

PERFIL NUTRICIONAL E DIETÉTICO DE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB

Clara Cabral Fernandes Vieira; Maria da Conceição Rodrigues Gonçalves; Chariara Taha
Mahd Ibrahim Issa

Universidade Federal da Paraíba

claracabral@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A epidemiologia do envelhecimento no Brasil e no mundo vem passando por processo de transição, que tem como uma de suas consequências a transição demográfica, caracterizada pelo estreitamento na base da pirâmide populacional (crianças e adolescentes) e pelo alargamento no topo, com o aumento do número de idosos e da expectativa de vida (CARMO et al., 2003). Dados do Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística (IBGE) confirmam essas informações, no ano 2000 o Brasil tinha 8.6% de sua população representada por indivíduos com mais de 60 anos de idade, comparado a 2010 com 11%. A Paraíba acompanha essa curva, no ano 2000, 10.1% da população era idosa e em 2010 essa porcentagem aumentou para 11.9% (IBGE, 2010). O crescimento dessa população tem sido em média 3.37% a cada 10 anos, entre 1980 e 2010. A projeção para 2050 é de que a porcentagem de idosos ultrapasse 22.71% do número total de brasileiros (IBGE, 2008).

Dentro de uma visão biogerontológica, o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicossociais, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (FREITAS et al., 2006).

Com base nestes fatos, esta pesquisa tem como objetivo principal traçar o perfil nutricional e dietético de idosos não Institucionalizados do Município de João Pessoa-PB.

2 METODOLOGIA

O estudo desenvolvido foi de caráter transversal, descritivo e observacional envolvendo 142 idosos atendidos pelos Centros de Referência e Cidadania (CRC) e do Programa PAPI- Programa de Atenção à Pessoa Idosa, pertencentes à Secretaria do Desenvolvimento Social, da Prefeitura do Município de João Pessoa-PB, com idade igual ou acima de 60 anos, sem distinção de raça e de ambos os sexos, após assinarem um Termo de Consentimento Livre Esclarecido autorizando por escrito sua participação na pesquisa científica. O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba, e aprovado pelo Parecer CEP/HULW nº 48.006/2012.

Para coleta do peso corporal e altura foi utilizada uma balança filizola, com capacidade para 150 Kg. O Índice de massa corporal foi calculado a partir da relação entre o peso aferido em Kg e a altura aferida em m². Foram utilizados os pontos de corte para adultos propostos pela Organização Mundial de Saúde.

A circunferência abdominal (CA) foi aferida com fita métrica inelástica de 2,0m da marca Cescorf®, na linha natural da cintura, na região mais estreita entre o tórax e o quadril no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.

A aferição da cintura/quadril foi obtida utilizando-se fita métrica inelástica graduada em centímetros. A relação cintura-quadril foi obtida da seguinte forma: Relação Cintura Quadril = Circunferência da cintura / Circunferência do quadril.

O inquérito alimentar foi realizado por meio do Questionário Quantitativo de Frequência do Consumo Alimentar (QQFCA) (LIMA et al., 2008).

Para a realização da análise do Consumo Alimentar, as variáveis dietéticas utilizadas foram macronutrientes (Carboidrato, Proteína e Lipídio). Utilizaram-se como padrão de referência para adequação dietética as recomendações da *Dietary Reference*

Intake(DRI) elaboradas pelo *Institute of Medicine, Food and Nutrition Board*, nos anos de 2005 e 2002, respectivamente, de acordo com o sexo e faixa etária estudada.

Para se estimar o gasto energético utilizou-se a Taxa de Metabolismo Basal (TMB) e o fator atividade para aposentado (1,51 e 1,52 para homens e mulheres, respectivamente), a partir disso, foi realizada a média para obtenção do Gasto Energético Estimado (GEE) médio dos indivíduos do sexo masculino e feminino, separadamente. Os macronutrientes foram calculados de acordo com a recomendação (45-65% para carboidratos; 10-35% para proteínas e 20-35% para lipídeos). Por fim, foi realizado o cálculo da média da recomendação dos micronutrientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002; 2004).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 142 idosos, sendo 81,7 % do sexo feminino (116) e 18,3 % do sexo masculino (26), com faixa etária variando de 60 a 90 anos ($69,97 \pm 7,02$). A população em estudo apresentou algumas doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose, artrose e com uma maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (39,44%).

Em relação à antropometria realizada, observou-se que a média do peso para as mulheres foi de $64,50 \pm 11,17$ Kg e a altura média foi de $1,53 \pm 0,07$ m e para os homens a média de peso foi de $74,81 \pm 16,13$ Kg e altura de $1,53 \pm 0,08$ m. A média obtida do Índice de massa corpórea para as mulheres foi de $28,31 \pm 4,46$ Kg/m² e para os homens $28,33 \pm 4,45$ Kg/m². Ocorrendo maior prevalência de sobrepeso em ambos os sexos.

De acordo com a avaliação nutricional para a circunferência da cintura (CC) as mulheres apresentaram a média de $93,48 \pm 10,02$ cm e os homens $93,45 \pm 10,18$ cm. O risco nutricional segundo essa relação apresentou maior prevalência de mulheres com risco muito aumentado (77%) e risco aumentado para os homens (35%), pois segundo a Organização Mundial da Saúde, 1998, ele é utilizado como indicador para desenvolver doenças cardiovasculares.

Para a relação cintura-quadril (RCQ) para ambos os sexos a média foi de $103,14 \pm 10,02$ cm. De acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde, 1998, os valores encontrados sugerem uma alta predisposição ao desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

A partir da análise do consumo alimentar observou-se que a adequação para o Gasto Energético Estimado (GEE) foi de 66,4 % para os indivíduos do sexo masculino e de 67,84% para o sexo feminino, vale ressaltar que uma dieta é considerada adequada quando o percentual de adequação encontra-se entre 95 e 105%, tendo em vista o valor energético médio recomendado para homens ($2260,32 \pm 177,13$ Kcal) e mulheres ($1922,57 \pm 177,13$ Kcal) e o consumido de $1500,57 \pm 495,48$ Kcal e $1304,18 \pm 596,13$ Kcal para os indivíduos do sexo masculino e feminino, respectivamente.

Com relação ao consumo dos macronutrientes, os idosos apresentaram média de consumo abaixo do recomendado para ambos os sexos.

Na população feminina, observou-se apenas um consumo de riboflavina abaixo do recomendado e entre os homens apenas de tiamina e niacina, as demais vitaminas estavam acima ou de acordo com a recomendação para ambos os sexos.

Em relação aos minerais, observou-se que o cálcio, o potássio, magnésio e sódio, apresentaram-se abaixo do recomendado para os indivíduos de ambos os sexos, e apenas o fósforo apresentou consumo acima do recomendado.

No presente estudo pôde-se observar que a maioria dos idosos participantes eram do sexo feminino, semelhante aos estudos de Cavalcanti et al., (2009). Estes autores afirmam que a elevada participação de mulheres em programas voltadas para terceira idade e maior sensibilidade destas pela procura da promoção da saúde, aumenta a expectativa de vida para o sexo feminino, pois as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens. (IBGE, 2010).

Quanto ao estado nutricional, a população estudada demonstrou uma elevada prevalência de sobrepeso, corroborando ao de Cavalcanti et al., (2009), sendo o Índice de Massa Corpórea de $30,98 \pm 3,32$ kg/m² em idosos pertencentes ao mesmo grupo.

Segundo Nascimento et. al. (2011), o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade caracteriza-se como uma das principais consequências da transição nutricional e o elevado aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

A Relação Cintura-Quadril encontrada para ambos apresentou-se elevada de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde, (1998). Estudos realizados por Cavalcanti et al., (2009) afirmam que o valor do RCQ elevado é um preditor de risco de desenvolver doenças cardiovasculares, decorrente do acúmulo da gordura abdominal.

O sobrepeso e obesidade merecem atenção, pois o excesso de peso está relacionado a danos à saúde, portanto vale ressaltar a importância da intervenção nutricional da população como uma prevenção ou intervenção terapêutica, evitando o desenvolvimento de doenças no futuro.

Os resultados obtidos constatou-se que a média do consumo de energia estava abaixo do recomendado em indivíduos de ambos os sexos, apresentando as seguintes características: hipocalórica, hipolipídica, hipoglicídica e hipoproteica. Segundo Krause (2010) o idoso apresenta ingestão inadequada devido à diminuição do apetite, disgeusia, perda do paladar, e hiposmia (diminuição do olfato) sejam atribuídos ao envelhecimento, ou a muitas mudanças que ocorrem também devido ao uso de medicamentos.

O consumo de vitamina A, vitamina C, tiamina, niacina, vitamina B6 apresentou-se adequado, apenas a riboflavina está abaixo do recomendado, já para os homens o consumo foi abaixo do recomendado. Krause (2010) afirma que para o adulto idoso deve haver um aumento de vitaminas e minerais em relação ao total calórico consumido.

Em relação aos minerais, observou-se que o cálcio, o potássio, magnésio e sódio, apresentaram-se abaixo do recomendado para os indivíduos de ambos os sexos e apenas o fósforo apresentou consumo acima do recomendado. A ingestão inadequada de cálcio é um fator preocupante, tendo em vista que a maioria dos indivíduos deste estudo também apresenta hipertensão, sendo este um mineral que tem seu consumo adequado

associado à redução dos níveis de pressão arterial, possivelmente por diminuir a sensibilidade ao sal (MARTINS et al., 2000).

4 CONCLUSÕES

Com base nos dados antropométricos analisados, os idosos apresentaram maior prevalência de sobrepeso, para ambos os sexos. Além disso, os indivíduos do sexo feminino apresentaram um risco muito aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, segundo a circunferência abdominal e a relação cintura-quadril.

Com relação ao consumo alimentar, o mesmo se encontrou abaixo das necessidades calóricas, sendo a dieta caracterizada por ser hipocalórica, hipoglicídica, lipoproteica e hipolipídica, para ambos os sexos.

Verificamos um consumo abaixo do recomendado para minerais, com exceção do fósforo para ambos os sexos. Confirmando que os idosos apresentam ingestão inferior ao recomendado, decorrente de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento e as condições socioeconômicas. Percebemos o quanto é importante o fornecimento de um cardápio diversificado e com alimentos enriquecidos em vitaminas e minerais para a população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARMO et al. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2002.

CAVALCANTI, C.L.; GONÇALVES, M.C.; RIOS-ASCIUTTI, L.S. CALVACANTI, A. L. Prevalência de Doença Crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v.11, n. 6, p. 865-877, 2009.

FREITAS E. V.; PY L.; CANÇADO F. A. X.; DOLL J.; GORZONI M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed., p. 9-10, 2006.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo2010, tabela 2.6- **População residente, por grupo de idade, segundo os municípios e o sexo**.

Disponível em: <http://www.censoibge.gov.br/sipopse/index.php?ufedados=26>, acesso em: 06/2013.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade-1980-2050**. Rio de Janeiro, 2008 ,Disponível em :<http://www.censoibge.gov.br/sipopse/index.php?ufedados=26>, acesso em: 06/2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary Reference Intakes (DRIs): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins**. The National Academies Press, 2004. Disponível em: <<http://www.iom.edu>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids**. The National Academies Press, p. 1319-1332, 2002. Disponível em: <<http://www.nap.edu>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

KRAUSE; MAHAN; ESCOTT-STUMP. Alimento, Nutrição e Dietoterapia 12ª edição, Elsevier, Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, F. E. L. et al. Diet and cancer in Northeast Brazil: evaluation of eating habits and food group consumption in relation to breast cancer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 820-828, 2008.

MARTINS, M. P. S. C. et al. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. **Rev. Bras. Cardio.**, v. 23, n. 3, p. 162-170, mai./jun., 2010.

NASCIMENTO, C. et al. **Terapia nutricional no Diabetes Mellitus**. Rotinas Diagnósticas e Terapêuticas em Endocrinologia, Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2011.