

UM ESTUDO PRELIMINAR SOBRE AS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS DOS IDOSOS EM UM ABRIGO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA

Catarina Figueiredo Pordeus¹
Dulcineide Lima Quirino²
Martha Pereira dos Anjos Galvão³
Veruscka Pedrosa Barreto⁴

RESUMO

O presente artigo teve como objetivo avaliar a adequação de energia e nutrientes do cardápio oferecido em um abrigo de idosos, na cidade de João Pessoa – PB. Para avaliação do estado nutricional destes abrigados, foram levadas em consideração, as recomendações nutricionais adequadas, segundo as fontes teóricas consultadas. A metodologia deste trabalho, além de estudo bibliográfico, utilizou entrevistas com idosos de ambos os sexos, uma nutricionista e a responsável pela organização do cardápio no abrigo, o qual, por questões éticas, denominamos de Instituição “A”. Como resultados parciais, a população investigada apresentou deficiências nutricionais, particularmente, quanto à ingestão dos alimentos reguladores e estruturais específicos, sobretudo, provavelmente, à deficiência de proteínas de alto valor biológico, vitaminas A e C e do mineral Ferro. Os mesmos, revelaram ainda a necessidade de reforçar as ações públicas de saúde relacionadas à alimentação dos idosos; a importância da presença e atuação do profissional nutricionista em abrigos, assim como, de uma equipe de saúde multidisciplinar, imprescindíveis ao bem-estar dos idosos abrigados.

Palavras-chave: idosos, necessidades nutricionais, carências nutricionais.

ABSTRACT

The aim of this article is to estimate the property of the menu's nutrients and energetic content offered in an ancient shelter in João Pessoa-PB. In order to evaluate the nutritional condition of the ancients that live in the shelter, it was considered the standard nutritional recommendations according the searched theoretical sources. For this intent there were made several interviews with the ancient of both sex, with the the nutritionist and with the responsible for the menu in the shelter. Because of ethical issues the shelter where the interviews were made will be called Institution A. As partials results, the investigated populations showed nutritional lacks specially in what concerns ingestion of specific structural and regulatory foods, probably proteins with high biological values, vitamins A and C, and iron. They still revealed the necessity of strengthen public actions in what concerns ancient alimentation besides the importance of the presence and action of a

¹ Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE do 4º período da tarde.

² Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE do 4º período da tarde.

³ Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE do 4º período da tarde.

⁴ Professora-mestra da FACENE. Orientadora.

nutritionist and a human health's multidisciplinary team wich are indispensable to the ancient's welfare i shelters.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como foco de estudo as necessidades nutricionais de idosos residentes em um abrigo na cidade de João Pessoa - PB. A escolha deste grupo social foi relevante, uma vez que estamos no ano da Campanha da Fraternidade, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, em prol dos idosos e de sua dignidade.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a adequação de energia e nutrientes do cardápio oferecido em um abrigo de idosos, a partir do conhecimento adquirido na disciplina Nutrição e Dietética. Para isto, a equipe priorizou não identificar no corpo deste relatório o nome do abrigo, bem como, buscou coletar informações por meio de fontes bibliográficas (livros e jornais) e de pesquisa de campo. O instrumento utilizado para a coleta de informações foi a entrevista, com as seguintes categorias: seis idosos carentes abrigados, uma nutricionista e a responsável pela organização do cardápio no abrigo.

O tema escolhido despertou o interesse das alunas participantes por se tratar de uma avaliação do estado nutricional de idosos abrigados, tendo em vista que, este estudo preliminar, deverá oferecer subsídios importantes, porque possibilitará uma análise comparativa dos nutrientes ingeridos diariamente pelos idosos, com as recomendações nutricionais adequadas.

Sendo assim, o estudo relatado abordará informações, que possibilitarão à equipe, concluir se o estado nutricional do idoso abrigado, economicamente desfavorável, está adequado às necessidades nutricionais diárias.

2 AS CONCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO: O SER IDOSO

O envelhecimento é o início de uma nova etapa da vida humana, caracterizado pelo surgimento de diversas alterações das características biopsicossocial. Nessa etapa, os idosos tornam-se sensíveis e susceptíveis a determinadas patologias, necessitando, assim, de uma boa alimentação, atividade física regular, trabalho prazeroso (Terapia Ocupacional), boas relações afetivas e lazer.

Dentre as necessidades anteriormente citadas, é importante darmos ênfase ao controle nutricional dos idosos, tendo em vista que a maioria das doenças estão relacionadas à deficiência ou o excesso de nutrientes essenciais, como por exemplo, os triglicerídeos, que são gorduras indispensáveis aos seres humanos, por fornecer energia ao organismo, entre outras funções. Mas, se produzidos em excesso, podem causar problemas de forma direta, como a pancreatite; ou indireta, depósito de gorduras nas artérias, levando à aterosclerose.

Na concepção de Ruipérez e Llorente (2000, p. 1) a palavra envelhecimento é definida como um “conjunto de alterações que os seres vivos sofrem com o decorrer do tempo”. Rey (1999, p. 269) define o envelhecimento como sendo um “desenvolvimento gradual de alterações estruturais e fisiológicas, que ocorrem em qualquer organismo vivo”.

Fazendo uma analogia dos pensamentos, pudemos observar que Rey comunga com as mesmas convicções de Ruipérez e Llorente, porém, expressando as suas idéias de maneira mais abrangente ao destacar o processo de envelhecimento em qualquer organismo vivo.

Segundo Kathleen e Escott –Stump (2002, p. 278):

O envelhecimento é um processo natural que começa na concepção e termina na morte. Uma vez que o organismo atinja a maturidade fisiológica, a taxa de alteração catabólica ou degenerativa se torna maior que a taxa de regeneração celular anabólica. A perda resultante de células leva a vários graus de eficiência diminuída e função orgânica prejudicada.

Desta forma, Kathleen e Escott-Stump tentam explicar as alterações degenerativas através de quatro teorias, sendo essas responsáveis pela deterioração do organismo, são elas:

- o suporte para a **teoria do programa** do envelhecimento é derivado de culturas de laboratório de células embrionárias, que se descobriu, se reproduzem um número finito de vezes e então morrem. Se a reprodução celular for temporariamente interrompida, e então reassumida, a reprodução continua até que o número estabelecido seja alcançado;
- a **teoria celular** do envelhecimento é baseada na premissa de que os fatores ambientais causam as mudanças degenerativas nos componentes celulares, com ligações cruzadas subsequente, formando-se macromoléculas. A alteração

da forma e função do colágeno afeta os processos de sensibilidade, como a passagem de substâncias através das membranas celulares;

- a **teoria do radical livre** envolve a formação contínua de radicais livres, com resultado da exposição ao oxigênio, radiação de fundo e outros fatores ambientais. Acredita-se que estas substâncias, altamente reativas, prejudiquem os componentes celulares;
- a **teoria do erro** do envelhecimento sugere que o dano ambiental ao modelo de ácido desoxirribonucléico (DNA) resulte em erros no programa genético. A produção subsequente de proteínas anormais dá origem a mutações e teratogênicos.

Em relação a essas teorias, evidenciamos que a **teoria celular** se insere tanto na **teoria do radical livre** como na **teoria do erro**, visto acreditar que os fatores ambientais, como: exposição ao oxigênio (oxigenoterapia), radiação de fundo, dieta hiperprotéica e exercício físico extenuante, intensificam os processos de oxidação, aumentando conseqüentemente os radicais livres, os quais são muitos reativos a qualquer outro tipo de moléculas (incluindo lipídios, proteínas e ácidos nucléicos), acarretando, assim, fenômenos degenerativos nos componentes celulares, bem como, a ingestão de medicamentos anti-neoplásico, podem se tornar um agente agressor exógeno e provocar erro de DNA das células normais.

3 CARACTERÍSTICA BIOPSIKOSOCIAL DO IDOSO

O processo de envelhecimento apresenta características relacionadas aos fatores psicossociais afetados, mudanças no estado de saúde oral, disfunções gastrointestinal, metabólica, cardiovascular, renal, musculoesquelética, neurológica e de imunocompetência.

As perdas sensoriais estão relacionadas com as sensações reduzidas de paladar (disgeusia) e de odor (hiposmia). Segundo Schiffman (1994, p. 279) “[...] as disfunções de paladar e olfato tendem a começar ao redor dos 60 anos de idade e tornam-se mais graves nas pessoas acima de 70 anos”. A diminuição da audição, a visão prejudicada e alterações no estado funcional, também são comuns podendo levar à diminuição de ingestão de alimentos, como resultado da diminuição de apetite, reconhecimento alimentar e da capacidade de se alimentar.

Mudanças no estado da saúde oral compreende, segundo Biovana (1998, p. 279) “a xerostomia, que é a sensação subjetiva de boca seca causada por pouca salivagem, problema comum entre os idosos”. Quanto a periodonite, Martin (1991, p. 279) afirma: “são as maiores causas de perda de dentes dos idosos, levando ao uso de próteses dentárias. Geralmente as pessoas que usam próteses dentárias mastigam 75 a 85% menos eficiente do que os que possuem dentes naturais”. Para Saltzman Russell (1998, p. 279), “uma das alterações mais notáveis que ocorre com o envelhecimento é o freqüente desenvolvimento de gastrite atrófica e a incapacidade de secretar ácido gástrico (hipocloridria)”.

Bouillon e Cols (1997, p. 279):

O envelhecimento altera o metabolismo de cálcio e de vitamina D de várias maneiras o que pode contribuir para acelerar a perda óssea e o desenvolvimento da osteoporose senil, tendo em vista que a síntese e atividade de calcitriol na absorção de cálcio pelo intestino são diminuídas com o envelhecimento.

Na função metabólica, de acordo Samos e Roos (1998, p. 280) “A diminuição na tolerância à glicose associada ao processo de envelhecimento leva a um aumento nos níveis de glicose plasmático de 1,5 mg/dl por década. É uma questão de debate se esta tolerância prejudicial à glicose resulta de produção insuficiente de insulina ou de ação deficiente”.

Segundo os estudos de Kannel (1988, p. 280):

A função cardiovascular é afetada durante o processo de envelhecimento, pois, os vasos sanguíneos se tornam menos elásticos e a resistência periférica total aumenta, levando a um risco e prevalência crescente da hipertensão. A pressão sanguínea continua a aumentar nas mulheres acima de 80 anos de idade, mais diminui substancialmente nos homens mais velhos. Os níveis de colesterol sérico nos homens tende a atingir o pico aos 60 anos de idade, mais os níveis de colesterol total assim como da fração de lipoproteína de baixa densidade (LDL) continuam a aumentar nas mulheres até os 70 anos de idade.

De acordo com os estudos de Rudman (1998, p. 280):

A função dos rins e a taxa de filtração glomerular podem diminuir até 60% entre as idades de 30 e 80 anos, devido primariamente a certas condições crônicas, uma diminuição no número de néfrons e fluxo

sanguíneo reduzido. Isto torna a pessoa idosa menos capaz de responder a alterações no estado de fluidos e o desafio no equilíbrio ácido-base. As quantidades excessivas de produtos de perda de proteína e eletrólitos podem se tornar cada vez mais difícil de metabolizar. A nefropatia geriátrica pode ser o resultado de nutrição hiperproteica crônica.

Uma das disfunções musculoesquelética, segundo Dutta (199, p. 280), sarcopenia é “uma perda musculoesquelética relacionada à idade, é o resultado de um declínio na força muscular, contribuindo para alterações no modo de andar e equilíbrio, perda de função física e riscos de doenças crônicas”.

O desequilíbrio neurológico que alguns idosos apresentam têm numerosas causas. Uma delas é o uso experimental de algumas substâncias, especificamente a tirosina, o triptofano e a colina, que servem como precursores de neurotransmissores cerebrais envolvidos em anormalidades tais como as doenças de Parkinson e de Alzheimer.

Considerando o exposto, os estudos de Berry (1994, p. 281) aponta o seguinte: “Há algumas sugestões de que uma dieta rica em carboidratos quando acompanhado por uma ingestão insuficiente de proteína pode levar a falta de atenção e retardo do alterar em pessoas idosas, possivelmente como resultado de síntese diminuída de serotonina”.

Good e Lorenz (1988, p. 281), afirma:

A função imunológica diminui com a idade. Tanto a imunidade humoral como a mediada por células são afetadas. Estas mudanças resultam numa habilidade diminuída de reagir a infecções, levando a uma prevalência aumentada de infecções nos idosos. A imunovigilância reduzida também pode ajudar a prevalência crescente de malignidade nesta população.

3.1 BREVE INTRODUÇÃO DA SITUAÇÃO DO IDOSO NA PARAÍBA

Recentemente, os dados divulgados pelo IBGE denunciam que o Estado da Paraíba possui a terceira maior população idosa do país, como atesta a reportagem divulgada pelo Jornal Correio da Paraíba (09.03.2003):

A Paraíba tem a terceira maior população idosa do país, com 350 mil idosos, ou seja, 10,2 % de um total de 3,4 milhões de paraibanos. O Estado do Rio de Janeiro continua sendo o primeiro estado brasileiro com maior proporção de idosos no Brasil. Ao longo da última década, a Paraíba ocupou o segundo lugar em número de idosos no país, o posto foi

perdido para o Rio Grande do Sul, com 10,5% de sua população de idosos. Em 1991, eram 289 mil idosos na Paraíba.

Na cidade de João Pessoa, a mesma fonte citada anteriormente, revela que 8,1%, ou seja, 50 mil idosos residem na cidade. Este índice classifica a cidade em nona posição no país. Outro dado interessante sobre os idosos tem a ver com o sustento financeiro dos lares onde eles vivem. Assim, o IBGE aponta que 62,5% são chefes de família. Isto significa, que as pensões recebidas pelos idosos são responsáveis pela manutenção, principalmente alimentar, de algumas famílias do Estado. Também aumentou o número de mulheres idosas que chefiam lares no Estado da Paraíba. A mesma fonte revela que, em “1991 69, 3% dos homens respondiam pelos domicílios e as mulheres representavam 30,7%”.

Com o Censo 2000, verificou-se que esse percentual pulou para 37,7% de mulheres idosas chefiando os lares, enquanto que o percentual de homens baixou para 62,3%”. Quanto à renda, “de 1991 para 2000, o rendimento médio do idoso responsável pelo domicílio passou de R\$ 192,00 para R\$ 367,00” (Jornal Correio da Paraíba, 09.03.2003).

O IBGE traz várias informações sobre os idosos no Estado. Outro dado curioso é que o município de Coxixola na Paraíba possui a maior população de idosos com 16,9% de sua população, seguida por Arara (16,3%) e Serra Branca (15,9%).

Outro dado curioso, segundo levantamento do Núcleo Integrado de Estudos da Terceira Idade (NIETI), da Universidade Federal da Paraíba, é que “70% dos idosos não recebem visitas dos familiares e sofrem com o abandono e que, em cada 10 idosos que estão em asilos, um apresenta problema de depressão”.

4 A NUTRIÇÃO E A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO

Entendemos por nutrição, o conjunto de processos, através do qual o organismo vivo recebe, transforma e utiliza as substâncias nutritivas presentes nos alimentos, para obtenção de energia, para assegurar seu metabolismo, formação e regeneração de tecidos.

Segundo Kenneth e Lois (2001, p. 675), nutrição trata-se de uma “soma dos processos envolvidos na ingestão de nutrientes e sua assimilação e uso para o funcionamento adequado do corpo e manutenção da saúde”.

A alimentação é essencial para o funcionamento do organismo, pois é a partir dela que se dá a nutrição, mas se realizada de maneira errada, torna-se prejudicial para o organismo, fazendo com que o peso fique abaixo ou acima do ideal, além de causar deficiência ou excesso de nutrientes essenciais.

Ainda que a nutrição compreenda alimentação, os dois termos não são totalmente sinônimos, tendo em vista que o indivíduo pode se alimentar sem está se nutrindo.

Em entrevista realizada com a nutricionista Rosângela Carvalho⁵, do Departamento de Nutrição do Hospital Universitário (H.U), explicou que, para os idosos suprirem suas necessidades corporais, se faz necessário 06 (seis) refeições diárias, sendo 03 (três) completas, contendo todos os nutrientes essenciais e 03 (três) lanches.

Rosângela ainda nos revela que, para o idoso manter sua necessidade nutricional equilibrada, é preciso que ocorra uma mudança no seu hábito educacional alimentar, significando uma reeducação através de uma dieta equilibrada e direcionada para a sua patologia, levando em consideração as carências nutricionais do paciente idoso.

Essa dieta tem como objetivos, de acordo com Rosângela, o seguinte:

- corrigir as carências nutricionais apresentadas pelo idoso;
- oferecer as calorias necessárias para o desenvolvimento funcional dos idosos;
- direcionar a orientação dietoterápica à patologia que o idoso apresenta;
- regular a vida alimentar dos idosos;
- oferecer uma boa qualidade de vida mediante a nutrição que irá receber.

Os alimentos mais recomendados para os idosos são à base de legumes, frutas, verduras, carnes magras, preferencialmente peixe, gorduras selecionadas (poliinsaturadas) e, atualmente em moda, fibras vegetais e/ou alimentos ricos em fibras. “É preciso realizar um rígido controle alimentar, pois o importante da dieta é a sua regularidade”, aconselha Rosângela. Esses alimentos deverão estar presentes no cardápio diário dos idosos para melhorar o metabolismo e disfunções metabólicas dos mesmos, isto porque, em alguns dos alimentos, existem certas substâncias que têm o poder de neutralizar efeitos degenerativos

⁵ Entrevista realizada em 21/02/2003.

das células, como é o caso do “Betacaroteno⁶”, encontrado na cenoura e no jerimum etc. Quanto à “Pectina”, encontrada na entrecasca da laranja, na gema do ovo, leite etc. “É muito perigoso indicar um cardápio alimentar ideal para os idosos, pois há diferenças de organismo, peso, clima e condições econômicas”, destaca Rosângela.

Ainda, ressaltamos que a ingestão de líquidos é muito importante para os idosos, pois evita que estes venham a se desidratar.

Quanto aos valores calóricos diários, não existe um padrão para os idosos, pois são calculados individualmente, dependendo do peso, estatura e sexo, porém, a taxa de normalidade é calculada de 25 a 30 calorias por quilo de peso, variando esta de acordo com a forma de vida, obesidade ou desnutrição.

4.1 NECESSIDADES NUTRICIONAIS PARA OS IDOSOS

As necessidades dietéticas na velhice são influenciadas por um número de fatores, tais como o estado geral de saúde; o grau de atividades físicas; as alterações na capacidade de mastigar, digerir e absorver alimentos; a deficiência no aproveitamento de nutrientes pelos tecidos; as alterações no sistema endócrino; o estado emocional e saúde mental. As taxas de nutrientes e calorias que mantêm um indivíduo em perfeita saúde podem ser inadequadas ou excessivas para outro indivíduo aparentemente semelhante.

a) Necessidades calóricas:

A principal alteração fisiológica decorrente do envelhecimento é a redução do número de células metabolicamente ativas, contribuindo, assim, para o aumento do peso corporal do idoso com o passar dos anos, em função de um metabolismo mais lento, visto que esse fenômeno, juntamente com a diminuição das atividades físicas, podem reduzir as necessidades energéticas do indivíduo idoso, e o excesso das calorias não metabolizadas favorecerão o acúmulo de gorduras no organismo.

Para os idosos evitarem complicações futuras, faz-se necessário diminuir a ingestão calórica e aumentar o gasto calórico, através da prática de exercícios com peso, pois o metabolismo de um idoso que possui uma boa massa muscular é mais elevado do que o de um idoso sedentário. Isso porque a massa muscular é ativa e gasta energia, mesmo

⁶ Para Warsama Jama e Cols apud Mahan e Escott-Stmp “Os betacarotenos e os carotenóides parecem desempenhar um papel protetor nas doenças degenerativas, como o Mal de Parkinson e de Alzheimer”.

quando em repouso. O aumento do gasto energético contribui para reduzir o risco do aparecimento de diabetes tipo 2, que acomete os idosos pelo aumento do peso, por sua vez, decorrente da falta de exercícios físicos, sem diminuição da ingestão calórica.

O processo de conscientização dos idosos acerca da necessidade de evitar determinados alimentos é de extrema importância para que ocorra a redução calórica, visto que nada adianta o nutricionista insistir em dietas e mais dietas se o idoso não está consciente da necessidade de evitar a ingestão de alimentos que se tornaram nocivos à sua saúde, em consequência do envelhecimento.

Entretanto, para que o idoso venha a ter uma vida saudável, deverá substituir, gradualmente, os bolos e massas por pudins e cremes feitos com leite desnatado, reduzir o consumo de margarina e manteiga, bem como calorias não nutritivas, dentre elas: o açúcar, sobremesa, confeito e álcool, dando preferência aos alimentos de alto teor de proteínas, minerais e vitaminas.

b) Necessidades Protéicas

As necessidades protéicas aparentemente não estão diminuídas consideravelmente com a idade, embora muitas pessoas idosas comam menos proteínas do que faziam quando jovens. Isto costuma acontecer quando há dificuldade em fazerem compras, cozinhar ou mesmo quando o dinheiro destinado à alimentação é limitado, pois é percebido que os alimentos ricos em proteínas são geralmente mais caros do que aqueles ricos em carboidratos, como o pão, a farinha, os doces. Isto faz com que, em países de baixa renda per capita, a maior parte da dieta seja constituída preferencialmente por alimentos energéticos e não construtores. O problema pode acontecer também entre pessoas com melhor status socioeconômico (quando eles vierem a ter problemas dentários, anorexia ou astenia para preparar ou ingerir refeições e os diversos alimentos protéicos).

É necessário que uma quota de proteína de alto valor biológico esteja presente em cada refeição, independente da idade do indivíduo, pois apenas ingerir grande quantidade de proteína, não é uma garantia de uma boa nutrição. É indispensável que essa proteína tenha todos os aminoácidos essenciais, os que não são sintetizados pelo organismo, devendo ser retirados dos alimentos protéicos na quantidade adequada. Assim, as proteínas do leite, dos ovos e da carne são ditas de alto valor biológico, os quais devem estar presentes na dieta do idoso, de forma adequada.

As quotas dietéticas recomendadas (0,8g/kg de peso) não sugerem a redução na taxa protéica com a idade, em contraste com as calorias. Isto resulta no fato de que a proporção de proteínas, as quais compõem o total calórico, seja maior.

Os requerimentos para os idosos atingirem as necessidades protéicas são: um copo extra de leite desnatado às refeições ou entre elas (podendo ser usado para suplementar as menores quantidades de carne, peixe e outros alimentos protéicos consumidos); se a pessoa mora sozinha, leite e iogurte, queijo e ovos são geralmente usados como substitutos da carne, peixe ou aves domésticas, devido a maior facilidade de preparação desses alimentos.

Algumas observações devem ser levadas em consideração. Devido à adequada taxa de calorias, as proteínas tendem a serem economizadas, assim, é preciso considerar sempre o total de alimentos ingeridos.

c) Necessidades Vitamínicas

Infelizmente, pouco se sabe sobre as necessidades vitamínicas dos idosos e a existência de alguma alteração associada com a idade ou a doença crônica. No entanto, não há evidências de que as necessidades vitamínicas diminuam com a idade; é seguro afirmar que as pessoas idosas necessitam de todas as vitaminas, da mesma forma que quando jovens.

Se o fornecimento de alguma vitamina foi em quantidade mínima durante muitos anos, a redução no volume total da dieta poderá ser suficiente para precipitar deficiências nutricionais de pequena gravidade. O fator tempo no envelhecimento pode permitir que efeitos acumulativos sobressaiam.

d) Necessidades de Líquidos e Fibras

Quantidades adequadas de líquidos e fibras são necessários para prevenir a constipação, uma queixa comum entre as pessoas idosas, visto que a ingestão de fibras vegetais ricas em celulose, por não serem assimiladas em nível celular, produz um maior volume de resíduos no intestino, o que estimula o peristaltismo (movimentação involuntária), facilitando a evacuação das fezes. A Food and Nutrition Board do NAS-NRC recomenda 1ml de água para cada quilocaloria de alimento consumido, para as

peessoas de todas as idades. Uma necessidade maior de líquido é necessária para pacientes comatosos, pessoas em estado febril, com vômito, diarreia ou poliúria, e para aqueles que estão usando diuréticos ou dietas com alto teor protéico. Em ambientes quentes é necessário líquido adicional. A diminuição de líquidos causa desidratação e redução do volume sanguíneo, dificultando o transporte de oxigênio.

Especialistas no assunto concluíram que uma alimentação normal contendo frutas, vegetais e cereais, forneceria uma dieta adequada em fibras para a maioria das pessoas, especialmente os idosos.

e) **Necessidades de Minerais**

Os minerais são ingeridos sob a forma de compostos, contribuindo para a regulação de numerosas funções orgânicas, os mesmos fazem parte de todos os tecidos e líquidos do organismo, e são importantes para a manutenção dos processos biológicos.

Dentre suas funções podemos citar:

- catalisam as reações nervosas, contração muscular;
- importante para o metabolismo dos nutrientes;
- regulam o equilíbrio eletrólito;
- ajudam na produção de hormônios;
- reforçam a estrutura óssea;

As mulheres no período de pós-menopausa necessitam de menos ferro do que as mulheres jovens, por esta razão, o RDA para ferro é de 10mg para mulheres acima de 51 anos, comparado com 180mg para mulheres jovens.

As recomendações de minerais são as mesmas, tanto para idosos como também para pessoas de outra faixa etária.

5 O ABRIGO PARA IDOSOS E CUIDADOS COM SUAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS

De posse das informações técnicas expostas anteriormente resolvemos visitar um abrigo da cidade de João Pessoa. Por questões éticas, a Instituição foi designada “A”. A

seguir, faremos um breve histórico deste abrigo, enfocando sua estrutura e, por último, a questão relacionada à nutrição dos idosos abrigados.

A Instituição designada “A”, foi iniciada graças ao trabalho voluntário dos maçons da capital, cujo objetivo era abrigar pessoas pobres que viviam nas ruas (mendigos), ou seja, funcionava como albergue.

Em 14 de agosto de 1912, as freiras da congregação Madre Savina Petrilli começaram a administrar a instituição e trabalhar pelos idosos, passando a ser um asilo.

Atualmente, essa instituição cuida de idosos, de preferência os carentes e acima de 60 anos de idade; os mesmos chegam ao asilo, levados pela família, outros, por vontade própria e alguns, são abandonados na porta da instituição.

No referido abrigo, os idosos encontram carinho, cuidados médicos, alimentação, acompanhamento psicológico, sessões de fisioterapia com os acadêmicos da UNIPÊ, além de muita atenção de grupos que participam da parte religiosa da Instituição, como é o exemplo do Clube da Alegria, que os levam em excursões à praia, promove festas de confraternização e bailes para os idosos.

A instituição designada “A”, dispõe de 06 (seis) blocos que abrigam os idosos carentes, sendo que 02 (dois) desses blocos funcionam como pensionato para idosos, com 01 (um) quarto, 01 (uma) sala e 01 (um) banheiro, que é pago pela família do idoso, e outro bloco é destinado aos idosos doentes e debilitados. Cada bloco possui 04 (quatro) pavilhões, onde ficam os quartos que são divididos por sexo, comportando 03 (três) idosos, com exceção do pensionato.

Apesar da Instituição não receber ajuda governamental, a mesma se mantém com as aposentadorias dos idosos, com aluguéis do pensionato, doações e com o dinheiro arrecadado das festas beneficentes realizadas, tradicionalmente, no mês de setembro, todos os anos.

Também dispõe de uma boa infra-estrutura, com salão de festa para confraternização, capela onde são diariamente celebradas as missas, centro de terapia ocupacional, além de uma guarita, com sistema de comunicação, para oferecer a devida segurança aos idosos. Possui, ainda, uma lavanderia elétrica, cozinha organizada, obedecendo aos padrões de higiene, farmácia com medicamentos utilizados diariamente e de primeiro socorros. Mantém um corpo efetivo de 50 funcionários, com os direitos trabalhistas assegurados, a fim de possibilitar um trabalho operacional satisfatório.

A instituição “A” abriga 105 idosos (carentes e pensionistas), no entanto, a mesma só dá apoio nutricional e logístico aos idosos carentes, por razões socioeconômicas desfavoráveis. Aqueles que dispõem de melhor poder aquisitivo moram no pensionato, assumindo as despesas de aluguel, alimentação, assistência médica, medicamentos e etc.

Para este estudo trabalharemos com amostragem retirada entre os idosos economicamente desfavoráveis, tendo em vista que o direcionamento nutricional da instituição é exclusivo para os idosos carentes.

Por ocasião da visita, constatamos que a responsável pela nutrição dos idosos não é uma nutricionista, nem uma consultora de nutrição, a tarefa é exercida por uma freira, onde a mesma procura se inteirar da importância de determinados alimentos no cardápio diário dos idosos, através de fonte teórica (livros, revistas etc.) e por aconselhamento de especialista da área.

A dieta não é diferenciada de acordo com a patologia do idoso, obedece a um cardápio padrão, no entanto, são administrados com moderação, o sal, o açúcar, condimentos, gordura, entre outros alimentos, que, em excesso, são nocivos à saúde.

No cardápio diário são oferecidas 04 (quatro) refeições, sendo 03 (três) completas e 01 (um) lanche. Em face da carência de recursos financeiros, a instituição está impossibilitada de cumprir o cardápio ideal para atender às necessidades nutricionais do idoso, que são 06 (seis) refeições diárias, sendo 03 (três) completas, contendo todos os nutrientes essenciais e 03 (três) lanches. Nas tabelas abaixo, podemos visualizar a distribuição das refeições oferecidas na instituição estudada, como também as quantidades de calorias e nutrientes presentes nos alimentos que compõem o cardápio.

CARDÁPIO AVALIADO EM 15/02/2003

Tabela 1 – Desjejum

ALIMENTO	QUANTIDADE	RETINOL (mcg)	ÁCIDO ASCÓRBICO (mg)	FERRO (mcg)	VALOR CALÓRICO
Pão francês	50g	0	0	0	134,5 k cal
Papa de aveia	225g	54	1,2	49,29	189,36 k cal
Chá de erva doce c/ açúcar	200 ml	0	0	0	59,7 k cal
Café com leite	200 ml	90	0	0	129,7 k cal
TOTAL		144	1,2	49,29	513,26 k cal

Fonte: Depoimento oral da responsável pelas refeições no abrigo visitado.

Tabela 2 – Almoço

ALIMENTO	QUANTIDADE	RETINOL (mcg)	ÁCIDO ASCÓRBICO (mg)	FERRO (mg)	VALOR CALÓRICO
Arroz	6 colheres (sopa)	0	0	0,96	216 k cal
Feijão	5 colheres (sopa)	3,0	0	7,10	90 k cal
Macarrão	30 g	3,0	0	45	31,5 k cal
Peito de frango assado	60 g	4,8	0	1,2	65,4 k cal
Verduras*	50 g	181,5	3,88	0,315	24,6 k cal
Goiabada	50 g	0	0	0,38	137,3 k cal
TOTAL		192,3	3,88	54,955	564,8 Kcal

Fonte: Depoimento oral da responsável pelas refeições no abrigo visitado.

*Verduras: batatinha, cenoura, chuchu e beterraba.

Tabela 3 – Lanche da Tarde

ALIMENTO	QUANTIDADE	RETINOL (mcg)	ÁCIDO ASCÓRBICO (mg)	FERRO (mg)	VALOR CALÓRICO
Refresco de caju	250ml	67	83,9	0,5	137,65 k cal
Biscoito doce	6 unidades (36 g)	0	0	0	162 k cal
TOTAL		67	83,9	0,5	299,65 K cal

Fonte: Depoimento oral da responsável pelas refeições no abrigo visitado.

Tabela 4 – Jantar

ALIMENTO	QUANTIDADE	RETINOL (mcg)	ÁCIDO ASCÓRBICO (mg)	FERRO (mg)	VALOR CALÓRICO
Pão	50g	0	0	0,6	134,5k cal
Sopa	200ml	4,55	4,582	46,551	131,31k cal
Leite	200ml	90	0	0	70k cal
TOTAL		94,55	4,582	47,151	336,18k cal

Fonte: Depoimento oral da responsável pelas refeições no abrigo visitado.

7 DISCURSSAO ACERCA DA ADEQUAÇÃO DE ENERGIA E NUTIRENTES DO CARDAPIO OFERECIDO

A média do VET misto dos idosos avaliados, equivale a 1771,396 kcal diária. Assim, ao analisarmos o VET médio misto destes abrigados e o cardápio oferecido pela Instituição “A”, pudemos evidenciar que os valores calóricos diários oferecidos aos

idosos estão dentro dos padrões nutricionais. No entanto, não podemos assegurar que as calorias ingeridas são satisfatórias para suprir as necessidades energéticas dos idosos, devido às limitações naturais típicas da senilidade, que dificultam a ingestão dos alimentos, proveniente da elevada prevalência da anadontia, dificultando o processo de mastigação. Também outros fatores como a anorexia, deficiência visual e depressão, inibem o bom funcionamento das calorias inseridas no cardápio.

Referindo-se as vitaminas (A e C) e ao mineral Ferro, constatamos resultados positivos com relação às quantidades de vitamina C e do mineral Ferro presente no cardápio. Porém, observamos os exames laboratoriais da maioria destes idosos e verificamos a presença de anemia, em virtude dos fatores mencionados no parágrafo anterior.

Para atenuar os fatores típicos da senilidade que interferem negativamente na ingestão dos alimentos, sugerimos adotar medidas que contribuam para melhorar o aproveitamento dos nutrientes presentes nos mesmos, adotando mudanças na sua apresentação, dando preferência aos alimentos pastosos, a fim de facilitar a ingestão e, conseqüentemente, a absorção dos nutrientes essenciais para uma boa nutrição dos idosos abrigados, como também, no caso daqueles com deficiência visual, ser orientados quanto à localização dos alimentos presentes em sua bandeja. Para os depressivos e com anorexia, motivá-los da importância da alimentação diária para a preservação da sua saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cada dia o organismo envelhece um pouco, seja pela supressão da atividade mitótica, formação de radicais livres, responsáveis pela degeneração celular, ou mesmo fatores externos ao organismo, a exemplo das radiações ionizantes, stress, alimentação deficiente, medicamento de uso prolongado e estilo de vida.

A população investigada apresentou deficiências nutricionais, particularmente quanto à ingestão dos alimentos reguladores e estruturais específicos, sobretudo, provavelmente deficiência de proteínas de alto valor biológico de vitaminas A e C e o Ferro.

Alimentar o idoso não significa necessariamente nutri-lo. É preciso considerar a capacidade de ingestão do mesmo, devido a elevada prevalência de anodontia em nossa

população. Além disso, a anorexia, as deficiências visuais, depressão e outras doenças intercorrentes contribuem para agravar o estado de hiponutrição.

Os resultados do presente estudo indicam que a deficiência nutricional da terceira idade traduz não somente as alterações fisiológicas provenientes do envelhecimento, mas também uma restrição alimentar associada a estados nosológicos. Ademais, a subnutrição observada está fortemente relacionada ao precário nível socioeconômico de nossa população, agravando as limitações naturais típicas da senilidade.

Verificou-se, também, a necessidade de reforçar as ações públicas de saúde, relacionadas à alimentação e nutrição dos idosos, demonstrando a importância da presença e atuação do profissional nutricionista nos abrigos, bem como uma equipe de saúde multidisciplinar, proporcionando uma atenção integral a saúde dos idosos abrigados.

9 REFERÊNCIAS

ANDERSON, Linnea et al. **Nutrição**. 17. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988p. 272-279.

CUIDADOS pela vida. São Paulo: Biosintética, jan/mar. 2000.

FRANCO, Guilherme. **Tabela de composição química dos alimentos**. 9. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 65-152.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause: alimentação, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 276-279.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 262.

RUIPÉREZ, Isidoro; LLORENTE, Paloma. **Guias práticos de enfermagem: geriatria**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2000. p. 1.

SANTIAGO, Henriqueta. PB tem a 3ª maior população idosa do país. **Correio da Paraíba**, João Pessoa, 09 mar. 2003. Cidades, p. B-2.