



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

LARRYCYA MAHAYANA OLIVEIRA PESSOA

**ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL DA ALIMENTAÇÃO SERVIDA AOS IDOSOS DO
INSTITUTO SÃO VICENTE DE PAULO: VINCULADO AO LABORATÓRIO
ITINERANTE – PROEAC/UEPB**

CAMPINA GRANDE – PB,

2012

LARRYCYA MAHAYANA OLIVEIRA PESSOA

**ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL DA ALIMENTAÇÃO SERVIDA AOS IDOSOS DO
INSTITUTO SÃO VICENTE DE PAULO: VINCULADO AO LABORATÓRIO
ITINERANTE – PROEAC/UEPB**

Relatório final das atividades desenvolvidas como aluna – bolsista junto ao Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX) Edital 01/2011 (Seleção 2011-2012) da Pró - Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Universidade Estadual da Paraíba (PROEAC/UEPB) apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso junto ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS).

Orientadora: Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama

Área Temática: Saúde
Linha de Extensão: Saúde Humana

CAMPINA GRANDE – PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

P475a

Pessoa, Larrycya Mahayana Oliveira.

Adequação nutricional da alimentação servida aos idosos do Instituto São Vicente de Paulo [manuscrito] : vinculado ao laboratório itinerante – PROEAC/UEPB / Larrycya Mahayana Oliveira Pessoa. - 2012

39 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Ma. Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama, Departamento de Enfermagem”.

1. Idoso. 2. Promoção da saúde. 3. Alimentação saudável. I. Título.

21. ed. CDD 613.043 8

LARRYCYA MAHAYANA OLIVEIRA PESSOA

Trabalho de Conclusão de Curso-
TCC, apresentado ao curso de
graduação em Enfermagem à
Universidade Estadual da Paraíba -
UEPB, como requisito necessário a
obtenção do grau de bacharel em
Enfermagem.


Aprovada em 20 / 06 / 2012

Nota 8,5 / (Oito e meio)


BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. MsC. Jacqueline Santos da FôNSECA Almeida Gama



Prof.^a. MsC. Odete Leandro de Oliveira



Prof.^a Especialista. Jacinta TAVARES Vieira

Campina Grande- PB

Junho/2012

DEDICATÓRIA

Dedico a Teresinha Jesus de Oliveira, minha mãe, que muitas vezes sacrificou seus sonhos para que os meus fossem realizados e a Idelzuíte Oliveira de Souza, minha mãe-avó, por ter sido a peça fundamental para que eu tenha me tornado a pessoa que sou hoje.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me concedido a universidade e me dado forças, iluminando meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida;

A minha mãe Teresinha, por ser tão dedicada e amiga, por abdicar sua vida pela minha, por ser a pessoa que mais me apoia e acredita na minha capacidade. Meu agradecimento pelas horas em que ficou ao meu lado não me deixando desistir e me mostrando que sou capaz de chegar onde desejo;

A minha avó Idelzuíte e meu avô Braz, por estarem sempre torcendo e rezando para que meus ideais sejam alcançados, por terem me mostrado que muitas vezes um gesto marca mais que muitas palavras, por terem um coração bondoso que dedicaram toda sua vida a família, por todo o amor, perdão e sabedoria repassados;

Ao meu pai Marconi, pelo esforço e trabalho, que muitas vezes, mesmo cansado encarou a árdua batalha que é trabalhar no mar e longe da família. Agradeço-lhe todo suor, dedicação e amor, que se não fossem por eles a caminhada teria sido mais difícil;

Aos meus irmãos, primos-irmãos- em especial a Thaís de Oliveira, e tios, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo e por todos os conselhos e confiança em mim depositada meu imenso agradecimento;

Aos amigos e colegas que fiz durante o curso. Pela verdadeira amizade que construímos, em particular, aqueles que estavam sempre ao meu lado (Thaís Vidal, Rilva Maria, Valdenia Maria e Felipe Xavier) por todos os momentos que passamos durante esses cinco anos, meu especial agradecimento. Sem vocês essa trajetória não seria tão prazerosa;

A minha orientadora, professora Jacqueline Gama e a professora Odete Leandro, pelo ensinamento e dedicação dispensados no auxílio à concretização desse trabalho;

As freiras, funcionários e idosos do Instituto São Vicente de Paulo que permitiram a realização do projeto de extensão, pelo acolhimento e oportunidade de me proporcionar o aprendizado teórico e prático;

A todos os professores e funcionários da Universidade Estadual da Paraíba, que contribuíram para minha formação acadêmica, pessoal e social, em especial à professora e coordenadora do curso de Enfermagem, Maria José (Deinha), que me acolheu com tanto amor e me ajudou durante todo o curso.

Olha estas velhas árvores, — mais belas,
Do que as árvores mais moças, mais
amigas,
Tanto mais belas quanto mais antigas,
Vencedoras da idade e das procelas . . .
O homem, a fera e o inseto à sombra delas
Vivem livres de fomes e fadigas;
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E alegria das aves tagarelas. . .
Não choremos jamais a mocidade!
Envelheçamos rindo! Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,
Na glória da alegria e da bondade
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!

(Olavo Bilac)

RESUMO

Introdução: No Brasil, assim como no mundo todo, o envelhecimento vem crescendo em ritmo acelerado. Sendo de fundamental importância criar estratégias para a promoção e prevenção da saúde dos idosos, visando à melhor qualidade de vida daqueles que residem em instituições de longa permanência. **Objetivo:** Avaliar nutricionalmente os idosos e propor uma alimentação balanceada beneficiando a qualidade de vida destes, respeitando as condições da instituição. **Metodologia:** As atividades do projeto de extensão foram desenvolvidas no Instituto São Vicente de Paulo, localizado na cidade de Campina Grande-PB, em outubro de 2011 a maio de 2012. Participaram 36 idosos de ambos os sexos, independentes e lúcidos. Para a verificação do padrão alimentar, avaliou-se o grau de satisfação sobre os alimentos fornecidos, o tipo de alimento e a frequência em que eram servidos. Além disso, avaliou-se cuidados gerais (estilo de vida, uso de medicação e mobilidade), dieta (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos) autonomia para comer, e visão pessoal dos idosos. O peso foi determinado por balança digital com capacidade para 150 kg e ocorreu com o indivíduo usando apenas o vestuário e sem sapatos. A medida da altura foi obtida com a régua de 200 cm que é acoplada à balança. Para tanto, o indivíduo permaneceu em pé, olhando para frente (linha de visão horizontal) com o esquadro com ângulo de 90° sob a cabeça do indivíduo para obter segurança da altura. Para as palestras foram abordados os respectivos temas: Alimentação Saudável, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, e, Obesidade e Desnutrição, através da comunicação oral e exposição de frutas. **Resultados e Discussão:** Dos 74 idosos institucionalizados, 36 participaram das ações do projeto de extensão, destes, 16 são do sexo masculino e 20 do sexo feminino, com faixa etária entre 60 a 97 anos. Sendo possível observar que a metade dos homens apresentaram IMC ≥ 27 kg/m², configurando sobrepeso e de forma inversa quase metade das mulheres apresentaram baixo peso com IMC ≤ 22 , indicando um risco maior de desnutrição. Sobre a alimentação oferecida pela instituição aos idosos foi observado a inclusão de carne vermelha, cereais, legumes e leguminosas, frutas e hortaliças, aves, peixes, ovos e laticínios, entretanto a aceitação das frutas e hortaliças não é satisfatória. Verificou-se também que a ingestão de água é em média 04 copos por dia e que eles não gostavam ou não praticavam atividade física. Este resultado nos alerta quanto à prestação de cuidados dos profissionais de saúde em motivar os idosos para uma alimentação adequada e saudável, e a uma vida ativa com prática de exercícios diários levando em conta a boa alimentação e a manutenção do estado nutricional e corporal que interferem positivamente em uma maior sobrevida. **Conclusão:** Promover a saúde não é tão fácil, é necessário mais do que o acesso a serviços médico assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população, ou seja, é necessário trabalhar com a ideia de que promover a saúde é um dever de todos.

Descritores: Alimentação Saudável; Idosos Institucionalizados; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, as well as around the world, aging is growing apace. Which is paramount in creating strategies for health promotion and prevention of the elderly in order to better quality of life of those residing in long-stay institutions. **Objective:** To evaluate the elderly nutritionally balanced diet and propose a benefit to quality of life, respecting the conditions of the institution. **Methodology:** The project activities were developed in the Extension Office St. Vincent de Paul, located in the city of Campina Grande-PB, in October 2011 to May 2012. Participants were 36 elderly individuals of both sexes, independent and lucid. For the assessment of dietary patterns, we assessed the degree of satisfaction about the food provided, the frequency and type of food that were served. In addition, we assessed general care (lifestyle, medication and mobility), diet (number of meals, food and fluid intake) autonomy to eat, and personal vision of the elderly. The weight was determined by digital scale with a capacity of 150 kg and occurred only with the individual wearing the clothing and without shoes. The height measurement was obtained with the strip 200 cm which is coupled to the scale. For this purpose, the individual remained standing, looking straight ahead (horizontal line of sight) with the square with 90-degree angle under the head of security for individual height. For the lectures were approached their topics: Healthy Eating, Diabetes and Hypertension, and Obesity and Malnutrition, by oral communication and display of fruit. **Results and Discussion:** Of the 74 elderly subjects, 36 participated in the activities of the extension project, of whom 16 are males and 20 females, aged between 60-97 years. As can be seen that half the men had $BMI \geq 27 \text{ kg / m}^2$, setting overweight and an inverse almost half of women were underweight with a $BMI \leq 22$, indicating a higher risk of malnutrition. About the food offered by the institution for the elderly was found to include red meat, cereals, vegetables and legumes, fruits and vegetables, poultry, fish, eggs and dairy, however the acceptance of fruits and vegetables is not satisfactory. It was also found that drinking water is on average 04 cups a day and that they liked or did not exercise. This result warns us about the care of health professionals to motivate seniors to adequate food, healthy and active lifestyle with daily exercise taking into account the supply and maintenance of good nutritional status and body that interfere positively a longer survival. **Conclusion:** Promoting health is not so easy, it takes more than access to medical care quality, we must address the determinants of health in all its amplitude, which requires healthy public policy, an effective intersectoral coordination of power public and mobilizing the population, ie, we must work with the idea that promoting health is a duty for all.

Keywords: Healthy Eating; Institutionalized Elderly; Health Promotion.

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 - Pontos de corte do IMC e estado nutricional para idosos.....	16
FIGURA 1 - Aferição do peso e altura no idoso.....	22
TABELA 2 –Distribuição do estado nutricional dos idosos institucionalizados, segundo o IMC por sexo.....	23
TABELA 3 - Frequência de participação dos idosos nas palestras.....	25
FIGURA 2 - Palestra sobre alimentação saudável.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS E METAS.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Metas.....	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO.....	13
3.1 Alimentação saudável para idosos.....	13
3.2 O estado nutricional e sua influência na saúde do idoso.....	15
3.3 Educação em saúde para a população idosa.....	16
3.4 Atuação da Enfermagem na promoção da saúde do idoso.....	18
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	22
5.1 Avaliação do Estado Nutricional.....	22
5.2 Adequação Alimentar.....	23
5.3 Educação em saúde: palestras.....	25
5.4 A divulgação dos resultados das atividades de extensão em eventos específicos da área.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICES.....	33
ANEXOS.....	37

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento se apresenta atualmente como um fenômeno mundial. Ouvimos com frequência que o Brasil não é mais um país jovem. Os idosos que representavam apenas 3,2% da população geral em 1900 e 7,3% em 1990 representam atualmente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, obtidos através do censo demográfico de 2010, 12% da população brasileira, o que perfaz um total de 18 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade e estima-se que haverá cerca de 34 milhões de idosos em 2025, fazendo com que o Brasil possua a sexta maior população idosa do mundo (IBGE, 2010).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo a população de 80 anos ou mais a mais crescente e poderá passar dos atuais 11% para 19% em 2050 (FREITAS, 2004). Esse aumento da expectativa de vida deve-se aos avanços da medicina, da melhora na área educacional, do aumento dos investimentos ligados ao campo social e do desenvolvimento econômico e tecnológico que contribuíram para a melhora da qualidade de vida da população, e conseqüentemente fizeram com que as pessoas passassem a viver mais (SILVA, CARVALHO, BELCHIOR, 2007), associado à tendência da redução das taxas de fecundidade e mortalidade, passam a produzir aumento significativo no quantitativo de idosos.

A diminuição das taxas de fecundidade e de mortalidade da população contribuiu para o aumento rápido e intenso da população idosa no Brasil. Concomitantemente a esse processo, houve mudanças no modo de vida das famílias brasileiras com a modernização da sociedade, através da frequente inserção da mulher no mercado de trabalho, diminuição do tamanho das famílias e desarranjos familiares e a falta de tempo na vida atual fragilizaram o cuidado e atenção ao idoso (OLIVEIRA, 2003; MEDEIROS, 2004).

Estes fatores contribuíram para que o cuidado de idosos, antes destinado à família, especialmente às mulheres, passasse a demandar cada vez mais a outros agentes (ARAÚJO, 2011). Somado a essas modificações, a escassez de alternativas para as famílias manterem seus idosos em casa e a questão dos idosos sem referência familiar ou acometidos por enfermidades crônico-degenerativas estimulam a demanda por internações em Instituições de Longa Permanência para Idosos- ILPI.

Contudo, não houve tempo suficiente para que o país se capacitasse para lidar de modo adequado com esta população. São visíveis as situações relacionadas ao preconceito,

marginalização social, pobreza, abandono, doenças, incapacidades e baixa qualidade de vida dos idosos brasileiros, o que requer dos poderes públicos e das políticas sociais, cumprimento e implementação de leis, serviços, benefícios, programas e projetos direcionados para a promoção e garantia dos direitos das pessoas idosas.

Sabe-se que o processo de envelhecimento humano varia nas pessoas, sendo influenciado tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos (NIEMAN, 1999), e apesar de ser um processo natural, irreversível e não-patológico do organismo, o envelhecimento, provoca diversas alterações anatômicas, fisiológicas e metabólicas, que refletem nas condições de saúde e nutrição do idoso. Muitas dessas mudanças são progressivas, ocasionando efetivas reduções na capacidade funcional, desde a sensibilidade para os gostos primários até os processos metabólicos do organismo (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELLAS, 2000). As alterações morfológicas, biológicas, bioquímicas e psicológicas, provocam a diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, que terminam por levá-lo à morte (CHOCHAMOVITZ, 2004).

O organismo que envelhece, também, vai sofrendo alterações dentro do contexto nutricional, perda progressiva de massa corpórea magra, assim como mudanças na maioria dos sistemas orgânicos (GONÇALVES; PERPÉTUO, 2000). A idade crescente altera os requisitos de nutrientes; os idosos precisam de menos calorias e de uma dieta saudável, mais rica em nutrientes, em resposta às alterações na massa corporal e estilo de vida mais sedentário (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

Com a institucionalização, o idoso tende a alterar sua rotina diária, sobretudo na alimentação, o que pode acarretar modificações de hábitos alimentares e conseqüentemente fragilizar a saúde desses indivíduos. A nutrição, a saúde e o envelhecimento estão relacionados entre si, logo, a manutenção de um estado nutricional adequado e a alimentação equilibrada, estão associados a um envelhecimento saudável (STANGA *et al.*, 2005).

Portanto, o adequado valor nutritivo dos alimentos, bem como a quantidade em que os alimentos são servidos e ingeridos estão diretamente relacionados com a saúde do indivíduo. Salienta-se que a alimentação adequada é de extrema importância para essa faixa etária, tanto para a manutenção quanto para a recuperação do estado nutricional adequado (FRANK; SOARES, 2002).

Todavia, com o aumento da população idosa, inclusive nos asilos, suas características e seus problemas de saúde determinam a necessidade de se buscar compreender os fatores que afetam o hábito alimentar desse grupo etário, visto que as alterações inerentes à idade, como

doenças crônicas, incapacidades e alterações fisiológicas contribuem para tornar o referido grupo vulnerável do ponto de vista nutricional.

Desta forma, a utilização de medidas antropométricas simples, como peso e estatura (Índice de Massa Corpórea) para diagnóstico do estado nutricional e a aplicação de questionários de consumo alimentar, constituem meios para se conhecer o perfil de alimentação e nutrição do idoso, provendo dessa forma, qualidade de vida e redução da morbimortalidade através de intervenções precoces.

Com isso, a extensão universitária é a possibilidade que o estudante tem de colaborar com a nação, socializando o conhecimento, estreitando as barreiras existentes entre a comunidade e a universidade. Trata-se do relacionamento entre a teoria e a prática, ou seja, faz com que o conhecimento ultrapasse as salas de aula, indo além, permitindo o aprendizado também pela aplicação, fazendo e praticando (SILVA, 1996).

Nesse contexto, podemos informar que a Universidade Estadual da Paraíba respaldada no art. 207 da Constituição Federal de 1988, contempla o princípio da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. Para tanto, “A Extensão Universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade.” (CORRÊA, 2007, p. 17). E, é nesse âmbito que a UEPB insere-se através da práxis política e social, apresentando as experiências e ações extensionistas nas diversas áreas do conhecimento.

De acordo com o Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras – FORPROEX (2006), as áreas temáticas para a classificação das Ações de Extensão Universitária são: Comunicação, Cultura, Direitos Humanos, Educação, Meio Ambiente, Saúde, Tecnologia e Produção, Trabalho. Todas as atividades de extensão deverão ser sempre classificadas também segundo as Linhas de Extensão, assim denominadas a partir de 2006 (FORPROEX, 2006), propondo – se que as atividades sejam classificadas em uma única linha. No sentido de facilitar a classificação sobre a produção da extensão foram definidas 53 linhas de extensão. Este projeto se enquadra na linha de extensão *Saúde Humana* (46. 2006) onde se trabalha a promoção da saúde das pessoas, famílias e comunidades; humanização dos serviços; prestação de serviços institucionais em ambulatórios, laboratórios, clínicas e hospitais universitários; assistência à saúde de pessoas em serviços especializados de diagnósticos, análises clínicas e tratamento; clínicas odontológicas, de psicologia, de enfermagem, entre outras.

2 OBJETIVOS E METAS

2.1 Objetivo geral:

Avaliar nutricionalmente os idosos e propor uma alimentação balanceada beneficiando a qualidade de vida destes, respeitando as condições da instituição.

2.2 Metas

- Realizar avaliação antropométrica dos idosos institucionalizados;
- Oferecer sugestões para melhorar a alimentação desses idosos, visando torná-la mais eficaz para o processo nutricional, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas.
- Realizar palestras educativas sobre alimentação saudável e prática de atividade física, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, obesidade e desnutrição.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Alimentação saudável para idosos

O envelhecimento está relacionado com alterações fisiológicas que afetam a necessidade de vários nutrientes. O consumo alimentar dos idosos sofre alterações decorrentes de diversos fatores comuns ao processo de envelhecimento (diminuição da acuidade para o sabor e o aroma, diminuição do fluxo salivar, deficiência no desempenho mastigatório), os quais acarretam diminuição do estímulo para se alimentar (SCHIFFMAN, 1994; HICKSON, 2006).

Em geral, os idosos apresentam dificuldades na manutenção da ingestão energética e de nutrientes adequada, através de alimentação balanceada (JENSEN *et al.*, 2001). O estado nutricional do idoso é também dependente das condições sociais e é influenciado pela presença de doenças crônicas e uso de medicações, que podem algumas vezes, gerar interações indesejáveis com os nutrientes (OMRAN, 2002).

Além das alterações fisiológicas, doenças psicológicas como a depressão causada pela viuvez, exclusão social, solidão, abandono, baixa auto-estima e doenças neurológicas como as demências (FRANK, 2004; SUOMINEN, 2005; MACHADO, 2006) também podem dificultar o consumo de alimentos e afetar o estado nutricional de idosos.

Os idosos são um grupo de risco para a má nutrição, condição caracterizada por um excesso, déficit ou desequilíbrio de nutrientes ou energia ingeridos em relação às necessidades nutricionais de cada indivíduo. Nesta faixa etária podem encontrar-se indivíduos representativos destes dois extremos, desde a desnutrição à obesidade (HARRIS, 2000; RONDANELLI, 2001; BALES, 2004; DAPCICH, 2004). Além disso, esses indivíduos apresentam uma capacidade diminuída de recuperar perdas nutricionais, e a maioria não atinge o requerimento energético-protéico suficiente para corrigir as deficiências nutricionais (WAITZBERG *et al.*, 2000).

A ingestão energética total é determinada primeiramente pela necessidade de energia. E essa necessidade de energia será satisfeita pela ingestão de alimentos, onde o planejamento das necessidades nutricionais do idoso deve basear-se no peso, no tipo e intensidade da atividade física e nas patologias associadas.

No que diz respeito à ingestão de nutrientes, os carboidratos, a principal fonte de energia, devem fornecer 55 a 60% das calorias diárias. Deve-se evitar os açúcares simples e incentivar os carboidratos complexos: batatas, grãos integrais, arroz escuro e frutas

proporcionam também minerais, vitaminas e fibras; deve-se incentivar a ingestão desses alimentos, muito embora sejam difíceis de preparar e mastigar. Com frequência, os alimentos comercializados apresentam baixo teor nutricional e grande quantidade de sódio em relação ao número de calorias que possuem. Deve-se considerar que a redução do consumo de sódio diminui os riscos de hipertensão (FURLANETO; NATALI, 2002).

Em relação à ingestão de proteína, Brunner e Suddarth (1994) afirmam que deve permanecer igual na fase tardia da vida adulta, ou seja, devem compor 10 a 15% das calorias da dieta. Os cereais e as leguminosas (feijão, soja, grão de bico, lentilha e ervilha) são fontes baratas e excelentes de proteínas e fibras. As carnes vermelhas, o leite integral, ovos e queijo devem ser substituídos por galinha, peixe e laticínios com pouco teor de gordura para que haja quantidade adequada de proteína e reduzido consumo de gordura.

Mitchell *et al.* (1978) ressaltam que os lipídios são a maior fonte de calorias e costumam ser o componente invisível dos alimentos. A gordura dá sabor aos alimentos e sacia rapidamente a fome, entretanto, como ocorre decréscimo da capacidade de absorção e digestão à medida que a idade avança, o excesso de gordura pode ser de difícil digestão e trazer desconforto para as pessoas idosas. O quadro agrava-se quando a quantidade e qualidade de gordura ingerida relaciona-se com aumento de colesterol nos níveis sanguíneos, e com a incidência de arteriosclerose.

Além de apresentar redução das enzimas digestivas o idoso possui alteração do paladar, especialmente para o doce, que o induz a consumir este tipo de alimento em quantidade excessiva. O paladar alterado pode contribuir, ainda, para a preferência por alimentos salgados e bastante temperados. Nesse caso, deve-se incentivar o uso de ervas, cebola, alho e limão como substitutos do sal para acentuar o sabor dos alimentos (FURLANETO; NATALI, 2002).

Contudo, a má nutrição pode ser evitada pelo preparo de alimentos concentrados, mais ricos em calorias, proteínas, vitaminas e minerais e com sabor agradável, como forma de incentivar e garantir um melhor consumo alimentar, visto que a idade e a nutrição tem uma forte correlação com a prevalência e gravidade de doenças (GOLDMAN; COHEN, 1983).

3.2 O estado nutricional e sua influência na saúde do idoso

A avaliação do estado nutricional tem dois objetivos: identificar os pacientes com risco aumentado de apresentar complicações associadas ao estado nutricional, para que possam receber terapia nutricional adequada e monitorizar a eficácia da intervenção dietoterápica.

O Índice de Massa Corporal (IMC), expresso pela relação entre o peso corporal em kg e estatura em m^2 , é amplamente utilizado como indicador do estado nutricional por sua boa correlação com a massa corporal ($r \approx 0,80$) e baixa correlação com a estatura (SANTOS; SICHIERI, 2005).

O IMC foi criado por Quetelet, sendo, por isso, também denominado de índice de Quetelet. Sua utilização na prática clínica foi proposta há três décadas. É considerado por diversos autores o melhor indicador de massa corporal no adulto, porém outros autores chamam atenção para três limitações do IMC: 1) relação com a proporcionalidade do corpo, pessoas com as pernas curtas para a sua altura terão IMC aumentado; 2) relação com a massa livre de gordura, especialmente em homens, pois atletas e indivíduos musculosos podem ter IMC na faixa da obesidade; 3) relação com a estatura, que, apesar de baixa, pode ser significativa, especialmente em menores de 15 anos (GIBSON, 1993, p. 15).

De acordo com Johnson e McClearn (2008), a antropometria é uma técnica desenvolvida por antropologistas no final do século XIX, usando medidas simples para quantificar diferenças na forma humana, porém a era moderna da antropometria nutricional se iniciou durante a primeira guerra mundial com a preocupação com a eficiência física dos soldados. É o método não invasivo de baixo custo e universalmente aplicável, disponível para avaliar o tamanho, proporções e composição do corpo humano. Permite a obtenção de muitas informações, porém o peso, a altura, suas combinações e pregas cutâneas são os métodos antropométricos mais utilizados em estudos epidemiológicos.

Segundo a OMS (2000), o estado nutricional expressa o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas, para manter a composição e funções adequadas do organismo resultando do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes.

As alterações do estado nutricional contribuem para aumento da morbimortalidade. Assim sendo, a desnutrição predispõe a uma série de complicações graves, incluindo tendência à infecção, deficiência de cicatrização de feridas, falência respiratória, insuficiência cardíaca, diminuição da síntese de proteínas a nível hepático com produção de metabólitos anormais, diminuição da filtração glomerular e da produção de suco gástrico.

Por outro lado, o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para variado número de agravos à saúde, dos quais os mais frequentes são doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, diabetes mellitus tipo 2, colelitíase, osteoartrite (especialmente de joelhos), neoplasia maligna de mama pós-menopausa e de endométrio, esofagite de refluxo, hérnia de hiato e problemas psicológicos (WHO, 1998, p. 15)..

Como o processo de envelhecimento acarreta alterações corporais, as quais 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 dos idosos sofrem modificações em relação aos pontos de corte do adulto (MENEZES; MARUCCI, 2005). A tabela abaixo mostra os valores do IMC para pessoas idosas.

Tabela 1- Pontos de corte do IMC e estado nutricional para o idoso.

IMC	ESTADO NUTRICIONAL
≤ 22 (menor ou igual a 22)	Baixo peso
> 22 e < 27 (entre 22 e 27)	Peso adequado
≥ 27 (maior ou igual a 27)	Sobre peso

Fonte: Brasil, 2004

A adequada avaliação do estado nutricional permite identificar os indivíduos com risco de desenvolver doenças crônicas, possibilitando uma intervenção adequada e, conseqüentemente, um bom prognóstico (SAMPAIO, 2004). Desta forma, os critérios de diagnóstico e dados de referência devem ser bastante específicos em razão das alterações que geralmente acompanham o processo de envelhecimento.

3.3 Educação em Saúde para a População Idosa

A atenção à saúde tem sido construída com base em práticas estabelecidas entre gestores, profissionais e população no sentido de atender às exigências impostas pelos usuários dos serviços de saúde. Espera-se assim, que a utilização de procedimentos em educação à saúde seja uma das estratégias que possibilite as mudanças necessárias no sentido de redirecionar gestão, práticas profissionais, de controle social e de estímulo à busca de comportamentos saudáveis por parte de todos que a utilizam (SIQUEIRA, 2009, p. 6).

Ainda de acordo com o autor supracitado um achado que vem atender às preocupações atuais em termos de saúde diz respeito a um maior aconselhamento educativo às pessoas idosas. Estudos mostram que o Brasil passa por um período de transição demográfica e epidemiológica visto que os idosos, por terem mais idade, têm mais tempo de vida e, conseqüentemente, maior possibilidade para receberem aconselhamento.

Não obstante, conforme Souza (2007) e Melo *et al.* (2009), os idosos são grandes usuários de serviços de saúde, sendo este fenômeno consequência da maior prevalência de doenças e de incapacidades nessa população. Em países desenvolvidos, o uso de serviços de saúde entre idosos é cerca de três a quatro vezes maior que o seu tamanho proporcional na população. No Brasil, o custo proporcional das internações hospitalares públicas entre idosos é três vezes maior do que o tamanho proporcional desta no conjunto da população brasileira. Apesar de a atenção à saúde ser um direito universal no Brasil, o acesso no uso de serviços pela população idosa é fortemente influenciado pela situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família.

Mesmo com a extensão da atenção à saúde, ocorrida a partir dos anos oitenta, aborda-se o idoso, na maioria das vezes, de modo limitado às enfermidades crônicas e em consultas individuais esporádicas, sem continuidade, e desconsiderando o impacto desse quadro na qualidade de vida. A precária assistência ao idoso pode ser constatada pela elevada proporção de óbitos por causas mal definidas (que chega a 65%) e à subnotificação de problemas considerados esperados ou normais para a idade e não passíveis de intervenção (FIGUEIREDO, MONTEIRO, 2006).

Conforme evidencia Souza (2007) e Melo (2009), entende-se por educação em saúde um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Não se pode pensar os serviços de saúde sem refletir sobre as relações entre esses atores ou sujeitos, uma vez que qualquer atendimento à saúde envolve, no mínimo, a interação entre duas pessoas. A Organização Mundial de Saúde pontua que os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Estas assertivas fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes.

Deve-se trabalhar a educação em saúde em diversas áreas, como promoção de alimentação, nutrição, saneamento, planejamento familiar, imunização, tratamento de agravos à saúde, com o objetivo de proporcionar espaços educativos em saúde aos usuários particularmente os idosos, estimulando a compreensão da importância da mudança de comportamento em direção a um estilo de vida saudável (FIGUEIREDO, MONTEIRO, 2006).

3.4 Atuação da Enfermagem na promoção da saúde do idoso

Conforme Assis, Hartz e Valla (2004), programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais necessários, devido ao crescente aumento dessa faixa etária em todo o país. Do ponto de vista gerontológico, ações de promoção da saúde aos idosos têm como pilar, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, preservando ao máximo sua capacidade funcional. Promover a saúde não é tão fácil, é necessário mais do que o acesso aos serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população, ou seja, é necessário trabalhar com a ideia de que promover a saúde é um dever de todos.

Em 1999 surgiu a Política Nacional de Saúde do Idoso que tem como principais diretrizes, a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a capacitação de recursos humanos especializados, a reabilitação e apoio a pesquisa e estudos nessa área (BRASIL, 1999).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela portaria nº 2528 de outubro de 2006, estabelece que as práticas de cuidados destinadas às pessoas idosas exigem uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração a grande interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde delas, além da importância do ambiente em que elas estão inseridas. As intervenções necessitam ser realizadas e orientadas visando à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Os trabalhadores que atuam em instituições de longa permanência para idosos necessitam estar capacitadas tecnicamente e emocionalmente, assumindo responsabilidades de satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas. Para que isso ocorra, além de qualificações técnicas e científicas, esses profissionais precisam possuir qualidades (BRASIL, 2006).

Conforme evidencia Eliopoulus (2005), para os idosos a promoção da saúde é tão importante quanto para as outras faixas etárias, apesar de um grande número de idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas e exibirem limitações em suas atividades; a promoção da saúde apresenta-se de forma positiva, uma vez que os idosos apresentam ganhos significativos para sua saúde, essas limitações e incapacidades não podem ser eliminadas, contudo, os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

As atividades do projeto de extensão foram desenvolvidas no Instituto São Vicente de Paulo, localizado na cidade de Campina Grande- PB, de outubro de 2011 a maio de 2012. Estas foram coordenadas pela professora da área de Nutrição Jacqueline Santos da Fonsêca A. Gama e a professora da área de Enfermagem Odete Leandro de Oliveira. Complementaram essa equipe cinco alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sendo uma bolsista, a autora deste TCC e quatro voluntários.

Antes do início das ações, os dirigentes da instituição foram contatados pessoalmente e lhes foi exposto o objetivo e a importância do projeto de extensão intitulado como “Adequação Nutricional Da Alimentação Servida Aos Idosos Do Instituto São Vicente De Paulo: Vinculado Ao Laboratório Itinerante – Proeac/Uepb” do Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX), edital 01/2011 (Seleção 2011-2012) da Pró - Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Universidade Estadual da Paraíba (PROEAC/UEPB).

Estes foram entrevistados, com o intuito de obter as informações necessárias sobre as principais características da instituição asilar, como: admissão dos idosos, a estrutura administrativa e funcional, a fonte de recursos, a assistência de enfermagem e de outros profissionais da área da saúde. As informações obtidas auxiliaram na elaboração de uma ficha de anamnese com perguntas específicas e direcionadas unicamente para conhecer a qualidade de vida e o padrão alimentar dos idosos residentes (APÊNDICE A).

As ações foram iniciadas pelo reconhecimento do campo, abordando a área física e identificação dos idosos por localização. A instituição é dividida em enfermarias masculinas e femininas, residindo atualmente 45 idosas e 29 idosos.

As ações do referido projeto foram direcionadas a 36 idosos independentes, lúcidos, que não apresentavam problemas de surdez, mudez nem outras deficiências. Os idosos atendidos foram encaminhados à sala da enfermagem, localizada dentro da Instituição, onde, responderam a ficha de anamnese e realizaram exame antropométrico, com a aferição da estatura e do peso.

O peso atual foi obtido por meio de uma balança antropométrica digital, com capacidade para 150 kg. O idoso foi pesado nos horários disponibilizados para o projeto. O peso foi verificado com o indivíduo usando apenas o vestuário e sem sapatos. A estatura foi obtida com a régua de 200 cm acoplada à balança; o idoso permaneceu em pé com os calcanhares, os glúteos, os ombros e a cabeça encostados na balança e os braços pendidos ao

lado do corpo. O indivíduo ficou ereto, olhando para frente, sem encolher ou estender a cabeça (linha de visão horizontal). Utilizou-se o esquadro com ângulo de 90° sob a cabeça para obter segurança da altura (BRASIL, 2004).

O peso e a estatura foram combinados através da fórmula do Índice de Massa Corporal, ao qual se divide o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em metros) e o resultado, classificado de acordo com Organização Mundial da Saúde, que classifica o estado nutricional do idoso como: baixo peso, IMC menor ou igual a 22 kg/m²; peso adequado, IMC entre 22 e 27 kg/m² e sobrepeso, IMC maior ou igual a 27 kg/m².

Durante as visitas, foram realizadas as observações necessárias no que diz respeito ao padrão alimentar para a obtenção das informações na ficha individual de identificação e anamnese do idoso, como já citado anteriormente, com o intuito de conhecer sobre o cotidiano e também para verificar o grau de satisfação destes sobre os alimentos fornecidos pela instituição, bem como, se havia uma preferência ou rejeição por algum tipo de alimento, o número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos servidos.

Para a realização das palestras foram abordados os respectivos temas: Alimentação Saudável, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, Obesidade e Desnutrição, ministradas através da comunicação oral e exposição do tema, no caso da Alimentação saudável, utilizou-se também algumas frutas e outros alimentos, os quais devem fazer parte da dieta habitual do idoso.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 74 idosos institucionalizados, 36 participaram das ações do projeto de extensão, destes, 16 são do sexo masculino e 20 do sexo feminino, com faixa etária entre 60 a 97 anos. A maior prevalência do sexo feminino sobre o masculino reflete o fenômeno da feminização traduzido pela existência mundial de uma proporção maior de mulheres idosas do que homens, quando se considera a população total de cada sexo, onde as mulheres vivem em média sete anos mais do que os homens.

5.1 Avaliação do Estado Nutricional

FIGURA 1- Aferição do peso e altura no idoso



Fonte: Instituto São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB, 2011.

O peso sofre alterações com o envelhecimento, pela redução do conteúdo de água corporal e de massa muscular razão pela qual, aliados a uma alimentação inadequada, pode vir a justificar a desnutrição ou sobrepeso encontrados em muitos dos idosos.

Tabela 2- Distribuição do estado nutricional dos idosos institucionalizados, segundo o IMC por sexo.

IMC	PONTOS DE CORTE (kg/m ²)	MASCULINO		FEMININO	
		MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO
BAIXO PESO	≤ 22	4	8	25 %	40 %
PESO ADEQUADO	> 22 e < 27	4	9	25 %	45 %
SOBREPESO	≥ 27	8	3	50 %	15 %
TOTAL		16	20	100 %	100 %

Fonte: Instituto São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB, outubro de 2011.

Através da aferição do peso e estatura foi calculado o IMC dos idosos, sendo possível observar que a metade dos homens apresentaram IMC ≥ 27 kg/m², configurando sobrepeso e de forma inversa quase metade das mulheres apresentaram baixo peso com IMC ≤ 22 , indicando um risco maior de desnutrição.

Mais importante que o excesso de peso, a desnutrição tem sido apontada como fator de risco para mortalidade em idosos. Contudo, a obesidade aumenta o risco de co-morbidades, como hipertensão, diabetes, artrites e hiperlipidemias (TINOCO, 2006) e vem sofrendo um importante aumento em todas as faixas etárias nas últimas décadas, tornando-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

5.2 Adequação Alimentar

Sobre a alimentação oferecida pela instituição aos idosos foi observado a inclusão de carne vermelha, cereais, legumes e leguminosas, frutas e hortaliças, aves, peixes, ovos e laticínios, entretanto a aceitação das frutas e hortaliças não é satisfatória. Verificou-se também que a ingestão de água é em média 04 copos por dia e que eles não gostavam ou não praticavam atividade física.

Estes resultados nos alerta quanto à prestação de cuidados dos profissionais de saúde em motivar os idosos para uma alimentação adequada e saudável, e a uma vida ativa com a prática de exercícios diários, levando em conta a boa alimentação e a manutenção do estado nutricional e corporal que interferem positivamente em uma maior sobrevida.

O baixo consumo de hortaliças e frutas sugere que a dieta oferecida é pobre em fibras, o que, associado à consistência semilíquida da alimentação e à baixa ingestão de líquidos, pela diminuição da sensibilidade à sede, pode favorecer a ocorrência de constipação nos idosos (TORAL, GUBERT, SCHMITZ, 2006).

O Guia da Pirâmide para o idoso ressalta a importância de frutas, verduras e legumes, enfatizando aqueles fortemente coloridos e frescos, por serem fontes ricas de vitaminas, minerais e fibras, além de contribuírem com fitoquímicos, que tem propriedades antioxidantes. De acordo com a literatura é importante um maior consumo desses grupos, uma vez que, evidências indicam que dietas ricas em verduras e frutas estão associadas à proteção contra doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (COSTA, BRITO, ARAÚJO, 2010).

A prática regular de atividade física beneficia variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais. O aumento da força muscular, o aumento do fluxo sanguíneo para os músculos, o aprimoramento da flexibilidade e amplitude de movimentos, a diminuição do percentual de gordura, a melhora dos aspectos neurais, a redução dos fatores que causam quedas, a redução da resistência à insulina, a manutenção ou melhora da densidade corporal óssea, diminuindo assim, o risco de osteoporose, a melhora da postura, podem ser considerados alguns dos benefícios fisiológicos que a atividade física propicia ao organismo. A alimentação aplicada à atividade física tem como objetivo promover saúde, proporcionar o funcionamento dos processos metabólicos ligados ao exercício, retardar a fadiga, auxiliar na recuperação de lesões ou traumas, reduzir o tempo de recuperação dos estoques de energia e promover o aumento da massa muscular. A adequação da dieta é condição para que a alimentação cumpra seu papel no processo de nutrição, e satisfaça as necessidades globais dos indivíduos (VELLOZO, 2004).

Constituiu-se como uma das metas do projeto de extensão auxiliar na adequação da dieta oferecida aos idosos, no entanto esta não foi alcançada em decorrência de uma série de fatores, entre eles, resistência da administração da instituição onde os idosos residem, ausência de recursos financeiros, como também, de uma nutricionista que aliada aos demais profissionais contribuiria para a adequação nutricional.

Este trabalho verificou a ausência de nutricionista na instituição onde foi desenvolvido o projeto, o que representa um maior risco de inadequação nutricional da alimentação dos idosos. Acredita-se que a fraca, ou mesmo ausente atuação de nutricionistas nesse local seja decorrente da dificuldade financeira encontrada, frente aos recursos elevados que demanda a composição do quadro de funcionários.

5. 3 Educação em Saúde: Palestras

Tabela 3- Frequência de participação dos idosos nas palestras

TEMA	Nº DE PARTICIPANTES IDOSOS	% DE FREQUÊNCIA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	22	61,1
OBESIDADE E DESNUTRIÇÃO	15	41,7
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES	13	36,1

Fonte: Instituto São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB.

Em relação à frequência de participação dos idosos nas palestras e atividades de educação em saúde, dos temas abordados, o que despertou o maior interesse dos mesmos foi sobre alimentação saudável, objeto de nosso estudo, seguido de obesidade e desnutrição, por último, hipertensão arterial e diabetes melittus.

Diante do que foi possível observar é imprescindível a implementação de projetos educacionais que permitam aos idosos ampliar seus conhecimentos relativos às condições de saúde e/ou doença. Para subsidiar essa educação de maneira adequada, torna-se importante conhecer suas dificuldades, interesses, bem como, possibilita a compreensão dos benefícios em participar de atividades da comunidade, aderindo totalmente às inovações propostas pelo grupo promotor.

Figura 2- Palestra sobre alimentação saudável



Fonte: Instituto São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB, 2011.

A Enfermagem, por sua vez tem buscado instrumentalizar para trabalhar na perspectiva do cuidado integral à pessoa longeva, que considera a integração do homem no mundo em que vive andamento esse que valoriza as dimensões do processo de adoecimento (CAVALCANTI; FREITAS, 2006).

5.4 A divulgação dos resultados das atividades de extensão em eventos específicos da área.

Nesse aspecto, de acordo com o Plano Nacional de Extensão Universitária (2001/2002), consideramos que a “Extensão Universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade.” (CORRÊA, 2007, p. 17).

Doravante, um evento de extensão universitária significa “ação que implica na apresentação e/ou exibição pública, livre ou com clientela específica, do conhecimento ou produto cultural, artístico, esportivo, científico e tecnológico desenvolvido, conservado ou reconhecido pela Universidade” (UEPB, 2007).

Portanto o referido projeto foi divulgado em evento de extensão, que ocorreu no período de 18 à 21 de outubro de 2011. A 6ª Semana de Extensão (SEMEX) foi realizada no Campus I da Universidade Estadual da Paraíba em Campina Grande – PB, onde o projeto foi apresentado na forma de painel sob o título “*Um olhar à terceira idade: promovendo nutrição e saúde no Instituto São Vicente de Paulo*” e na modalidade de comunicação oral com o tema “*A comunicação como instrumento para a qualidade de vida e socialização dos idosos residentes no Instituto São Vicente de Paulo*” (ANEXOS A e B). A Semana de Extensão promoveu um espaço favorável para a reflexão coletiva através de mesas redondas, painéis e feiras de extensão, visando a maior compreensão da comunidade acadêmica acerca dos caminhos possíveis para o enfrentamento das diversas formas de pobreza; constituindo-se num evento acadêmico interdisciplinar, no qual o ensino, pesquisa e extensão se complementam e se interpretam através dos programas, projetos e cursos, desenvolvidos por docentes, discentes e técnicos administrativos integrantes desta instituição, contribuindo para o maior intercâmbio Universidade e Comunidade, favorecendo ao corpo docente e discente o processo de interação entre pesquisas extensionistas, ensino e explanação de experiências vivenciadas no cotidiano acadêmico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, assim como no mundo todo, o envelhecimento vem crescendo em ritmo acelerado. Sendo de fundamental importância criar estratégias para a promoção e prevenção da saúde dos idosos, visando à melhor qualidade de vida daqueles que residem em instituições de longa permanência.

A instituição, apesar de ser ampla e dispor de área física para ampliação, nota-se que o espaço não é aproveitado para o plantio de alimentos ou locais para lazer. Há deficiência de funcionários com qualificações específicas, como nutricionista e educador físico. A inclusão destes profissionais contribuiria para melhorar a qualidade da alimentação e redução do sedentarismo, como medidas preventivas e de controle de diversas doenças.

As inadequações nutricionais e do estilo de vida constituem fatores de risco para a saúde dessa população, que apresenta elevada prevalência de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus.

Os resultados das medidas antropométricas podem fornecer dados necessários para sugerir intervenções que possam prevenir os riscos nutricionais atrelados aos riscos à saúde dos idosos. Os resultados obtidos sugerem a necessidade de dispensar melhores cuidados nutricionais à dieta desses indivíduos, promovendo a contribuição para a melhoria de suas condições de nutrição e de saúde. Para tanto, recomenda-se que sejam feitos o treinamento e a capacitação dos funcionários visando estabelecer o seguimento de técnicas mais adequadas de preparo e distribuição de refeições, adoção de novas preparações e alimentos de acordo com a peculiaridade de cada um, como forma de melhorar a qualidade nutricional das dietas para garantir as condições adequadas de alimentação.

Por fim, é de grande importância pesquisar e analisar a composição da dieta dos idosos a fim de garantir o suprimento adequado em quantidade e qualidade de alimentos e nutrientes, visto que as pessoas idosas constituem uma população de risco em função das peculiaridades de seus hábitos alimentares e de suas condições de saúde física, biológica e psicológica.

Novas investigações são necessárias para identificar o estado nutricional e as condições de saúde dos idosos. Sugere-se que os profissionais da Saúde busquem trabalhar em equipe, especialmente a enfermagem, que está mais próximo dos usuários, realizar suas tarefas em parceria com o nutricionista, o educador físico, o psicólogo, respeitando os limites de atuação de cada uma dessas áreas, o que possibilitará avanços no sentido do cuidado

integral aos idosos institucionalizados, a partir da realização de exames físicos periódicos e intervenções nutricionais objetivando a melhoria da qualidade de vida.

Concomitantemente a análise clínica e diagnóstica, ressalta-se a necessidade da equipe multiprofissional de empenhar-se na educação em saúde de forma continuada, pois visa capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores, formais e informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social, permitindo os idosos a serem agentes participativos e informados no processo do envelhecimento e suas modificações naturais e patológicas, o que contribuirá para redução da morbimortalidade e aumento da qualidade de vida dos mesmos.

Nessa perspectiva, o projeto de extensão possibilitou o conhecimento de questões peculiares à instituição asilar e aos envolvidos no processo, que poderá servir de subsídios para o desenvolvimento de ações direcionadas à melhoria da qualidade de vida de idosos residentes na referida instituição.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Anna Bárbara. Trabalho e Afeto: a relação entre cuidadores e idosos em uma Instituição de Longa Permanência. **Revista Habitus: revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais - IFCS/UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.07 - 23, dezembro. 2011. Semestral. Disponível em: <http://www.habitus.ifcs.ufrj.br>. Acesso em: 10 de junho de 2011.

ASSIS, Mônica de; HARTZ, Zulmira M. A.; VALLA, Victor Vincent. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. 2004, v. 9, n. 3. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a05v09n3.pdf>> Acesso em: 11 de Jun. 2008.

BALES C.; WANG Y. “Global Graying” and Nutritional Trends in the New Millenium – A Cross-Cultural Perspective. In: BALES, C. W.; RITCHIE, C. S. **New Jersey: Handbook of Clinical Nutrition and Aging**. New Jersey: Humana Press Inc.; 2004. p.3-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional- Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)**. Brasília; 2006. 8 p.

BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n.º 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, n.º 237-E, pp. 20-24,, seção 1, 13 dez 1999.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, S. D. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 184-211.

_____. **Tratado de Enfermagem Medico-Cirurgica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

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

CAVALCANTI, Patricia Maria Tavares; FREITAS, Maria Célia de. Em busca de um viver saudável: relato de experiência com um grupo de idosos cadastrados na unidade de referência de Pacatuba-CE. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 92-99, jan./abr.2007.

CORRÊA, E. J. (Org.). **Extensão universitária**: organização e sistematização. Belo Horizonte: Coopmed, 2007. p. 17.

COSTA, M. C.; BRITO, L. L.; ARAÚJO, L. M.; LESSA, I. Factors associated with low cardiometabolic risk in obese women. **Arq. Bras. Endocrinol Metabol**, v.54, (Supl.1), p. 68-77, 2010.

CHOCHAMOVITZ, J. A **Importância da inclusão social na qualidade de vida do idoso**. 2004. 34 f. Monografia (Graduação em Nutrição) - Departamento de Nutrição e Saúde Pública, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

DAPCICH, V.; MEDINA MESA, R. Factores condicionantes del estado nutricional en el anciano. In: HORNILLOS, M. M.; BARTRINA, J. A.; GARCIA, J. L. G. **Libro Blanco de la Alimentación de los Mayores**. 1ª Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2004. p. 23-29.

ELIPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. Trad. Aparecida Yoshie Yoshitome e Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes et al. Educação em Saúde e mulheres idosas: promoção de conquistas políticas, sociais e em saúde. Esc Anna Nery. **Rev. Enferm.** v. 10, n. 3, p. 458 – 63, Dez. 2006.

FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2004. 300p.

_____. **Nutrição no envelhecer**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 300p.

FREITAS, E. V. Demografia e Epidemiologia do envelhecimento. In: Py L, et al. (org). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau; 2004. p. 19-38.

FURLANETO, G. C. Z.; NATALI, M. R. M. Considerações nutricionais em idosos. **Arq.Ciênc.Saúde Unipar**, v. 6, n. 1, p. 89-95, 2002.

GALES, Lilian Fernanda et al. Perfil Alimentar e Nutricional de Idosos Residentes em Moradias Individuais Numa Instituição de Longa Permanência no Leste do Estado de São Paulo. **Rev. Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 19, n. 3, p. 283-290, jul./set. 2008.

GIBSON, R. S. **Nutritional assessment: A laboratory manual**. Oxford: Oxford University Press, 1993. 35 p.

GOLDMAN, H. N.; COHEN, D. W. **Periodontia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983, p. 158-159.

HARRIS, N. Nutrition and aging. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause's Food Nutrition, & Diet Therapy**. 10th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000. p. 287-305.

HICKSON, M. Malnutrition and ageing. **Postgrad. Med. J.**, v. 82, n. 963, p. 2-8, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php. Acesso em 10/05/11.

JENSEN, G. L.; MCGEE, M.; BINKLEY, J. **Nutrition in the elderly**. Gastroenterol Clin North Am, 2001, v. 30, p. 313-334.

JOHNSON RC, MCLEAN, Yuen S, NAGOSHI CT, Ahern FM, Cole RE. **Galton's data a century later**. Am Psychol 2008, v. 40, p. 875-92.

MACHADO, J. S.; FRANK, A. A.; SOARES, E. A. Fatores dietéticos relacionados à doença de Alzheimer. **Rev. Brás. Nutr. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 252-257, set. 2006.

MEDEIROS, S. A. R. O lugar do velho no contexto familiar. In: Py, L et al. (org). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau, 2004. p. 185-200.

MELO, Mônica Cristina de, et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1579-1586. ISSN 1413-8123.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 169-75, 2005.

MITCHELL, H. S, et al. **Nutrição**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.

NIEMAN, David C., **Exercício e saúde**: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999. 316 p.

OLIVEIRA, R. D. **Reengenharia do tempo**. Rio de Janeiro: Rocco; 2003. 148 p.
Organização Mundial da Saúde - OMS. **Manejo da desnutrição grave**: um manual para profissionais de saúde de nível superior e suas equipes auxiliares. Genebra, 2000.

OMRAN, M. L., SALEM, P. Diagnosing undernutrition. **Clin Geriatr Med**, v. 18, n. 4, p. 719-736, 2002.

RONDANELLI, M et al. Food intake and nutritional status in a group of healthy elderly residing in a nursing home, **Minerva Gastroenterol Dietol**, v. 47, n. 2, p. 67-74, jun. 2001.

SAMPAIO, Lílian Ramos. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Rev. Nutr.** [On line] Campinas, v. 17, n. 4, 2004.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 163-8, 2005.

SCHIFFMAN, S. Changes in flavor and aroma: drugs and foods preferences interactions. **Nutr. Rev.**, v. 52, n. 8, p. 11-14, 1994.

SILVA, Ezequiel Theodoro. **Palestra proferida no II Simpósio Multidisciplinar "A Integração Universidade-Comunidade"**, em 10 de outubro de 1996.

SILVA, L. D. C.; CARVALHO, P.; BELCHIOR, V. S. **Abrigo de idosos**: aplicação do estatuto do idoso. 2007. 66 f. Monografia (Graduação em Serviço Social). - Faculdades Integradas "Antônio Eufrásio De Toledo", São Paulo, 2007.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes et al . Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009.

SOUZA, J. R.; ZAGONEL, I. P. S.; MAFTUM, M. A. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a Teoria Transcultural de Leininger. **Rev. Rene**, v. 8, n. 3, p. 117-25, 2007.

STANGA, Z.; ALISSON, S.; WANDERWOUND, M. Nutrition in the elderly. In: SOBOTKA, L. **Basic in Clinical Nutrition**, 3ª ed. Galen. 2005, p. 363-383.

SUOMINEN, M. et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 59, n. 4, p. 578-583, Apr. 2005.

TINOCO, Adelson Luiz Araújo et al . Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril (RCQ), de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2006.

TORAL, Natacha; GUBERT, Muriel Bauermann; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 1, Feb. 2006.

WAITZBERG, L. Dan et al. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2v, 2000.

WHO, World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, 1998.

VELLOZO, E. P. **Casas lares da prefeitura do município de São Paulo**: atendimento alimentar e sua contribuição sobre o estado nutricional de indivíduos na Terceira Idade. São Paulo, 2004. 151p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de São Paulo

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de anamnese nutricional do Instituto São Vicente de Paulo -2011, utilizado durante as ações do projeto.

FICHA DE ANAMNESE NUTRICIONAL DO INSTITUTO SÃO VICENTE DE PAULO -2011.

1. DADOS PESSOAIS:

- 1.1 Nome: _____
 1.2 Sexo: F() M() _____
 1.3 Data de Nascimento: __/__/__. Idade: _____
 1.4 Estado Civil: _____
 1.5 Endereço: _____
 Bairro: _____ Complemento: _____
 CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____
 1.6 Tel. Residencial: _____ Celular: _____

2. DADOS DEMOGRÁFICOS:

- 2.1 Escolaridade: _____
 2.2 Profissão: _____

3 HISTÓRICO CLÍNICO:

- 3.1 Funcionamento do intestino: _____
 3.2 Diurese: _____
 3.3 Sono (horas/dia): _____
 3.4 Alergias: _____
 3.5 Cirurgias: _____
 3.6 Uso de medicamentos: _____
 3.7 Tabagismo: _____
 3.8 Etilismo: _____

4. PATOLOGIAS:

Patologia	Indivíduo
Diabetes	
Hipertensão	
Obesidade	
Doenças cardiovasculares	
Refluxo	
Gastrite	
Úlceras	
Câncer	
Hipertireoidismo	
Hipotireoidismo	
Depressão	

5. AVALIAÇÃO DIETÉTICA:

A) História Alimentar

- 5.1 Quantas refeições faz por dia (incluindo os lanches): _____
 5.2 Horário das refeições: _____
 5.3 Onde se alimenta com mais frequência: () Refeitório () Leito () Outros: _____
 5.4 Toma líquido junto às refeições?: Sim () Não () Qual?: _____
 5.5 Se alimenta em frente a TV? Sim () Não () (Tem TV no local onde os idosos fazem as refeições?)
 5.6 Mastigação: Normal () Lenta () Rápida ()
 5.7 Problemas de deglutição: Sim () Não ()

5.8 Gosta das refeições servidas? Sim () Não () Motivo: _____

5.9 Alimentos preferidos: _____

5.10 Alimentos que não gosta de ingerir: _____

(Quais os alimentos oferecidos pela instituição?)

5.11 Ingesta Hídrica(água): < 4 copos/dia () >4 copos/dia ()

5.12 Intolerâncias: _____

5.13 Como, onde usa e com frequência administra os seguintes itens:

Sal: _____

Açúcar: _____

Molhos/ Temperos: _____

(Tem saleiro, vinagre, molho, limão à mesa, de forma que o idoso possa usar se quiser? A comida oferecida é salgada? Existe comida preparada separadamente para quem não pode comer sal, açúcar, tempero?)

6. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA:

DATA	IDADE	PESO	ALTURA	IMC	CA

6.1 Atividade Física: Sim () Não ()

6.2 Tipo de At. Física: _____

6.3 Frequência de At. Física: () vezes/semana () horas/dia

6.4 Deambula: Sim () Auxílio () Não () motivo: _____

7. EXAMES LABORATORIAIS/BIOQUIMICOS

7.1 Hemograma: _____

7.2 Glicemia: _____

7.3 Colesterol: _____

OBS:

8. DIAGNÓSTICO:

9. CONDUTA NUTRICIONAL:

OBS. GERAIS:

ANEXOS

ANEXO A – Certificado de participação na VI Semana de Extensão da Universidade Estadual da Paraíba, na modalidade de painel.



ANEXO B- Certificado de participação na VI Semana de Extensão da Universidade Estadual da Paraíba, na modalidade de comunicação oral.

uepb
Universidade
ESTADUAL DA PARAÍBA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários

6ª SEMANA DE EXTENSÃO

EXTENSÃO: CAMINHOS POSSÍVEIS PARA O ENFRENTAMENTO DAS
DIVERSAS FORMAS DE POBREZA.

CERTIFICADO

Certificamos que LARRYCYA MAHAYANA OLIVEIRA PESSOA, THAIS VIDAL DE NEGREIROS ARRUDA, RILVA MARIA DA SILVA, FELIPPE XAVIER LOPES DA COSTA apresentaram o trabalho A COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO PARA A QUALIDADE DE VIDA E SOCIALIZAÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NO INSTITUTO SÃO VICENTE DE PAULO na modalidade de Comunicação Oral na 6ª Semana de Extensão da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, realizada no Campus I, no período de 18 à 21 de Outubro de 2011, com carga horária de 04 horas.

Maria Aparecida B. Barbosa
Maria Aparecida Barbosa
Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários

Rochane Villarim de Almeida
Rochane Villarim de Almeida
Pró-Reitora Adjunta

Campina Grande, 21 de Outubro de 2011

PRÓ-RI
DE EXT
E ASSU
COMUN