela impossibilidade de locomoção dos idosos. Foram investigados 50 idosos em atendimento ambulatorial e foi verificado que o idoso, muitas vezes apresenta, limitações orgânicas

para a coleta de peso e altura, tornando as fórmulas antropométricas necessárias. A correlação entre dados antropométricos e dados obtidos por fórmulas torna-se mais forte com o avançar da idade, demonstrando que quanto mais avançada a idade do indivíduo, maior a confiança no valor obtido por meio da fórmula.

Na avaliação nutricional realizada com 156 idosos por meio da antropometria e inquérito dietético⁴⁰ numa Instituição de Longa Permanência (ILP) em Salvador foi verificado que 27,6% dos idosos avaliados encontravam-se desnutridos, 33,7%, obesos e 39,1%, em estado de normalidade. Quanto ao inquérito dietético foi observada uma ingesta insuficiente de proteína, vitaminas A e C, além de minerais como: ferro, cálcio, fósforo, sódio, potássio.

Em outra situação foram investigados 202 idosos internados em um hospital de ensino em Ribeirão Preto/SP, e também se observou a ingesta inadequada de micronutrientes, relacionando alta prevalência de níveis séricos deficientes de zinco, carotenóide e vitaminas A, E, C e B₂⁴².

Ainda sob o aspecto dietético, foi observada a baixa ingestão energética, com média de 1.500 kcal por dia, entre os idosos residentes em ILP localizada em Viçosa/MG. Foi colocado que esta situação era agravada pelo reduzido espaço entre as cinco refeições diárias servidas na instituição, em média de 2 horas e 30 minutos, considerando que o envelhecimento afeta o esvaziamento gástrico tornando-o mais lento²⁰. Como o esvaziamento gástrico é curto, provavelmente pela falta de apetite, alguns destes idosos não estão realizando todas as refeições, ou podem estar substituindo-a por produtos de panificação. Modificações no comportamento alimentar dos idosos certamente afetam a adequação de nutrientes ao organismo e os coloca em risco da má-nutrição.

Outro estudo⁴⁰ com idosos residentes em ILP, que contribui para o estado deficitário de macro e micronutrientes diz respeito à interação de drogas com a absorção de nutrientes. Como exemplos descrevem-se os laxativos que provocam depleção de minerais e vitaminas lipossolúveis; os anti-hipertensivos que aumentam a excreção de piridoxina; os ansiolíticos que influenciam no ganho ponderal; os cardiotônicos que diminuem a absorção de zinco, cálcio, magnésio, potássio e vitaminas do

complexo B (tiamina); os diuréticos que influenciam na perda ponderal, diminuição da salivação e no aumento da excreção de cálcio, potássio, magnésio, sódio, cloro, zinco, entre outros.

A maior concentração das publicações, ou seja, nove dos artigos investigados foram originárias do Sudeste Brasileiro, com predominância no estado de São Paulo. Esse aspecto revelado na análise é compatível com a organização institucional da ciência e tecnologia no Brasil. A concentração dos grupos de pesquisa e pesquisadores brasileiros se concentra no Sudeste, que detinha 48,8%, em 2002, dos pesquisadores por titulação. Outras desigualdades regionais também são observadas e relativas à concentração de recursos financeiros, formação de recursos humanos em graduação e pós-graduação⁴⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento de informações sobre avaliação nutricional em idosos, publicadas na base de dados bibliográficas LILACS, acessadas em 24.03.2005, evidenciou a oportunidade do estudo com base em onze artigos científicos.

Quanto à avaliação nutricional de idosos foi possível perceber a necessidade da vigilância nutricional e do acompanhamento do consumo alimentar por este segmento, não só relacionado à ingesta dos macronutrientes, como também a dos micronutrientes, tais como minerais, destacando-se cálcio, ferro e zinco e vitaminas, como: A, E, C e B₂.

Ressalta-se a importância da avaliação multidimensional para os idosos, uma vez que favorece a atuação de uma equipe interdisciplinar gerontológica, facilitando a identificação de problemas de saúde do idoso relacionados com a área clínica, nutricional, social, psíquica, funcional e outras.

Em relação à avaliação antropométrica foi mostrado nos estudos com base em amostras representativas da população brasileira, que nas duas últimas décadas os idosos apresentaram uma maior prevalência de sobrepeso e obesidade, sobretudo no sexo feminino, sendo mais da metade das mulheres das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, com idade entre 50 e 69 anos.

Estes dados mostram a importância do aprofundamento de estudos interdisciplinares, incluindo a participa-

ção de enfermeiros, sobre o estado nutricional dos idosos brasileiros, favorecendo atividades de monitoramento e intervenções sobre este grupo. Percebeu-se, também a necessidade do reforço de políticas públicas que favoreçam o acesso aos meios de informações preventivas aos estados de sobrepeso e obesidade tendo em vista melhoria da qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Queiroz ZPV. Cuidando do idoso: uma abordagem social. *Mundo Saúde* 2000; 24(4):246-8.
2. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(2):87-94.
3. Frias LAM. Aspectos demográficos do envelhecimento populacional no Brasil. *Bol Estat Demogr IBGE* 1994.
4. Coelho MASC, Pereira RSP, Coelho KSC. Antropologia e composição corporal. In: Frank AA, Soares EAS. *Nutrição no envelhecer*. São Paulo: Atheneu; 2002. cap. 2, p. 12-41.
5. Florentino AM. Influências dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: Frank AA, Soares EAS. *Nutrição no envelhecer*. São Paulo: Atheneu; 2002. cap.1, p. 3-12.
6. Berger L, Mailloux D, Poirrier M. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995. cap. 12, p. 215-57.
7. Sobral B. Instâncias de intervenção em saúde do idoso. *Arq Geriatr Gerontol* 1996 maio; 0(0): 55-7.
8. Minayo MC, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p.11-24.
9. Pacheco JL. Práticas sociais na promoção de saúde do idoso. *Arq. Geriatr Gerontol* 1997; 1(2):79-82.
10. Pereira RS, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos Envelhecimento* 2003; 6(1):43-59.
11. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1990 out; 33(5):454-60.
12. Bruno CTS, Marques MB, Silva MJ. Transtornos depressivos em idosos: o contexto social e ambien-

- te como geradores. *Rev Rene* 2006 jan./abril; 7(1): p.35-42.
13. Jacob Filho W. Envelhecimento e atendimento domiciliar. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.10-31.
14. Veras R, Caldas CP. 10 anos um modelo de cuidado integral para a população que envelhece. Rio de Janeiro: UnATI; 2004.
15. Benedet AS, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem. Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ª. ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
16. Araújo L, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa de saúde da Família. *Rev Esc Enf USP* 2005; 39(1):53-61.
17. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev Saúde Pública* 1988 jun; 21(3):225-33.
18. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
19. Santos SCS. Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão à ação cuidativa. São Paulo: Robe; 2001.
20. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev. Nutr. Campinas, set./dez. 2000, 13(3): 157-165.*
21. Roach S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 242-55.
22. Águila AMB, Dores SMC. Importância da avaliação das condições nutricionais do idoso. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p. 73-5.
23. Najas M, Pereira FAI. Nutrição. In: Freitas EV. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. cap.101, p. 838-45.
24. Harris NG. Nutrição no envelhecimento. In: Mahan LK, Stump SE. Alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca; 2002. cap.13, p. 276- 98.
25. Barcelos MFP, Pereira MCA. Nutrição nas diversas fases de vida. Lavras: UFLA FAEPE; 2002.
26. Ruy Pérez I, Llorente P. Geriatria: guia prático de enfermagem. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 2000.
27. Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2004 jun; 48(3):345-61.
28. Anjos LA. Índice de massa corporal (massa corporal. Estatura -2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública* 1992 dez; 26(6): 431-6.
29. Menezes AK. Avaliação funcional do idoso versus avaliação clínica tradicional. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Caminhos do envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. cap.12, p. 63-70.
30. Costa EC, Nakatani, AYK, Bachion. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enfermagem* 2006 jan./mar; 19(1):43-8
31. Prado SD, Sayd JD. A produção científica sobre envelhecimento e saúde no Brasil. *Textos Envelhecimento* 2004; 7(2):85-101.
32. Batista MCR, Francheschini SCC, Priore SE. Avaliação de indicadores antropométricos de adultos e idosos brasileiros. *Nutrire* 2002 jun; 23: 67-78.
33. Cunha UGV et al. Avaliação clínica do paciente idoso. *J Bras Med* 2002 mar; 82(3):72-8.
34. Oliveira GPC. Hipovitaminose hospitalar: sinais clínicos e diagnóstico. *Rev Bras Nutr Clín* 2001 abr./jun; 16(2):59-67.
35. Lombillo Sierra S, Pacheco Granja G. Evaluación multidimensional en el preoperatorio. *Acta Med. Hosp. Clin. Quir. Hermanos Ameijeiras* 2002 ene./dic;10(1):
36. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
37. Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultado da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 1999 out./dez; 15(4):759-68.
38. Abranches MM, Lamounier JA, Colonismo EA. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras São* 2003 abr./jun; 49(2):162-6. 2003.

39. Campos MTF, Monteiro JBR, Castro TG, Viana, EC. Correlação entre diferentes parâmetros de avaliação do estado nutricional de idosos. *Rev. Bras. Nutri. Clin. Viçosa*, 2001; 16(1):1-5.
40. Galisa MS, Pustiglione M. Critérios de avaliação antropométrica em geriatria – um estudo comparativo. *Mundo Saúde* 1997 jul./ago; 21(4):199-203.
41. Gaudenzi EM, Silva IS, Carvalho MFA, Araújo MPN, Fohr ML, Regis SM.. Avaliação do estado nutricional de idosos residentes no abrigo D. Pedro II – Salvador. *Rev Baiana Saúde Pública* 1991 jan./dez; 1(1/4):85-97.
42. Vannucchi H, Cunha DF, Bernardes MM, Unamuno MRDL. Avaliação dos níveis séricos das vitaminas A, E, C e B2, de carotenóides e zinco, em idosos hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*. 1994 abr; 28(2):121-6. 1994.
43. Almeida Filho N, Rouquarol MZ. Fundamentos metodológicos da epidemiologia. In: Rouquarol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. 527p. cap. 5, p.157-83.
44. Neves CEB. Ciência e tecnologia no Brasil. In: Soares MSA. et al. *A educação superior no Brasil*. Brasília: CAPES; 2002. cap.8. p.205-50.

RECEBIDO: 08/11/06

ACEITO: 17/01/07