

## FATORES ASSOCIADOS ÀS ANEMIAS NUTRICIONAIS EM IDOSOS

Elayne Cristina Ferreira Xavier (1); Laura Camila Pereira Liberalino (2); Paloma Kathllen Moura Melo (3); Tainah Pessoa Cabral (4)

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: elaynecfx@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: lauramyla.nutri@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: palomakatlheen@hotmail.com

<sup>4</sup>Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: tainah\_cabral@hotmail.com

### INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento do ser humano é considerado um fenômeno normal, no qual se observam mudanças fisiológicas importantes que afetam as necessidades de certos nutrientes. Vários fatores influenciam essas mudanças, como: a qualidade da alimentação, a idade, a interação social, a depressão, o grau de mobilidade física, a dependência em realizar tarefas e o estado nutricional seja ele progresso ou atual<sup>1</sup>.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento começa tão cedo quanto à puberdade e é um processo contínuo, ao longo da vida. Economicamente, os idosos são, algumas vezes, definidos em termos de saída do mercado de trabalho, especialmente em sociedades que adotam a aposentadoria com a idade. Cronologicamente, a idade tem sido usada como um indicador da expectativa de vida residual<sup>2</sup>.

A alimentação é crucial para proporcionar ao idoso uma melhor qualidade de vida, para tanto, é preciso que o valor nutritivo e a quantidade ingerida sejam adequados às necessidades do idoso, que por sua vez, dependerão do estado nutricional do indivíduo<sup>3</sup>.

Com o decorrer da idade, as necessidades energéticas diminuem e a anemia tem um impacto negativo substancial sobre a função e a qualidade de vida no idoso.

Níveis de hemoglobina declinam com a idade, no entanto, a prevalência de anemia

em idosos é alta e não pode ser encarada como uma decorrência normal do envelhecimento, sendo considerada como importante problema entre indivíduos idosos<sup>4</sup>. Por essa razão deve-se considerar anemia na população idosa como um sinal de doença e merece investigação<sup>5</sup>.

Por isso é importante que nessa fase a ingestão de alimentos com maior densidade nutricional proporcione benefícios significativos aos idosos e o adequado valor nutritivo dos alimentos bem como a quantidade em que os alimentos são servidos e ingeridos está diretamente relacionados com a saúde do indivíduo<sup>3</sup>.

Muitas deficiências nutricionais são encontradas devido à má absorção dos nutrientes, entre elas, as vitaminas B12, ácido fólico e o mineral ferro que poderão ocasionar doenças como: anemia megaloblástica e anemia ferropriva sendo esta última apresentada em maior frequência na população idosa<sup>6</sup>.

Nesse sentido, a pesquisa tem como objetivo descrever os fatores associados ao desenvolvimento de anemias nutricionais, bem como elucidar as diferenças entre os tipos de anemias que são comuns na população idosa.

## **METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura fundamentada em livros e artigos científicos da área da saúde, realizada junto as bases de dados de pesquisa Scielo, Lilacs, publicado nos últimos dezesseis anos na qual foram utilizados como descritores da saúde, os termos: envelhecimento, idoso, anemia ferropriva, deficiência de vitamina B12, deficiência de ácido fólico, anemia megaloblástica, alterações fisiológicas e hábitos alimentares dos idosos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A anemia é caracterizada pela diminuição do número de hemácias circulantes, da concentração de hemoglobina (principal proteína no transporte de oxigênio no sangue) e da porcentagem dos glóbulos vermelhos (hematócrito)<sup>7</sup>.

A anemia no idoso apresenta três causas principais: as carências nutricionais, as anemias de doenças crônicas e, por fim as anemias de causas inexplicáveis. Praticamente um terço dos idosos se insere em cada um dos três grupos citados, estando presente em cerca de 10% dos indivíduos com mais de sessenta e cinco anos e em até 30% naqueles com mais de oitenta anos<sup>8</sup>.

Em mulheres após a menopausa, a prevalência de anemia se eleva gradativamente até chegar a cerca de 10% a 20% nas faixas etárias mais avançadas. Para os indivíduos do sexo masculino com mais de sessenta e cinco anos há um aumento expressivo da prevalência de anemia, saltando pra 26% a 30% nos indivíduos com mais de setenta e cinco anos. Acima dos sessenta e cinco anos a prevalência é de cerca de 10% a 11%, sendo um pouco mais elevada nos homens<sup>9, 10</sup>.

Em geral as queixas apresentadas com maior frequência referem-se aos ajustes do sistema cardíaco e respiratório à anemia: tolerância diminuída ao trabalho, dispnéia e palpitações. O sinal clínico da anemia geralmente percebida pelos familiares é a palidez. A intolerância ao frio que pode ocorrer pela redução do fluxo sanguíneo à pele. Alterações neuromusculares que podem acontecer são: cefaleia, vertigem, zumbido, dificuldade de concentração, irritabilidade, insônia e fraqueza<sup>4</sup>.

A presença de anemia em pessoas idosas reflete saúde comprometida e aumento da vulnerabilidade para desfechos adversos. Suas causas geralmente são multifatoriais, entre elas, a perda crônica de sangue causada geralmente por gastrites, úlceras gastrintestinais, câncer de colón, divertículos ou angiodisplasias<sup>10</sup>.

Dentre os nutrientes implicados na gênese da anemia, a deficiência de ferro é apontada como um determinante causal principal e ocorre quando as reservas de ferro do organismo tornam-se insuficientes para manter a eritropoiese e por consequência a concentração da hemoglobina cai abaixo do limite normal, diagnosticando-se um estado de anemia por deficiência de ferro, a anemia ferropriva<sup>11</sup>. A carência de ferro ocorre em estágios graduais (I, II e III) e progressivos até que a anemia se manifeste<sup>12</sup>.

A anemia megaloblástica é uma forma relativamente rara de anemia que se caracteriza pelo aparecimento em circulação de células eritróides megaloblásticas (VGM – 110 fl), estando a sua origem geralmente associada a deficiência de vitamina B12 (cobalamina) ou de ácido fólico<sup>13</sup>.

A carência de vitamina B12, classicamente, causa anemia megaloblástica morfológicamente semelhante à provocada pela deficiência de folato, já que a deficiência de vitamina B12 leva a um quadro de deficiência intracelular de folato. É comum o aparecimento de manifestações não hematológicas de deficiência de vitamina B12 na ausência de anemia. Estas incluem alterações da marcha, déficit neurológico sensitivo e motor, perda de memória<sup>14</sup>.

As manifestações clínicas da deficiência de B12 pode acontecer de forma assintomática podendo demorar anos para o aparecimento<sup>15</sup>. Esta vitamina deveria ser quantificada rotineiramente no acompanhamento de qualquer idoso com distúrbio de cognição ou depressão e promover uma terapia de reposição para qualquer pessoa com nível sérico diminuído<sup>16</sup>.

Diversos fatores, como problemas físicos, sociais e emocionais influenciam no consumo alimentar de idosos, interferindo no apetite ou afetando sua capacidade de comprar, preparar e consumir determinados alimentos. A solidão familiar acaba fazendo com que o idoso se alimente de forma imprópria em quantidade e qualidade, o qual afeta a nutrição e nesses casos há tendência ao desestímulo para comprar e preparar alimentos variados e nutritivos. Nota-se, com frequência, um aumento no consumo de produtos industrializados, como doces e massas, ou de fácil preparo, como chás e torradas. Essa mudança no comportamento alimentar com certeza afeta a adequação de nutrientes ao organismo dos idosos levando-os a um risco de má nutrição<sup>17</sup>.

Outro fator que está intimamente ligado à possibilidade de ingestão de bons nutrientes é a presença de dentes naturais sadios ou de próteses dentárias bem adaptadas, pois a saúde bucal deficiente poderá prejudicar a trituração dos alimentos, modificando hábitos alimentares e possibilitando uma desordem orgânica, aumentando os problemas digestivos decorrente de uma ingestão inadequada de

bolo alimentar<sup>18</sup>. O comprometimento da saúde bucal pode afetar o nível nutricional e o bem-estar físico e mental, bem como diminuir o prazer de uma vida social ativa<sup>19</sup>.

## CONCLUSÕES

A melhor maneira de prevenir o surgimento de qualquer carência nutricional é a ingestão de uma dieta equilibrada com os nutrientes distribuídos nas proporções corretas, diversificada, contendo alimentos de todos os grupos e adequada na quantidade suficiente para o funcionamento do organismo a cada indivíduo.

Como a população idosa está entre a população que está no grupo de risco de desenvolver as carências nutricionais, torna-se fundamental um olhar diferenciado nesse grupo para que os mesmos tenham uma terceira idade saudável e que o poder público se empenhe mais nessa fase de vida com políticas públicas que diminua ou estacionem esses quadros de anemias em idosos.

O envelhecimento não começa aos sessenta anos mais consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida. Para alcançar uma velhice saudável é importante respeitar as necessidades nutricionais, especialmente em idosos, já que frequentemente se deparam com diversas patologias.

É inquestionável que os alimentos são a melhor fonte de micronutrientes, no entanto devido a diversos fatores, não é fácil para muitos idosos ingerirem a quantidade adequada através da dieta diária. Por esse motivo é essencial que profissionais qualificados possam intervir de forma individualizada para tentar reverter quadros de anemia nessa população e para que futuras gerações de idosos venham apresentar uma terceira idade mais saudável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Pereira FAI, Cervato AM. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Rev. Gerontologia, 1996.

- <sup>2</sup> World Health Organization. Worldwide prevalence of anemia 1993-2005. Who global database on Anaemia. 2008.
- <sup>3</sup> Frank AA, Soares EA. Nutrição no envelhecimento. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2002.
- <sup>4</sup> Eisenstaedt R, Penninx B WJ. H & Woodman RC. Anaemia in the elderly: current understanding and emerging concepts. Blood Reviews, 2006; 20: 213-226.
- <sup>5</sup> Smith DL. Anaemia in the elderly. American Family Physician, 2000; 62: 1565-1572.
- <sup>6</sup> Andrés E, Perrina AE, Denangeat C. A síndrome da má absorção dos alimentos – cobalamina em um departamento de medicina interna. Um estudo de coorte monocentrico de 80 paciente. Medicina interna, 2005 jul; 14(4).
- <sup>7</sup> Batista-Filho M. O controle das anemias. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, 2000; 4(2): 121-123.
- <sup>8</sup> Cliquet MG. Anemia no idoso. Moreira Jr Editora, 2001 mar; 67(4).
- <sup>9</sup> World Health Organization. Worldwide prevalence of anemia 1993-2005. Who global database on Anaemia. 2008.
- <sup>10</sup> Guaralnik JM, Eisenstaedt RS, FERRUCCI L.; Klein H, G&Wood Man RC. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. Blood, 2004; 104: 2263- 2268.
- <sup>11</sup> Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.
- <sup>12</sup> Mahan LK, Escott-Stumo S. Krause- Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 12 ed. São Paulo: Rocca, 2008.
- <sup>13</sup> Conrad MD. Anemia perniciosa. Emedicine, 2006; 4(6).
- <sup>14</sup> Cozzolino, SMF. Biodisponibilidade de nutrientes. 4. ed. Barueri: Manole, 2012.
- <sup>15</sup> Carmel R. Mild transcobalamin I (paptocorium) deficiency and low serum cobalamin concentracions. Clim Cherm, 2003; 49(8): 1367 – 74.
- <sup>16</sup> Darmarajan TS, Adia GU, Norus EP. Vitamin B12 deficiency. Recognizing subtle symptom in oder adults geriatrics, 2003; 58(3): 30 – 38.
- <sup>17</sup> CAMPOS, MTF.S.; MONTEIRO, JBR.; ORNELAS, AR.C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idosos. Rev. de Nutrição, 2000 dez; 13(3).



<sup>18</sup> Montenegro FLB, Bruneti RF, Manetta CF. Interações entre a medicina e a odontologia. Ed. São Paulo: Editora Artes Medicas, 2002.

<sup>19</sup> Werner CW. Odontologia geriátrica. Rev. Fac. Odontol. Lins 1998; 11(1): 62-9.

