

PERFIL ALIMENTAR DE IDOSOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DE BELO HORIZONTE, MG

Food intake profile of elderly at a long-term institution in Belo Horizonte, Minas Gerais

Marlene Azevedo Magalhães Monteiro¹, Isabel Cristina Miranda Pinheiro Maia²

RESUMO

Introdução: no Brasil, o processo de envelhecimento da população deve-se ao rápido declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade. Em 2050, os idosos corresponderão a 14,2% da população brasileira. Um dos fatores relacionados ao envelhecimento sadio é a boa nutrição durante toda a vida. **Objetivo:** avaliar o consumo alimentar de idosos de uma instituição de longa permanência do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Materiais e Métodos:** foi realizado um estudo transversal desenvolvido em uma instituição geriátrica localizada no município de Belo Horizonte - MG, com 30 idosos, na faixa etária de 70 a 79 anos. O consumo alimentar foi caracterizado mediante inquérito alimentar 24 horas, aplicado em triplicata. Os dados foram avaliados de acordo com as recomendações propostas pela Pirâmide Alimentar adaptada. **Resultados e Discussão:** 77% (n=23) eram mulheres, e 23% (n=07) homens. O grupo de alimento com maior inadequação no consumo em comparação com as recomendações foi o das *Hortaliças* (22,5% de adequação). Os grupos dos *Óleos e Gorduras*, e *Açúcares e Doce*s atingiram 100% do recomendado. **Conclusão:** existe um desequilíbrio no consumo alimentar dos idosos institucionalizados. É necessária a implementação de medidas como modificações dietéticas e programas de educação alimentar.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; Nutrição; Instituição de Longa Permanência; Pirâmide Alimentar.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the population aging process is due to the rapid decline in mortality and fecundity rates. In 2050, the elderly will correspond to 14.2% of the Brazilian population. One of the factors related to healthy aging is good nutrition across one's lifetime. **Aim:** To assess food intake among the elderly at a long-term institution in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Material and Methods:** A cross-sectional study developed at a geriatric institution located in Belo Horizonte, MG, was conducted involving 30 elderly persons between 70 and 79 years of age. Food intake was characterized through a 24-hour food recall, applied threefold. Data were assessed according to the recommendations proposed in the adapted Food Pyramid. **Results and Discussion:** 77% (n=23) were women and 23% (n=7) men. The food group with the highest percentage of inadequate consumption when compared with recommendations was *Greenery* (22.5% of adequacy). The group *Oils and Fats*, and *Sugars and Sweets* reached 100% of recommendations. **Conclusion:** Disequilibrium exists in institutionalized elderly people's food intake. Measures like diet modification and food education programs are needed.

KEYWORDS: Elderly; Nutrition; Long-Term Institution; Food Pyramid.

INTRODUÇÃO

Denomina-se senescência as alterações estruturais e funcionais encontradas no processo normal de envelhecimento que, embora variem de um indivíduo para outro,

ocorrem em todos os idosos. Manifesta-se por perda de grupos musculares, diminuição da capacidade funcional, lentidão psicomotora e declínio da memória recente. As alterações ocorridas na vida do indivíduo podem afetar os órgãos fonoarticulatórios e a modificação da deglutição

¹ Nutricionista. Docente do curso de Nutrição, Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: marleneammonteiro@gmail.com.

² Nutricionista. Mestre em Ciências da Saúde.

pode ocorrer por diversas causas, desde o simples envelhecimento das estruturas envolvidas no ato até como consequência de inúmeras doenças.¹

No Brasil, o processo de envelhecimento da população deve-se ao rápido declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade. Em 2050, os idosos corresponderão a 14,2% da população brasileira, o que sinaliza a necessidade de se conhecer mais sobre o envelhecimento, suas repercussões e impactos sobre o sistema de saúde brasileiro. Um dos fatores relacionados ao envelhecimento sadio é a boa nutrição durante toda a vida. O estado nutricional adequado aumenta o número de pessoas que se aproximam do seu ciclo máximo de vida. Por meio da avaliação nutricional, é possível identificar indivíduos em risco nutricional aumentado para danos à sua saúde e estabelecer programas de intervenção com o objetivo de reduzi-los.²

A determinação do diagnóstico nutricional e a identificação dos fatores que contribuem para tal diagnóstico no indivíduo idoso são, portanto, processos fundamentais, mas, complexos. A complexidade se deve à ocorrência de diversas alterações, tanto fisiológicas quanto patológicas, além de modificações de aspectos econômicos e de estilo de vida, entre outros, com o avançar da idade.³

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressam satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas. Assim, o conceito clássico de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças.⁴

A desnutrição é uma das síndromes geriátricas mais frequentes, com uma prevalência que varia entre 15 e 60%, sendo uma consequência de várias condições clínicas existentes em idosos, assim como prejuízo funcional, doenças crônicas e depressão.⁵

No idoso, existe toda uma série de alterações do envelhecimento no nível dos órgãos sensitivos, que altera sensivelmente a qualidade de vida dessas pessoas. A disfunção da percepção gustativa constitui um problema significativo. Anomalias do paladar podem afetar a saúde não somente pelos efeitos diretos sobre a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos, mas também devido à privação de um dos grandes prazeres da vida.⁶ A população de idosos apresenta alto risco para disfagia em consequência

dos efeitos do processo de envelhecimento no mecanismo da deglutição. A diminuição dos movimentos orais, a redução da sensibilidade orofacial, as perdas dentárias e a utilização de próteses podem causar alterações na fala, mastigação e deglutição.¹

Em relação aos idosos institucionalizados, as alterações no sistema estomatognático podem ser aceleradas por agentes de ordem psicológica entre eles a solidão provocada pelo isolamento do meio social, em especial do meio familiar. Sendo assim, faz-se importante a realização de trabalhos direcionados a esta população como forma de, através de avaliação, intervenção e orientação fonoaudiológica, promover uma melhoria na sua qualidade de vida.⁷

O envelhecimento dos brasileiros tem despertado o interesse das políticas de saúde pública, tendo em vista a demanda social implicada nesse fenômeno, já observado em países desenvolvidos. Atualmente, os problemas do sistema público de saúde, do sistema previdenciário e das condições de aposentadoria geram um processo deficiente de inclusão social do idoso no país. O avançar da idade propicia o estabelecimento de doenças incapacitantes, levando à dependência de cuidados externos, sejam eles provenientes da própria família ou de profissionais especializados no atendimento geriátrico, o que aumenta a demanda por instituições de abrigo ou asilos para atender às necessidades dessa população.⁸

Os aspectos relativos à alimentação oferecida pelos asilos são essenciais, considerando o grande impacto dos hábitos alimentares do idoso no seu estado de saúde.⁹ A Portaria nº 810, do Ministério da Saúde, sancionada em 1989, estabelece as normas para o funcionamento de instituições geriátricas e destaca a responsabilidade da própria instituição no que diz respeito à produção de refeições para os internos.¹⁰ Dessa forma, o planejamento adequado da alimentação, considerando as características nutricionais e higiênico-sanitárias, cabe aos responsáveis pelo setor de produção de refeições do asilo.⁹

A manutenção de um estado nutricional adequado na pessoa idosa é tarefa árdua, frente às doenças crônicas, à associação do uso de medicamentos, às modificações fisiológicas inerentes à idade que interferem no apetite, no consumo e na absorção de nutrientes, e às questões sociais e econômicas que muito prejudicam a prática para a conquista de uma alimentação saudável.^{11,12}

Vários estudos têm demonstrado deficiência de energia, vitaminas e minerais em pessoas, acima de 65 anos, que residem em asilos ou domicílios, fato atribuído aos fatores socioeconômicos e às doenças presentes, além de alterações no modo de vida e nos hábitos alimentares.^{13,14}

Um conceito educativo que vem sendo adotado nos

últimos anos, em especial com a população idosa, refere-se ao autocuidado. O indivíduo, comprometido com esse processo, prepara-se e capacita-se, deliberadamente, para atuar sobre os fatores que afetam seu funcionamento e desenvolvimento. A educação nutricional é uma ferramenta que dá autonomia ao educando, para que ele possa assumir, com plena consciência, a responsabilidade pelos seus atos relacionados à alimentação e está em consonância com a estratégia educativa do autocuidado.¹⁵

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, cuja unidade amostral foi o idoso na faixa etária de 70 a 79 anos de uma instituição geriátrica, situada no município de Belo Horizonte-MG.

Participaram deste estudo os idosos do extremo médio da velhice,¹⁷ na faixa etária entre 70 e 79 anos, correspondendo a 30 idosos, de um total de 32,0% dos internos, incluindo os da enfermaria, que possuíam uma alimentação

A iniquidade das políticas locais, em diversas regiões do mundo, ganha visibilidade, pois as possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e renda. Esse acesso, inclusive, poderá ser um fator determinante da qualidade com que se vai envelhecer.¹⁶

O objetivo deste trabalho foi avaliar o consumo alimentar de idosos de uma instituição de longa permanência do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

diferenciada dos demais.

Foram coletados dados relativos à caracterização qualitativa e quantitativa do consumo de alimentos à população institucionalizada.

Para a avaliação da ingestão alimentar dos idosos, foi elaborado um inquérito alimentar 24 horas, aplicado em triplicata em três dias não consecutivos, sendo também elaborado um registro fotográfico das preparações servidas na instituição geriátrica, com as suas respectivas porções (Quadro 1).

Quadro 1 - Relação das porções servidas em uma instituição geriátrica do município de Belo Horizonte-MG, 2010.

Tipo de refeição	Porcionamento das preparações
Almoço 1 (pequena quantidade)	Arroz = 1 e ½ colher de servir; Feijão = 1 concha média; Carne = 1 pedaço médio; Legumes e Verduras em folhas = 1 colher de servir
Almoço 2 (grande quantidade)	Arroz = 1 e ½ colher de servir (arroz) cheia; Feijão = 1 e ½ concha média; Carne = 1 pedaço médio; Legumes = 1 colher de servir cheia; Verduras em folhas = 2 colheres de servir cheia
Lanches (manhã e tarde)	Caneca (café/leite/suco) 200 ml = 1 xícara
Jantar	Prato de sopa = 350g de sopa

Fonte: dados da pesquisa.

O recordatório 24 horas foi aplicado aos idosos da instituição de longa permanência por estudantes do curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais, previamente capacitados, abrangendo as cinco refeições ofertadas (café da manhã, almoço, café da tarde, jantar e ceia). Assim, foi quantificada a ingestão de cada preparação, utilizando-se um registro fotográfico previamente elaborado e a avaliação da quantidade de sobras (25%, 50%, 75% de sobras) por alimento.

Para avaliação do teor de lipídeos, determinou-se uma

porção para manteiga do pão (10g) e uma para o óleo de preparação (20mL). Para a carne desfiada, padronizou-se como uma porção pequena (80g). Considerou-se, ainda, uma colher de servir para guarnições (90g), e suco de laranja (180mL), com 50% de extrato de laranja e 50%, água, e uma porção de açúcar (10g), quando o mesmo era adoçado.

Para o cálculo de adequação nutricional foi realizada uma avaliação qualitativa da adequação nutricional em comparação com as recomendações propostas na Pirâmi-

de Alimentar Adaptada para Adultos a partir de 70 anos de idade.¹⁸

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Uni-

versidade Federal de Minas Gerais, em que foram cumpridos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque, além do atendimento da legislação vigente.

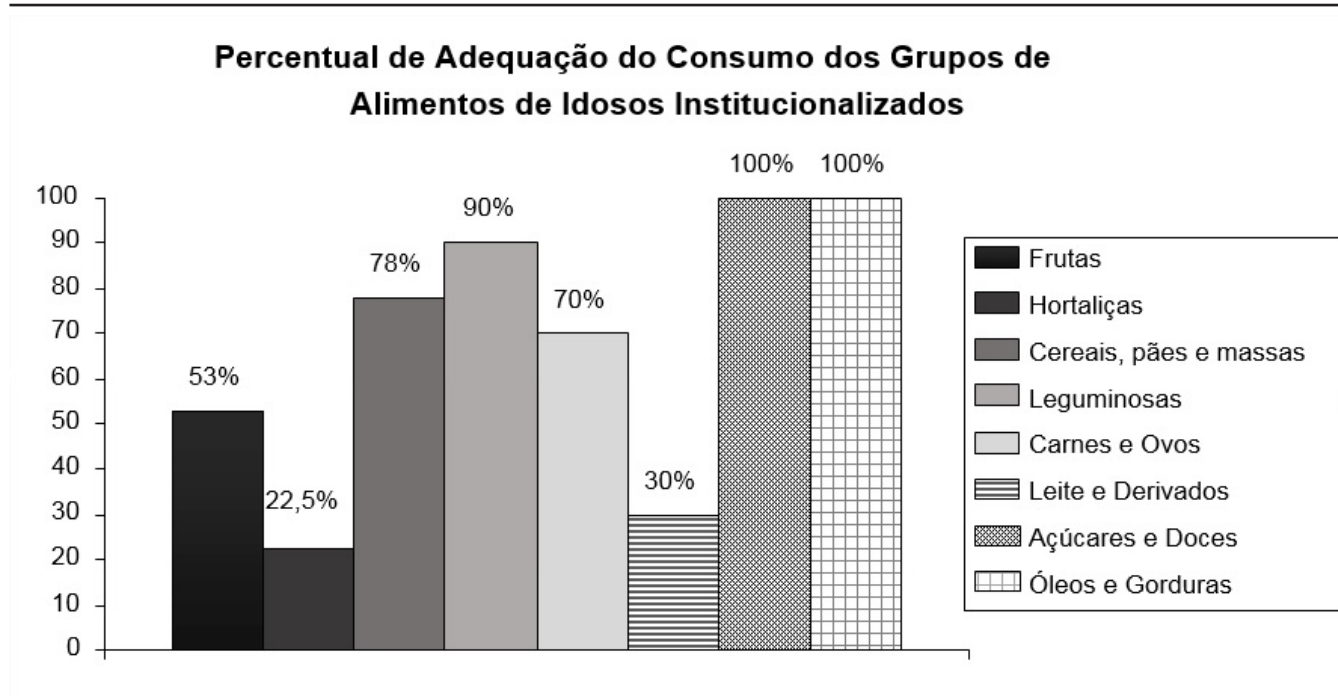
RESULTADOS

De acordo com os resultados encontrados, 77% (n=23) dos idosos eram do sexo feminino, e 23% (n=7) masculino.

A avaliação da adequação nutricional qualitativa dos cardápios registrados mostrou que o grupo de alimentos das *Hortaliças* apresentou maior inadequação no consumo,

média de 22,5%, em comparação com as recomendações. O segundo menor percentual de adequação do consumo foi *Leite e Derivados* com 30%; seguido de *Frutas* com 53%; *Carnes e Ovos* com 70%; *Cereais, Pães e Massas* com 78%, e *Leguminosas* com 90% (Figura 1). Os grupos dos *Óleos e Gorduras*, *Açúcares* e *Doces* atingiram o recomendado de 100% de adequação (Figura 1).

Figura 1 - Adequação do consumo dos grupos de alimentos pelos idosos institucionalizados, Belo Horizonte - MG, 2010.



Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O baixo consumo de hortaliças e frutas pelos idosos sugere que a dieta oferecida a eles é pobre em fibras, além de vitaminas, proteínas e cálcio, muito importantes para os idosos em função dos problemas ósseos. A ingestão da quantidade adequada de fibras auxiliaria na normalização das funções intestinais. O grupo de *Cereais, Massas e Pães* não atingiu o percentual recomendado, demonstrando baixa ingestão de calorias. A baixa quantidade ingerida da porção de *Leite e Derivados* também é preocupante, visto que a deficiência de cálcio e vitamina D aumenta o risco

de fraturas e o desenvolvimento de doenças relacionadas à mineralização óssea, como o hipoparatiroidismo secundário. Além disso, a baixa ingestão de *Leite e Derivados* associada a uma baixa ingestão de alimentos do grupo da *Carne* evidencia um *déficit* de ingestão proteica, contribuindo para o catabolismo muscular, já aumentado nessa faixa etária.^{9,10,11,14,15,16}

O estado nutricional dos idosos tem se modificado nos últimos anos, o que pode ser explicado pelo alto consumo alimentar de calorias provenientes de gorduras, principalmente as de origem animal, açúcar e alimentos refinados, em detrimento de outros nutrientes de baixa densidade

energética como as frutas e verduras, bem como pela forma de obtenção e preparo dos alimentos.¹¹

Ressalta-se, ainda, o consumo de alimentos não oferecidos pela instituição, como pães, disponibilizados por parentes aos idosos, e que não foram quantificados neste estudo. Dessa forma, os dados encontrados podem estar subestimados em relação ao real consumo de alguns idosos. Assim, o aumento calórico poderia ser significativo, porém, o déficit de micronutrientes e proteínas continuaria o mesmo.

Em estudo realizado com 106 idosas maiores de 60 anos, observou-se que o grupo de *Cereais e Pães* foi o mais consumido pelas idosas, seguido pelas *Leguminosas* (53%), *Verduras* (61%) e *Frutas* (66%).¹⁹

Toral, Gubert e Schmitz⁸ encontraram na avaliação nutricional qualitativa que os grupos de alimentos com maior inadequação na oferta foram hortaliças (53,0% da recomendação), e *Frutas* com 60,0% da recomendação. A oferta de alimentos do grupo dos *Óleos e Gorduras* foi considerada excessiva (120,0% da recomendação).

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo refletem um desequilíbrio no consumo alimentar dos idosos institucionalizados, podendo afetar diretamente seu estado de saúde.

A preocupação em oferecer uma alimentação adequada aos idosos atua na prevenção de agravos nutricionais comuns neste tipo de população, como doenças crônicas, desnutrição, sobrepeso e obesidade. Agravos estes que podem dificultar o seu convívio social, pois tais males interferem no humor e disposição dos idosos, gerando piora do quadro de saúde dos mesmos.

A implantação de medidas como modificações dietéticas que combatam o inadequado consumo alimentar e promovam a ingestão de nutrientes, bem como programas de educação nutricional podem melhorar o estado nutricional de idosos institucionalizados e a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Tanure CMC et al. A deglutição no processo normal de envelhecimento. *Rev CEFAC* 2005; 7(2):171-177.
2. Campos MAG et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(4):214-221.
3. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Rev Nutr* 2004; 17(4):507-514.
4. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):793-798.
5. Campanella LCA et al. Relação entre padrão alimentar e estado nutricional de idosos hospitalizados. *Rev Bras Nutr Clin* 2007; 22(2):100-106.
6. Kina S, Beloti A, Brunetti RF. Alterações da sensibilidade gustativa no paciente idoso. *Rev Atual em Geriatria* 1998; 3(18):20-23.
7. Jales MA, Cabral R.R, Silva HJ, Cunha DA. Características do sistema estomatognático em idosos: diferenças entre instituição pública e privada. *Rev CEFAC* 2005; 7(2):178-187.
8. Toral N, Gubert MB, Schmitz BAS. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. *Rev de Nutr* 2006; 19(1):29-37.
9. Najas, MS et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região Sudeste, Brasil. *Rev Saúde Publ.* 1994; 28(3):187-191.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192p.
11. Fell A et al. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. *Archivos Latino Americanos de Nutricion Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición* 2007; 57(4).
12. Bassler TC, Lei DLM. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). *Rev Nutr* 2008; 21(3):311-321.
13. Santelle O et al. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Publ* 2007; 23(12):3061-3065.
14. Campos MTFS et al. Fatores que afetam o consumo

alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr* 2000; 13(3):157-165.

15. Cervato AM et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Rev Nutr* 2005; 18(1):41-52.

16. Feliciano AB et al. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Publ* 2004; 20(6):1575-1585.

17. Veras RP et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Publ* 2008;4 2(3):497-502.

18. Philippi ST et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev de Nutr* 1999; 12(1):65-80.

19. Amado TCF, Arruda IKG, Ferreira RAR. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. *Arch Latino Am Nutr* 2007; 57(4):366-372.

Submissão: março/2014

Aprovação: setembro/2014
