

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PESSOA  
IDOSA SOBRE A ALIMENTAÇÃO SAUDAVEL – RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

**ROBERTA TAVARES FERREIRA**

**FORMIGA/MG**

**2011**

**ROBERTA TAVARES FERREIRA**

**ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PESSOA  
IDOSA SOBRE A ALIMENTAÇÃO SAUDAVEL – RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família da Universidade Federal de Minas  
Gerais, para a obtenção do certificado de  
especialista.

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

**FORMIGA/MG**

**2011**

**ROBERTA TAVARES FERREIRA**

**ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PESSOA  
IDOSA SOBRE A ALIMENTAÇÃO SAUDAVEL – RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família da Universidade Federal de Minas  
Gerais, para a obtenção do certificado de  
especialista.

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

Banca Examinadora:

Profa Anadias Trajano Camargos – Orientadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte: 10/12/2011

**FORMIGA/MG**

**2011**

*A Deus pelo seu amor que excede todo entendimento.*

*Aos meus familiares e amigos, que sempre incentivaram minha capacitação.*

*Ao Município de Carmo da Mata, que me possibilitou a inserção neste curso de  
especialização.*

*A todos os idosos que conheci ao longo da minha vida e que cativaram meu coração*

## RESUMO

---

Atualmente, observa-se um envelhecimento populacional, levando a um aumento na demanda de doenças crônicas não transmissíveis e que juntamente com as alterações fisiológicas e situações individuais que ocorrem com o envelhecimento, interferem no estado nutricional do indivíduo. Sabe-se que a alimentação é uma necessidade humana básica e como tal é de vital importância para que o idoso tenha uma vida de qualidade. Ressalta-se também que a alimentação é importante para prevenir doenças, bem como evitar agravos na saúde do indivíduo, não devendo, portanto, ser desprezada, nem pelo idoso e nem pela equipe de saúde que assiste ao idoso. Este estudo focaliza as alterações geradas pelo processo de envelhecimento no sistema gastrointestinal porque elas não interferem apenas no apetite em face de diminuição gradativa dos sentidos olfatório, gustativo, visual e tátil, mas também, nas próprias funções do sistema gastrointestinal, que repercute nos processos de absorção de determinados nutrientes e leva a uma maior fragilidade do idoso. Algumas dessas alterações incluem a perda dos dentes; diminuição da produção de saliva e das papilas gustativas o que acarreta dificuldades na mastigação e deglutição dos alimentos. Destacam-se também as medidas relacionadas a uma alimentação saudável, que devem fazer parte das ações trabalhadas pela Equipe de Saúde da Família ao idoso e sua família. Assim, decidiu-se delinear o objetivo do trabalho que é relatar a experiência relacionada a implementação de uma proposta para orientação a pessoa idosa sobre os hábitos alimentares saudáveis. O estudo é descritivo do tipo relato de experiência. O cenário do estudo foi a unidade de Saúde da Família Jardins, localizada no Município de Carmo da Mata/MG. Foram utilizadas as bases de dados de informações do município, como o sistema de informação da atenção básica, cadastro familiar, sistema de informação de pré-natal, sistema de vigilância alimentar e nutricional e fichas de anamnese da alimentação do idoso, artigos, periódicos, teses e dissertações publicadas na Biblioteca virtual de saúde e scielo, bem como livros da área de gerontologia. Os resultados mostraram que a equipe do programa de saúde da família “Jardins” teve a oportunidade de refletir sobre as ações realizadas, e conhecer melhor a realidade dos problemas de saúde enfrentados pelos idosos de sua área de abrangência, o que contribuiu para o planejamento das ações de promoção da alimentação saudável do idoso e execução das atividades propostas. Para concluir destaca-se que para orientar a pessoa idosa sobre a alimentação do idoso requer conhecimento, atenção e principalmente paciência, não apenas por parte da família, como também do próprio idoso, e de toda a equipe que presta cuidados a essa clientela, para que o idoso possa conquistar uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idoso. Equipe de Saúde da Família. Alimentação saudável.

## ABSTRACT

---

Currently, there is an aging population, leading to an increased demand for chronic non-communicable diseases and that coupled with the physiologic and individual situations that occur with aging, interfere with the individual's nutritional status. It is known that food is a basic human need and as such is of vital importance for the elderly have a quality life. We also emphasize that food is important for preventing diseases and avoiding illness in an individual's health and should not therefore be despised, nor even by the elderly by the health team that assists the elderly. This study focuses on the changes generated by the aging process of the gastrointestinal system just because they do not interfere in appetite in the face of gradual reduction of the olfactory senses, taste, visual and tactile, but also in the very functions of the gastrointestinal system, which is reflected in the processes of absorption of certain nutrients and leads to increased fragility of the elderly. Some of these changes include the loss of teeth, decreased production of saliva and taste buds which causes difficulty in chewing and swallowing food. Also noteworthy are the measures related to a healthy diet, which should be part of the actions pursued by the Family Health Team to the elderly and their families. Hence, we decided to outline the purpose of this paper is to report our experience with the implementation of a guideline proposal for the elderly on healthy eating habits. This descriptive study reports on the type of experience. The study setting was the unit of Gardens Family Health, located in the City of Carmo da Mata / MG. We used the databases of information from the municipality, as the information system of primary care, family register, the information system of prenatal care system, food and nutrition surveillance and feeding history sheets of the elderly, articles, journals, theses and dissertations published in the Virtual Library scielo and health, as well as books in the field of gerontology. The results showed that the team of the family health program, "Gardens" had the opportunity to reflect on the actions taken, and learn more about the reality of the health problems faced by the elderly in their service area, which contributed to the planning of actions to promote healthy eating for the elderly and implementation of proposed activities. In conclusion it is emphasized that the elderly person to guide on nutrition for the elderly requires knowledge, attention and above all patience, not only by the family, but also the very old, and the entire team providing care to this clientele to that the elderly can obtain a better quality of life.

**Keywords:** Elderly. The Family Health Team. Healthy Eating

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
<b>1. Introdução</b>	<b>08</b>
<b>2. Objetivo</b>	<b>12</b>
<b>3. Fundamentação Teórica</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Breve histórico sobre a Epidemiologia do envelhecimento</b>	<b>13</b>
<b>3.2 O Processo de Envelhecimento</b>	<b>16</b>
<b>3.3. Programa de Saúde da Família e Promoção da Saúde</b>	<b>18</b>
<b>34. Aspectos nutricionais e alimentação da pessoa idosa</b>	<b>19</b>
<b>4. Metodologia</b>	<b>23</b>
<b>5. Relato de Experiência</b>	<b>24</b>
<b>5.1 – Histórico acerca da Unidade da Estratégia de Saúde da Família “Jardins”, da Descrição do Contexto</b>	<b>24</b>
<b>5.2 – Implementação da proposta da promoção da alimentação Saudável do idoso</b>	<b>26</b>
<b>6. Resultados e avaliação da experiência</b>	<b>28</b>
<b>7. Conclusão</b>	<b>30</b>
<b>Referências</b>	<b>32</b>
<b>Apêndice 1</b>	<b>37</b>

## 1 - Introdução

O tema abordado neste trabalho de conclusão de curso começou a ser despertado em 2009, durante meu ingresso na Unidade de Saúde da Família do Município de Carmo da Mata, mas especificamente quando a equipe iniciou os trabalhos com grupos operativos de hipertensos e diabéticos, onde pude observar a presença de muitos idosos e o despreparo da equipe para atender a população dessa faixa etária, isto é, não se tinha uma preocupação com a promoção da saúde da pessoa idosa. Além disso, observei também que muitos idosos eram obesos e tinham uma vida sedentária e não praticavam nenhum tipo de atividade e lhes faltava mais conhecimento para melhorar a qualidade de vida.

Este fato aguçou a minha inquietação e fez-me, juntamente com os demais membros da equipe de saúde da família, organizar o serviço e as ações de vigilância e promoção da saúde dos idosos, enfatizando a importância da equipe de saúde da família na promoção da alimentação saudável do idoso, já que essa é uma necessidade humana básica que precisa ser atendida e compreendida, uma vez que ela envolve uma série de fatores, sendo assim de muita importância para a promoção da saúde, prevenção de doenças e na reabilitação da saúde.

Além disso, existem poucos estudos sobre a temática, como também o fato de muitos acharem que a alimentação é apenas problema da nutrição. Mas a questão é que, tem aumentado o número de idosos com sobrepesos e conseqüentemente o aumento de idosos internados por condições sensíveis, isto é, que poderiam ter sido prevenidos pela equipe de Programa de Saúde da Família através da Promoção da Saúde.

Assim, como as áreas de promoção da saúde, gerontologia, e principalmente a parte que se refere sobre a alimentação do idoso pouco estudada, principalmente pela equipe de saúde da família, este estudo pode contribuir para uma maior compreensão das necessidades do idoso em relação a sua alimentação, bem como evidenciar a importância de um cuidado individualizado a esses clientes, na perspectiva de um cuidado integral que contribua de forma efetiva para a recuperação e manutenção da saúde desses indivíduos.

Então, torna-se importante que a Equipe de Saúde da Família trabalhe com a promoção da saúde da pessoa idosa com vistas na alimentação saudável, visando melhorar a qualidade de vida da população idosa.

Atualmente, observa-se um aumento do número de idosos, e Costa *et al.* (2001, p. 184) afirmam que:



As populações envelhecem em consequência de um processo conhecido como transição demográfica, no qual há uma mudança de uma situação de mortalidade e natalidade elevadas, com populações predominantemente jovem, para uma situação com mortalidade e natalidade baixas, com aumento da proporção de velhos.

O aumento da expectativa de vida da população leva a uma maior demanda de idosos nos serviços de saúde, o que exige a formação e o preparo de profissionais para atender as necessidades dessa clientela, principalmente quanto a implementação de ações e programas ajustados às peculiaridades decorrentes do processo de envelhecimento e suas repercussões para na saúde do indivíduo.

Sabemos que o envelhecimento é um conjunto de alterações que os seres vivos sofrem com o decorrer do tempo, sendo este processo individual, seqüencial, acumulativo e também irreversível, e que a qualidade de vida dos idosos é influenciada por vários fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais.

Por isso, os estudos e a atualização em geriatria e gerontologia são importantes para que o idoso tenha um serviço que se baseie em suas peculiaridades, garantindo uma assistência de qualidade, ou seja, de acordo com as necessidades e especificidades do idoso.

É importante destacar que com o aumento da expectativa de vida da população, cresce também a incidência de doenças consideradas da “velhice”, das quais se destacam as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que fragilizam o idoso, gerando maior dependência e menor autonomia para a realização das suas atividades diárias. Nesse sentido, torna-se:

Fundamental a implementação de ações em prol da população que envelhece a partir de políticas com foco mais preventivo e menos curativo, mais promocional e menos assistencial; com medidas que incidam sobre fatores essenciais da manutenção da qualidade de vida a essa clientela, pois a velhice passou a ser uma questão de saúde pública, com impacto importante na sociedade, na economia e, principalmente, na saúde pública (PAES e ESPÍRITO SANTO, 2005, p. 193).

Assim, considerando as peculiaridades do cliente idoso, Papaléo Netto (1996, p. 26) diz que:

Há uma necessidade de se buscar as causas determinantes das atuais condições de saúde e de vida dos idosos e de se conhecer as múltiplas facetas que envolvem o processo de envelhecimento para que o desafio seja enfrentado por meio de planejamento adequado.

O cliente idoso apresenta diversas alterações decorrentes do processo de envelhecimento e é importante reconhecer esse processo e suas repercussões no organismo para então, podermos adequar a assistência de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa idosa. Isso porque, como ressalta Caldas (1998, p. 53), cada pessoa envelhece de

uma forma e as alterações ocorrem em tempos diferentes, pois sofre influencia de diversos fatores:

O estilo de vida, a ocorrência de doenças crônicas ou agudas, acidentes, estresse emocional e condições ambientais desfavoráveis contribuem para acelerar o processo de envelhecimento de uma pessoa. Em geral, a medida que se envelhece, os órgãos reduzem o número de células e diminuem o funcionamento.

Neste estudo, destacam-se as medidas relacionadas a uma alimentação saudável, que devem fazer parte das ações trabalhadas pela Equipe de Saúde da Família com o idoso e sua família. É importante que o profissional esteja atento às mudanças que ocorrem com o indivíduo no avançar da idade e também às mudanças no ambiente que o idoso vive, mudanças essas que podem interferir na compra, preparo, consumo e aproveitamento dos alimentos pelo organismo.

Destacam-se também as alterações geradas pelo processo de envelhecimento no sistema gastrintestinal porque elas não interferem apenas no apetite em face de diminuição gradativa dos sentidos olfatório, gustativo, visual e tátil, mas também nas próprias funções do sistema gastrointestinal, que repercute nos processos de absorção de determinados nutrientes. Essas mudanças, também, podem causar problemas como o refluxo e pirose. Algumas dessas alterações incluem a perda dos dentes; diminuição da produção de saliva e das papilas gustativas o que acarreta dificuldades na mastigação e deglutição dos alimentos.

Assim, embora o envelhecimento seja um processo natural, ele submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso (CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000, p.158).

É importante lembrar que não se pode confundir doença com conseqüência normal da idade, e que para cada fase da vida existe uma necessidade específica. E, de acordo com Horta (1979, p.54) as “necessidades humanas básicas são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”. Sendo assim é muito importante que o idoso tenha uma boa alimentação para satisfazer suas necessidades fisiológicas, visto que o envelhecimento produz mudanças importantes que afetam as necessidades de certos nutrientes. É o que afirma Papaleo Netto (1996, p.7):

A terceira idade é uma fase da vida que requer um maior cuidado com a saúde e com a alimentação, visto que com o passar dos anos ocorre uma diminuição da capacidade de manter o equilíbrio homeostático, com o agravante de que é nessa idade que mais se manifestam deficiências orgânicas, como o diabetes, osteoporose e cardiopatias.

De uma forma geral, o idoso pode obter uma condição de vida mais saudável e com mais longevidade, se investir em uma vida saudável, com dieta balanceada, evitando o álcool e o tabaco e principalmente realizando atividade física regular e constante. E, para que isso ocorra é preciso ajuda e intervenção da equipe de Saúde da Família na Promoção desses hábitos saudáveis.

Em relação à nutrição, nessa fase da vida, devem-se realizar algumas modificações na alimentação do idoso buscando melhorar sua qualidade de vida, são elas: redução do consumo de sal para prevenção da hipertensão arterial; redução da ingestão de açúcares devido à alta incidência de diabetes; diminuição do consumo de carne vermelha em função dos sistemas gastrointestinal e renal; deve haver um aumento da ingestão de cálcio e vitaminas D e B-12 e aumentar o consumo de fibras para evitar a constipação intestinal.

É importante lembrar que Equipe de Saúde da Família deve ter uma atenção integrada e humanizada, onde o idoso com suas peculiaridades seja o centro dos cuidados da equipe de saúde, e que as ações sejam voltadas para a promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos, tendo a alimentação e a nutrição como base.

Sendo assim, frente ao vivido na promoção da alimentação saudável do idoso, decidi relatar minha experiência vivenciada no dia a dia no meu local de trabalho. Ao descrever o meu trabalho de conclusão do curso, acredito que o mesmo irá de alguma forma de instigar outros profissionais para terem iniciativas semelhantes considerando melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Assim, justifica-se a importante escolha pelo tema visto a necessidade de ações de promoção de uma alimentação saudável para os idosos e dos problemas enfrentados pelos mesmos devido a uma alimentação inadequada.

## **2 - Objetivo**

Relatar a experiência relacionada à implementação de uma proposta para orientação a pessoa idosa sobre os hábitos alimentares saudáveis.

### 3 - Fundamentação Teórica

#### 3.1 Breve histórico sobre a Epidemiologia do envelhecimento

No dias atuais vem ocorrendo com muita rapidez o envelhecimento da população, isso porque as taxas de mortalidade e de fecundidade têm diminuído. Amaral *et al.* (2004, p. 1618) afirmam que “Os países do chamado terceiro mundo vêm apresentando, nas últimas décadas, um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade”.

Reforçando essa afirmação, Papaleo Netto (1996, p.28), afirma que:

Atualmente, observa-se um aumento da população idosa em todo o mundo. No Brasil, o número de idosos (60 anos ou mais), foi aumentando gradativamente: 4,1% em 1940; 5,1% em 1970; 6,1% em 1980 e o censo de 1991 mostrou que os idosos já são em 7,4% da população e as estimativas apontam que esse número de idosos chegue a 15,1% da população em 2025.

O censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) faz uma projeção de que em 2030, o número de pessoas com mais de sessenta anos chegue a 22,10%, fazendo do Brasil a sexta população mais idosa do mundo (PEREIRA, CURIONE e VERAS *apud* CUNHA, 2005, p.23).

Camarano (*apud* VERAS e CALDAS, 2004, p. 424) afirma ainda que: “quanto menor o número de jovens e maior o número de adultos atingindo a terceira idade, mais rápido é o envelhecimento da população como um todo”.

Segundo Paixão Júnior e Reichenheim (2005, p. 7):

O envelhecimento da população é um fato recente, universal e inexorável. Suas causas são multifatoriais e diferentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas suas conseqüências são igualmente importantes do ponto de vista social, médico e de políticas públicas.

Esse aumento do número de idosos traz sérias conseqüências, não apenas para o indivíduo, mas também para a sociedade e para o sistema de saúde que vivencia um aumento na demanda de idosos em situações crônicas de saúde agravadas pela fragilidade decorrente do processo de envelhecimento e suas repercussões sociais, econômicas e biológicas na saúde desses indivíduos.

Nesse sentido, Brum, Tocantins e Silva (2005, p. 1020), chamam atenção para “os valores negativos que são vigentes em nossa sociedade e constituem o estereótipo do idoso,

como um ser improdutivo, doente, inválido e ultrapassado, em fase final de sua vida, sem objetivos e esperanças”.

Mas, Papaleo Netto (1996, p. 41) ressalta que:

As pessoas não preparam para envelhecer, ocorre uma recusa a pensá-lo ou planejá-lo. Uma razão para isso é a imagem negativa associada a velho/ velhice. Velho é traste, problema, inutilidade, é doença, incapacidade, dependência. Esse é um impacto do envelhecimento para o indivíduo: a perda de seus papéis sociais e o vazio experimentado por não encontrar novas funções.

Diante desse fato, é importante que o idoso mostre a todos que é alguém importante, alguém que tem seu valor, que tem vida e experiência, e não simplesmente alguém que só espera pela morte.

O envelhecimento, para a sociedade, segundo Camacho (2002, p. 231) “é um problema configurado no direito à aposentadoria, com uma renda adquirida por anos de trabalho, e contextualiza-se como um problema de ordem pública”.

(...) O aposentado é definido nesta posição como um elemento que sofre discriminação, levando à inatividade e a seu retorno a casa, determinando uma troca de papéis simbólicos na estrutura familiar e profissional, submetendo-se a uma sociedade que prega a eficiência, a produção e a estética como valores essenciais. (*ibid*)

Logo, tendo como base as afirmações sobre o indivíduo aposentado, é importante conhecer as condições de vida desses idosos, para traçar um planejamento adequado, buscando sempre melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Para isso, Sobral (1994, p. 14) defende “que a aposentadoria não pode ser confundida ou naturalizada como se fosse essência de um sujeito, sem prospectiva”.

Com o envelhecimento da população ocorre um aumento das doenças crônicas-não transmissíveis, fazendo com que haja uma reestruturação dos serviços de saúde, visto que são doenças de curso longo e de difícil tratamento.

Sayeg (1994, p. 25) afirma que “a maior sobrevida da população está ocorrendo com uma transição epidemiológica, passando a prevalecer doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes, doenças ósteo-articulares, demências do tipo Alzheimer e tantas outras crônico-degenerativas”.

Para o setor da saúde, o impacto que o envelhecimento populacional traz é a mudança nas causas de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas dão lugar às doenças crônicas – não transmissíveis (PAPALEO NETTO, 1996, p. 43)

(...) Estas doenças crônicas, comuns das idades mais avançadas, estão se tornando progressivamente mais prevalente em um país como o nosso. Tais doenças não são devidamente controladas, suas complicações enchem as salas de emergências e os hospitais, suas seqüelas ocupam os leitos de retaguarda. Como são doenças crônicas, não podem ser resolvidas rapidamente; aliás, para a maioria, no momento, não a cura possível, obrigando seus portadores a procurarem os serviços de saúde com grande freqüência, havendo necessidade aumentada de recursos materiais e humanos, muitas vezes com tecnologia complexa. Com isso, os custos financeiros também aumentam, levando a uma competição pelos recursos escassos e mal empregados. (*ibid*)

Outro impacto para o sistema de saúde é o aumento das necessidades e dos gastos com recursos humanos e materiais na assistência ao idoso, uma vez que o número de idosos hospitalizados tem aumentado, e essa hospitalização, normalmente é demorada.

Cervato e *et al* (2005, p.43) afirmam que o envelhecimento populacional determina tanto um aumento de recursos humanos e materiais necessários aos serviços de saúde do país, como nos seus custos, visto que, em geral, as doenças que acometem os idosos necessitam de tratamento prolongado e intervenções caras com alta tecnologia.

Daí a urgência de qualificar profissionais de saúde para uma assistência de Promoção da Saúde voltada para os idosos com vistas a melhorar a qualidade de vida dos mesmos, utilizando o mínimo de recursos possíveis, diminuindo assim o impacto do envelhecimento.

Sayeg (1994, p. 26) afirma que:

A preparação de profissionais de saúde, quantitativa e qualitativamente adequados, deve se ajustar às novas demandas, para um atendimento holístico, envolvendo equipes multidisciplinares, pois o idoso requer assistência não só em termos biológicos, como psicológicos, sociais e espirituais.

Há uma urgência para uma avaliação geriátrica que seja não somente eficiente e completa, mas que tenha também um custo razoável (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005, p. 7).

Apesar de todos esses impactos causados pelo aumento do número de idosos, a terceira idade deve ser vista como uma etapa boa da vida, etapa cheia de novas experiências e porque não dizer cheia de produtividade?

Para isso, é importante, conhecermos os aspectos fisiológicos do envelhecimento, uma vez que os idosos apresentam mudanças no organismo que podem alterar os processos fisiopatológicos. Esse conhecimento sobre as mudanças que ocorrem no organismo do idoso é importante para que o profissional de saúde atue de maneira correta para ajudar a melhorar a qualidade de vida aos clientes nessa faixa etária.

### 3.2 O Processo de Envelhecimento

O envelhecimento produz mudanças nas células, nos órgãos e sistemas, e por isso é de suma importância, para o profissional de saúde, saber quais são essas mudanças, para que ele possa identificar o que é o processo de envelhecimento normal (senescência) e o que venha a ser o envelhecimento patológico (senilidade), isso para que o idoso venha a ter uma assistência eficaz e conseqüente qualidade de vida.

Como o processo de envelhecimento envolve vários fatores, diversas teorias têm sido propostas para explicar tal fenômeno. Atualmente, considera-se que o envelhecimento deve-se relacionar com a capacidade de sintetizar proteínas, e segundo Filho e Alencar (1994, p.1):

As proteínas correspondem habitualmente cerca de 15% dos componentes do organismo e são responsáveis não só pela constituição das estruturas dos órgãos, tecidos, e de enzimas, mas também são componentes dos sistemas bioquímicos relacionados à produção de energia.

À medida que uma pessoa envelhece, os primeiros sinais que se notam são físicos: os cabelos embranquecem, a pele enrugada, a atividade física diminui. Cada pessoa envelhece de forma diferente e as alterações ocorrem em tempos diferentes (CALDAS, 1998, p.53).

(...) muitos fatores contribuem para determinar como uma pessoa envelhece. O estilo de vida, a ocorrência de doenças crônicas ou agudas, acidentes, estresse emocional e condições ambientais desfavoráveis contribuem para acelerar o processo de envelhecimento de uma pessoa. Em geral, a medida que se envelhece, os órgãos reduzem o número de células e diminuem o funcionamento. (*ibid*) -

De acordo com Vieira e Glashan (1996, p.25):

Ocorre a perda de substância elástica da pele (elastina) e estas alterações são mais agravadas quando a derme é exposta ao sol, originando as rugas. A pele se torna áspera e seca, sujeita a infecções e a mudanças bruscas de temperatura, devido à diminuição das glândulas sebáceas e sudoríparas

Outros problemas cutâneos enfrentados pelos idosos além da exposição excessiva ao sol são nutrição deficiente e uso de alguns medicamentos.

Sabe-se também que com o envelhecimento há um aumento de colágeno, ou seja, “o aumento de colágeno leva a uma rigidez dos tecidos e dificulta a difusão de nutrientes dos capilares para as células e dos metabólitos das células para dentro dos capilares, havendo assim uma deterioração da função celular” (FILHO, 1996, p.62).

Sendo assim, Caldas (1998, p. 53) reforça que:

No envelhecimento há uma redução no número de células e da quantidade de líquido intracelular na pele. Há diminuição do tecido subcutâneo; o tecido conjuntivo torna-se rígido e diminui a elasticidade; diminui a quantidade de pêlos



no corpo, as unhas tornam-se secas e opacas, diminui o afluxo de sangue, diminui a transpiração. Desta forma a pele torna-se seca e frágil.

Com o avançar da idade, ocorrem também alterações orgânicas, como a diminuição da quantidade de água corporal e potássio, conforme afirmam Filho e Souza (1994, p. 32):

O teor de água do corpo diminui por perda de água intracelular, levando à diminuição da relação fluido intracelular para o extracelular. O potássio total, que na maior parte é intracelular, também diminui. A perda de água e de potássio deve-se preferencialmente à diminuição geral do número de células nos órgãos.

Outra diminuição que ocorre com envelhecimento que é muito importante, pois está ligada ao risco de fraturas é a de cálcio e Menezes (1998, p. 71) afirma que em condições normais, o ser humano começa a perder 0,3 a 0,5% de massa óssea por ano a partir dos 45 anos e que na fase de pós-menopausa, algumas mulheres perdem até 4 % ao ano.

As funções renais e urinárias também sofrem modificações com o passar dos anos. A taxa de filtração glomerular diminui, assim como a função tubular incluindo a reabsorção e a capacidade de concentração (SMELTZER; BARE, 2002, p.1051). Sobre tal fato, Caldas (1998, p. 55) afirma que:

O tamanho dos rins diminui; a quantidade de células funcionais também diminui, assim como a circulação sanguínea para os rins, sendo assim, menos urina é produzida e excretada; ocorre a redução da filtração renal; diminui tônus muscular da musculatura pélvica e da bexiga; diminui a capacidade da bexiga reter urina.

Sabe-se também que com o envelhecimento ocorre um declínio do débito cardíaco, bem como uma tendência de aumento da pressão arterial. Caldas (1999, p.78-79) ressalta que:

O débito cardíaco diminui com o envelhecimento; acumulam-se gordura no pericárdio e no interior dos vasos sanguíneos; a redução da ação de enzimas no coração reduz a força e a velocidade de contração do músculo cardíaco; torna-se menor a capacidade do coração voltar ao normal quando ocorrem doenças ou aumento de atividade; há uma tendência de aumento de pressão arterial. Nos vasos sanguíneos ocorre acumulação de depósitos de gordura e colesterol (arteriosclerose); diminui o retorno venoso ao coração.

Nesse estudo, ressaltam-se as alterações que ocorrem no sistema gastrointestinal com o avançar da idade, alterações essas, que interferem não apenas no apetite, mas também na absorção dos alimentos.

Algumas alterações são descritas por Caldas (1998, p. 55) tais como menor quantidade de ácido clorídrico no estômago, redução da peristalse e do tônus intestinal, menor tolerância

à gordura e na absorção de vitaminas e minerais além da redução no controle esfinteriano do esôfago e intestino.

De acordo com Smeltzer e Bare (2002, p. 775):

A motilidade gástrica diminuída leva ao esvaziamento gástrico retardado, podendo levar a intolerância alimentar, má absorção ou diminuição na absorção da vitamina B. Alterações no intestino grosso: motilidade diminuída e tempo de trânsito retardado, levando a indigestão e constipação. A inervação para o esfíncter anal pode ser comprometida, levando a incontinência fecal.

Somando-se a essas alterações, o idoso também sofre com a perda dos dentes, diminuição da saliva e das papilas gustativas, o que acarreta dificuldades para mastigar e deglutir os alimentos.

Deve-se, portanto, destacar que junto a todas essas alterações, podem estar associadas doenças que interferem no bem estar da pessoa idosa, levando muitas vezes a prejudicar suas atividades diárias, bem como sua alimentação, podendo até mesmo levar os idosos a internações que poderiam ser evitadas com um trabalho efetivo de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

### ***3.3. Programa de Saúde da Família e Promoção da Saúde***

O Programa de Saúde da Família tem as suas ações voltadas para as famílias de sua área de abrangência, onde o seu foco é a Promoção da Saúde e Prevenção de doenças, e não apenas curativo.

De um modo geral na Estratégia de Saúde da Família, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à Unidade Básica de Saúde, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. Onde é dada uma atenção especial ao idoso visando a identificação precoce de seus agravos mais frequentes e sua intervenção, bem como, com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

Assim, “a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras” (COSTA NETO; SILVESTRE, 1999, p.11).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define promoção da saúde (...) como o processo que consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma.

A promoção da saúde preconiza a criação de ambientes saudáveis, bem como a implantação e / ou implementação de políticas públicas saudáveis, envolvendo uma equipe multidisciplinar e intersetorial cujas ações repercutam na qualidade de vida da população.

Assis (2002, p.15) afirma que:

Promover o envelhecimento saudável é, portanto, tarefa complexa que inclui a conquista de uma boa qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que favoreçam lidar com as questões do envelhecimento da melhor maneira possível, considerando os conhecimentos atualmente disponíveis.

Assim, a Equipe de Saúde da Família deve ter uma atenção especial a saúde da pessoa idosa, visando à manutenção de seu estado de saúde, de forma ativa, junto aos seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autonomia máximas possíveis.

#### ***3.4. Aspectos nutricionais e alimentação da pessoa idosa***

A alimentação saudável é um dos pilares para o bem viver, uma vez que ela afeta diretamente a saúde do indivíduo e nesse sentido, a ingestão de diferentes alimentos fornece a energia que pode ser utilizada no desempenho das várias funções corporais, ou armazenada para uso posterior (GUYTON, 2002, p.751).

Juntamente com atividades físicas bem orientadas, a alimentação possibilita um envelhecimento com qualidade de vida. (PRADO; TAVARES, 1998, p.157).

Sabe-se que alterações fisiológicas, doenças crônicas e situações individuais que ocorrem com o envelhecimento, geralmente interferem no estado nutricional do indivíduo, daí a importância de uma avaliação nutricional adequada que considere a individualidade de cada idoso. A avaliação nutricional em idosos, é mais complexa em virtude da maior heterogeneidade entre os indivíduos deste grupo, porque:

A complexidade da avaliação do estado nutricional está no fato de seu valor preditivo estar atrelado a um conjunto de fatores não apenas relacionado às mudanças biológicas da idade, doenças e mudanças seculares, como também às práticas ao longo da vida (fumo, dieta, atividade física) e aos fatores sócio-econômicos (TAVARES; ANJOS. 1999 p.760).

Vale ressaltar alguns fatores que afetam a ingestão alimentar, como os hábitos alimentares e culturais, a confusão mental, a desinformação e a falta de educação alimentar. De acordo com Curiati e Alencar (1994, p. 335-336) as causas da má nutrição em idosos são:

Os fatores sociais e ambientais como baixa renda que pode limitar o acesso a determinados alimentos; o isolamento social e solidão que interferem na quantidade e no preparo dos alimentos que são ingeridos; Doenças físicas e mentais também podem causar má nutrição.

Por isso a pessoa idosa necessita de certas orientações, sendo de suma importância uma educação alimentar e nutricional vinculada com a produção de informações para auxiliar as tomadas de decisões dos idosos.

Cervato e *et al.* (2005, p. 44) ressaltam que “toda e qualquer intervenção nutricional educativa terá maiores chances de sucesso, se promoverem pequenas e confortáveis mudanças, por um longo período de tempo”.

Para a pessoa idosa, algumas recomendações são fundamentais quando adotadas com constância, contribuem na prevenção e no tratamento de várias doenças frequentes nessa etapa da vida:

Para cada problema de saúde na terceira idade, há cuidados com a alimentação que podem contribuir tanto na sua prevenção, quanto no tratamento. São elas: Fazer uma alimentação bem variada; manter um peso saudável, sabendo que a alimentação equilibrada associada à atividade física regular e orientada é essencial para a saúde; evitar excessos de frituras e de gorduras de origem animal; consumir bastante vegetais, frutas e grãos; usar açúcar somente com moderação; e usar sal e sódio somente com moderação. (PRADO ; TAVARES, 1998, p. 157)

A principal função que os profissionais da saúde desempenham nesse contexto é a intervenção alimentar para a prevenção e controle de enfermidades. Nesse sentido, destaca-se o trabalho da Equipe de Saúde da Família Jardins, uma vez que o trabalho é realizado através de uma avaliação clínica do estado nutricional, mediante técnica simples (conhecimento da dieta, história clínica, dados antropométricos, bioquímicos, informações psicossociais, uso de medicamento, estado mental/cognitivo e funcional, bem como a saúde oral), buscando a identificação precoce de indivíduos em risco nutricional para doenças crônicas e o estabelecimento de grupos operativos para orientação, visando redução de risco.

Assim, uma avaliação nutricional é fundamental, para que o idoso seja tratado de forma individualizada e essa avaliação consiste, principalmente, em uma anamnese dietética e médica, exames bioquímicos e antropometria.

Curiati e Alencar (1994, p.343) relatam que para a obtenção de uma história dietética é preciso:

O emprego de um questionário de frequência e padrão alimentar; o interrogatório direto sobre fatores psicossociais que possam limitar o acesso aos alimentos, tais como pobreza, condições de vida, gostos e aversões é parte importante da anamnese, devido à frequência que interferem no estado nutricional dos idosos.

Os exames bioquímicos mais usados para a avaliação nutricional do idoso são a contagem de albumina plasmática, da transferrina, contagem total de linfócitos, hematócrito, hemoglobina e colesterol total. Mas, de acordo com Sampaio (2004, p. 508), deve se ter atenção na interpretação desses exames, pois podem ser influenciados por enfermidades, uso de drogas ou estresse, apesar de detectarem precocemente os problemas nutricionais.

A terceira forma de avaliação nutrição é a antropometria, que é um método fácil e rápido de se executar. As principais medidas antropométricas são peso, altura, espessuras de pregas cutâneas e as circunferências do braço e da musculatura do braço.

Cervi, Franceschini e Priore (2005, p. 766) afirmam que:

Na determinação do estado nutricional do idoso a partir da antropometria, medidas simples como peso, estatura, circunferências (do braço, da panturrilha, do quadril e do abdômen) e pregas cutâneas tricipital e subscapular são muito utilizadas devido às suas vantagens: simplicidade, equipamento de fácil aquisição e custo acessível.

Com o envelhecimento, o corpo sofre algumas alterações, que de acordo com Menezes e Marucci (2005, p. 170) “são importantes de serem avaliadas num plano nutricional”.

O peso e a estatura sofrem alterações que acompanham o envelhecimento, os quais tendem a diminuir. Há diminuição da massa magra e modificação no padrão de gordura corporal, onde o tecido gorduroso dos braços e pernas diminui, mas aumenta no tronco. Em consequência disso, as variáveis antropométricas sofrem modificações, como a dobra cutânea tricipital (DCT) e o perímetro do braço (PB) que diminuem e o perímetro abdominal (PA) aumenta. (*ibid*)

Marchini, Ferriolli e Moriguti (1998, p. 56) afirmam que “uma diminuição acentuada das medidas antropométricas e bioquímicas caracteriza os casos de má nutrição proteico-calórica. Neste caso, há uma deficiência global da ingestão de nutrientes”.

É importante lembrar que a avaliação nutricional deve ser feita em associação de indicadores, como depressão, pobreza, demência, isolamento, alcoolismo, ingestão inadequada de alimento, pouco conhecimento nutricional, entre outros indicadores, uma vez que cada indivíduo apresenta limitações, as quais devem ser complementadas (SAMPAIO, 2004, p. 513).

Ressalta-se que o idoso, devido às várias alterações que ele sofre com o processo de envelhecimento, tem necessidades nutricionais, calóricas, protéicas, de carboidratos, de gorduras, vitamínicas e hídricas. No entanto, não se pode esquecer que cada pessoa é única e que têm necessidades diferentes.

Águila e Dores (1994, p. 74) apresentam orientações flexíveis para o cuidado nutricional à pessoa idosa, são eles:

A dieta deve ser normoprotéica (0,8 a 1,0 g de proteína / Kg de peso ideal); no que se refere a lipídios, a dieta deve ser pobre em gorduras e principalmente em ácidos graxos saturados; a dieta deve ser rica em potássio e cálcio, sendo a recomendação diária de cálcio para os idosos de 1500 mg / dia; os líquidos também são importantes na dieta dos idosos.

As necessidades energéticas situam-se em torno de 35 a 40 Kcal / Kg para os homens maiores de 65 anos e de 33 Kcal a 36 Kcal para mulheres acima dos 65 anos (CURIATI; ALENCAR, 1994, p. 337).

De uma maneira geral, o idoso precisa se alimentar de maneira a fornecer ao organismo os nutrientes necessários em qualidade e quantidades suficientes.

Sendo assim, frisa-se que a alimentação é muito importante na saúde do ser humano. E como já foi dito anteriormente, é de suma importância a promoção da saúde voltada para a nutrição dos idosos, visando a prevenção de doenças e/ou o não agravamento de certas enfermidades, além de ajudar na reabilitação de idosos já doentes.

#### **4. Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da implementação de uma proposta para orientação sobre os hábitos alimentares saudáveis, direcionada aos idosos.

O cenário do estudo foi uma unidade de Saúde da Família – PSF Jardins, pertencente ao município de Carmo da Mata, Minas Gerais, local de trabalho da autora.

De acordo com Gil (2008), estudo descritivo tem como objetivo descrever as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

Pode-se dizer que a pesquisa descritiva abre espaço para novas visões sobre uma realidade conhecida.

O acesso a publicações foi de fundamental importância para subsidiar a construção da proposta de trabalho, constituindo assim o referencial teórico de sustentação da mesma. Assim, foram feitas buscas em periódicos nacionais, consultas em artigos, teses e dissertações publicadas na Biblioteca Virtual de saúde e Scielo, bem como em livros da área de gerontologia.

Foi utilizado também, para esse estudo, bases de dados de informações do município, como o sistema de informação da atenção básica, cadastro familiar, sistema de informação de pré-natal, sistema de vigilância alimentar e nutricional e fichas de anamnese da alimentação do idoso (Apêndice 1), ficha essa, produzida pela equipe de saúde da família Jardins como parte do planejamento para melhoria da promoção da alimentação saudável do idoso.

## **5 - Relato de Experiência**

### **5.1 – Histórico acerca da Unidade da Estratégia de Saúde da Família “Jardins”, da Descrição do Contexto.**

A Unidade da Estratégia de Saúde da Família “Jardins”, localizada à Rua José Domingos Filho, 789, Bairro Jardins, distanciando-se do centro da cidade aproximadamente 5 km. Possui uma equipe de saúde da família com 1 enfermeira, 1 médico, 1 técnica de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde. Conta ainda com uma auxiliar de serviços gerais em meio expediente. Não possui equipe de saúde bucal. A unidade trabalha de 7:00 horas as 16:00 horas ininterruptamente e todos os profissionais da equipe de saúde possuem uma carga horária de 40 horas/semana. O conselho local não é atuante, e reúne apenas quando solicitado para apresentar alguma documentação necessária para aprovação do mesmo.

A unidade encontra-se, atualmente, funcionando em uma casa alugada e adaptada, não possuindo inclusive sala para curativos. Esse procedimento é feito em uma área improvisada, porém, recentemente foi contemplada com recurso para a construção de uma unidade própria.

Segundo dados que fazem parte do Cadastro Familiar e Sistema de Informação da Atenção Básica, vive nesse território uma população de 3.988 habitantes, com 1.165 famílias, sendo aproximadamente 190 famílias na zona rural. Essa comunidade quando necessita de consultas especializadas recorre ao centro de saúde, localizado no centro da cidade (SIAB, 2010).

Em sua área de abrangência ainda, localiza-se a Associação Assistencial de Carmo da Mata (Vila Vicentina), no momento residindo 26 idosos, e também a cadeia pública, atualmente com 14 detentos.

Após o levantamento do local pela equipe de saúde, identificou-se que nesse território existem muitos morros, com pouca pavimentação das ruas. Todos os domicílios desse território têm acesso a energia elétrica, e de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, 88% tem abastecimento de água e rede de esgoto. Nesse território a coleta de lixo acontece 3 vezes na semana (SIAB, 2010).

Ainda de acordo com o SIAB e com o cadastro familiar, 53% da população é masculina e 47% da população é feminina. A população dessa área é constituída por 2% de crianças menores de 1 ano; 5% de crianças 1 a 4 anos; 13% na faixa etária de 5 a 9 anos; 9%



de 10 a 14 anos; 11% de 15 a 19 anos, 49% de 20 a 59 anos e 11% de 60 anos ou mais (SIAB, 2010)

Nessa comunidade foi identificado no cadastro familiar que 178 famílias vivem com renda per capita inferior a 60 reais e que 123 chefes de famílias são analfabetos, que 35% das famílias são de riscos e que apenas 3% da população possuem plano de saúde.

No quadro abaixo, temos algumas características epidemiológicas e assistenciais dessa população, encontradas no cadastro familiar, Sistema de Informação da Atenção Básica, Sistema de Informação de Pré-Natal.

Quadro I, registro de dados sobre a clientela atendida pela equipe do PSF Jardins, 2011.

<b>Diagnóstico epidemiológico da UAPS Marita Lobato Bicalho</b>		
<b>ITEM</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Crianças nascidas com baixo peso (último ano)	6	7,5%
Crianças < de 5 anos com desnutrição moderada ou grave	8	3,5%
Adolescentes grávidas nos último ano	11	1,5%
Adultos e idosos com hipertensão no último ano	511	22%
Adultos e idosos com diabetes no último ano	117	5%
Adultos e idosos com transtornos mentais no último ano	463	19%
Gestantes identificada no último ano	51	100% das gestantes cadastradas
Gestantes de risco habitual no último ano	45	88%
Gestantes de alto risco no último ano	6	12%

Fonte: SIAB, 2010

Observamos a grande quantidade de adultos e idosos com hipertensão arterial, fato este que pode estar relacionado com a não realização efetiva da promoção de hábitos saudáveis, entre eles a falta da promoção da alimentação saudável.

## ***5.2 – Implementação da proposta da promoção da alimentação saudável do idoso***

Anteriormente à proposta, não se tinha um acompanhamento da saúde do idoso e muito menos de sua alimentação. As consultas aos idosos não eram programadas, nem mesmo dos idosos de riscos. A unidade não possuía grupos operativos voltados para os idosos e não realizava o trabalho de sala de espera com os mesmos.

Quando a equipe iniciou um trabalho com os hipertensos e diabéticos da área adscrita ao PSF Jardins, é que foi notado o grande número de idosos com essas patologias. Idosos esses que eram obesos, sedentários e que não tinham nenhuma orientação para melhorar a qualidade de vida. De acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) constatou-se que 25% dos idosos eram obesos e que 8% eram desnutridos.

Após a realização do diagnóstico situacional, no primeiro semestre de 2010, pudemos constatar a situação de saúde dos idosos de nossa área adscrita. Um dos problemas apontados foi a obesidade dos idosos, principalmente entre aqueles que possuíam hipertensão arterial sistêmica e diabetes (92% dos idosos hipertensos eram obesos e 89% dos idosos diabéticos também eram obesos). Percebemos que os idosos eram sedentários e só procuravam a unidade de saúde quando apresentavam alguma intercorrência de saúde.

Assim, a equipe sensibilizou-se para melhorar a qualidade de vida dos idosos da área adscrita, com vistas a promoção da alimentação saudável. Em uma primeira reunião foram levantadas as dificuldades para se organizar o acompanhamento da saúde do idoso, principalmente ao que se refere à sua alimentação. Dentre as dificuldades levantadas detectaram-se grande demanda de pacientes agudos e o acúmulo de tarefas do enfermeiro na Unidade de saúde.

Apontar as dificuldades foi essencial para a equipe organizar as ações de promoção da alimentação saudável dos idosos de nossa área de abrangência. De acordo com Alves e Moulin (2008), o primeiro passo para dimensionar o problema é levantar algumas informações, registrar, organizar e avaliar para realizar as intervenções.

De posse dessas informações, iniciou-se o planejamento de nossas ações. No segundo semestre de 2010, foi elaborada uma ficha-cadastro de anamnese da alimentação do idoso (Apêndice 1), onde todos os idosos da área de abrangência do PSF Jardins deveriam ser cadastrados.

Para isso, todos os agentes comunitários de saúde (ACS) do PSF Jardins, o técnico de enfermagem, a psicóloga e a dentista foram capacitados para o preenchimento da ficha-

cadastro de anamnese da alimentação do idoso, receberam também capacitação acerca da saúde do idoso e alimentação saudável dos mesmos.

Após a capacitação, os agentes comunitários de saúde saíram em busca das informações indo de casa em casa, fazendo todos os registros necessários. E, como os demais membros da equipe também deveriam participar desse processo, ficou decidido que durante os atendimentos dos psicólogos e dentistas, os mesmos também fariam o cadastro de todos os idosos por eles atendidos.

Concluída a parte do cadastro e do levantamento de dados sobre a alimentação do idoso, da área de abrangência do PSF Jardins, foi iniciado o planejamento para o atendimento dos idosos que apresentavam problemas de anorexia, polifagia, diarreia, constipação, dor, emagrecimento, aumento do peso, desidratação e desnutrição. Inicialmente, seria necessário sistematizarmos nossa assistência por meio de um calendário mínimo de atendimento, então optamos por estabelecer, pelo menos 1 (uma) consulta por mês com o médico da unidade para os idosos com algum tipo de problema relacionado à sua alimentação/nutrição.

Para cumprir o calendário, o médico da unidade atende 06 idosos com consultas programadas, todos os dias, intercalando com as demais consultas de demanda espontânea.

Junto com atendimento dos idosos que apresentavam problemas de nutrição/alimentação, foi criado um grupo operativo de idosos, sob a responsabilidade da enfermeira da unidade, mas com a participação de uma equipe multidisciplinar (psicólogas fisioterapeutas, dentistas e médicos). Nesse grupo o tema central é qualidade de vida do idoso e nele são abordados temas como alimentação saudável, construção de hortas, atividade física, prevenção de doenças e promoção da saúde.

## 6. Resultados e avaliação da experiência

No primeiro semestre de 2011 obteve-se um total de 437 idosos cadastrados que pertenciam a área de abrangência, bem como o acompanhamento mensal de todos os idosos que possuíam algum tipo de risco nutricional.

Foi iniciado também o grupo operativo mensal dos idosos com uma participação inicial de apenas 23 idosos. Porém, com a divulgação maciça do grupo na rádio e jornal local, bem como a divulgação positiva dos primeiros idosos a participarem, em 3 meses de grupo já tínhamos uma participação de 62 idosos, levando-nos a realizar atividades com o grupo duas vezes por semana.

A equipe passou a trabalhar também o grupo operativo com os 26 idosos da Associação Assistencial de Carmo da Mata (Vila Vicentina).

Nesse sentido, Victor, *et al.* (2007, p. 725) vem contribuir com o estudo afirmando que:

O trabalho em grupo permite compartilhar experiências e favorece o crescimento mútuo, dentre os tipos de grupos que podem ser formados, optamos pelo grupo operativo que tem como objetivo a promoção da saúde e visa proporcionar aos participantes bem-estar e aprendizagem em termos de resolução das dificuldades e problemas, além de encorajar a ajuda recíproca, em que cada um cuida de si, do outro, da comunidade e do meio ambiente, através de atividades físicas, recreativas, interativas e sociais.

Ainda no primeiro semestre de 2011, foi realizada uma avaliação das atividades de promoção da alimentação saudável com os idosos, com base no sistema de vigilância alimentar e nutricional e no sistema de informação da atenção básica, e constatou-se que o número de idosos obesos diminuiu de 110 para 98, e que os idosos subnutridos passaram de 36 para 31.

Mesmo com a experiência incipiente, a equipe reconhece que tem um longo caminho pela frente, pois a mudança de hábitos não ocorre de uma hora para outra. É preciso muita insistência e persistência para conseguir a adoção de hábitos saudáveis da população idosa, principalmente no que se refere a alimentação.

A equipe com a qual trabalho, também contribuiu com a observação e fornecimento de dados referente à criação de hortas residenciais por parte dos idosos, bem como a prática de caminhadas por um pequeno grupo de idosos (cerca de 19 idosos). E, apesar de contarmos com um número ainda pequeno, temos convicção que iremos trabalhar com a sensibilização para que esse número seja bem superior ao que é hoje.

Sobre a prática de atividades físicas, Salvador, *et al.* (2009, p. 198) afirmam que: “contribui para a manutenção da autonomia, para uma vida ativa e independente e ainda para melhor qualidade de vida na população idosa.”

De acordo com Fernandez, *et al.* (2005, p. 750)

As equipes do PSF são responsáveis pela população residente em um território definido, onde são cadastradas e, com base nestas informações, cada equipe realiza o diagnóstico local sobre as condições sociodemográficas. A partir da identificação dos problemas de saúde prevalentes e situações de risco, é elaborado um planejamento de atuação das equipes.

Assim, o resultado apresentado mostra que a equipe do programa de saúde da família “Jardins” teve a oportunidade de refletir sobre as ações realizadas, e conhecer melhor a realidade dos problemas de saúde enfrentados pelos idosos de sua área de abrangência, o que contribuiu para o planejamento das ações de promoção da saúde do idoso com foco na alimentação saudável e execução das atividades propostas.

## 7 - Conclusão

A alimentação é uma necessidade humana básica e como tal é de vital importância para que o idoso tenha uma vida de qualidade. Ressalta-se também que a alimentação saudável é importante para prevenir doenças, bem como evitar agravos na saúde do indivíduo, não devendo, portanto, ser desprezada, nem pelo idoso e nem pela equipe de saúde que assiste ao idoso.

A alimentação influencia na vida das pessoas da terceira idade, de maneira a poder proporcionar uma vida livre de doenças que podem ser evitadas com uma alimentação correta. Esse estudo veio de encontro a essas necessidades, uma vez que ele tem um aprofundamento teórico da promoção da alimentação saudável do idoso, bem como mostra a necessidade de buscarmos formas de melhorar nossa atuação com esta população, haja vista sua complexidade. A educação em saúde é um dos caminhos possíveis e para uma efetiva Promoção da Saúde é necessário sensibilização, envolvimento e parceria de todos os profissionais da equipe de saúde da família e também dos próprios idosos.

É importante também afirmar que quando a equipe conheceu a realidade de seus idosos, por meio do diagnóstico situacional, foi possível planejar as ações para em seguida implementá-las. E que o processo de avaliação do trabalho permitiu a reflexão da equipe acerca do que foi feito de certo e de errado, mas, no geral foi de grande valia tanto para a equipe quanto para o idoso que tiveram seus vínculos estreitados.

Espero que esse estudo possa contribuir para uma melhor qualidade de vida do idoso, lembrando que a terceira idade não é o fim da vida, e sim mais uma etapa dela, que deve ser vivida e aproveitada ao máximo. E que o idoso venha a ter uma alimentação mais saudável no seu dia-a-dia, com uma participação maior da equipe de saúde da família na promoção dessa alimentação saudável, lembrando que não existe alimento específico para o idoso, uma vez que todos os alimentos em quantidades adequadas são essenciais para o funcionamento do corpo humano.

Algumas recomendações são importantes, como a redução do uso do sal, a ingestão de muita água e também o controle do peso, são atitudes pequenas que ajudam na prevenção da hipertensão arterial. A redução de açúcares e massas evitam a obesidade, e por isso o idoso necessita de uma alimentação balanceada que contenha vitaminas, minerais, proteínas, gorduras e carboidratos na proporção adequada, isto é de acordo com o peso, doenças,

hábitos, condições sócio-econômicas, uso de medicamentos de cada indivíduo previne a desnutrição do idoso.

É importante lembrar que uma dieta rica em ferro ajuda na prevenção da anemia. E que a ingestão de leite e seus derivados são importantes na prevenção da osteoporose, já que são alimentos ricos em cálcio.

Como a digestão do idoso é lenta, sugiro que ele coma em menor quantidade várias vezes ao dia, mais ou menos de cinco a seis refeições por dia, não esquecendo de que mastigando o alimento lentamente ajuda a sua digestão. Além da ingestão de carne, já que estas são essenciais para o bom funcionamento do organismo, sendo que na impossibilidade de comê-las pela falta de dente, ou outros problemas, estas devem ser picadas, desfiadas ou até mesmo batidas no liquidificador.

Finalmente, pode-se afirmar que a alimentação do idoso requer conhecimento, atenção e principalmente paciência, não apenas por parte da família, como também do próprio idoso, e de toda a equipe que presta cuidados a essa clientela.

**Referencias.**

ÁGUILA, M. B.; DÔRES, S. M<sup>a</sup> C. das. Importância da avaliação das condições nutricionais do idoso. *In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Caminhos do envelhecer.* Rio de Janeiro: Revinter, p.73-75, 1994.

AMARAL, A. C. S. *et al.* Perfil de morbidade e de mortalidade de clientes idosos hospitalizados. **Caderno de saúde pública.** Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1617-1626, nov./dez. 2004.

ASSIS, Mônica de. **Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos.** Rio de Janeiro CRDE UNATI UERJ, 2002 p. Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção à Idosos.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Secretaria de gestão no trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T de J. do E. S. da. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto / SP, v.13, n.6, p.1019-1026, nov./dez., 2005.

CALDAS, C. P. Educação para a saúde: A importância do autocuidado. *In: VERAS, R. (org). Terceira Idade: Alternativas para uma sociedade em transição,* p.71-93, 1999.

-----; O processo de envelhecimento. *In: CALDAS, C. P. (org). A saúde do idoso: a arte de cuidar.* Rio de Janeiro: EdUERJ, p.53-56, 1998.

CAMACHO, A. C. L. F. **A gerontologia e a interdisciplinaridade: Aspectos relevantes para a enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.10, n.2, p. 229-233, março/ abril, 2002.



CAMARANO, A. A. (org). **Muito além dos 60: Os novos idosos brasileiro**. Ipea, Rio de Janeiro, 1999 *apud* VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. **Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: O movimento das universidades da terceira idade**. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 423-432, 2004.

CAMPOS, M<sup>a</sup> T. F. de S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. de C. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso**. *Revista de Nutrição*. Campinas / SP, v. 13, n.3, p.157-165, set./dez., 2000.

CERVATO, A. M<sup>a</sup> *et al.* **Educação nutricional para adultos e idosa: Uma experiência positiva em universidades abertas para a terceira idade**. *Revista de Nutrição*. Campinas / SP, v. 18, n.1, p.41-52, Jan./Fev., 2005.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; PRIORE, S. E. **Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos**. *Revista de Nutrição*. Campinas / SP, v. 18, n.6, p.765-775, Nov./dez., 2005.

COSTA, E.F.A.; PORTO, C.C.; ALMEIDA, J.C. *et al.* **Semiologia do Idoso**. *In*: Porto, C.C. (ed). *Semiologia Médica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. cap. 9, p.165-197, 2001.

COSTA NETO, M. M.; SILVESTRE, J. A. **Atenção à Saúde do Idoso – Instabilidade Postural e Queda**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

CUNHA, L. dos.S. **Convivendo e (re)descobrendo potenciais na melhor idade: Um estudo co idosos de um grupo de convivência**. Niterói, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal Fluminense.

CURIATI, J. A. E.; ALENCAR, Y. M<sup>a</sup> G de A. **Nutrição e envelhecimento**. *In*: NETTO, M. P. **Geriatrics. Fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994, p. 335-344.

FERNANDEZ, P.M.F. *et al.* **Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n.3, p.749-755, Jan., 2005.

FILHO, E. T.C. Fisiologia do envelhecimento. *In*: NETTO, M. P. **Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 60-70.

-----; ALENCAR, Y. M<sup>a</sup> G. de. Teorias do envelhecimento. *In*: NETTO, M. P. **Geriatrics. Fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994, p. 1-8.

-----; SOUZA, R. R. de. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. *In*: NETTO, M. P. **Geriatrics. Fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994, p. 31-39.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 750-761.

HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979, P. 38-41.

MARCHINI, J. S.; FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J. C. **Suporte nutricional no cliente idoso: Definição, diagnóstico, avaliação e intervenção**. Medicina, Ribeirão Preto / SP, n.31, p.54-61, jan./mar., 1998.

MENEZES, I. S. Osteoporose. *In*: CALDAS, C. P. (org). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EdUERJ, p.71-73, 1998.

MENEZES, T. N. de; MARUCCI, M<sup>a</sup> de F. N. **Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE**. Revista Saúde Pública, São Paulo, vol.39, n.2, p.169-175, 2005.

MOTTA, J.I.J.; RIBEIRO, Eliana, C.O. **Educação permanente como estratégia na organização dos serviços de saúde**. Março de 2005. Disponível em: [www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)  
. Acesso em Abril de 2011.

PAES, P. F. A.; ESPÍRITO SANTO, F. H. **Limites e possibilidades no cotidiano do familiar que cuida do idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar**. Escola Anna Nery Rev. Enfermagem. 2005, agosto, v.9(2): 192-198.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; REICHENHEIN, M. E. **Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso.** Caderno de saúde pública. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.7-19, jan./fev., 2005.

PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, p.7, 1996.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C.C.; VERAS, R. **Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002.** Textos Envelhecimento. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 36-49, 2003 *apud* CUNHA, L. dos.S. **Convivendo e (re)descobrimo potenciais na melhor idade: Um estudo co idosos de um grupo de convivência.** Niterói, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal Fluminense.

PRADO, S. D.; TAVARES, E. L. Aspectos nutricionais: Alimentação saudável na terceira idade. *In:* CALDAS, C. P. (org). **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: EdUERJ, p.157-163, 1998.

SALVADOR, E.P. *et al.* **A prática de Caminhada como forma de deslocamento e sua associação com a percepção do ambiente em idosos.** Revista brasileira de atividade física e saúde, v. 14, n.3, p.197-205, 2009.

SAMPAIO, L. R. **Avaliação nutricional e envelhecimento.** Revista de Nutrição. Campinas / SP, v. 17, n.4, p.507-514, out./dez., 2004.

SAYEG, M. A. Breves considerações sobre planejamento em saúde do idoso. *In:* SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Caminhos do envelhecer.** Rio de Janeiro: Revinter, p.25-28, 1994.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOBRAL, B. O ser aposentado – A emergência de um ator social. *In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Caminhos do envelhecer.* Rio de Janeiro: Revinter, p.11-14, 1994.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. dos. **Perfil antropométrico da população. Resultados da Pesquisa Nacional sobre saúde e nutrição.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.15, n.4, p.759-768, out./dez. 1999.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. **Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: O movimento das universidades da terceira idade.** Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 423-432, 2004.

VICTOR, J.F. *et al.* **Grupo Feliz Idade: Cuidado de Enfermagem para a Promoção da Saúde na Terceira Idade.** Revista Escola de Enfermagem USP, v. 41, n.4, p.724-730, 2007.

VIEIRA, C. M<sup>a</sup>.; GLASHAN, R. de Q. **Aspectos gerais da anatomia e fisiologia do envelhecimento – Uma abordagem para o enfermeiro.** Acta Paulista de Enfermagem, v.9, n.3, set./dez. 1996.

## APÊNDICE 1

### Sistematização das informações sobre promoção da alimentação saudável do idoso como subsídios à atuação de uma equipe de saúde da família: Ficha de anamnese da alimentação do idoso

Roberta Tavares Ferreira

Equipe de Saúde da Família Jardins – Carmo da Mata / MG

Ficha produzido pela autora, com o apoio da equipe de saúde, como parte do planejamento para melhoria da promoção da alimentação saudável do idoso.

#### 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E ANAMNESE:

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Nº de filhos:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Ocupação:** \_\_\_\_\_

**Renda mínima:** \_\_\_\_\_

**Residência:** ( ) própria ( ) alugada ( ) outros: \_\_\_\_\_

**Mora:** ( ) sozinho ( ) com familiares ( ) com esposa ( ) outros: \_\_\_\_\_

**Internações anteriores:** ( ) não ( ) sim - motivo: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Cirúrgicos:** \_\_\_\_\_

**Medicação em uso:** \_\_\_\_\_

**Hábitos:** ( ) Fuma. Quantidade e há quanto tempo: \_\_\_\_\_

( ) Ingere bebidas alcoólicas. Tipo, quantidade e frequência: \_\_\_\_\_

#### 2 – Condições de sono e repouso:

Como tem sido a condições de sono e repouso do senhor ultimamente (frequência, tempo, satisfação)?

**3 – Hábitos alimentares:**

**O que o senhor costuma comer?**  verduras  legumes  carne branca  carne vermelha  massas  outros: \_\_\_\_\_

**Frequência da alimentação:**  1 vez por dia  2 vezes por dia  3 vezes por dia  
 outros: \_\_\_\_\_

**Aceitação alimentar:**  boa  regular  ruim

**4 – Hábitos Intestinais:**  constipação  diarreia

**Características das fezes:** \_\_\_\_\_

**Características da urina:** \_\_\_\_\_

**5 – Exame físico:**

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_

**Uso de prótese dentária:**  não  sim –  superior  inferior

**Presença de lesões na cavidade oral:**  sim  não

**Deglutição:**  alterada  inalterada

**Paladar:**  Preservado  diminuído  ausente

**6 - Problemas comuns que apresenta:**  anorexia  polifagia  náuseas e vômitos   
 diarreia  constipação  dor  emagrecimento  aumento do peso  desidratação   
 desnutrição  outros: \_\_\_\_\_

**Questões:**

**A – Fale sobre sua alimentação em casa.**

**B – O senhor vê alguma relação entre sua alimentação e a prevenção de doenças? Fale sobre isso.**

**C – Como o senhor gostaria que fosse sua alimentação em casa?**

**D – O senhor gostaria de ter algum auxílio da equipe de saúde da família quanto a alimentação?  não  sim Por que?**

**E – Como é para o senhor a atuação da equipe de saúde da família na promoção da alimentação saudável? O que o senhor gostaria que a equipe mudasse e/ou melhorasse?**