



## GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO S.A. - CNPJ: 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 - F: 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350-200  
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)  
HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. - CNPJ: 92.787.126/0001-76 - Rua Domingos Rubbo, 20 - F: 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP 91040-000  
HOSPITAL FÊMINA S.A. - CNPJ: 92.693.134/0001-53 - Rua Mostardeiro, 17 - F: 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP 90430-001

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 7.135/2010



## **IDOSO FRÁGIL: PERCEPÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

### **Fragile Elderly: Perceptions about Feeding and Nutrition**

**Cristine Maria Bertolini – Nutricionista Residente em Saúde da Família e Comunidade – Unidade de Saúde Conceição - GHC**

**Patrícia Lichtenfels – Médica Internista e Médica de Família e Comunidade da Unidade de Saúde Barão de Bagé; Preceptora do Programa de Residência Médica – Medicina da Família e Comunidade do GHC - Orientadora da Pesquisa Institucional, Doutoranda em Educação pela UFRGS.**

**Leni Padilha Cardoso – Assistente Social e Assistente de Coordenação da Unidade de Saúde Divina Providência; Mestre em Serviço Social pela PUC-RS.**

**Cristine Maria Bertolini- Rua General João Telles, nº 306/201. Bom Fim. Porto Alegre - RS**

## **IDOSO FRÁGIL: PERCEPÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

### **RESUMO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada na área adstrita à Unidade de Saúde Barão de Bagé, pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre, RS, Brasil). A amostra foi selecionada por intenção e os idosos frágeis entrevistados foram classificados segundo critérios da OMS. Avaliou-se o risco nutricional inerente ao idoso frágil por meio de suas percepções sobre alimentação, correlacionando com as condições de saúde do idoso, redes sociais e riscos de queda dessa população.

Através desse estudo pretendeu-se conhecer as características dos idosos frágeis para poder lhes oferecer uma assistência integral e servir como subsídio para a implantação de estratégias, programas e políticas de saúde pública voltadas a esse segmento populacional. Os resultados apontaram vários fatores que podem predispor a desnutrição no idoso, como difícil acesso à compra e preparação dos alimentos, deficientes redes de lazer, idosos realizando as refeições sozinhos e sem motivação para o autocuidado, baixa ingestão hídrica, uso de próteses mal ajustadas, disfagia entre outras situações que mostram como devem ser desenvolvidos políticas e programas na APS voltados para a população idosa crescente, em busca de uma melhor qualidade de vida e um envelhecer saudável.

**Descritores ou Unitermos:** nutrição, idoso frágil, autocuidado, quedas, rede social de apoio.

## **ABSTRACT**

This is a qualitative research conducted in the area linked to the Health Unit Barão de Bagé, belonging to the Community Health Service of the Conceição Hospital Group (Porto Alegre, RS, Brazil). The sample was selected by intent and frail elderly respondents were classified according to WHO criteria. Evaluated the nutritional risk inherent in frail elderly through their perceptions about food, correlating with the health conditions of the elderly, social networks and risk of falling in this population.

Through this study intend to understand the characteristics of the frail elderly to be able to offer them comprehensive care and serve as a basis for the implementation of strategies, programs and public health policies aimed at this population segment. The results indicated several factors that may predispose to malnutrition in the elderly, such as difficult access to buying and preparing food, leisure networks disabled, elderly performing his meals alone and no motivation for self-care, low water intake, use of ill-fitting dentures, dysphagia and other situations that show how they should be developed policies and programs aimed at the Primary Health Care growing elderly population, in search of a better quality of life and healthy aging.

**Key-words:** nutrition, frail elderly, self-care, falls, social support network.

## INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa no Brasil é uma realidade que em grande parte pode ser explicado pela maior expectativa de vida entre os idosos, fenômeno global que afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento e apresenta um crescimento rápido e progressivo <sup>1</sup>. Essa mudança na estrutura etária brasileira pode ser observada desde a década de 60, quando se iniciou uma rápida e sustentada queda da fecundidade, acarretando o estreitamento da pirâmide populacional <sup>2</sup>. Estima-se que entre os anos de 2000 e 2020, o grupo de 60 anos ou mais quase duplicará passando de 14,5 milhões para 26,3 milhões <sup>2</sup>, e em 2025 o índice de envelhecimento será, provavelmente, três vezes maior do que aquele observado em 2000; ou seja, na população brasileira haverá mais de 50 adultos com 65 anos ou mais para cada conjunto de 100 jovens.

Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento <sup>3</sup>. É difícil caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério a idade. Neste segmento conhecido como terceira idade estão incluídos indivíduos diferenciados entre si, tanto do ponto de vista socioeconômico como demográfico e epidemiológico.

O Estado do Rio Grande do Sul ocupa o segundo lugar no cenário brasileiro, tendo, entre sua população total, 15% de idosos, segundo o IBGE (2010) <sup>4,5</sup>. Esses dados mostram-se muito expressivos e denotam que a sociedade necessita de subsídios e aprimoramentos em prol dessa população crescente. Dessa forma, mudanças de assistência e prevenção das doenças que acometem os idosos são imprescindíveis, pois se trata de um grupo etário cujos cuidados com a saúde devem ser maiores, uma vez que 80% de seus integrantes apresentam pelo menos uma enfermidade crônica <sup>6</sup>.

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e demandas dos serviços de saúde. Tal mudança, no Brasil, implica elevação dos custos para o sistema de saúde, fazendo do envelhecimento um fenômeno que precisa de ampla discussão <sup>7</sup>. Sendo assim, é importante que as unidades de saúde tenham subsídios para a gestão dos serviços de saúde e para as ações de prevenção e controle de agravos à saúde. Para tal, é necessário identificar os elementos que contribuem para a vulnerabilidade da população idosa, incluindo a fragilidade.

Um fator importante que pode predispor a fragilidade no idoso é a determinação do seu estado nutricional, que deve considerar uma complexa rede de fatores, em que é possível relatar o isolamento social, a solidão, as doenças crônicas, as incapacidades e as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento <sup>8</sup>. A influência do estado nutricional durante o processo de envelhecimento é um dos marcadores das condições de idosos saudáveis e frágeis.

O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso. Muitas dessas mudanças são progressivas, ocasionando efetivas reduções na capacidade funcional, desde a sensibilidade para os gostos primários até os processos metabólicos do organismo. Pode-se dizer que no processo de envelhecimento ocorrem múltiplas perdas que podem levar à depressão, como por exemplo, a perda de um dos cônjuges, que pode levar a inapetência alimentar e/ou à eliminação da realização de uma das refeições <sup>9</sup>. Somado às alterações decorrentes do envelhecimento, é frequente o uso de múltiplos medicamentos que influenciam na ingestão, na digestão, na absorção e na

utilização de diversos nutrientes, o que pode comprometer o estado de saúde e a necessidade nutricional do indivíduo idoso <sup>10</sup>.

Além das questões nutricionais, a vulnerabilidade do idoso é observada diante das questões socioeconômicas e culturais vigentes, ainda que a Política Nacional do Idoso <sup>11</sup> determine que seja responsabilidade da família, da sociedade e do Estado assegurar a cidadania ao idoso, sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida. Somado a isso, o Estatuto do Idoso <sup>12</sup> garante a esta população prioridade na formulação e na execução de políticas sociais, bem como ratifica o direito do idoso à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, cidadania, liberdade, dignidade, ao esporte, lazer, trabalho, respeito e à convivência familiar e comunitária. A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso ratificam a importância de uma rede social apropriada para o idoso no seu singular ciclo de vida e processo de envelhecimento, evitando o seu isolamento social e, conseqüentemente, riscos de desnutrição entre outros agravos da saúde, como por exemplo, as quedas. Essas constituem a primeira causa de acidentes em pessoas com mais de 60 anos. Devido à natureza multifatorial das quedas na população idosa, é difícil determinar as relações causais dos fatores de risco para sua ocorrência. Estudos apontam a desnutrição como fator de risco para as quedas e, conseqüentemente, as quedas podem agravar o estado nutricional, existindo uma possível relação entre a mobilidade e a nutrição do idoso <sup>13</sup>.

Como a dependência do idoso é um processo dinâmico <sup>14</sup> que repercute no seu estado nutricional, é fundamental que ela seja abordada por intermédio de programas que incluam estratégias de promoção da saúde para o estabelecimento de redes de apoio aos idosos na comunidade. Por isso, é extremamente necessário incluir todas as formas de intervenção na sociedade, a partir da vigilância, da proteção e da educação em saúde, tendo

como parceiros a família, os profissionais da saúde e o Estado. À equipe de saúde multidisciplinar cabe não só trabalhar com o idoso, mas com sua família e/ou cuidadores, para que a fragilidade seja vista de uma forma mais contextualizada.

O idoso frágil necessita de um cuidado maior em relação a sua alimentação e nutrição, visto às dificuldades que encontra desde a compra, armazenamento e preparo dos alimentos até outros fatores relacionados à sua condição de saúde, rede social e contexto de vida que acabam influenciando diretamente no seu estado nutricional <sup>10</sup>. O desequilíbrio nutricional no idoso está muito relacionado ao aumento da mortalidade, à susceptibilidade a infecções e à redução da qualidade de vida.

Como ainda são escassas pesquisas destinadas ao conhecimento da nutrição em idosos frágeis torna-se importante a realização desse estudo que poderá servir como ferramenta e incentivador para futuras ações que beneficiem esse segmento populacional. Portanto, pretende-se avaliar o risco nutricional inerente ao idoso frágil por meio de suas percepções sobre alimentação, correlacionando com as condições de saúde do idoso, redes sociais e riscos de queda dessa população.

## **CASUÍSTICA E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo qualitativo, de corte transversal, conduzido na área adstrita à Unidade de Saúde Barão de Bagé (USBB) pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre, RS, Brasil). A Unidade de Saúde Barão de Bagé é uma das doze unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, localizada na região leste de Porto Alegre, pertencente à gerência distrital leste-nordeste. O território adstrito à unidade de saúde está dividido em três áreas

de vigilância (amarela, azul e vermelha) para uma melhor organização das ações de saúde prestadas pela unidade. A unidade é composta por uma equipe multiprofissional: médicos, dentistas, técnicos de saúde bucal, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e agentes de saúde. Os profissionais residentes são da área de medicina, nutrição, serviço social e odontologia. A assistência farmacêutica ocorre através do matriciamento.

A amostra foi selecionada por intencionalidade. Entrevistou-se um idoso frágil de cada área de vigilância, totalizando três idosos. O estudo foi realizado após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição. Foram incluídos no estudo os idosos que apresentavam diagnóstico de fragilidade e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a exclusão da participação se assim desejassem, bem como sigilo e anonimato. Os idosos foram informados e autorizaram o uso das informações para esta pesquisa. Para o diagnóstico de fragilidade foram utilizados os critérios preconizados pela OMS <sup>15</sup>, que são os seguintes: os muito idosos (80 anos ou mais); os que vivem sozinhos; as mulheres idosas, sobretudo as viúvas ou solteiras; os que vivem em instituições; os que estão socialmente isolados; os idosos sem filhos; os que têm limitações sérias ou disfunções; os casais idosos quando um deles é incapacitado ou está muito doente; os que contam com poucos recursos econômicos.

Os idosos classificados como frágeis, participaram de uma entrevista semi-estruturada, com duração média de 45 minutos, realizada em sua residência. As entrevistas, registradas através de um gravador, foram realizadas por dois pesquisadores, a saber: duas



residentes acompanhadas por uma agente de saúde (totalizando três agentes de saúde, cada uma responsável por uma área de vigilância).

Para análise do risco nutricional do idoso frágil, foi aplicado um questionário em que foi possível avaliar o idoso em relação à alimentação, como acesso, preparação, dificuldades na mastigação e deglutição, hidratação, avaliação subjetiva do peso corporal, consumo de óleo, açúcar, sal e hábito intestinal. Foram também coletados dados referentes às condições de saúde do idoso, como o auto-relato da presença ou ausência de doenças crônicas, sua quantificação e as principais dificuldades percebidas pelo idoso no autocuidado dessas doenças; auto-relato do número de medicamentos utilizados de forma regular nos últimos três meses, quais os medicamentos utilizados e as dificuldades percebidas em relação à administração destes. As redes sociais e atividades de lazer foram avaliadas por meio de um questionário que analisou o idoso em seu contexto familiar e a relação com seu cuidador, evidenciando os aspectos sociais e emocionais. Para avaliação dos riscos de queda realizou-se análise observacional do espaço físico interno e externo onde o idoso reside como também as rotas frequentes para atividades diárias e para o seu convívio social. Além disso, os idosos foram questionados quanto aos fatores de risco para a ocorrência de quedas e a sua percepção sobre esse desfecho adverso.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e as respostas divididas, categorizadas e analisadas através do método fenomenológico. O método fenomenológico apresenta-se como um método sobre o qual recai a elucidação existencial, pois sua centralidade está no sujeito <sup>16</sup>. Busca relacionar os acontecimentos do ser e sua interação social. Utilizando-se de descrições, depoimentos, discursos e através das maneiras pelas quais são expressos os pensamentos e os sentimentos dos sujeitos. Estudo dos fenômenos

humanos e suas relações, onde linguagem, práticas, coisas e acontecimentos são inseparáveis<sup>17</sup>.

## **ANÁLISE DOS DISCURSOS**

Os conteúdos encontrados foram categorizados e descritos da seguinte maneira: percepção dos idosos sobre sua alimentação e nutrição, fazendo correlações com sua condição de saúde e manejo medicamentoso, atividades de lazer, redes sociais e sentimentos relacionados à sua realidade de vida, como riscos de quedas e significância relativas à sua condição.

Os três idosos entrevistados possuem características de fragilidade semelhantes, e idade média de 88 anos. Todos os idosos entrevistados possuíam mais do que três comorbidades. Encontrou-se a predominância do sexo feminino, dois idosos moravam sozinhos e todos se sentiam solitários ou de certa maneira abandonados, apesar de um morar com familiares e os outros dois receberem visitas frequentes.

A falta de lazer foi predominante entre os idosos entrevistados, apenas um relatou alguma atividade extradomiciliar com a companhia de não familiares. A falta de cuidados por um idoso, no que diz respeito à alimentação, à companhia e à solicitude foi evidenciada na entrevista, como pode-se perceber na fala:

*“Ah... pra mim eu fazia comida boa... antes de eu morre ainda vô faze uma panela de comida e vô chamá essas porca que não sabem cozinhá... quando uma pessoa doente e velha da idade que eu tô, era pra ser tratada com mais amor e com mais carinho, e ter mais atenção, essa é que é a verdade!” (Idoso 1)*

Em relação às compras dos alimentos, apenas um idoso não conseguia sair de casa para adquirir alimentos.

*“Eu? Má quem é que vai me levá?...Nunca mais na vida sei o que é fazê compras! Nunca mais...” (Idoso 1)*

Dois dos entrevistados, disseram fazer as suas próprias compras, e acreditavam que esta seria uma forma de lazer. O meio de distração e lazer mais encontrado foi a televisão.

Dois idosos preparavam sua alimentação sozinhos, sem dificuldades, sendo que um preparava mais alimentos para ter comida durante a semana.

*“Eu prefiro fazer mais, o arroz e o feijão né. Aí eu sempre faço a mais para congelar.” (Idoso 3)*

A menor disponibilidade e acesso a alguns alimentos foi referida por um idoso.

*“Olha, pra te dizer uma coisa assim, eu acho a carne muito cara...” (Idoso 3)*

A dependência de outras pessoas a preparação dos alimentos também ficou evidenciada na seguinte fala.

*“Pastel eu tenho verdadeira adoração. Porque eu sabia fazer pastel, a minha massa então... Ah, nem me lembro quando comi a última vez... esses dias me trouxeram um parecia que nem tinha recheio, parecia um mingau...” (Idoso 1)*

Nessa última fala evidencia-se a falta de cuidado no preparo da alimentação do idoso e certa negligência e descaso.

Uma alimentação adequada deve ser composta por, no mínimo três refeições principais e dois lanches saudáveis por dia <sup>18</sup>. Um idoso realizava pelo menos cinco refeições por dia, mas os outros dois não. Desses que não apresentavam um fracionamento alimentar adequado, teve um idoso que nem lembrava quantas refeições realizava no dia.

*“Ah, se eu lembro? Nem sei quantas...” (Idoso 1)*

Em relação à companhia para as refeições, na maioria das vezes, todos realizavam as refeições sozinhos, o que configura mais um fator de risco nutricional.

*“Normalmente faço as refeições sozinha... Só quando meus filhos vêm aqui.”*  
(Idoso 2)

Os idosos não apresentavam dificuldades no manuseio dos talheres, mesmo o idoso que apresentava mais idade (105 anos).

*“Ainda corto bem... corto muito bem, ligeirinho”. (Idoso 1)*

O peso corporal foi percebido de forma diferente entre os entrevistados.

*“Acho que tô engordando... mas nem sei quanto!” (Idoso 2)*

*“Ah, eu nem tenho me pesado. Acho que estou emagrecendo... oh, oh, o bracinho.”*  
(Idoso 1)

Nenhum idoso entrevistado fazia o uso de alguma vitamina ou suplemento alimentar. Quanto à ingestão hídrica, evidenciou-se uma baixa ingestão, ou muitas vezes uma negligência dos cuidadores para garantir o acesso à ingestão de água.

*“Eu deixo uma garrafinha aqui do lado. Não sei quantas dessas, mas pra não tá chamando eles toda hora, eu deixo aqui já. Eles já falam, o que a senhora quer enjoada? Pára de incomodar.” (Idoso 1)*

Analisando o consumo de óleo, sal e açúcar, todos os entrevistados referiram um baixo consumo, mas não souberam quantificar esse consumo.

*“Ah, meu Deus, até esqueço. O sal dura muito tempo”. (Idoso 3)*

*“O óleo dura mais de um mês, eu não gosto de comida gorda”. (Idoso 2)*

*“Eu compro 2 Kg, 4 Kg de açúcar. Não gosto de nada muito doce”. (Idoso 2)*

Todos os entrevistados usavam prótese dentária, sendo que dois idosos não tinham dificuldades na mastigação e higiene da prótese. Um idoso referiu dificuldades na alimentação.

*“Uso chapa, é chapa”... Olha, eu enrolo pra lá e pra cá. Aperto. Não tá muito boa, tá ficando floxa, floxa... tenho dificuldade de mastigar os alimentos. Às vezes ela cai e eu tenho que levantar”. (Idoso 1)*

Quanto à deglutição, apenas um idoso referiu disfagia em relação a alguns alimentos.

*“Às vezes tenho dificuldade. Por exemplo, só o arroz eu não consigo comer porque eu me engasgo”. (Idoso 3)*

Dois idosos referiram hábito intestinal normal, enquanto que um idoso apresentava constipação, mas conseguiu reverter a situação tomando algumas medidas.

*“Até eu tinha dificuldades de ir aos pés, mas agora quando estou assim eu como uma laranja ou tomo um copo de água em jejum aí vai”. (Idoso 2)*

A análise do discurso evidenciou dificuldades em relação à alimentação e nutrição do idoso frágil muito associadas à rede social do idoso, à dependência de outras pessoas para comprar e preparar os alimentos e ao fato de muitos idosos realizarem suas refeições sozinhos.

## CONCLUSÃO

Ao realizar esta pesquisa intentamos aprofundar o conhecimento do idoso frágil na realidade de atendimento de uma das Unidades de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Na Unidade de Saúde da qual foi realizada a pesquisa aproximadamente 14% da população possui mais de 60 anos, um número bastante expressivo visto ser uma população que vem declinando vertiginosamente o número de jovens em detrimento ao crescente da população idosa. O número de mulheres da população idosa é maior que o número de homens <sup>19, 20</sup>. Essa diferença pode ser explicada pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, um fenômeno mundial, mas bastante intenso no Brasil, visto que as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens.

Tendo em vista o crescimento da população idosa, a fragilidade acaba se configurando um fenômeno comum entre esses indivíduos. Contudo, o conhecimento sobre fragilidade é limitado e ainda não foi estabelecido um significado científico para a entidade. O conceito de fragilidade apresenta diversas correntes e autores renomados que utilizam critérios e evidências distintas para definir esta condição, contudo para melhor adequação do objetivo desse estudo, utilizou-se critérios com ênfase em aspectos biopsicossociais que são os estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde <sup>15</sup>. Esses aspectos são multidimensionais, resultantes da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e societais no curso de vida. Sob essa perspectiva, a história individual influencia o envelhecimento, que pode ser frágil ou não, dependendo dos recursos e déficits pessoais em um contexto particular.

O envelhecimento com dependência, ou seja, aquele que envolve múltiplas comorbidades, riscos nutricionais e grande demanda para cuidadores <sup>14</sup>, é um desafio a ser incorporado pela Saúde Pública, em que se contrapõem duas situações: a primeira refere-se às condições necessárias para a manutenção dos cuidados ao idoso na comunidade, e a segunda refere-se às condições da família, para que possa responsabilizar-se pela assistência ao idoso. Conhecer a fragilidade de idosos em grupos populacionais possibilita mobilizar profissionais e população civil, por meio de um processo educativo construtivista, para transformações sociais. Tais transformações devem ser alicerçadas nas relações intersetoriais e na ação comunicativa entre os sujeitos sociais. Assim, acredita-se na importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente assistenciais, de tratamento clínico e de reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva.

Diante dos aspectos analisados nas entrevistas e durante o processo de visitação aos idosos foram encontradas falas muito profundas e expressivas. Vale ressaltar a maneira como alguns questionamentos surgiram, transparecendo uma necessidade, não tanto de recursos financeiros, mas sim de estarem sendo ouvidos e compreendidos nas suas limitações e angústias. Apesar de cada um possuir suas características próprias de vivência, classe social e organização familiar, semelhanças importantes entre os idosos foram identificadas. Os relatos sobre o sentir-se só acabavam vindo permeados de autocensura ou culpabilização por “estar atrapalhando”. Ao mesmo tempo percebeu-se um clamor por ajuda, uma demanda sentimental reprimida e disfarçada por falas de “deixa assim” ou

“estou bem assim”. Conforme Hareven (2001) <sup>21</sup> as relações de apoio mútuo são construídas ao longo do tempo e modeladas por circunstâncias da história familiar.

O difícil acesso à compra e preparo de alguns alimentos foi prevalente entre os idosos entrevistados. A monotonia alimentar, caracterizada pelo consumo repetitivo dos mesmos alimentos, os quais são muitas vezes deficientes em vitaminas e minerais, costuma acontecer com indivíduos que vivem sozinhos ou que precisam fazer sua própria comida. Eles acabam comendo a mesma coisa, dia após dia, podendo levar a desnutrição, mesmo com sobrepeso <sup>22</sup>.

Percebemos que as atividades de lazer são pouco diversificadas e também não são muito frequentes. Os idosos encontram-se resignados à sua condição de fragilidade e a atual realidade não permite e disponibiliza muitos recursos, menos ainda de uma infraestrutura adequada para abranger suas necessidades e/ou opções viáveis para o seu acolhimento <sup>21</sup>. Portanto, as equipes de saúde, os familiares e os setores governamentais responsáveis devem projetar e investir em ações para propiciar uma melhor qualidade e diversidade de entretenimento e lazer para os idosos.

Outro agravante é a falta de conhecimento e motivação no que diz respeito às condições de saúde do idoso. A falta de motivação para o autocuidado segue paralela aos sentimentos de solidão e abandono. Isso se reflete também na alimentação, visto que todos os idosos realizavam as refeições sozinhos, na maioria das vezes. Por isso, é importante que os familiares, cuidadores e gestores dos Serviços de Saúde trabalhem com atividades que estimulem a autoestima e a percepção que o envelhecimento pode acontecer com menos pesar e com melhores condições de saúde. Um bom trabalho a ser realizado é incentivar o



idoso ao autocuidado para que ele possa melhorar e qualificar seus anos de vida e conscientizá-lo da importância de realizar os tratamentos propostos pelos serviços de saúde.

A qualidade da alimentação tem grande influência na saúde do idoso. Sabe-se que a redução do consumo de alimentos com alta concentração de sal, açúcar e gordura para diminuir o risco de ocorrência de obesidade, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias e doenças cardiovasculares <sup>18</sup>. Apesar de todos os idosos referirem usar pouco sal, açúcar e óleo no preparo dos alimentos, a maioria deles não soube quantificar esse consumo. Sendo assim, são necessárias maiores investigações sobre o consumo desses alimentos, alertando a população idosa sobre os possíveis riscos à saúde quando o seu consumo for excessivo e como identificar os produtos com maiores concentrações desses componentes.

A baixa ingestão hídrica referida evidencia o risco para desidratação no idoso. Dessa forma, familiares e cuidadores devem ser conscientizados da importância da oferta adequada de água diariamente, mesmo que o idoso não solicite o seu consumo <sup>23</sup>. Uma oferta inadequada de água associada a um baixo consumo de fibras predispõe a constipação intestinal, situação frequente entre idosos, devido também a uma maior flacidez das paredes do cólon e diminuição da resposta aos estímulos <sup>24</sup>.

Nos idosos, a disfagia pode ser causada pelo envelhecimento associado a doenças sistêmicas, e acaba interferindo diretamente na nutrição, visto que a modificação da consistência do alimento altera sua densidade energética, tornando o alimento pobre em fibras, vitaminas e minerais, especialmente ferro, vitamina C, folato e betacaroteno <sup>25</sup>. Somado a essa condição, o uso de próteses mal ajustadas e a perda dentária podem dificultar a mastigação, alterando a seleção dos alimentos. Estudos mostram que a perda de

dentes funcionais e o uso de dentaduras resultam em negação de alimentos, especialmente os duros, como frutas e vegetais<sup>26, 27</sup>.

Essa pesquisa mostrou-se bastante interessante, uma vez que trouxe à tona que a fragilidade do idoso não está apenas associada a questões de saúde e envelhecimento, mas também a limitações impostas pelo próprio meio sociocultural no qual o idoso vive. Logo, os resultados desse trabalho poderão fornecer subsídios para implantação de estratégias, programas e políticas de saúde pública para a população idosa, contribuindo assim para que se conheça a magnitude dos problemas dessa população, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco à fragilidade. Os dados dessa pesquisa poderão ser utilizados para futuros estudos com idosos frágeis, extrapolando os limites da área social e da saúde, devendo ser foco de atenção multidisciplinar.

Portanto, as percepções sobre alimentação e nutrição encontradas e associadas com outras características dos idosos frágeis demonstram uma necessidade premente por investimentos, programas e políticas em atenção primária a saúde voltadas para a qualidade de vida e o envelhecimento saudável da população idosa de nosso país.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para a saúde pública. *Revista Brasileira de Estudo Populacional*, São Paulo, v.23, n.1, p.5-26, jan-jun, 2006.
- 2- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n.2, p. 184-200, 1997.

- 3- Parahyba MI, Siões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, v.11, n.4, p.967-974, 2006.
- 4- Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil. Brasil, 2000.
- 5- Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 10 dez 2011.
- 6- Negri LSA, et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.4, dez, 2004.
- 7- Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.8, n.14, fev, 2004.
- 8- Najas MS, Nebuloni CC. Avaliação Nutricional In: Ramos LR, Toniolo NJ. *Geriatrics e Geontologia*. Barueri: Manole, 1ª ed. p.299, 2005.
- 9- Relvas K. Hábitos de compra e consumo de alimentos de idosos nas cidades de São Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Recife. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, p.124, 2006.
- 10- Campos MTFS, Monteiro JBR; Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição, Campinas*, v.13, n.3, dez, 2000.
- 11- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2528 de 19 de outubro de 2006 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.
- 12- BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- 13- Vellas JB, et al. Malnutrition and falls. *Lancet* 1990; 336-1447.
- 14- Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-778, mai-jun, 2003.

- 15- Duncan BB, et al. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. Medicina Ambulatorial. In: SIRENA, S.A., MIROGUCHI, E.H. Promoção e manutenção da saúde do idoso. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 4ª reimpressão, Cap.60, p.577, 2006.
- 16- Moreira DA. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thompson, 2002.
- 17- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.
- 18- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 19- Camarano AA, et al. Como vive o idoso brasileiro? Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.
- 20- Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idosos em unidades de PSF: textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro: Unati/ UERJ, v.7, n.2, p.45-61, 2004.
- 21- Hareven, T. Historical perspectives on aging and family relations. In R. Binstock e L. George (Eds.), Handbook of Aging and Social Sciences, 5th edition, p.141-159. S. Diego, USA: Academic Press, 2001.
- 22- Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Revista de Nutrição, v.3, n.13, p.157-165, 2000.
- 23- Moriguti JC. Suporte nutricional no paciente idoso: definição, diagnóstico, avaliação e intervenção. Medicina Ribeirão Preto, n. 31, p.54-61, jan-mar, 1998.
- 24- Andre SB, Rodriguez TN, Moraes Filho JPP. Constipação intestinal. Revista Brasileira de Medicina, 2000.
- 25- Freitas MIA, et al. Investigação fonoaudiológica de idosos em programa de assistência domiciliar. Einstein, São Paulo, v.5, n.1, p.6-9, 2007.

- 26- Magalhães LMR. Relação entre saúde oral e nutrição em idosos, 2011.
- 27- Piovezan G. Estudo psicossocial das perdas dentárias na terceira idade. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004.