ANDRÉA ABDALA FRANK

NUTRIÇÃO NO ENVELHECER



3ª edição

Atheneu

NUTRIÇÃO NO ENVELHECER

3ª edição

Organizadora e Autora

Andréa Abdala Frank

Mestre em Nutrição Humana pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Doutora em Ciências Nutricionais – UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Nutrição e Dietética – Instituto de Nutrição Josué de Castro – INJC-UFRJ.

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo
2020

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Avanhandava, 126 – 8º andar
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: Adielson Anselme

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

F91n
3. ed.

Frank, Andréa Abdala
Nutrição no envelhecer / Andréa Abdala Frank.- 3. ed.- Rio de Janeiro : Atheneu, 2020.
; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-388-1074-2

1. Geriatria. 2. Idosos- Nutrição. 3. Envelhecimento- Aspectos nutricionais. I. Título.

20-62760 CDD: 618.97
CDU: 616-053.9

Vanessa Mafra Xavier Salgado – Bibliotecária – CRB-7/6644

04/02/2020 11/02/2020

FRANK, A.A.
Nutrição no Envelhecer – 3ª edição

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – São Paulo, Rio de Janeiro, 2020.

1

Aspectos Socioeconômicos e Psicológicos e Sua Relação no Estado Nutricional do Idoso

Ana Maria Florentino • Amanda Azevedo

O caráter dinâmico e abrangente que reveste o desafio da longevidade no contexto contemporâneo, associado aos dados do Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), concluiu que o número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil, deverá crescer muito mais rápido que a média mundial. Enquanto a quantidade de idosos vai duplicar no mundo até o ano de 2050, ela quase triplicará no Brasil: a porcentagem atual, de 12,5% de idosos, deve alcançar os 30% até a metade do século. Ou seja, logo seremos considerados uma "nação envelhecida". A OMS confere essa classificação aos países com mais de 14% da população constituída de idosos, como são hoje a França, Inglaterra e Canadá, por exemplo.

No relatório, a OMS (2015) recomenda que o enfrentamento dessas mudanças deve ser por formulação de políticas em saúde e prestação de serviços de saúde às populações que estão envelhecendo, substituindo os modelos curativos baseados na doença pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades dos adultos maiores. O relatório baseia suas recomendações na análise das mais recentes evidências a respeito do processo de envelhecimento, e observa que muitas percepções e suposições comuns sobre as pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados.

Camargo (2017) expõe que para alguns o envelhecimento pode significar encontro com novos projetos de vida, busca da ressignificação para uma nova existência, conquista da liberdade e um viver com intensidade e felicidade. Assim, passou-se a valorizar a prática da atividade física no envelhecimento como mais uma forma de garantir saúde e jovialidade. Ainda a autora, observa-se que algumas pessoas buscam outros modos de viver o envelhecimento; ao contrário de viver a vida com passividade, procuram protagonizar a própria história por meio da criação de mundos simbólicos, tornam-se mais proativas, conseguindo interagir e conviver como meio de obter qualidade de vida e satisfação pessoal.

Em 2018, a Sociedade Italiana de Gerontologia e Geriatria adotou adiar a velhice em 10 anos, porque hoje, uma pessoa de 65 anos de idade, possui as condições físicas e cognitivas de uma de 40 ou 45, de 30 anos atrás; então, a Itália adota o conceito de idosos a partir da idade mínima

de 75 anos. Hoje, uma pessoa de 70 anos de idade faz aquilo que fazia quando tinha 50, só que com mais experiência e capacidade intelectual. Para retardar isso é preciso tomar iniciativas que produzam riqueza, cultura e vida social (Sigg, 2018).

Na sociedade brasileira, predomina na área urbana uma tendência mais acelerada no processo de envelhecimento, registra projeções para o século XXI de 82% de idosos residindo nas cidades, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, que se apresentam como as mais urbanizadas e, com as melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e oportunidades de melhores alimentação, moradia e assistência médica e social.

Algumas alterações no Estatuto do Idoso estão sendo sugeridas, visando adequá-lo à nova realidade demográfica e social, tendo como parâmetro o princípio básico do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (2002), conhecido como o Plano de Madri, que exige mudanças das atitudes, das políticas e das práticas em todos os níveis e em todos os setores, para que possam se concretizar as enormes possibilidades que oferece o envelhecimento no século XXI.

> Uma sociedade para todas as idades possui metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade. Para trabalhar neste sentido é necessário remover tudo que representa exclusão e discriminação contra eles (Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (parágrafo 19), Madrid, 2002).

Dentre estas, citam a mudança no limite inferior da idade que define a população idosa de 60 para 65 anos. Além de repercutir no nível psíquico, destacando a depressão e a baixa autoestima, devido à aposentadoria; que, além da perda salarial, existe o estereótipo da perda de capacidade para o trabalho.

Um fato que vem despertando a vigilância em saúde é o aumento de suícidios a partir de 70 anos de idade. Depressão é o mais relevante fator explicativo associado a sofrimento físico crônico, perdas, abandonos, solidão e conflitos familiares. Outros como diferenças de gênero, etnia, avanço da idade, questões sociais e traços culturais foram apresentados como determinantes sociais em que os idosos estão expostos e, que se constituem como um problema social emergente de agravo à saúde dos idosos. Há uma preocupação crescente no cenário mundial com a prevenção da depressão e do suicídio, e com a necessidade de fortalecer o apoio do profissional da Atenção Primária e da Saúde Mental (Minayo & Cavalcante, 2015).

No Brasil, com suas profundas desigualdades sociais, este crescimento gera um impacto social com reflexo na saúde do idoso em função das circunstâncias sociais e econômicas em que vive, além de trazer desafios importantes para o sistema de saúde por ainda não estar preparado para lidar com esta demanda nos serviços e o estabelecimento de fontes de financiamento que ajudem a família a cuidar do idoso dependente, tanto no domicílio quanto no hospital. Além da inclusão nos serviços de saúde de ações que possam promover uma morte digna para aqueles que se encontram acometidos por uma doença terminal.

Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é ressaltar que o envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença e para a maioria dos adultos maiores (60-80 anos), a manutenção da habilidade funcional é mais importante e, nesse sentido, buscou-se contribuir para a prática cotidiana do nutricionista, enfatizado num atendimento centrado na

pessoa idosa, em que a relação alimentação–idoso deve pontuar os aspectos psicossociais e econômicos que interferem no acesso, na disponibilidade alimentar e na utilização biológica, influenciando no estado nutricional da pessoa idosa.

Aspectos que interferem na saúde e nutrição no envelhecer

Devido à inserção da mulher no mercado de trabalho, ficam reduzidas as possibilidades de assistência familiar ao idoso, além do que há a transformação daquela família extensa do campo na família nuclear urbana e, com o aumento da expectativa de vida, essas famílias passaram a ser constituídas por várias gerações.

Acrescenta-se a esse fato a dependência econômica dos idosos, que, muitas vezes, em sua maioria, vão residir com familiares próximos, geralmente os filhos, por não ter como se autossustentar, se colocando como um pesado fardo para os filhos. Esses idosos passam a conviver com os netos, gerando conflito de gerações, fato que, aos poucos, vai gera no idoso um sentido de isolamento social, baixa autoestima, entre outros sentimentos negativos, que podem ser as causas para a depressão do idoso, interferindo no seu estado psicológico.

Os fatores de risco para o estado nutricional dos idosos são compreendidos como a característica de ocorrer o aumento de probalidade de problemas individuais comprometendo o seu estado nutricional. Destacam-se: o acidente vascular encefálico (AVE) e os estados demenciais.

Percebe-se que os fatores guardam uma semelhança, salvo as características de cada população. Esses fatores podem se manifestar em diferente idade cronológica. No Brasil, os fatores de risco são semelhantes aos dos Estados Unidos, incluindo a saúde oral e o alcoolismo.

Inúmeros autores de diversos países (Inglaterra, Canadá, Rússia e Estados Unidos) vêm identificando diferentes fatores que põe em risco o estado nutricional do idoso. Esses fatores devem ser identificados num protocolo de consulta ambulatorial, a fim de uma melhor intervenção alimentar e nutricional.

A apresentação desses fatores de risco para o estado nutricional do idoso está agrupada pela sua área de abrangência, de modo que possibilite a identificação da magnitude do problema, sumarizados no Quadro 1.1.

Quadro 1.1
Fatores de risco para o estado nutricional

País	Fatores de risco
Inglaterra	Depressão, DPOC (bronquite e enfisema), gastrectomia, solidão, ausência de dentes/ dificuldade de mastigação
Canadá	Alcoolismo, pobreza, múltiplas medicações, solidão, incapacidade física e mental, perda de peso
Rússia	Dependência, saúde oral deficiente, múltiplas medicações, pobreza, isolamento social, alteração de peso involuntariamente
Estados Unidos	Ingestão inadequada de alimentos, pobreza, isolamento social, dependência, incapacidade, doenças crônicas, utilização de medicamentos, idade avançada

Fonte: White, Jane V. Inc: Nutrition in old age, 1994.

Aspectos socioeconômicos do envelhecer

A situação de desigualdade social no Brasil entre os idosos com mais de 60 anos é verificada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 2012 (Figura 1.1), que apresenta os dados de anos de estudo; previdência; rendimento mensal; de todas as fontes e, o rendimento mensal *per capita*.

Este cenário nos remete a uma reflexão político-social da longevidade, sua repercussão na saúde e no estado nutricional desse indivíduo, no seu processo de envelhecimento (na vida adulta), na fase da terceira idade (idoso de 60 a 80 anos) e na quarta idade (ancião/velhice extrema a partir de 81 anos em diante).

É crescente o aumento da população idosa no trabalho, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2014, aponta que 900 mil idosos entraram na população ocupada entre 2013 e 2014. O grupo de trabalhadores com mais de 60 anos cresceu 12,6% em um ano, maior alta entre todas as faixas etárias. Esse retorno ou a permanência no mundo do trabalho não o faz sair da situação de vulnerabilidade ou do estado de pobreza. O retorno ao trabalho é justificado pelo valor do benefício que é insuficiente para prover as despesas, que só aumentam após a velhice, ou ainda por continuar como o provedor ou provedora da família.

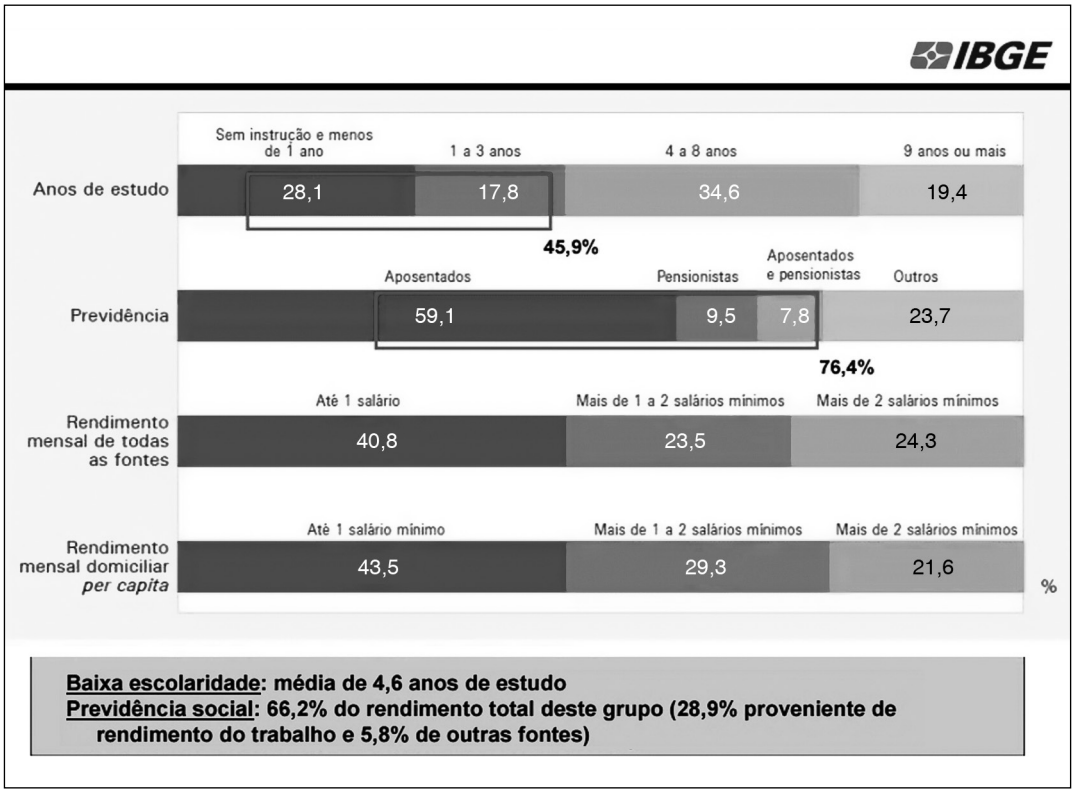


FIGURA 1.1 Distribuição percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo os anos de estudo, a previdência, o rendimento mensal de todas as fontes e o rendimento mensal domiciliar *per capita* – Brasil, 2012.
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, 2012.

Para complementar a PNAD, vamos buscar nas Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) detalhamento das condições de vida da população a partir da investigação dos diversos temas e suas múltiplas aplicações, tais como: contribuir com informações para subsidiar políticas públicas na área social para melhoria das condições de vida da população, incluídas as políticas públicas temáticas nos campos da nutrição, orientação alimentar, saúde, moradia, entre outras. É preponderante no seu exercício profissional que o nutricionista tenha conhecimento dessa pesquisa, por ser útil na definição de estratégias de abordagem ao idoso.

A POF 2002-2003 (IBGE, 2004) analisou os dados sobre a aquisição de gêneros alimentícios e evidenciou que as famílias com renda mensal de até R$ 400,00 designavam 3,6% dos gastos com alimentação para a aquisição de frutas e 3,3% para verduras e legumes. Em contrapartida, as famílias com renda mensal maior que R$ 4.000,00 destinavam 23,5% e 12,7% dos gastos com alimentação para a aquisição de frutas, verduras e legumes, respectivamente.

Essa mesma pesquisa ainda observou que a baixa escolaridade pode influenciar no consumo e na pequena variabilidade de frutas e hortaliças pela adoção de hábitos alimentares inadequados. Assim, à medida que a escolaridade e a renda *per capita* são maiores, aumenta significativamente o consumo de frutas e hortaliças.

Na última POF de 2009,1 observou-se que 72,48%, estão na faixa de < de um quarto do salário mínimo (SM) a mais de 1 a 2 SM (Tabela 1.1). Considerando que na época o salário mínimo foi de R$ 415,00 (quatrocentos e quinze reais) vigente em 15 de janeiro de 2009, data de referência da pesquisa.

Percebamos agora como são as participações nos gastos de consumo segundo grupamentos e que elas diferiram fortemente entre as situações urbana e rural. Para os dois grupamentos mais importantes isso também ocorreu: na alimentação a proporção nos gastos totais da situação rural (27,6%) superou a da urbana (19%); e na habitação essa relação se invertia, com a participação da urbana (36,4%) tendo suplantado a da rural (30,6%).

Tabela 1.1
População residente, absoluta e relativa, segundo as classes de rendimento total e a variação patrimonial mensal familiar *per capita* – Brasil, 2008-2009

Classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar *per capita*	População residente	
	Absoluta	%
Total	190.519.297	100,00
Até 1/4 salário mínimo	12.328.412	6,47
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	27.573.375	14,47
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	47.461.874	24,91
Mais de 1 a 2 salários mínimos	50.727.731	26,63
Mais de 2 a 5 salários mínimos	37.771.022	19,83
Mais de 5 salários mínimos	14.656.884	7,69

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.

[1]Disponível na biblioteca do IBGE: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45130.pdf

Na Figura 1.2, é apresentada a distribuição da renda familiar por tipos de despesas e os maiores gastos estão na moradia (35,9%), seguidos da alimentação (19,8%) e do transporte (19,6%).

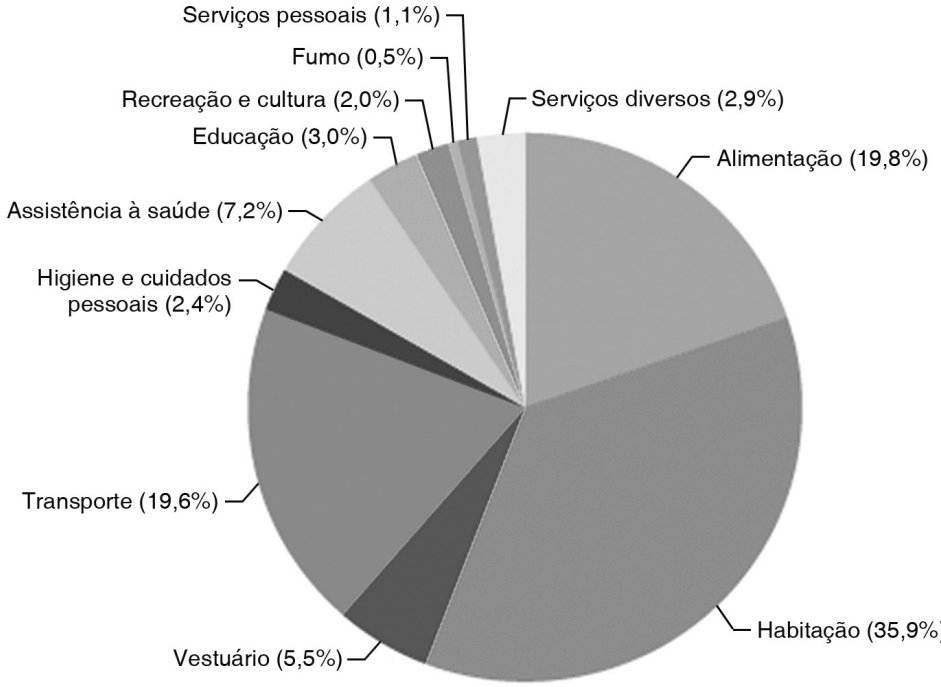


FIGURA 1.2 Distribuição das despesas de consumo monetária e não monetária média mensal familiar, por tipos de despesa – Brasil, 2008-2009.
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.

Este cenário nos faz refletir sobre a questão do Direito Humano à alimentação adequada que

> É um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis (MS, 2014:08).

O consumo de frutas e hortaliças é, em parte, determinado pelas condições socioeconômicas da população. Em estudos recentes, a baixa renda familiar mostrou-se associada a

práticas alimentares inadequadas, especialmente ao baixo consumo diário de frutas, legumes e verduras (Viebig et al., 2009).

Quanto à inadequação desses alimentos *in natura*, pode-se relacionar com a renda mensal *per capita* dos idosos, a qual foi abordada anteriormente e refletir que o consumo de alimentos (os grupos mais afetados são leite e derivados, frutas e carnes) está diretamente relacionado com o nível de renda dessa população de idosos. Com relação aos idosos de renda maior, a inadequação pode estar associada aos fatores sociais, como a solidão e o isolamento social, pelo hábito de suprimir o jantar e no acesso maior aos alimentos não saudáveis.

Nesse sentido, o acesso a uma alimentação saudável em qualidade e quantidade é deficiente, principalmente os grupos das carnes, hortaliças e frutas, leite e derivados. Cabe ressaltar que em estudos recentes sobre consumo alimentar em idosos, principalmente em relação ao consumo de frutas, legumes e verduras, foi verificado uma monotonia nesse grupo.

Outro ponto a ser enfatizado é o crescimento da população idosa, que a faz ser bem vista para a publicidade de alimentos e, é crescente a quantidade de matérias na televisão, rádio, revistas e internet com informações e recomendações sobre alimentação e saúde (MS, 2014:105).

A Estratégia Global em Alimentação, Atividade Física e Saúde, aprovada em 2004 pela Assembleia Mundial da Saúde, com o firme apoio do governo brasileiro (OMS, 2004), orienta o consumo diário de cinco porções ou mais de frutas e hortaliças e o incentivo à atividade física. Essa recomendação objetiva em mudanças de estilo de vida visando a prevenir e minimizar a prevalência mundial das doenças crônicas não transmissíveis. O consumo aumentado desses alimentos atua na redução do risco das principais doenças crônicas, especialmente devido à maior oferta de vitaminas, minerais antioxidantes e fibras alimentares.

Nesse sentido, a Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica (SAS/DAB, 2014), apresentou as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a nossa população no Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2006, que se constitui em uma das estratégias para implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

O Guia Alimentar para a População Brasileira e os Dez Passos da Alimentação Saudável para pessoas com mais de 60 anos (Anexo 1) se constituem como instrumentos para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, bem como para subsidiar políticas, programas e ações que visem a proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população idosa.

Este Guia foi elaborado a partir de cinco princípios:

1. Alimentação é mais que ingestão de nutrientes- alimentação diz respeito à ingestão de nutrientes, como também aos alimentos que contêm e fornecem os nutrientes, a como os alimentos são preparados e combinados entre si, a características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. Todos esses aspectos influenciam a saúde e o bem-estar.
2. Recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo – recomendações feitas por guias alimentares devem levar em conta o cenário da evolução da alimentação e das condições de saúde da população.
3. Alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar social e ambientalmente sustentável – recomendações sobre alimentação devem levar em conta o

impacto das formas de produção e distribuição dos alimentos sobre a justiça social e a integridade no ambiente.

4. Diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares – em face das várias dimensões da alimentação e da complexa relação entre essas dimensões e a saúde e o bem-estar das pessoas, o conhecimento necessário para elaborar recomendações sobre alimentação é gerado por diferentes saberes.
5. Guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares – o acesso a informações confiáveis sobre características e determinantes da alimentação adequada e saudável contribui para que pessoas, famílias e comunidades ampliem a autonomia para fazer escolhas alimentares e para que exijam o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável.

Aspectos psicossociais do envelhecer

O conhecimento dos aspectos psicossociais pelo nutricionista é de suma importância na intervenção alimentar e nutricional do idoso. Muitas vezes, a relação do idoso com a alimentação fica afetada pelas desordens afetivas que os idosos são acometidos, determinando, assim, seu comportamento alimentar, como as perdas de amigos e parentes próximos, isolamento social, ausência de um papel social que o valorize; a própria aposentadoria tem a função de reduzir esta valorização e, ainda, reforça o preconceito do "velho" improdutivo.

A depressão se constitui como um dos maiores problemas psicológicos na saúde do idoso, agravados pela sua inserção social, verificado na etiopatogenia da doença, que é a desordem afetiva, a baixa autoestima, as múltiplas enfermidades e a sua autoimagem (narcisismo negativo). Das enfermidades mais associadas à depressão encontramos as doenças cardiovasculares, reumatológicas, neoplasias, diabetes melito.

Por outro lado, a presença de doenças crônicas não transmissíveis, recentes hospitalizações, traumas e infecções recorrentes predispõem o idoso a risco nutricional. A imposição a uma dieta muitas vezes traz uma reação de negação, a partir do momento que percebem a velhice e, a doença atrelada a ela, a proximidade da morte. Essa negação à dieta é manifestada como: "Se não posso comer o que gosto, é melhor morrer."

Admite-se que as características gerais do comportamento são: não reflexiva; determinada por estímulos, regras e hábitos já aprendidos ou estabelecidos para o controle e direcionamento da conduta e de processos cognitivos e afetivos; sua ocorrência não demanda a interpretação de fatos e situações, e seu domínio de aplicação é intra e interespecífico (Krüger, 1994). Se o comportamento é não reflexivo conforme o exposto, então, o que desencadeia um comportamento?

O comportamento é derivado de um conjunto de ações. Ação e comportamento possuem noções diferentes. A ação é resultante da realidade sociocultural como também das características, condições e processos psicológicos particulares de cada um. Nessa abordagem, a ação reflete uma demanda de autoconsciência; há intencionalidade; depende de atribuição de significado à situação em que as pessoas se encontram ou com a qual se deparam; e é de aplicação intraespecífica (Krüger, 1994).

Portanto, todas as ações praticadas em torno da alimentação, como selecionar os alimentos; preparação dos alimentos; seguir ou não a orientação de uma dieta; a relação afetiva e cognitiva com o alimento; o significado simbólico da "comida", enquanto reflexo do

modo de pensar, sentir e interagir no interior das relações sociais é exemplo que caracteriza o comportamento alimentar na pessoa idosa.

O isolamento social e a solidão fragilizam o idoso, tornando-o suscetível as influências externas, manifestadas na imagem corporal negativa e baixa autoestima. O que repercutirá na qualidade do seu autocuidado, preferindo alimentos de rápido preparo e, muitas das vezes não saudáveis. Com relação às mulheres viúvas e que moram sozinhas, o ato de preparar uma refeição traz recordações do convívio familiar, de confraternização em família, que as fazem optar em realizar as refeições fora da residência ou fazer lanches rápidos.

As condições físicas exercem grande influência no estado nutricional dos idosos, como dificuldades de visão ou de locomoção devido a problemas osteoarticulares, tremores, entre outros e, que acarretam uma maior vulnerabilidade social. Nesse sentido o nutricionista deve avaliar na sua anamnese a capacidade funcional, a qual é verificada por meio das Atividades de Vida Diária (AVD), que subdividem-se em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As ABVD são atividades elementares da vida do idoso e estão relacionadas com o autocuidado: alimentar-se; banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas. As AIVD estão relacionadas com a socialização e o grau de autonomia do idoso: utilizar meio de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças (MS, 2010).

O grau de comprometimento para as ABVD e AIVD é avaliado por meio de escalas e/ou índices. No caso das ABVD, o Índice de Katz (Anexo 2) é recomendado pelo Ministério da Saúde. Da mesma forma, no caso das AIVD, a Escala de Lawton (Anexo 3) é a mais utilizada, constituindo-se uma limitação para a realização das atividades da vida diária (AVD) (MS, 2010).

Portanto, a manutenção da capacidade funcional é de suma importância para a qualidade de vida do idoso. O conceito de capacidade funcional é caracterizado pela manutenção das habilidades físicas e mentais, necessárias para uma vida independente e autônoma. Por isso, para se obter uma avaliação completa do estado de saúde dos idosos, é preciso deixar de lado o conceito de "estado de saúde" ou "ausência de doenças" para utilizar a capacidade funcional como parâmetro.

Outra característica psicológica decorrente do processo de envelhecimento que interfere na relação do idoso com o alimento é a depressão, frequentemente diagnosticada nos idosos. Associa-se ao estado nutricional pela redução de apetite. É desencadeado pela conscientização das perdas funcionais e sociais, comprometendo intensamente sua qualidade de vida, sendo considerada fator de risco para processos demenciais. É uma condição que coloca em risco a vida, sobretudo daqueles que têm alguma doença crônica não transmissível ou incapacitante, pois há uma influência recíproca na evolução clínica do paciente (Aranha, 2007).

Para ilustrar a falta de apetite associada à depressão, relata-se uma experiência ocorrida durante uma atividade de sala de espera, em 2000, realizada por estagiários do curso de Nutrição e a sua preceptora, numa instituição pública de atendimento a idosos localizada na Zona Norte, do município do Rio de Janeiro. Os alunos estavam informando a importância de uma alimentação adequada, o número de refeições ao dia e a função dos alimentos seguindo o Guia Alimentar para a população brasileira. Quando iniciaram o debate com os idosos, uma senhora relatou que ela não tinha nenhuma vontade de comer, que sua rotina era levar a

neta à escola de manhã, voltar e dormir o dia inteiro (não forrava nem a cama para não ter trabalho quando voltasse), e não sentia fome.

As estagiárias se entreolharam, como dissessem: e aí, o que faremos? Na fala daquela senhora havia um problema de desajuste emocional qualquer e não adiantaria encaminhá-la para o ambulatório de nutrição. Foi perguntado se ela gostaria de ser encaminhada para conversar com uma psicóloga, a partir do consentimento, foi referenciada para o serviço de psicologia. Passados dois meses, ela procurou o serviço de nutrição para agradecer o encaminhamento e ainda informou que estava seguindo as orientações dadas naquela sala de espera. Esta vivência demonstra a importância de se identificar nas falas durante uma amnese ou uma atividade educativa a relação que a pessoa idosa estabelece com o alimento e, consequentemente, integrar seu trabalho com a dos outros membros da equipe de saúde.

Considerações finais

A abordagem central deste capítulo foi apresentar os aspectos socioeconômicos e psicológicos que interferem na alimentação e nutrição da pessoa idosa para uma adequação do exercício do nutricionista repensar o papel do nutricionista numa equipe de saúde e na sociedade com o compromisso de apoiar a saúde do idoso e contribuir na promoção de um envelhecer saudável.

É poder acrescentar no debate que não é a prescrição dietética ou a "medicalização" da alimentação que resolverá o problema de saúde do idoso e sim, que a ação de políticas públicas garanta ao idoso e a sua família condições estruturantes para as escolhas individuais e coletivas, com preservação da sua autonomia, o que tornará o idoso protagonista no seu processo de envelhecimento.

Cabe reforçar a necessidade de implementação ou a continuidade e o fortalecimento de políticas públicas que, centrada na integralidade do cuidado e na responsabilização, garantam os centros de convivência ou as Universidades Abertas à Terceira Idade (UNATI) como espaços de promoção da saúde e cidadania.

A falta de difusão do conhecimento da gerontologia e geriatria na formação do nutricionista tem contribuído, decisivamente, para as dificuldades na abordagem alimentar e nutricional da pessoa idosa. A maioria das instituições de ensino superior do país ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica e suas consequências no sistema de saúde.

Referências bibliográficas

Aranha VC. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007. pp. 255-65.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. il.

Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara; 2002. Cap. 6, p. 58-71.

Camargo TCA. (Re) inventando o envelhecimento pelas práticas corporais: escolhas possíveis no cotidiano que se revela na intergeracionalidade. 2017, 91 f. Tese (Doutorado em Ciência do Exercício e do Esporte) – Instituto de Educação Física e Desportos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Claro RM, Carmo HCE, Machado FMS, Monteiro CA. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. Rev Saúde Pública. 2007;41(4):557-64.

Ham RJ. (Guest editor). Primary care: clinics in office practice - nutrition in old age. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994. Volume 21, number 1.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro, 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Krüger H. Ação e comportamento (mimeo). Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 1994.

Organização Mundial da Saúde. Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra; 2015.

Minayo MCS, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio em idosos: uma revisão da literatura (2002/2013). Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, junho de 2015.

Papaléo Neto M, Kitadai FT, Salles RFN, Carvalho MCG. A quarta idade: o desafio da longevidade. São Paulo: Atheneu; 2015.

Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002 / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza MB de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. p. 86: 21 cm. – (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1)

Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. Motriz, Rio Claro, ago/dez 2002, v. 8, n. 3, pp. 91-8. Disponível em: http://www. rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf

63° Congresso Nazionale Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) che si è tenuto a Roma. Quando si diventa "anziani"? Roma alla fine di Novembre del 2018.

Anexo 1

Alimentação Saudável para Pessoas com mais de 60 Anos: Siga os Dez Passos

1. Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições!
2. Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho e trigo pães e massas), tubérculos como batata, raízes como mandioca/macaxeira/aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.
3. Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4. Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
5. Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
6. Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana.
8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.
9. Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
10. Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
www.saude.gov.brnutricao cgpan@saude.gov.br

Anexo 2

Escalas de Avaliação Funcional
Atividades Básicas de Vida Diária – Katz

Atividade	Independente	Sim	Não
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda (pode usar andador ou bengala)		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

Escore: 6 pontos (independência para AVD); 4 pontos (dependência parcial); 2 pontos (dependência importante). Modificado de Katz et al. Gerontologist, 1970; 10:20-30.

Anexo 3

Escalas de Avaliação Funcional
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton

1. Consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2. Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3. Consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4. Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5. Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6. Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7. Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8. Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9. Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1

Atheneu



ACESSE NOSSO SITE:

www.atheneu.com.br

USE O CÓDIGO ABAIXO NO CAMPO DESCONTO

20%

+ 5% no boleto à vista

NUTRIENVELHECER20

E GANHE DESCONTO DIRETO NO CARRINHO!

Promoção válida até 31/12/2020 ou enquanto durarem os estoques.