

Revista Brasileira de Nutrição Esportiva

ISSN 1981-9927 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br / www.rbne.com.br

PROJETO SAÚDE: PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE IDOSAS DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO CEARÁ

Roseane Saraiva de Santiago Lima¹

Rafael Sousa Lima²

Áfia Suely Santos da Silva de Almeida¹

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar o perfil alimentar e nutricional de idosas participantes do Projeto Saúde, Bombeiros e Sociedade do município de Limoeiro do Norte/CE. O estudo foi realizado com 50 idosas, com idade média de 68,1±5,54 anos. Para avaliar o perfil alimentar utilizou-se como instrumento o Recordatório habitual, analisado posteriormente pelo software Avanutri® quanto ao valor energético, macronutrientes e micronutrientes. Além disso, foi feita a comparação do consumo alimentar com as quantidades das porções dos grupos alimentares da pirâmide alimentar brasileira. Classificou-se o estado nutricional a partir do índice de massa corpórea (IMC) e do resultado da miniavaliação nutricional (MNA®). Com relação ao perfil alimentar, a média de consumo foi de 1.414,72±619,01kcal/dia. Os valores médios de macronutrientes encontrados foram 58,56% de carboidratos, 1,07g/kg de proteína, 22,76% de lipídio além de 11,93g/dia de fibras. Quanto aos micronutrientes a maioria apresentou-se inadequada, como as vitaminas: ácido fólico, D, E, B1, B2 e os minerais, cálcio e zinco. Para a avaliação do estado nutricional, o IMC revelou que 26% das idosas estavam normais e 64% estavam obesas, enquanto que a MNA® classificou como normal 94% das idosas. Apresentaram uma ingestão alimentar contemplando todos os grupos propostos na pirâmide alimentar, embora com menor consumo nos grupos do leite e derivados e de frutas e hortaliças. Houve um consumo excessivo de sódio e gorduras saturadas, que pode estar diretamente relacionado com as doenças crônicas mais prevalentes hipertensão arterial e dislipidemia. Quanto ao estado nutricional houve prevalência de obesidade considerando o IMC.

Palavras-chave: Envelhecimento, Estado nutricional, MNA.

ABSTRACT

Project health: food and nutrition profile of elderly in the city of interior ceará

The present work aimed to assess the diet habits and nutritional conditions among elderly people who attend in the Projeto Saúde, Bombeiros e Sociedade do município de Limoeiro do Norte/CE. The study was done with 50 elderly women with age around 68,1±5,54 years old. For diet habits assessment was used like a tool the recall usual, further analyzed by the software Avanutri® on the energy, macronutrients and micronutrients. Furthermore, a comparison was made of dietary intake with the amount of servings of food groups of Brazilian food pyramid. Qualified nutritional status from the Body Mass Index (BMI) and the result of Mini-Nutritional Assessment (MNA®). Relating to the diet habit profile, the elderly women consume around 1414.72 ± 619.01 kcal / day, the average values found were 58.56% carbohydrate, 1.07 g / kg of protein, 22.76% lipid, and 11.93 g / day of dietary fiber. The micronutrients most had to be inadequate, such as vitamins A, D, E, B1, B2 and minerals, folic acid, calcium, phosphorus and zinc. To assess the nutritional status, body mass index revealed that 26% of the elderly women were well nourished and 64% were obese, while the MNA® rated as 94% of normal elderly. The elderly females showed a food intake contemplating the groups proposed in the food pyramid, with lower consumption of dairy products, fruits and vegetables. Furthermore, there was an excessive intake of sodium and saturated fats that may be related to chronic diseases: hypertension and dyslipidemia. Regarding nutritional status was prevalence of obesity.

Key words: Aging, Nutritional condition, MNA.

INTRODUÇÃO

Os idosos representam o segmento da população que mais cresce no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são considerados idosos, nos países desenvolvidos, os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, enquanto que, nos países em desenvolvimento, considera-se idoso a partir de 60 anos (Gross e colaboradores, 2002).

Nas últimas décadas a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida, sendo comparada à população dos países desenvolvidos. Pelas características da sociedade atual, estima-se que no ano de 2025 a população idosa do Brasil chegue a 32 milhões, levando o nosso país a ter a sexta população de idosos no mundo em números absolutos (Araujo e colaboradores, 2007).

A OMS avalia uma população como envelhecida quando a quantidade de indivíduos idosos atinge 7% do total. De acordo com o Censo de 2000, os brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos representavam 8,6% da população. A esperança média de vida ao nascimento do brasileiro passou de 54,6 anos, em 1960, para 72,8 anos, em 2008; logo, um aumento de 32,5% em um período de quarenta e oito anos (Gross e colaboradores, 2002).

Estima-se que a população mais idosa, no futuro, será constituída predominantemente de mulheres. No ano de 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos, em 2050 haverá provavelmente cerca de 100 idosas para cada 76 idosos. E no grupo acima de 80 anos, essa proporção aumenta. A expectativa é de que, em 2050 teremos 2 idosas para cada idoso (Najas e colaboradores, 2004).

O envelhecimento é um processo natural e comum a todos os seres vivos, marcado pela diminuição progressiva da atividade celular, perda da capacidade funcional e modificação das funções metabólicas. São alterações consideráveis no organismo do indivíduo, que levam a perdas sensoriais, perda parcial ou total dos dentes, diminuição da secreção gástrica, do movimento gastrintestinal e da taxa metabólica basal, além de intolerância a glicose, que pode influenciar o estado nutricional.

Esses fatores estão diretamente relacionados com a forma com que o idoso se

alimenta, o que implica na redução do consumo energético diário (Nasri, 2008).

Há ainda o uso frequente de medicamentos por parte dos idosos, que pode influenciar na sua rotina alimentar. Nesse contexto, agregam-se ainda, a pobreza, o analfabetismo, a solidão, a cultura, e uma série de doenças crônicas degenerativas como o diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, reumatológicas e neoplásicas, que também estão diretamente associadas aos hábitos alimentares e ao estilo de vida do idoso (Araujo e colaboradores, 2007).

A situação nutricional da população geriátrica brasileira sinaliza a necessidade da busca de conhecimento e compreensão de todas as peculiaridades que afetam o consumo alimentar dos idosos, levando-se em consideração também as características regionais nas quais eles estão inseridos.

No Brasil, um dos aspectos marcantes da população idosa é o baixo poder aquisitivo, situação que é agravada em razão da exclusão dos idosos do mercado de trabalho. Esse fato certamente resultará na aquisição de alimentos de custos mais acessíveis, na maioria das vezes de baixo valor nutritivo, o que pode contribuir também para a monotonia da alimentação (Campos, Monteiro e Ornelas 2000).

O aumento de doenças crônicas tem levado os idosos a consumirem um número maior de medicamentos e a realizarem exames de controle com mais frequência. Dessa forma, ao controlarem suas doenças, muitos idosos podem levar uma vida mais independente e produtiva. Considera-se que a ausência de doença é uma premissa verdadeira para poucos. Na verdade, envelhecer, para a maioria, é conviver com uma ou mais doenças crônicas. No entanto, essas condições não necessariamente vão limitar sua qualidade de vida (Najas e colaboradores, 2004).

Para reduzir ou prevenir o aparecimento de doenças relacionadas ao envelhecimento é necessário mudar o estilo de vida, principalmente praticar exercícios físicos e alimentar-se adequadamente, ingerindo regularmente alimentos saudáveis como frutas e verduras, além de reduzir a quantidade de sal e gorduras.

Manter um bom estado nutricional durante o envelhecimento é uma tarefa difícil, já que esta fase da vida se caracteriza pela

presença de doenças crônicas, pelo uso de medicamentos, além de alterações fisiológicas naturais da idade. Esses fatores, juntos, vão interferir na ingestão alimentar, absorção, digestão e utilização de diversos nutrientes, podendo assim comprometer o estado nutricional e a saúde dos idosos.

Diante dessa problemática é de fundamental importância conhecer os hábitos alimentares e avaliar regularmente o estado nutricional dos idosos, para que se possa intervir de maneira precoce e, dessa forma, evitar que os hábitos alimentares inadequados e a má condição nutricional afetem a sua saúde e qualidade de vida.

Este trabalho tem como objetivo analisar o perfil alimentar e nutricional de idosas participantes do Projeto Saúde, Bombeiros e Sociedade do município de Limoeiro do Norte - CE.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é de caráter descritivo, transversal e quantitativo. A população foi constituída por participantes do Projeto Saúde, Bombeiros e Sociedade do município de Limoeiro do Norte/Ceará.

A Corporação dos Bombeiros do Estado do Ceará desenvolve este programa social, que conta com quase 230 núcleos espalhados na cidade de Fortaleza, região metropolitana e em alguns municípios do interior do Estado, dentre eles, Limoeiro do Norte. Atende a quase 60 mil pessoas, que são beneficiadas diariamente com recreação, atividades físicas e socioculturais orientadas, além de esclarecimento quanto à saúde e o bem-estar, através de palestras abordando temas como diabetes, hipertensão e primeiros socorros. É um trabalho de inclusão social e cidadania, bem como de resgate da autoestima dos idosos e demais participantes.

No Projeto Saúde existem 109 mulheres com idade mínima de 40 anos. Foram excluídas as mulheres com idade menor que 60 anos, as idosas que não concluíram todos os procedimentos da pesquisa e aquelas que não aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A amostra final estudada constituiu-se de 50 participantes, com idade igual ou superior a 60 anos, correspondendo a 45,87%

do total de mulheres que fazem parte deste projeto.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2010. Iniciou-se após o esclarecimento do objetivo principal da pesquisa, solicitando a participação das idosas através da assinatura do TCLE.

Foram coletados dados: sócio demográfico de consumo alimentar e do estado nutricional. A coleta de dados sócio demográfico foi realizada por meio de entrevista, através de um questionário estruturado com as variáveis: identificação, naturalidade, renda familiar, escolaridade, doenças crônicas existentes, condições de moradia e atividade física realizada.

Os dados de ingestão alimentar foram obtidos através do Recordatório de 24 horas (R24h) habitual, sendo listados todos os alimentos e bebidas consumidos habitualmente pelas entrevistadas em cada refeição com as quantidades respectivas em medidas caseiras e posteriormente em gramas. A análise da composição dos recordatório foi realizada pelo software de avaliação nutricional Avanutri® e comparados às necessidades energéticas, de macronutrientes e micronutrientes, seguindo os parâmetros da FAO/OMS e DRI's (Dietary Reference Intakes), respectivamente. Além disso, verificou-se a presença diária de alimentos de todos os grupos alimentares, sendo feita uma média diária das porções dos grupos e um comparativo entre os valores obtidos com as recomendações da Pirâmide Alimentar Brasileira.

Para a classificação do estado nutricional foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) e a miniavaliação nutricional (MNA®). O IMC foi calculado a partir das variáveis peso e estatura, dividindo o peso corporal (kg) pela estatura (m) ao quadrado. Foram utilizados os padrões de referência do National Strategy Institute: desnutrição < 22kg/m², eutrofia 22 a 27kg/m² e obesidade > 27kg/m².

A MNA® é considerada um método de avaliação simples e rápido, validado para aplicação no idoso. Compreende 18 itens agrupados em quatro categorias: avaliação antropométrica (índice de massa corporal, perda de peso em três meses, circunferência do braço e circunferência da panturrilha), avaliação geral (estilo de vida, medicação, mobilidade, lesões de pele, presença de sinais

de depressão e demência), avaliação dietética (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia ao se alimentar) e avaliação subjetiva (autopercepção sobre sua saúde e nutrição) (Gross e colaboradores, 2002).

A MNA® contém dados antropométricos como, peso, estatura, circunferência do braço e circunferência da panturrilha. Para aferição do peso foi utilizada balança de marca Teckline com capacidade para 150 kg e as idosas foram orientadas a subir descalças usando roupas leves. Para aferir a estatura foi utilizada fita métrica fixada na parede. As avaliadas foram colocadas em posição ereta, descalças, pés unidos e em paralelo, olhando para frente de forma a manter o “plano de Frankfurt”, costas e parte posterior dos joelhos encostados na parede de acordo com Frisancho (1990). A circunferência da panturrilha (CP) e a circunferência do braço (CB) foram feitas por meio de fita métrica inelástica. A CB foi realizada com o avaliado em pé, com braço direito relaxado e mãos voltadas para a coxa, sendo o ponto médio aferido com o braço em ângulo de 90° entre o acrômio da escápulo e a articulação úmero radial.

O presente estudo atendeu aos aspectos éticos e científicos fundamentais, baseados na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o parecer de nº 206/2010.

RESULTADOS

A amostra final foi de 50 idosas, sendo a média de idade $68,1 \pm 5,54$ anos. Houve uma predominância de 60% (30) de idosas entre a faixa de 60 e 69 anos de idade. No que diz respeito ao nível de escolaridade foi possível observar que a maioria não concluiu o ensino fundamental, representando 56% (28), uma minoria de 8% (4) possui o ensino superior completo e que havia ainda idosas apenas alfabetizadas com 8% (4).

Verificou-se que 78% (39) das idosas sobrevivem com apenas 1 salário mínimo e que 82% (41) ainda moram com suas famílias (Tabela 1).

Quanto às doenças crônicas não-transmissíveis houve prevalência de hipertensão arterial com 45% (28) seguida por dislipidemia 23% (14) e osteoporose 18% (Gross e colaboradores, 2002).

Pela análise do Recordatório Alimentar Habitual, observou-se que o valor calórico total (VCT) médio foi de $1.414,72 \pm 619,01$ kcal/dia estando inferior à média preconizada ($1.716,43 \pm 172,48$ kcal/dia). Para os macronutrientes apenas o lipídio esteve fora do esperado, encontrando-se abaixo do recomendado $22,36 \pm 8,57\%$. Vale ressaltar que a distribuição também esteve fora dos padrões para: gordura monoinsaturada ($6,22 \pm 4,84\%$), poliinsaturada ($4,05 \pm 3,04\%$) e saturada ($11,98 \pm 10,75\%$). Quanto às fibras alimentares observou-se uma média de consumo baixa de $11,93 \pm 7,16$ g/dia (tabela II).

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico das idosas do Projeto, Saúde, Bombeiros e Sociedade do município de Limoeiro do Norte/CE, no período de julho e agosto de 2010.

Variável	Categorias	População	
		N	%
Idade	60 – 69 anos	30	60
	70 – 79 anos	20	40
Escolaridade	Alfabetizada		
	Ensino fundamental incompleto	4	8
	Ensino fundamental completo	28	56
	Ensino médio incompleto Superior	5	10
Renda familiar	1 salário mínimo	9	18
	2 ou mais salários	4	8
Mora sozinha	Sim	39	78
	Não	11	22
		9	18
		41	82

Fonte: Pesquisa direta.

Revista Brasileira de Nutrição Esportiva

ISSN 1981-9927 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br / www.rbne.com.br

Tabela 2 - Comparação entre o recomendado e o consumo de energia e macronutrientes das idosas do Projeto, Saúde, Bombeiros e Sociedade do município de Limoeiro do Norte/CE, no período de julho e agosto de 2010.

Energia/Macronutrientes	Recomendação		Média encontrada* Desvio Padrão
	FAO/OMS		
Energia (kcal/dia)	1.716,43		1.414,72±619,01
Proteína (g/kg)	1		1,07±0,61
Carboidrato (%)	45 -65		58,56±9,29
Lipídio (%)	25 – 35		22,36±8,57
Gordura Monoinsaturada (%)	< 20		6,22±4,84
Gordura Polinsaturada (%)	< 10		4,05±3,04
Gordura Saturada (%)	< 7		11,98±10,75
Fibras (g/dia)	21 a 30		11,93±7,16

Fonte: *Pesquisa direta

Tabela 3 - Comparação entre o recomendado e o consumo em micronutrientes das idosas do Projeto, Saúde, Bombeiros e Sociedade do município de Limoeiro do Norte/CE, no período de julho e agosto de 2010.

Micronutrientes	Recomendação		Média encontrada*** Desvio Padrão
	DRI's**		
	EAR	UL	
Vitamina A (mcg)	500	3.000	561,56±748,98
Vitamina C (mg)	60	2.000	79,82±77,45
Vitamina D (mcg)	10	50	3,49±13,41
Vitamina E (mg)	12	1000	4,05±3,54
Tiamina (B ₁) (mg)	0,9	ND*	0,77±0,64
Riboflavina (B ₂) (mg)	0,9	ND*	0,51±0,36
Cianocobalamina (B ₁₂) (mcg)	2,0	ND*	2,77±6,54
Ácido fólico (mg)	320	1000	46,63±32,96
Cálcio (mg)	1.000	2.500	409,69±394,75
Ferro (mg)	5	45	7,86±8,02
Fósforo (mg)	580	4000	577,49±290,68
Sódio (mg)	1.300	2.300	2.915,69±5.977,63
Zinco (mg)	6,8	40	4,69±2,88

Fonte: *ND – valor não determinado**DRIs *** Pesquisa direta

Tabela 4 - Descrição do hábito alimentar baseado nas porções da pirâmide das idosas do Projeto, Saúde, Bombeiros e Sociedade do município de Limoeiro do Norte/CE, no período de julho e agosto de 2010.

Grupo	Porções recomendadas*	Média de Porções encontradas**
		Desvio padrão
Cereais, pães e tubérculos	5 - 9	4,54±1,28
Hortaliças	4 – 5	3,04±1,48
Frutas	3 – 5	2,02±1,22
Carnes e ovos	1 – 2	1,48±0,61
Leite e derivados	3	1,90±1,11
Leguminosas	1	0,98±0,32
Açúcares e doces	1 – 2	1,50±1,11
Óleos e gorduras	1 - 2	1,96±0,57

Fonte: *Phillips e colaboradores (1999): Pirâmide alimentar. **Pesquisa direta

No que se refere aos valores de micronutrientes o estudo mostra grande inadequação em quase todos os parâmetros, principalmente nas vitaminas D, E, B₁ e B₂, e nos minerais como ácido fólico, cálcio, ferro, sódio e zinco (tabela 3).

Utilizou-se a pirâmide alimentar *Philipp* para comparar as porções propostas de cada grupo alimentar e o consumo do grupo estudado. Pela média calculada viu-se que apenas três grupos encontram-se dentro do esperado, sendo eles: carnes e ovos (1,48 porções), açúcares e doces (1,50 porções) e óleos e gorduras (1,96 porções). Os outros grupos não atingiram as porções

recomendadas pela pirâmide como está apresentado na tabela 4.

Através da MNA[®] foi constatado que apenas 6% (Campos, Monteiro e Ornelas, 200) da população estudada apresentavam risco de desnutrição, enquanto que 94% (47) teve o estado nutricional normal.

Para investigar corretamente os casos de obesidade foi utilizado o IMC, cuja média encontrada foi 28,55±5,09kg/m². Observou-se que 64% (32) da população apresentava obesidade, sendo apenas 26% (5) eutróficas (tabela 5).

Tabela 5 - Estabelecimento do estado nutricional das idosas do Projeto, Saúde, Bombeiros e Sociedade do município de Limoeiro do Norte/CE, no período de julho e agosto de 2010.

Variável	Categoria	População	
		N	%
IMC	Desnutrição	5	10
	Eutrofia	13	26
	Obesidade	32	64
MNA [®]	Risco de desnutrição	3	6
	Normal	47	94

Legenda: IMC (índice de massa corporal); MNA (miniavaliação nutricional).

DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil sociodemográfico encontrou-se um grupo de idosos cronologicamente ainda jovens com média de idade de 68,1 ± 5,54 anos. Quanto à escolaridade, a maioria (56%) apresentou ensino fundamental incompleto. A renda familiar foi de 1 salário mínimo para 78% das idosas. No estudo de Araujo e colaboradores (2007), cujo objetivo foi avaliar o estado nutricional e o perfil alimentar de 30 idosas praticantes de hidroginástica em Ipatinga/MG, a média de idade foi de 67 ± 6 anos se equiparando ao nosso, já na escolaridade diferiu com 73,4% com o ensino fundamental completo e apenas 40% teve uma renda de 1 salário mínimo.

No grupo estudado foram encontradas como doenças crônicas mais prevalentes a hipertensão arterial, dislipidemia, osteoporose, diabetes e doença cardíaca. O estudo de Araujo e colaboradores (2007) encontrou o mesmo padrão de prevalência: hipertensão arterial (73,3%), seguido por dislipidemia (53,3%), osteoporose (23,3%) e diabetes mellitus (20%). Em outro estudo realizado em 2009 por Felipe, Munaretti e Lima (2008),

avaliou 138 idosas quanto ao perfil antropométrico, de atividade física e o padrão de consumo dietético do município de Santa Catarina, as doenças mais referidas foram: hipertensão (45,65%), artrose (28,98%), doenças do coração (26,09%) e osteoporose (22,46%).

Segundo estudo realizado por Converso e Leocádio (2004), a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e, como a doença é assintomática, é primordial a orientação da população sobre tal doença, inclusive os idosos. É uma doença definida pela persistência dos níveis de pressão arterial acima dos valores definidos como normais.

De acordo com o Consenso Brasileiro sobre Dislipidemia (Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados, 2011), a dieta e o exercício interferem nos resultados obtidos em vários exames laboratoriais. Dieta rica em gordura saturada, em geral são lipogênicas, e o efeito varia dependendo da quantidade de ingestão de ácidos graxos. Carboidratos complexos e ácidos graxos mono e poliinsaturados, quando substituem os ácidos graxos saturados, tendem a baixar os níveis de LDL-C.

Conforme Gross e colaboradores (2002), o diabetes mellitus não insulino dependente (DMNID), pode ser diagnosticado em 90% dos casos de diabetes, sendo que a maioria dos pacientes portadores de DMNID apresenta obesidade, e o início da doença ocorre com mais frequência a partir dos 40 anos com pico de incidência ao redor dos 60 anos.

Em estudo realizado por Souza, Chalita e Reis (2003) houve uma tendência para o aumento de diabetes em indivíduos com baixo grau de escolaridade. A baixa renda é um fator que poderá comprometer as condições de saúde dos idosos portadores de diabetes. Nesse estudo, também se observou que a maioria das idosas sobrevivem com apenas 1 salário mínimo.

A análise dos recordatórios mostrou que as idosas consomem em média $1.414,72 \pm 619,01$ kcal/dia estando inferior a média preconizada $1.716,43 \pm 172,48$ kcal/dia. Houve semelhança em dois outros estudos: o de Araujo e colaboradores (2007), em que a ingestão calórica diária das idosas foi em média $1.436,8 \pm 466,5$ kcal/dia, enquanto o VCT diário necessário era de $1.903,10 \pm 163$ kcal/dia. O estudo de Cesar, Wada e Borges (2005), onde foi avaliado o zinco plasmático associado ao estado nutricional de 80 idosos saudáveis de Araraquara (SP), encontrou a média de ingestão calórica diária de 1.616 ± 347 kcal/dia, sendo o recomendado 1.896 ± 152 kcal/dia. Ou seja, em todos esses estudos os idosos estavam consumindo calorias inferiores ao que era recomendado.

No presente estudo o consumo médio de macronutrientes foi adequado para carboidrato e proteína, estando abaixo do recomendado lipídio e fibra; esse resultado difere do estudo de Cesar, Wada e Borges (2005) em que foi encontrada inadequação de carboidrato (47%) e proteína (15%) e consumo excessivo de lipídio (38%).

Analisando a média de consumo de micronutrientes foi encontrada inadequação nas vitaminas: D, E, B1, B2, e nos minerais como ácido fólico, Ca e Zn. Esse resultado difere do estudo de Cesar, Wada e Borges (2005) que encontrou somente baixa a ingestão de vitaminas A, B1, B2, e minerais Zn, Fe.

Segundo o Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados (Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia

em Idosos Hospitalizados, 2011), a absorção de cálcio é possivelmente diminuída com a idade por problemas no metabolismo da vitamina D e diminuição de receptores da mucosa intestinal, da ingestão de alimentos fonte, da exposição solar, da conversão dos rins na forma ativa da vitamina (1,25 di-hidroxicolecalciferol) e da habilidade do fígado e do rim em utilizar o precursor de vitamina D. Parece que, mesmo sob a exposição solar, o idoso é menos capaz de sintetizar a vitamina D e todas as intercorrências dessa vitamina resultam na diminuição de cálcio nessa população.

Quanto ao perfil alimentar, viu-se que o trabalho descrito por Najas e colaboradores (2004), que teve por objetivo conhecer o padrão alimentar de 283 idosos dos diferentes extratos socioeconômicos residentes no município de São Paulo, verificou que a ingestão dos indivíduos foi principalmente de alimentos pertencentes ao grupo energético (cereais, pães, tubérculos e raízes, açúcares e óleos) e dos alimentos de fonte proteica os mais ingeridos foram leguminosas, carnes, leites e ovos.

Assim quando comparados os resultados da pesquisa de Najas e colaboradores (2004) com o presente estudo, observou-se que houve similaridade quanto à ingestão de açúcares e óleos, bem como dos alimentos com fonte proteica, leguminosas, carnes e ovos. Mas diferem quanto aos grupos de cereais e pães, leite e derivados, frutas, hortaliças que apresentaram valores abaixo da recomendação proposta por Phillips e colaboradores (1999).

No que diz respeito ao estado nutricional foi encontrada uma maior prevalência de obesidade, assim como no estudo de Felipe, Munaretti e Lima (2009), que encontrou 57,25% de obesidade, 36,23% de eutrofia e 6,52% de desnutrição. Este resultado elevado de obesidade é preocupante, já que o IMC além de predizer mortalidade e morbidade, está também associado com capacidade para viver de forma independente, com mobilidade e preservação do estado mental.

É importante ressaltar que Fiore e colaboradores (2007), ao estudar o perfil de indivíduos com diferentes níveis de sobrepeso, observou que os resultados obtidos por meio do IMC na população idosa, em que é frequente a mudança de comportamento

corporal, maior curvatura da coluna vertebral, alterações na elasticidade da pele, achatamento das vértebras e relaxamento da musculatura abdominal, devem ser associados com outros parâmetros antropométricos para melhorar o diagnóstico nutricional, uma vez que todas essas características dificultam a medição do peso e da estatura.

Para avaliar o estado nutricional também foi utilizada a miniavaliação nutricional (MNA®), um instrumento publicado por Guigoz e colaboradores (1994), que atualmente foi revisada e avaliada por Kaiser, Bauer e Ramsch (2009).

O risco nutricional se refere ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional. Tão importante quanto diagnosticar desnutrição é avaliar o risco de deterioração nutricional naqueles pacientes em situações que podem estar associadas a problemas nutricionais, conforme Raslan e colaboradores (2008).

Utilizando a MNA® foi encontrado que a maioria estava sem risco de desnutrição, sendo classificado como normal (94%) o estado nutricional. Diferente desse achado, Andrade, Fonseca e Stracieri (2009) que realizou um estudo com objetivo de avaliar a capacidade cognitiva e funcional de 17 idosos de uma instituição de longa permanência em Ipatinga, MG, encontrou em sua pesquisa que 66,81% estava em risco de desnutrição. Já no estudo de Salvati e Paraná (2008), realizado com objetivo de traçar o perfil nutricional de 21 idosos residentes num lar de amparo, localizado na cidade de Curitiba, observou-se uma predominância de idosos eutróficos ou sem risco de desnutrição (52,3%), assim como no nosso estudo.

Quando se considerou o parâmetro IMC, a média encontrada foi correspondente ao diagnóstico de obesidade ($28,55 \pm 5,09$ kg/m²), sendo confirmado também por uma maior prevalência dos casos (64%).

CONCLUSÃO

Conforme os resultados encontrados, pode-se perceber que houve uma ingestão alimentar contemplando todos os grupos de alimentos propostos na pirâmide alimentar, no entanto, com menor consumo de leite e derivados e de frutas e hortaliças. Além disso, houve um consumo excessivo de sódio e gorduras saturadas que pode estar

diretamente relacionado com doenças crônicas comuns ao envelhecimento, como as mais prevalentes: hipertensão arterial e dislipidemia.

Quanto ao estado nutricional houve prevalência de obesidade considerando o IMC, já na análise pela MNA® a maior prevalência foi de idosas eutróficas. Considera-se que a MNA® não classifica obesidade, mas sim risco de desnutrição e desnutrição, subestimando assim os casos de obesidade existentes.

AGRADECIMENTOS

A Corporação dos Bombeiros do Estado do Ceará do município de Limoeiro do Norte, que permitiu a realização da nossa pesquisa com o grupo de idosas participantes do Projeto Melhor Idade.

REFERENCIAS

- 1-Andrade, D. D. G.; Fonseca, S. S.; Stracieri, A. P. M. Miniavaliação nutricional, avaliação da capacidade cognitiva e funcional de idosos em uma instituição de longa permanência no município de Ipatinga, MG. Revista Digital de Nutrição. Ipatinga. Vol. 3. Núm. 5. p.428-443. 2009.
- 2-Araujo, C. R.; Faria, H. M. R. F.; Pereira, O. A. V.; e colaboradores. Análise do perfil nutricional de idosos do movimento da terceira idade praticantes de hidroginástica. Rev. Dig. de Nutr. Vol. 1. Núm. 1. 2007.
- 3-Campos, M. T. F. S.; Monteiro, J. B. R.; Ornelas, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a Nutrição do idoso. Rev. Nutr. Vol. 13. Núm. 3. p.157-165. 2000.
- 4-Cesar, T. B.; Wada, S. R.; Borges, R. G. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. Rev Nutr. Campinas. Vol. 18. Núm. 3. p.357-365. 2005.
- 5-Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. Coordenadora: Mírian S Najas. Barueri, SP: Minha Editora. 2011.
- 6-Converso, M. E. R.; Leocádio, P. L. L. F. Prevalência da Hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de

Revista Brasileira de Nutrição Esportiva

ISSN 1981-9927 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br / www.rbne.com.br

terceira idade de presidente prudente. Revista ciência em extensão. Vol. 2. Núm. 1. 2004.

7-Felipe, M. R.; Munaretti, A. M.; Lima, E. C. Atividade física, perfil antropométrico e padrão de consumo alimentar de idosas pertencentes aos clubes de melhor idade do município de Balneário Camboriú - Santa Catarina. Rev. Unifebe. 2009.

8-Fiore, E. G.; Campos, V. J.; Mattos, L. L.; Pelliciar, M. C.; Nuzzo, L. Perfil de Indivíduos com Diferentes Níveis de Sobrepeso e Avaliação do Consumo Alimentar Frente às Diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira. Rev Nutr Pauta. Vol. 87. p.11-16. 2007.

9-Frisancho, A. R. Anthropometric Standards for the assessments of growth na nutritional status. Ann Arbor, Michigan, University of Michigan Press. p.189. 1990.

10-Gross, J. L.; Silverio, S. P.; Camargo, J. L.; Reichelt, A. J.; Azevedo M. J. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq Bras Endocrinol Metab. São Paulo. Vol. 46. Núm. 1. 2002.

11-Guigoz, Y.; Vellas, B.; Garry, P. J. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. Vol. 2. p.15-59. 1994.

12-Kaiser, R.; Bauer, J.M.; Ramsch, C. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): a practical tool for identification of nutritional status. The Journal of Nutritional, Health & Aging. Vol. 13. Núm. 9. p.782-788. 2009.

13-Najas, M. S.; e colaboradores. Padrão alimentar de idosos de diferentes extratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. Revista de Saúde Pública. São Paulo. Vol. 28. Núm. 3. 2004.

14-Nasri, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Rev. Einstein. Vol. 6. Núm. 1. p.S4-S6. 2008.

15-Phillips, S. T.; e colaboradores. Pirâmide Alimentar: Guia para escolha dos alimentos. Revista de Nutrição. São Paulo. p.65-80. 1999.

16-Raslan, M.; Gonzalez, M. R., Dias, A. C. G., Paes-Barbosa, F. C.; Ceconello, I.; Waitzberg, D. L. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. Rev Nutr. Campinas. Vol. 21. Núm. 5. p.553-561. 2008.

17-Salvati, C. B.; Paraná, S. F. P. Prevalência de desnutrição em idosos em lar geriátrico e a relação com seus cuidadores. RUBS. Curitiba. Vol. 1. Núm. 1. p.35-41. 2008.

18-Souza, L. J.; Chalita, F. E. B.; Reis, A. F. F.; e colaboradores. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes. Arq Bras Endocrinol Metab. Vol. 47. Núm. 1. p. 69-74. 2003.

1-Professora do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFCE) Campus de Iguatu/CE.

2-Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFCE) Campus de Limoeiro do Norte/CE.

E-mail:
roseane.saraiva@ifce.edu.br

Endereço para correspondência:
Roseane Saraiva de Santiago Lima
Rua Deoclécio Lima Verde, s/n
Bairro: Areias - Iguatu/CE, Brasil
CEP: 63500-000.

Recebido para publicação em 06/11/2012
Aceito em 29/12/2012