

CONSIDERAÇÕES NUTRICIONAIS EM IDOSOS

Gláucia Cristina Zanelato Furlaneto*

Maria Raquel Marçal Natali**

FURLANETO, G. C. Z.; NATALI, M. R. M. Considerações nutricionais em idosos. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 6 (1): 89-95, 2002.

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo desenvolver reflexões sobre alguns aspectos psicossociais e nutricionais inerentes à "terceira idade". Aborda também as principais doenças relacionadas a problemas nutricionais do idoso, bem como medidas preventivas que contribuam para a melhoria e aperfeiçoamento do estado nutricional de pessoas idosas. A configuração destes aspectos verifica-se a partir de uma postura teórica delineada ao longo de uma pesquisa sobre o processo de envelhecimento, onde a nutrição é um aspecto relevante neste contexto. No idoso, as alterações morfofisiológicas estão sempre presentes e as recomendações nutricionais não se encontram solidamente estabelecidas, reproduzindo-se os valores indicados para o adulto, fazendo-se necessários estudos mais profundos que venham a defini-las, buscando um envelhecimento saudável.

PALAVRA-CHAVE: envelhecimento; idoso; morfofisiologia; nutrição;

NUTRITIONAL CONSIDERATIONS IN THE ELDERLY

FURLANETO, G. C. Z.; NATALI, M. R. M. Nutritional considerations in the elderly. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 6 (1): 89-95, 2002.

ABSTRACT: This work aims at developing some insights into some psycho-social and nutritional features related to the "third age". It also approaches some major illnesses related to nutritional problems in the elderly, as well as preventive measures that contribute to the improvement of the nutritional status of old people. The configuration of these aspects stems from a theoretical line designed from research on the aging process, where nutrition is a relevant aspect. In the elderly the morphophysiological changes are always present, and the nutritional recommendations are not firmly established, the values for adults being merely reproduced. Deeper studies are needed to make them more definite so that a healthy aging is attained.

KEY WORDS: aging; elderly; morphophysiology; nutrition.

Introdução

A velhice ou terceira idade é o período que se inicia aos 60 anos, após o indivíduo ter atingido e vivenciadas as realizações pessoais na fase da maturidade (PAULING, 1988)

Segundo ROSA (1992), a apresentação da velhice para as pessoas é, geralmente, como se fosse algo que está sempre muito longe, no fim da vida. Entretanto, a idade subverte a vaidade e o tempo, trazendo consigo a velhice, fenômeno este, que quase sempre ninguém está preparado para vivê-lo.

Na busca de uma resposta do que é a velhice encontram-se preconceitos, contradições e associações de que a idade avançada está ligada ao declínio, à inferioridade.

O conflito psicossocial básico da velhice é a integridade do ego (estrutura da personalidade) e o desespero. Envelhecer assusta, mas quem consegue encarar como uma nova fase da vida, cheia de desafios a enfrentar, aproveita-a muito bem. É preciso apenas se preparar para esse período da existência humana, tanto física como espiritualmente, renovar os objetivos de vida, manter-se ativo e com a mente ocupada.

A velhice não poderia ser compreendida senão em

sua totalidade; "ela não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural" (BEAUVOIR, 1987).

De acordo com SAYEG (1990), para uma boa velhice, é fundamental ter uma meta na vida e pensar que sempre é tempo para alcançá-la, dentro das restrições normais que a idade impõe.

De modo geral associa-se idoso e velhice a enfermidades. É muito cômodo e inexato concluir que a velhice representa enfermidade generalizada. Doença e redução de capacidade não são a mesma coisa, embora apresentem desvios semelhantes em relação a um estado de saúde "ideal".

O hábito de se considerar a velhice como doença impede, na maioria dos casos, que a própria pessoa de idade avançada, e, às vezes, até sua família, realize esforços no sentido de buscar uma boa forma.

De acordo com GRINGS, 1991, a velhice no que tange às mudanças biológicas, pode ser considerada um período de involução. Primeiramente, as reservas orgânicas são diminuídas. A relação com o meio torna-se muito sensível, o corpo fica suscetível às intempéries climáticas,

* Especialista em Biologia: Morfofisiologia Humana e da Reprodução.

** Docente do Departamento de Ciências Morfofisiológicas da Universidade Estadual de Maringá/UEM.

Endereço: Maria Raquel Marçal Natali. DCM/UEM, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá - Paraná, Brasil. mrmnatali@uem.br

infecciosas, físicas e químicas, o esforço é mais difícil, as necessidades alimentares mudam (a quantidade de ingestão diminui), o ritmo do sono é alterado, a sexualidade é alterada e a prática diminuída também.

Analisando a situação social do idoso no Brasil, percebe-se a escassez de assistência e respeito ao indivíduo da terceira idade que, ao contrário de senil, deveria ser considerado sábio, tanto por parte do governo como das próprias famílias. Atualmente, de forma geral, a sociedade brasileira marginaliza as duas extremidades da vida: a infância e a velhice.

Esse Brasil está envelhecendo e sem nenhum preparo para isso. Enquanto a faixa etária de zero (0) a quinze (15) anos cresce numa porcentagem de 05% ao ano, a população com mais de 65 anos aumenta 3%. Os dados da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1996) já informavam que no ano 2000, mais de cinco milhões de pessoas ultrapassariam a marca dos 70 anos, com 10% dessa população acima dos 80 anos e grande parte desses indivíduos precisando de cuidados médicos específicos. A questão da terceira idade emerge como problema para investigação e planejamento de políticas públicas em razão do inevitável crescimento de demanda ao sistema de saúde (VERAS *et al.*, 1987)

A questão da saúde nutricional dos idosos, sendo abordada de forma preventiva ou paliativa às manifestações patológicas poderá contribuir de forma ímpar na melhoria da terceira idade, as necessidades nutricionais dos idosos não diferem fundamentalmente das do adulto jovem. Entretanto, tendo-se em vista que o processo de envelhecimento confere a cada grupo etário, características peculiares, a nutrição em geriatria merece consideração especial.

Baseados no exposto, este estudo abordará aspectos relacionados ao envelhecimento, às funções social, psicológica e fisiológica da alimentação influenciando os hábitos dietéticos da pessoa idosa.

Desenvolvimento

Para BRUNNER & SUDDARTH (1994), o envelhecimento é o processo normal das alterações relacionadas com o tempo; começa no nascimento e continua por toda a vida. A velhice é a fase final do período de vida.

A geriatria é o estudo da velhice em diversos aspectos. O campo mais amplo da Gerontologia é o estudo do processo do envelhecimento e aborda as ciências biológicas, psicológicas e sociológicas.

A definição de velhice varia de acordo com o ponto de referência do indivíduo. O pai de 35 anos pode ser considerado velho pelo filho de 10 e jovem por seus próprios pais de 65 anos. A pessoa com 65 anos de idade e ativa considera os 75 anos como o início da velhice.

A Associação Internacional de Gerontologia considera idosa a pessoa com mais de 65 anos de idade, enquanto no Brasil, conforme a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, idosa é toda pessoa de 60 anos de idade ou mais (PAULING, 1988).

Para BRUNNER & SUDDARTH (1994), a adoção da idade de 65 anos para a aposentadoria da Seguridade Social, na década de 30, fez com que a sociedade americana aceitasse o limite de 65 anos como o início da velhice. Essa é a definição cronológica de velhice que é usada pela sociedade. A idade funcional e fisiológica difere entre os indivíduos e, portanto, não pode ser padronizada. Os gerontologistas tentaram levar em conta as diferenças individuais usando a classificação de jovem-velho para 65 a 74 anos e velho-velho para 75 anos em diante.

Segundo MITCHELL *et al.* (1978), é preciso estabelecer claramente a diferença entre os termos velho e envelhecimento: velhos são as pessoas; o envelhecimento é um processo contínuo que começa no momento da concepção e só termina com a morte. Assim, nascimento, crescimento, maturação e senectude são as etapas do processo de envelhecimento. O envelhecimento ocorre mais rapidamente no período de crescimento, porque nesta época as alterações sucedem-se com maior rapidez. No adulto, o processo de envelhecimento é mais lento, e pode-se reduzir ainda mais a velocidade com que ocorrem as alterações inerentes ao processo; a duração da vida ativa pode ser prolongada pela prática de medidas apropriadas.

Para ARANHA *et al.* (2000), o envelhecimento consiste na perda paulatina da capacidade de adaptação do organismo devido à interação de fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais). A perda da habilidade tem como conseqüência a apresentação de quadros patológicos com diversas características próprias, entre as quais a manifestação inespecífica das enfermidades, a deterioração acelerada com ausência de tratamento, a incidência elevada de complicações da enfermidade e do tratamento e a maior necessidade de reabilitação.

WILLIAMS (1997) ressalta que o envelhecimento constitui um conceito positivo. Ele tem início na concepção e conclui-se com a morte. Abrange toda a vida e não apenas os estágios finais. Na verdade, cada estágio possui seu potencial e realização peculiares e os períodos da vida adulta - inicial, intermediária e posterior - não constituem exceção. Permanecem as necessidades básicas dos indivíduos, ainda que com padrões modificados, uma vez que as pessoas amadurecem e envelhecem.

BRUNNER & SUDDARTH (1994) afirmam que o envelhecimento psicológico bem sucedido manifesta-se, no idoso, pela capacidade de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais e de obter contentamento, serenidade e satisfação. Como as mudanças no padrão de vida são inevitáveis, a pessoa precisa apresentar flexibilidade e capacidade de superação ao se defrontar com estresses e mudanças.

Segundo os autores supra citados, o estudo do desenvolvimento psicossocial dos idosos foi objeto de interesse e pesquisa dos gerontologistas. Os pesquisadores tentam compreender os complexos processos do envelhecimento bem sucedido. Acredita-se que a adaptação psicológica esteja relacionada com a realização bem sucedida

de tarefas de desenvolvimento.

ARANHA *et al.* (2000) descrevem que, sendo o envelhecimento um fenômeno biopsíquico-social, reveste-se, na atualidade, não só de características biopsíquicas como, também, sociais e culturais. A velhice modifica a relação entre os homens e, notadamente, a relação entre o homem e o tempo, com o mundo e com a sua própria história.

A posição social do idoso é determinada pela cultura. Certos papéis são destinados às pessoas mais velhas. Embora as atitudes em relação aos idosos sejam diferentes em subculturas étnicas da América, há predominância do tema velhismo. O velhismo é um preconceito contra um grupo distinto de pessoas definidas por limites etários. Os estereótipos, ou seja, crenças simplificadas e geralmente falsas, reforçam a imagem negativa do idoso pela sociedade. Os idosos formam um grupo extremamente heterogêneo, embora sejam criados estereótipos para todos eles.

Acredita-se que esse preconceito está baseado no medo de envelhecer e na incapacidade de muitos enfrentarem seu próprio processo de envelhecimento. A aposentadoria e a percepção de improdutividade também são responsáveis por sentimentos negativos.

Para GRINGS (1991), é certo que a vida do homem está se prolongando. A sociedade humana, porém, ainda não sabe como adequar-se convenientemente a esta nova realidade. Surge, pois, a necessidade de combinar esta longevidade com qualidade de vida.

MIQUEL *et al.* (1985) ressaltam que o idoso tem uma fisiologia diferente da do adulto, perdendo parte das suas reservas nutricionais e da sua capacidade de adaptação, tornando-se mais vulnerável a agressões do meio.

Para SANTOS (1987), a partir do momento em que o indivíduo for capaz de compreender suas necessidades alimentares e as maneiras corretas de satisfazê-las, caberá a ele grande parte das responsabilidades pela própria alimentação.

Na hora da refeição, não se pode considerar apenas as conveniências do momento, mas sim as conseqüências a longo prazo. O alimento que vai ser ingerido é necessário? É saudável? Pode acarretar prejuízos ao funcionamento do organismo? Pode contribuir para o futuro surgimento de doenças?

Conforme MITCHELL *et al.* (1978), quanto mais a pessoa envelhece, mais longa e complexa é sua história alimentar. Por isso, as variações do estado nutricional e das necessidades alimentares tendem a ser maiores num grupo de adultos do que num grupo de jovens. As recomendações nutricionais nesse grupo etário devem visar especialmente às necessidades individuais.

Os mesmos princípios nutritivos que prescrevem dietas adequadas para os primeiros anos de vida podem ser aplicados às dietas dos adultos. Embora o organismo adulto esteja desenvolvido, sua alimentação básica deve fornecer ainda todos os nutrientes necessários à manutenção de estrutura corporal e funcionamento da máquina orgânica.

Segundo WILLIAMS (1997), alguns fatores

fisiológicos resultantes do envelhecimento podem afetar os padrões alimentares. Por exemplo, a secreção de sucos gástricos mostra-se reduzida, e a motilidade do trato gastrointestinal está menor, o que contribui para uma menor absorção e uso dos nutrientes; percepções de paladar, olfato e visão também diminuem, ainda que tais reações sejam altamente individuais. Esses sentidos influenciam o apetite e a quantidade de alimento consumido, de modo que os alimentos, no caso de adultos mais velhos, necessitam de maior e não menor intensificação de temperos. Além disso, junto com tais mudanças biológicas, costumam estar uma maior preocupação com as funções do organismo, aumento de estresse social, perdas pessoais e redução de oportunidades sociais para a manutenção da auto-estima. Todas essas reações podem afetar a ingestão alimentar.

Discute-se o envelhecimento e suas necessidades nutricionais em termos genéricos, mas as situações e necessidades individuais variam amplamente, devendo sempre ser avaliadas individualmente. Na verdade, a maior influência nutricional sobre o processo de envelhecimento ocorre nos anos iniciais de crescimento, quando os recursos para os períodos posteriores de vida estão sendo construídos. Assim, o papel mais eficiente da nutrição situa-se no crescimento e nos anos intermediários, que preparam cada um para atender aos processos metabólicos que evidenciam um declínio gradativo nos anos de envelhecimento.

MITCHELL *et al.* (1978) ressaltam que as necessidades dietéticas na velhice dependem de vários fatores: estado geral de saúde, grau e atividade física, alterações da capacidade de mastigar digerir e absorver os alimentos e eficiência do aproveitamento dos nutrientes pelos tecidos, alterações do sistema endócrino, estado emocional e saúde mental.

O indivíduo de 70 anos é um histórico vivo de tudo o que lhe aconteceu: lesões, infecções, desequilíbrios nutricionais, períodos de cansaço e distúrbios emocionais. Por isso, as pessoas de idade diferem entre si muito mais do que os jovens. Tudo isso deve ser considerado no planejamento dietético individual.

LINHARES & GEWANDSZNAJDER (1987) descrevem que as substâncias químicas presentes nos alimentos são chamados nutrientes e exercem três funções principais no organismo: função plástica, função energética e função reguladora. Entre os nutrientes destacamos as proteínas, carboidratos e lipídios.

BRUNNER & SUDDARTH (1994) afirmam que a ingestão de proteína deve permanecer igual na fase tardia da vida adulta. Sementes secas e ervilhas são fontes baratas e excelentes de proteína e fibra. As carnes vermelhas, o leite integral, os ovos e queijo devem ser substituídos por galinha, peixe e laticínios com pouco teor de gordura para que haja quantidade adequada de proteína e reduzido consumo de gordura.

Os carboidratos, a principal fonte de energia, devem fornecer 55 a 60% das calorias diárias. Deve-se evitar os

açúcares simples e incentivar os carboidratos complexos: batatas, grãos integrais, arroz escuro e frutas proporcionam minerais, vitaminas e fibra; deve-se incentivar a ingestão desses alimentos, muito embora sejam difíceis de preparar e mastigar. Com frequência, os alimentos comercializados apresentam baixo teor nutricional e grande quantidade de sódio em relação ao número de calorias que possuem. Deve-se considerar que a redução no consumo de sódio diminui os riscos de hipertensão.

MITCHELL *et al.* (1978) ressaltam que os lipídios são a maior fonte de calorias e costumam ser o componente invisível dos alimentos. As pessoas que comem fora de casa alimentam-se, com frequência, de frituras, porque a gordura dá sabor aos alimentos e sacia rapidamente a fome. Entretanto, como ocorre decréscimo da capacidade de absorção e digestão à medida que a idade avança, o excesso de gordura pode ser de difícil digestão e trazer desconforto nas pessoas idosas.

O quadro agrava-se quanto à qualidade e à quantidade de gordura ingerida, relaciona-se com aumento de colesterol nos níveis sanguíneos, e com a incidência de arteriosclerose.

O idoso possui o paladar doce afetado e tende a consumir doces em quantidade excessiva. Paladar alterado pode contribuir para a preferência por alimentos salgados e bastante temperados. Incentiva-se o uso de ervas, cebolas, alho e limão como substitutos do sal para acentuar o sabor dos alimentos.

Às vezes, é a falta de apetite que leva a pessoa muito idosa a alimentar-se com quantidades insuficientes ou com alimentos inadequados. Nesses casos, a taxa baixa de calorias ingerida raramente contém os nutrientes essenciais em quantidades suficientes.

A má nutrição pode ser evitada pelo preparo de alimentos concentrados, mas que são ricos em calorias, proteínas, vitaminas e minerais, com sabor agradável.

As vitaminas são substâncias orgânicas de pequeno peso molecular, que agem em pequenas doses, sem qualquer valor energético intrínseco: devem ser fornecidas ao organismo, que é incapaz de assegurar sua biossíntese, a fim de promover o crescimento, manter a vida e a capacidade de reprodução dos animais superiores e do homem (GUILLAND & LEQUEN, 1995).

Com o avançar da idade evidencia-se uma diminuição dos teores circulantes de vitaminas com a idade. Assim é normal observarem teores séricos de ácido ascórbico muito baixos em pessoas idosas, sem manifestação clínica. Essa diminuição da ascorbemia foi observada em idosos institucionalizados, apesar da ingestão de vitamina C parecer satisfatória (ASCIUTTI-MOURA, 1987).

Segundo WILLIAMS (1997), os idosos necessitam de mais ou menos dentre vários nutrientes: menos vitamina A, porque eles armazenam mais e utilizam-na de maneira menos eficiente; mais vitamina D, porque eles a tornam menos eficiente e expõem-se menos ao sol; mais piridoxina (B6), porque sua maior sensibilidade à depleção afeta a função do sistema nervoso e sistema imunológico; mais cobalamina

(B12), porque sua capacidade reduzida de produzir ácidos gástricos limita sua absorção.

Além disso, algumas pessoas idosas, normalmente mulheres com corpos menores e ingestões diárias de energia mais reduzidas, de cerca de 1.000 a 1.200 quilocalorias, podem necessitar de suplementação indicada, com prudência, para ajudar a atender às suas necessidades nutricionais gerais.

COELHO (1980) considera que a nutrição dos grupos de idade avançada não é, fundamentalmente, diferente da do adulto. No entanto, certas características inerentes ao processo do envelhecimento sintetizam certas peculiaridades na dieta do idoso. Dentre as características da idade avançada o autor cita:

- *Dentadura*: geralmente as pessoas nesta fase da vida já não têm todos os dentes; isto faz com que o indivíduo evite alimentos que requerem uma mastigação intensa e limite-se a dieta alimentícia de consistência branda. Este fato determina, automaticamente, a eliminação de alimentos importantes como: carne (certas preparações), algumas frutas e verduras.

- *Hábitos alimentares*: constituem um dos maiores obstáculos ao estabelecimento de dietas adequadas. O padrão dietético do idoso já está bem estabelecido, sendo difícil modificá-lo.

- *Situação socioeconômica*: poderá levar o indivíduo a procurar os alimentos mais baratos, enlatados, etc.; às vezes, vive só e não tem meios para preparar e guardar alimentos devidamente. Além disso, a solidão em que alguns vivem oferece pouco incentivo para refeições organizadas.

- *Fatores fisiológicos*: ao avançar a idade, diminui a sensibilidade gustativa, olfativa e, conseqüentemente, é reduzido o prazer da mesa. Em geral, também diminui a secreção do ácido clorídrico e das enzimas digestivas, assim como o volume total de secreções no tubo digestivo, reduzindo a eficiência no mecanismo de digestão e absorção.

- *Desequilíbrio calórico*: na idade avançada, diminui o metabolismo basal e necessita-se de menos calorias para satisfazer os requerimentos energéticos. Nesta etapa, diminui também a atividade física.

De acordo com GOLDMAN & COHEN (1983), a idade e a nutrição têm uma forte correlação com a prevalência e gravidade da doença. O paciente idoso, em razão de uma maior exposição ao longo do tempo a traumas diversos, apresenta diminuição funcional no sistema imunológico.

Para STUMP (1999), o envelhecimento envolve uma seqüência de alterações fisiológicas com perda celular e declínio dos órgãos; decréscimo da TFG (taxa de filtração glomerular), constipação intestinal, redução de tolerância à glicose e diminuição da imunidade celular podem ocorrer. A necessidade de calorias relacionadas ao metabolismo basal pode se reduzir em até 10% na faixa de idade de 50-70 anos e em torno de 20-25% daí em diante. Após os 70 anos de idade, o peso corporal declina e a atividade física pode prevenir perdas desnecessárias na massa corporal magra.

Embora o termo "tempo de vida" refira-se ao potencial

de vida máximo para os seres humanos (estimado entre 120-140 anos), a expectativa de vida é o comprimento de vida médio projetado sobre uma dada população a uma dada idade (Shuman, 1996, *apud* STUMP, 1999).

O bem estar nutricional é parte integrante do envelhecimento bem conduzido; o envelhecimento não pressupõe, necessariamente, incapacidade. STUMP (1999) afirma que aproximadamente 48% das admissões médicas têm como complicação a deficiência de nutrição, sobretudo em idosos. Embora a resposta de estresse à cirurgias (redução de albumina e transferrina) não se altere com a idade, os níveis de proteínas séricas voltam mais lentamente ao normal nos indivíduos mais velhos.

Conforme MITCHELL *et al* (1978), a ingestão deficiente de cálcio, associada a algum distúrbio endócrino preexistente, pode provocar a saída de cálcio dos ossos dando origem à osteoporose e a fragilidade, que freqüentemente causam fraturas. A diminuição da acidez gástrica e as insuficiências hepática e pancreática podem contribuir para agravar esse problema devido a menor absorção de cálcio. O aumento da excreção do cálcio, em virtude da disfunção renal ou da redução da atividade física, também pode constituir um fator importante na gênese da osteoporose, sendo comuns nos indivíduos idosos. Pessoas que apresentam osteoporose acentuada alimentam-se com um pequeno teor de nutrientes básicos, inclusive o cálcio.

A absorção dos alimentos pelo trato digestivo recebe a influência de diversos fatores, como, por exemplo, a utilização de determinados medicamentos, ingestão regular de bebida alcoólica e estado depressivo. A utilização prolongada de antibióticos produz alterações na flora intestinal, o que pode alterar a absorção de determinadas vitaminas. No alcoolismo, freqüentemente ocorrem avitaminoses e o estado psíquico pode produzir importantes alterações na absorção dos alimentos (AZEVEDO, 2000).

O idoso bebe menos água, o que pode facilitar uma série de situações patológicas, como a desidratação e o aumento da concentração de medicamentos no sangue. Deve ser sempre observada uma ingestão razoável de líquidos, em torno de dois litros por dia numa pessoa com 70 quilos. É claro que, em determinadas situações patológicas deve haver restrição hídrica, como na insuficiência cardíaca, doenças renais ou hepáticas, etc.

A alimentação precária enfraquece o organismo, diminui sua resistência às doenças, especialmente às infecções. A pessoa mal nutrida tem menos resistência à diarreia, o sarampo é mais perigoso, a cirrose do fígado é mais comum e o resfriado e a gripe tornam-se mais graves e duradouros.

Segundo WILLIAMS (1997), entre pessoas idosas, uma observação comum é a de que função mental deficiente está lado a lado com a desnutrição. Embora os cientistas ainda não tenham compreendido as conexões exatas, eles encontraram uma forte relação com deficiências nutricionais.

O autor explicita que o que não está bem esclarecido é exatamente qual o estado nutricional deficitário que é capaz

de precipitar, agravar ou prolongar os problemas mentais entre os idosos. Alguns candidatos mais óbvios entre os nutrientes envolvidos são precursores de neurotransmissores, os aminoácidos: tirosina, triptofano, treonina e histidina, além da colina. Outros candidatos são os nutrientes que afetam o metabolismo dos neurotransmissores: piridoxina, vitamina C, tiamina, cobre e ferro. Há, ainda, outros candidatos, que são os nutrientes que causam efeitos gerais sobre o metabolismo do cérebro: glicose, folato, cobalamina, ácido nicotínico, riboflavina, zinco, potássio e magnésio.

Os sinais de alerta de desnutrição em uma estrutura composta pelos sete fatores básicos de risco que são: ingestão inadequada de alimentos, pobreza, isolamento social, dependência ou incapacitação, doenças ou condições agudas ou crônicas, uso crônico de medicamentos, idade avançada (WILLIAMS, 1997).

WILLIAMS (1997) relata que a desnutrição proteico-energética entre pessoas idosas ocorre em até 59% dos residentes em instituições para idosos e em até 65% dos pacientes hospitalizados submetidos ou não à cirurgia.

A nutrição é um aspecto importante neste contexto pela modulação das mudanças fisiológicas relacionadas com a idade e no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, osteoporose e alguns tipos de câncer (Dirren *apud* TAVARES & ANJOS, 1989).

Em idosos, no entanto, torna-se mais complexa a análise do estado nutricional, em virtude da maior heterogeneidade entre as pessoas deste grupo.

De acordo com MITCHELL *et al.* (1978), o planejamento de cardápios que atendam às necessidades das pessoas idosas traz problemas tão variados quanto as circunstâncias em que estas pessoas vivem. Elas podem viver sozinhas ou com outras pessoas da mesma idade, tendo que comprar gêneros e preparar suas próprias refeições; podem ser o membro mais idoso de uma família jovem; podem estar sob cuidados de uma enfermeira ou governanta. Seja quem for o responsável pelo planejamento e preparo de suas refeições, deve-se conhecer e respeitar os gostos do paciente, suas necessidades específicas e limitações. Existem numerosos fatores que não podem ser esquecidos, como: ignorância dos processos nutricionais, preconceitos alimentares, medo de alimentos desconhecidos, má situação financeira, dificuldades para preparação do alimento, problemas dentários e falta de apetite.

O indivíduo idoso, quase sempre é uma pessoa esquecida pela família, pode precisar de alimentos especiais, ou especialmente preparados, mas, sempre que possível, deverá juntar-se à família na hora das refeições e comer os mesmos alimentos preparados para os outros membros. Se o idoso apresentar problemas digestivos, as refeições da família devem ser planejadas de forma que ele possa evitar frituras, molhos, massas, e outros alimentos que não lhe façam bem. Se apresentar anorexia na hora das refeições, dificultando a alimentação normal, deve receber um lanche

no meio da manhã e no meio da tarde. Uma bebida quente à noite poderá ser agradável, e mesmo ajudar o paciente a dormir.

De acordo com WILLIAMS (1997), ao longo das três últimas décadas, a quantidade de leitos em instituições para idosos aumentou de cerca de 880.000 para 1,5 milhão e a necessidade para o ano (2000) ultrapassaria 3,5 milhões. As estatísticas abaixo mostram dados sobre as pessoas que moram em instituições de cuidados a longo prazo: 80% têm 75 anos ou mais, 50% não conseguem se alimentar sozinhos, 85% apresentam desnutrição proteico-energética de moderada a grave, o que reduz sua resposta aos esforços de recuperação.

A arte de fazer com que o alimento seja atraente e adequado às necessidades específicas de uma pessoa idosa é simples, exigindo pequeno esforço. No entanto, será extremamente apreciada e útil. Isso é importantíssimo nas datas em que essas pessoas são homenageadas, em aniversários ou outras ocasiões especiais.

Além disso, as recomendações de STUMP (1999) para dieta e nutrição são:

- assegurar a ingestão de alimentos da pirâmide da alimentação correta. Gorduras, óleos, açúcares e doces devem ser controlados para aumentar ou diminuir a ingestão calórica, adequando-se a cada indivíduo;
- a dieta deve fornecer ingestão adequada de proteína: 1 g/kg de peso corporal. Considerar o enfraquecimento do fígado e rins e reduzir quando necessário. Aumentar nos casos de úlceras de decúbito, cânceres e outras situações que exijam uma alta ingestão de proteína;
- consumir mais de 800 mg de cálcio. Incluir as vitaminas do complexo B, 10 mg de ferro e 12-15 mg de zinco;
- a mulher com 75 anos, em média, precisa de 1900 kcal; os homens, em média, de 2100 kcal, quando capazes de andar. Menos calorias para os que são incapazes de andar. Suplementos nutricionais podem ser usados em idosos que são residentes em estabelecimentos para idosos que tenham perdido peso; geralmente, há melhoras na albumina, capacidade pulmonar total, colesterol e hemoglobina;
- se o indivíduo tem doença cardiovascular, garantir que a ingestão de gorduras saturadas seja baixa e utilizar dieta sem adição de sal;
- a consistência do alimento deve ser alterada de acordo com a necessidade (moído, peneirado). Tentar manter a textura integral, sempre que possível, para tornar o alimento mais apetitoso e aumentar a mastigação com saliva;
- é necessário haver ingestão adequada de fibra e líquidos. Aumento equilibrado na quantidade de fibras podem reduzir o abuso de laxantes. A desidratação é uma causa comum de confusão mental;
- são necessárias quantidades adequadas de vitaminas C e D, ácido fólico e ferro. Quando o paladar e o olfato forem menos intensos, a dieta deve fornecer as quantidades necessárias para ingestão de zinco, folato, e vitaminas A e B₁₂. Condimentar com ervas e especiarias;
- reduzir a ingestão excessiva de açúcar, pois baixa

tolerância à glicose e resistência à insulina são comuns depois dos 65 anos de idade;

- encorajar a socialização nos horários das refeições. Os indivíduos tendem a comer mais quando estão em grupo;
- deve-se evitar o uso excessivo de café que pode causar a redução da ingestão de outros sucos e bebidas aconselháveis. E, ainda, certificar-se de que a dieta utiliza fontes de fluido e fibra para aliviar a constipação.

Considerações Finais

O desafio de atender às necessidades nutricionais da população de idosos compõe-se da escassez de pesquisas nessa área; da interação de fatores sociais, econômicos e psicológicos, atuais e passados, e de uma ampla gama de diferenças individuais no processo biológico do envelhecimento.

As exigências nutricionais devem, pelo menos em parte, estar baseadas nas mudanças biológicas causadas pelo envelhecimento, velocidade diminuída na condução dos impulsos nervosos, redução do fluxo sanguíneo e função pulmonar, diminuição da massa tecidual em vários órgãos e assim por diante. Os atuais padrões nutricionais e energéticos, no entanto, carecem de pesquisa específica das necessidades de adultos mais jovens, além de exigências para o contraponto aos processos de doenças crônicas cardiovasculares.

Se a sociedade pouco percebe a velhice, que lhe é parte integrante, a ciência, a cada dia que passa, sente a necessidade de desenvolver uma tecnologia que possibilite ao idoso melhores condições de vida ou que, pelo menos, nos permita um melhor entendimento destas condições. Entretanto, quantitativamente, ainda são notáveis as discrepâncias entre as produções científicas nas áreas infantil e/ou juvenil em relação àquela sobre a velhice. O que torna seu estudo laborioso e com poucos referenciais teóricos, especialmente no que diz respeito a aspectos nutricionais da pessoa de idade avançada.

A importância da nutrição no combate à deterioração física que acompanha a velhice, já é uma realidade, fazendo-se necessário o uso de uma dieta adequada que assegure a ingestão equilibrada de açúcares, gorduras, proteínas, vitaminas e sais minerais, além de água. Uma dieta inadequada, principalmente do idoso, está relacionada a inúmeras doenças, destacando-se a arteriosclerose, a hipertensão arterial, o câncer e a calcinose renal.

Com a diminuição global da atividade celular na terceira idade, tornam-se necessárias modificações nutricionais e diante de algum tipo de doença, o padrão deve ser alterado, mas sempre sob controle médico.

É necessário produzir informações nutricionais acessíveis e adequadas aos que lidam com idosos para uma avaliação mais específica referente ao grupo; só assim pode-se enfrentar os desafios da pesquisa no campo da nutrição e envelhecimento dentro das peculiaridades do país.

Além disso, como os idosos estão se convertendo na população que cresce mais rapidamente, é fundamental

promover a conscientização sobre os meios de se obter uma boa qualidade de vida, resgatando valores imprescindíveis, tais como a valorização da terceira idade, para que os idosos continuem desempenhando um papel significativo na sociedade, possibilitar aos idosos uma participação ativa no processo de desenvolvimento e promover a integração entre as gerações.

Referências

- ARANHA, F. Q. *et al.* O papel da vitamina C sobre alterações orgânicas no idoso. *Revista Nutrição*, 13(2): 89-97, 2000.
- ASCIUTTI-MOURA, L. S. *Evaluation du statut nutritionnel vitaminique, B1, B2, B6, C, A et E chez des personnes âgées en hospitalisations de longue durée.* Dijon, 1987, 175p. Thèse (Doctorat en Gériatrie) - Université de Bourgogne, 1987.
- AZEVEDO, J. R. *Alimentação do idoso.* Disponível: Boa saúde.com.br [11/08/2000].
- BEAUVOIR, S.A. *A velhice* 2. ed. Rio de Janeiro:EDFUSO, 1987.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, S.D. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
- COELHO, H. A. L. *Nutrição dos grupos etários.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.
- GOLDMAN, H. M. COHEN, D. W. *Periodontia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983, pp. 157-159.
- GRINGS, D. Valorizar o idoso para prolongar a vida. *Revista Mundo Jovem*, 228, 1991.
- GUILLAND, J. C.; LEQUEN, B. *As vitaminas do nutriente ao medicamentos.* São Paulo: Santos, 1995, 375p.
- LINHARES, S.; GEWANDSZNAJDER, F. *Biologia.* São Paulo: Ática, 1987.
- MIQUEL, J. L. *et al.* Nutrición del anciano y protesis dentales, *Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana*, 98(3): 228-235, 1985.
- MITCHELL, H. S. *et al.* *Nutrição.* Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
- PAULING, L. *Como viver mais e melhor: o que os médicos não dizem sobre sua saúde.* 4 ed. São Paulo: Best Seller, 1988.
- ROSA, A. J. Um pequeno teórico-prático no estudo da velhice. *Revista de Psicologia, Vertentes*, 2(2), 1992.
- SANTOS, M. A. *Biologia Educacional.* São Paulo: Ática, 1987.
- SAYEG, N. Boa velhice requer uma vida regrada. In: *Jornal Folha de S. Paulo*. 16/jul./1990, p. C-7.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA Secção -São Paulo, 1996
- STUMP, S. E. *Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento.* 4. ed. Manole, 1999.
- TAVARES, E. L & ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira: resultados da pesquisa nacional sobre saúde e nutrição. *Cad. Saúde Pública*, 15 (4),1999.
- VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. & KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e conseqüências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*, 21: 225-233, 1987.
- WILLIAMS, S. R. *Fundamentos de nutrição e dietoterapia.* 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Recebido em: 13/06/2001

Aceito em: 27/08/2002