UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO – UNISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANA PAULA MALHEIROS KNOPP

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL E A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE ALIMENTAR DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

SÃO PAULO

2015

ANA PAULA MALHEIROS KNOPP

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL E A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE ALIMENTAR DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Patrícia Colombo de Souza.

Co-orientador: Prof. Dr. Túlio Konstantyner

SÃO PAULO

2015

ANA PAULA MALHEIROS KNOPP

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL E A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE ALIMENTAR DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade de Santo Amaro.

_____

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Patrícia Colombo de Souza.
Universidade de Santo Amaro – UNISA

_____

Prof.ªDr.ª Jane de Eston Armond
Universidade de Santo Amaro – UNISA

_____

Prof.ª Dr. Valter Carabetta
Universidade de Santo Amaro – UNISA

SÃO PAULO

2015

Ficha Catalográfica elaborada pela

Biblioteca Milton Soldani Afonso – Campus I

p, Ana Paula Malheiros

A representação social e a educação nutricional como estratégias para promoção da saúde alimentar do idoso institucionalizado/Ana Paula Malheiros Knopp. Orientação da Prof.ª Dr.ª Patrícia Colombo de Souza; Co-orientação do Prof. Dr. Túlio Konstantyner. São Paulo: 2015. 125 p.

sertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Santo Amaro.

1.Idoso 2.Educação Nutricional 3.Representação Social.I. Titulo II. Orient.: Souza, PatríciaColombo de.

Autorizo a disponibilização do texto integral por meio impressa ou eletrônica desta Dissertação na Base de Dados da Biblioteca Milton Soldani Afonso a título de divulgaçãoda produção científica da Universidade de Santo Amaro.

São Paulo,____de_____de 20____.

_____

Ana Paula Malheiros Knopp

À benção da minha vida, meu Filho guerreiro, Davi Aurelino, que me deu forças em seu olhar para trilhar neste e em todos os meus caminhos...

À minha morada firme, minha linda mãe, Celutinha, pelo abraço e colo amoroso em todos os momentos de minha vida...

A minha murada, meu forte pai, Daniel, por toda a dedicação e companheirismo no meu caminhar...

AGRADECIMENTOS

Sem palavras para expressar...Mas, singelamente deixo aqui os meus sinceros agradecimentos:

À Deus, por permitir que mais este caminho fosse alcançado, permitindo que nem a distância e nem os obstáculos me impedissem de florir esta conquista;

Aomeufilho, meu presente divino, Davi Aurelino, guerreiro e abençoado, que ilumina minha vida como um anjo e que me faz seguir nos caminhos de luz;

A minhaacolhedora mãe, Celuta, vovó Tuta, mulhercorajosa, humilde e amorosa, sempre firmediante dos desafios, guiando-me no meu trilhar;

A meu pai, Daniel, vovô Niel, pelo infinito apoio e dedicação a mim e seu netinho, em todos os dias do meu caminhar;

Aos meus irmãos, Lipe e Dani, pela presença e palavras de companheirismo por onde sempre andei;

Ao meu avô e padrinho, Aurelino, Neném, pelo exemplo de caráter e honra nos seus dizeres (*in memoriam*);

À minha avó, Celeste, pelos ensinamentos de vida que me fizeram formar-me um ser, humano em essência (*in memoriam*);

Aos meus sobrinhos,Clarinha e Biel, por me ensinarem a sonhar e brincarcom a vida;

A meu marido, Givanildo, Giva, pelo eterno presente que me foi dado...o nosso filho Davi;

À professora Doutora Patrícia Colombo, Profa. Patrícia, pela escuta, afeto, apoio, humildade, competência e dedicação neste caminhar e que sustentou o meu desejo em prosseguir;

A todos os professores(as) do mestrado, em especial à professora Carolina França, professora Jane Armond e professor Neil Novo, pelo carinho, afeto e sutileza nas palavras de incentivo e orientações neste percurso;

Ao professor Doutor Túlio Konstantyner, pelo norteamento nas orientações;

Aos professores que compuseram a banca de defesa: professora Doutora Jane de Eston Armonde professor Doutor Valter Carabettapor olharem essas letras e decifrarem os seussentidos.

À Faculdade Guanambi, por entender minhaausência nosperíodosde aprimoramento acadêmico e pelo apoio nesta conquista

Aos amigos que fui presenteada do Programa de Pós-graduaçãoemCiências da Saúde, por tanto contribuírem neste alcance, no Mestrado;

Às idosos, sujeitos dessa pesquisa, que, comdisponibilidade e interesse, se mostraram abertas ao diálogo e as informações fundantes;

À ILPI a qual desenvolvi esta pesquisa, pela autorização para a sua realização;

Às amigas, Kinha e Liu, pelo apoio solidário;

Às alunas que muito apoiaram e se dedicaram.

Que aos seus olhos,
a vida tenha significado...
que ao seu sorriso,
possamos, nós cuidadores,
dar significância!

Ana Paula Knopp, 2015.

RESUMO

Introdução: No que se refere às ações de políticas públicas voltadas ao idoso, sabe-se que devido o crescimento da população idosa estar aumentando no Brasil, cada vez mais são sugeridas ferramentas para a promoção da saúde e melhoria da sua qualidade de vida. **Objetivo:** Testar a efetividade da intervenção da Educação Nutricional na promoção da saúde alimentar do idoso institucionalizado, descrever as características sociodemográficas dos idosos estudados, descrever os dados antropométricos e exames laboratoriais realizados pelos idosos, classificar o estado nutricional e antropométrico dos idosos assistidos pela ILPI, comparar o Índice de Massa Corpórea pré e pós-implantação do programa de Educação Nutricional e conhecer as representações sociais que os idosos constroem sobre a alimentação e a relação com a saúde. **Métodos**: Trata-se de um estudo quali-quantitativo, experimental, transversal (pesquisa qualitativa), prospectivo (pesquisa quantitativa), com avaliação do tipo antes e depois. A população estudada foi 13 idosos de uma Instituição de longa permanência para idosos (ILPI) carentes, localizada no município de Guanambi-Ba. **Resultados:** Observou-se que a maioria dos idosos encontrava-se com consumo alimentar e estado nutricional inadequado. Referente ao significado da representação social do idoso perante a saúde alimentar, percebeu-se que o atendimento aos mesmos é desfavorável. **Conclusão:** É necessário uma fiscalização para que as práticas educativas sejam refletidas e suas percepções redesenhadas para que se tornem possivelmente aplicáveis e consequentemente interfiram positivamente na qualidade de vida e na saúde alimentar do idoso institucionalizado.

Palavras - chave: Idoso, Educação Nutricional, Representação Social.

ABSTRACT

Introduction: Regarding to public policy actions for the elderly, it is known that, due to the growth of the elderly population in Brazil, more and more, tools are suggested for promoting health and improving the life quality of this group. **Objectives:** To test the effectiveness of nutrition education intervention in promoting healthy eating for the elderly; to describe the sociodemographic characteristics of the elderly; to describe the anthropometric data and laboratory tests in the elderly; to classify the nutritional and anthropometric status of the elderly assisted by long stay institution for the elderly; to compare the Body Mass Index before and after implementation of Nutrition Education program and meet the social representations that the elderly build on nutrition and its relationship with health. **Method:** It is a qualitative, quantitative, experimental, cross-sectional (qualitative research), prospective (quantitative research) study, with evaluation of type before and after. The study population was thirteen aged men in a long-term care institution in the municipality of Guanambi in the state of Bahia. **Results**: It was observed that most senior men had inadequate dietary intake and altered nutritional status. Referring to the significance of social representation of the elderly, regarding to health food, it was noticed that the service offered to them is poor. **Conclusion**: It is necessary an inspection for to be reflection on the educational practices e the perceptions, derived from the reflection, should be redesigned in order to become possibly applicable in practice and therefore to have a positive impact on older adults' quality of life and healthy eating.

Keywords: Elderly, Nutrition Education, Social Representation.

LISTA DE ABREVIATURAS

% - percentual

μi – Média

A - altura

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAAE - Certificado de apresentação para Apreciação Ética

CB - Circunferência do Braço

CC - Circunferência da Cintura

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CMB - Circunferência muscular do braço

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CP - circunferência da panturrilha

CQ - circunferência do quadril

CTL - Contagem total de linfócitos

D - Dia

DCT - Dobra cutânea tricipital

E - Eventual

EN - Educação Nutricional

ESF - Estratégia Saúde da Família

FEAS - Fundo Estadual de Assistência Social

FG - Faculdade Guanambi

GC - Gordura corporal

GET - Gasto energético total

HRG - Hospital Regional de Guanambi

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI- Instituições de Longa Permanência para Idosos

IMC - Índice de massa corpórea (IMC)

IRN - Índice de risco nutricional

KW - Kappa

M - Mês

N – Número

N – nunca

N.S. – Não significante

NHANES - Third National Health and Nutrition Examination Survey

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

P - peso corporal

P – Probabilidade

PA - Perímetro abdominal

PB - Perímetro do braço

PCT - Prega Cutânea Triciptal

PI - Peso ideal

PNI - Política Nacional do Idoso

Q - Quinzena

QFAN - Questionário de Ficha de Atendimento Nutricional

QFCA - Questionário de Frequência de Consumo Alimentar

RCQ - Relação cintura quadril

Rec24h - Recordatório de 24h

RS - Representação social

S - Semana

SESC - Serviço Social do Comércio

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNEB - Universidade do Estado da Bahia

UNISA - Universidade Santo Amaro

WHO - World Health Organization

Z – Escore padronizado

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Distribuição das Categorias e Subcategorias que revelam a alimentação para o idoso.....60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da amostra de idosos estudados avaliados quanto aos dados sociodemográficos.....71

Tabela 2 - Descrição dos dados antropométricos dos idosos estudados (média, mediana e desvio padrão).....72
.
Tabela 3- Descrição das Classificações antropométricas dos idosos estudados.....80

Tabela 4- Resultados dos exames laboratoriais realizados nos idosos estudados, antes e após intervenção realizada.....82

Tabela 5 - Peso (Kg) e Índice de Massa Corpórea (IMC) antes e após realização da intervenção nutricional, segundo o Teste de Wilcoxon.....83

Tabela 6 - Estado nutricional antes e depois, segundo a classificação pelo IMC, de acordo com o Teste Kappa de concordância.....84

Tabela 7- Resultado da aplicação do questionário de frequência alimentar dos treze idosos
estudados.....86

Tabela 8 - Descrição da história dietética de idosos.....87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categorização da amostra segundo a idade.....72

Figura 2 - Categorização da amostra segundo o IMC.....74

Figura 3 - Classificação do estado nutricional segundo a adequação da CB (%).....75

Figura 4 - Classificação do estado nutricional segundo a adequação da PCT (%).....76

Figura 5 - Classificação do estado nutricional segundo a adequação da CMB (%).....77

Figura 6 – GET (kcal/dia) e Consumo do Rec24h (kcal) dos idosos.....78

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO 21
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....25
II.1.O IDOSO E SEU CAMINHAR.....25
II.2.A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO IDOSO 36
A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: OLHARES DISTINTOS.....36
ABORDAGENS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....38
ABORDAGEM PROCESSUAL E O OBJETO.....39
COMPOSIÇÃO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....40
FUNÇÕES DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....41
PROCESSOS FORMADORES DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL: ANCORAGEM E OBJETIVAÇÃO.....41
REPRESENTAÇÃO SOCIAL E EDUCAÇÃO PARA O IDOSO.....43
II. 3. A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO IDOSO.....46
III. OBJETIVOS.....52
IV. MÉTODO.....53
IV.1. DESENHO DE ESTUDO.....53
IV.2. LOCAL DE ESTUDO.....53
IV.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO.....55
IV.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....55
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PESQUISA QUALITATIVA....55
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PESQUISA QUANTITATIVA.56
IV.5. VARIÁVEIS COLETADAS.....57
IV.6. INTERVENÇÃO REALIZADA.....61
IV.7. ANÁLISE DOS DADOS.....63
IV.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....64
IV.9. ASPECTOS ÉTICOS.....64
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....65
V.1. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA QUALITATIVA.....65
V.1.1. CATEGORIAS DESCRITIVAS DA ALIMENTAÇÃO DO IDOSO.....65
V.1.2.CATEGORIAS INTERPRETATIVAS DA ALIMENTAÇÃO O IDOSO.....66

V.2. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA QUANTITATIVA.....73
VI. CONCLUSÃO.....91
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....92
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....93
IX. ANEXOS.....106
ANEXO A - Entrevista individual e semiestruturada.....106
ANEXO B - Questionário de Ficha de Atendimento Nutricional 107
ANEXO C - Palestra realizada na intervenção nutricional.....109
ANEXO D - Cardápio adequado ao idoso sugerido na intervenção.....120
ANEXO E - Autorização para realização da pesquisa pela presidente do local 124
ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE 125
ANEXO G - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....127

Reflexões

Esta pesquisa surgiu após a vivência juntos aos idosos que residem na Instituição de longa permanência dos idosos (ILPI) no município de Guanambi. Atuo como docente na Faculdade Guanambi em que algumas aulas práticas são realizadas neste local, além de projetos de extensão e pesquisa.

Ao observar a rotina de funcionamento e os cuidadores dessa instituição, verifiquei que eles não se mostram habilitados para lidar adequadamente com as estratégias para promoção da saúde alimentar do idoso institucionalizado. Neste contexto surgiu o objeto da pesquisa: A saúde alimentar do idoso institucionalizado. No convívio com os idosos, cuidadores e funcionários dessa instituição, surgiram questões que me instigaram a pesquisar esse tema. Uma delas refere-se à necessidade de elaborar práticas educativas nutricionais específicas ao idoso para atendê-lo integralmente e promover sua saúde alimentar. "É como se as políticas públicas não conseguissem atender a integralidade do idoso e suas especificidades oriundas a esta fase da vida". A outra foi de sentir e interpretar o significado do alimento aos idosos através da representação social.

No papel de nutricionista, no decorrer dos atendimentos no Hospital Regional de Guanambi (HRG) a qual sou concursada/efetiva pela Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), no decorrer dos atendimentos aos idosos, esta questão reapareceu, o que reforçou o desejo de buscar um estudo aprofundado sobre a temática. Esta vontade visou tanto em contribuir com a promoção da saúde dos idosos, como subsidiar na reflexão sobre a questão da aplicabilidade efetiva de práticas educativas nutricionais e políticas públicas relacionadas aos idosos. Durante as observações na ILPI, quando o idoso estava se expressando inquietamente, foi mais comum dizer: "minha alimentação não é boa". Por isso, após algumas discussões, a busca à saúde alimentar do idoso foi alvo de reflexão por mim e pelos meus discentes orientandos. Nesta busca, senti a necessidade de discutir a representação social e a educação nutricional como estratégias para alcança-la. Observou-se que existiam algumas questões que deveriam ser avaliadas e reelaboradas para que de fato os idosos fossem atendidos nutricionalmente de forma eficaz.

Na contemporaneidade, percebe-se que as relações estão aligeiradas e viver em uma ILPI é consequência dessa forma de vida, onde entre pais e filhos houve uma perda

de sentido em que esses filhos não têm mais tempo de cuidar dos pais idosos. Falamos, pois, em vínculos fragilizados quando percebemos que uma sociedade, em determinado momento, não considera os referenciais que até então a norteava, no que se refere às relações entre os sujeitos.

A consequência imediata desse fato é um misto de estranheza e desconforto em relação ao outro, bem como uma difusa melancolia dos supostos "bons tempos" que não voltam mais. Tudo se passa como se a família não mais desfrutasse de uma relação de respeito e consideração com o ente familiar que hoje se encontra dependente de cuidados e afetos. No passado era assegurado que o idoso iluminava com suas experiências de vida um futuro marcado por certa estabilidade e agora, neste momento, houve com o fenômeno da globalização, uma fragmentação desses valores.

As rápidas transformações do mundo contemporâneo, somadas à multiplicidade de modelos e formas de existência, findaram por naturalizar uma espécie de máxima social contida numa famosa canção dos anos 80, contida na mesmice popular que o futuro não é mais como era antigamente. E não é mesmo! Os idosos, às vezes deprimidos e fragilizados com essa realidade complexa e insensível, na qual as relações humanas se tornam mais frágeis, se veem abandonados e se despersonalizam, sentindo-se inúteis ao se confrontarem com esse novo momento de vida.

As dificuldades advindas desse contexto de transformações estão desenhadas: o cuidar do idoso está mudando porque a sociedade mudou. O idoso que frequenta uma ILPI hoje é em grande medida fruto de um sistema da economia globalizada, convive com conflitos relacionais, exclusões e contradições sociais, políticas, sociais, culturais e econômicas. A essas questões sócio-político-econômicas, que indiretamente influenciam no contexto referente às políticas públicas ao idoso, podem-se ainda acrescentar fatores pessoais e familiares, sem esquecer-se daqueles relacionados ao tempo e ao afeto.

No cotidiano de uma ILPI, frequentemente observam-se problemas de descuido com o idoso, muitas vezes, decorrentes da estrutura física disponível no local, como também devido à carência de recursos humanos as quais dificultam o atendimento adequado. Em muitos casos, o abandono é visível, ou seja, o idoso não tem referência de família, faltando-lhe o suporte para um cuidado adequado. Dentre todas essas relações que permeiam o âmbito nas ILPIs, a de maior importância é o sentimento de segurança que o idoso apresenta diante aos cuidadores para que possam viver com mais

dignidade. Isso advém da própria condição em que o cuidador se encontra, se está capacitado ou não para desempenhar essa função.

Pergunto: a saúde do idoso institucionalizado, dentre elas a alimentar, é alcançada através das ações de políticas públicas? A educação nutricional pode ser utilizada como estratégia para a busca dessa saúde alimentar do idoso institucionalizado? Qual a representação social do idoso institucionalizado sobre a alimentação?

Ao falar desse impasse, não tenho a pretensão de levantar expectativas fora do limite das possibilidades de modificação na relação idoso-cuidador quando se trata do atendimento em uma ILPI. Mas, acredito ser crucial que os cuidadores percebam que há uma necessidade de cuidados específicos para com o idoso, sendo primordial a efetivação dos métodos de educação nutricional propostos nas políticas públicas através da sua adaptação com a realidade encontrada nesses locais.

Duas perguntas emergem:

A representação social do idoso institucionalizado sobre a alimentação é estratégia para a saúde alimentar do mesmo? A educação nutricional é estratégia para a saúde alimentar do idoso institucionalizado?

Para desenvolver esta temática, esta pesquisa trata desses fenômenos e faz uma análise da efetividade da intervenção da Educação Nutricional para promoção da saúde alimentar do idoso institucionalizado. Além disso, descreve as representações sociais que os idosos institucionalizados constroem sobre a alimentação e a relação com a saúde. Além disso, aborda os conceitos de educação nutricional e representação social, apresentando suas características e como os idosos mais comumente percebem o significado da alimentação.

Portanto, defini estudar este temapara entender através de conhecimentos práticos, qual o significado que o idoso institucionalizado residente em uma Instituição de longa permanência para idosos (ILPI), tem em relação à saúde alimentar à luz das Representações Sociais.

I. Introdução

No que se refere às ações de políticas públicas voltadas ao idoso, sabe-se que devido ao crescimento da população idosa estar aumentando no Brasil, cada vez mais são sugeridas ferramentas para a promoção da saúde e melhoria da sua qualidade de vida. O Brasil vem passando por uma transição demográfica, caracterizando-se por um aumento da sua população (no Brasil idade acima de 60 anos). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[1] informa que em 1991 eram 4,8% de idosos no Brasil e em 2010 aumentou-se para 7,4%, com previsão de 14% em 2025, equivalentes em média a 31,8 milhões de pessoas.[2] De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, no Brasil há aproximadamente cem mil idosos morando em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Segundo Camarano, Kanso[3] entende-se por ILPI uma residência coletiva, com atendimento a idosos que se encontram em carência de renda, sem possibilidade de acompanhamento pela família, com dependência para realização de suas atividades diárias e que necessitem de cuidados prolongados. A institucionalização do idoso conduz a um distanciamento progressivo da família, às vezes resultando no abandono.[4]

As práticas alimentares saudáveis, o controle e a prevenção dos distúrbios alimentares são propósitos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo um acesso universal aos alimentos. Nesta perspectiva, surge a educação Nutricional que é de suma importância, pois os profissionais de saúde transcendem os conhecimentos técnico-científicos, atuando como educadores em saúde e multiplicadores das técnicas de ensino-aprendizagem.[5]

A população idosa representa novos desafios para a prática da Educação Nutricional, já que o envelhecimento, mesmo sendo um processo natural, leva a alterações funcionais e anatômicas, repercutindo na saúde do idoso. Estas alterações levam à redução na sensibilidade do gosto, à nutrição inadequada devido à interação droga-nutriente, como também devido a limitações no ato ao alimentar. Neste sentido, há uma modificação nos hábitos alimentares e consequente interferência no estado nutricional dos idosos.[6]

A partir disso, segundo Maués et al[7], deve ser enfatizada a importância das práticas educativas nutricionais com o intuito de alcançar uma nutrição geriátrica brasileira adequada. Para isso, são necessárias atitudes solidárias no trato com o idoso,

sendo necessário às vezes reinventar novos procedimentos ao atendimento nutricional para enfatizar uma atenção à saúde integral no contexto ambiental, social e biológico.

O estado nutricional da população idosa vem sofrendo alteração, apresentando alta prevalência de baixo peso. Conforme Pereira[8], a desnutrição é um problema grave para o idoso frágil. Esta situação nutricional sinaliza a necessidade de buscar conhecer as razões que afetam o consumo alimentar do idoso.[9]

Com o envelhecimento, várias funções fisiológicas e metabólicas são alteradas, e estas acabam por refletir no estado nutricional e, portanto, na saúde como um todo. De forma geral, podem ocorrer alterações: na composição corporal, no metabolismo ósseo, na fisiologia bucal, nos órgãos dos sentidos, nas concentrações de nutrientes no plasma e nos tecidos, na secreção de enzimas e hormônios, entre outros.[10]A senescência é configurada com uma alteração, podendo ser funcional e/ou estrutural, sendo decorrente do processo fisiológico do envelhecimento. Essa alteração varia de um indivíduo para o outro, porém atinge a todos, em graus variados.[11,12]

Em relação à avaliação nutricional do idoso, sabe-se que é considerada complexa devido às alterações naturais do envelhecimento, sendo necessário atender a particularidade de cada um, devendo ser considerada aspectos como idade, fatores biológicos e fatores fisiológicos.[13]

Portanto, a orientação nutricional, o estabelecimento de dieta adequada e o cuidado com a administração da mesma são considerados fundamentais para a saúde dos idosos. Em relação ao plano alimentar, leva-se em consideração os hábitos alimentares individuais, o acesso aos alimentos, às condições socioeconômicas, as tradições culturais e os aspectos simbólicos e afetivos, materializados em comportamentos alimentares específicos.[14]

Neste sentido, tem-se a educação nutricional como uma estratégia para a saúde alimentar do idoso institucionalizado. A educação em saúde engloba a educação nutricional, sendo parte de um processo de educação amplificada, pois é um fator determinante na construção e veiculação de conhecimentos, contribuindo com os idosos na adequação de suas necessidades nutricionais.

Além da educação nutricional, destaca-se a relevância da subjetividade e da afetividade nas prescrições dietéticas, demonstrando a relevância que o ato de alimentar tem na estratégia de educação em saúde, levando a uma adesão às orientações nutricionais saudáveis. Conforme Garcia[15] entende-se que o comportamento alimentar

não apenas está relacionado às práticas observadas empiricamente, mas também aos aspectos subjetivos em que a alimentação se envolve.

Observar as ações dos indivíduos é importante para se entender o que essas ações significam para eles[16]. Conforme Chizzotti[17]o discurso não tem significado único, sendo a expressão de um sujeito que explicita sua identidade social e expõe a ação primordial pela qual constitui a realidade.

Para tanto, em busca dos significados que a alimentação possui para o idoso e qual o papel desta alimentação na promoção da saúde alimentar dos mesmos, discute-se a Representação social (RS) e a educação nutricional como estratégia para alcançá-la. Segundo Brandão[14], a educação nutricional é um processo relacionado aos aspectos do comportamento alimentar (hábitos alimentares) e indicadores gerais (saúde, socioeconômicos, demográficos, culturais, religiosos), relacionado ao conteúdo da informação em relação aos alimentos saudáveis, em busca de mudança e adesão aos novos hábitos alimentares. Consequentemente é um dos caminhos existentes para a promoção da saúde.[18]

A educação nutricional para os idosos é uma forma de implementação de estratégias educativas que possibilita a compreensão das necessidades nutricionais, promovendo modificações no processo do alimentar e melhorando a qualidade de vida. Além disso, vislumbra o compromisso político de colocar a produção técnica e científica a serviço da união das classes populares incentivando a luta contra a diferenciação de classes que gera a fome e a desnutrição. Sabe-se que informações em relação às condições de saúde dos idosos são fundamentais para orientar as políticas de saúde voltadas para esta população.[19]

Do ponto de vista de sua importância, a educação nutricional é apontada como estratégia de ação, no campo da educação em saúde, a ser adotada prioritariamente em saúde pública para conter o avanço da ocorrência de doenças crônico-degenerativas uma vez que a alimentação de má qualidade é considerada um fator de risco para inúmeras doenças.[20]

Conforme Costa[21], as informações sobre as condições de saúde dos idosos e seus determinantes são fundamentais para orientar políticas de saúde voltadas para esta população em busca da promoção da saúde dos mesmos. Esta visa à capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo.[22]

As políticas públicas governamentais têm procurado implementar modalidades de atendimento aos idosos tais como, Centros de Convivência, espaço destinado à prática de atividade física, cultural, educativa, social e de lazer, como forma de estimular sua participação no contexto social que se está inserido.

Sabe-se que a adoção de práticas nutricionais de vigilância em saúde e ações educativas nutricionais são relevantes para a saúde alimentar do idoso em todos os contextos: ambiental, social e biológico. Portanto, o tema abordado é muito relevante porque poderá contribuir para uma maior reflexão na forma de condução das políticas públicas voltadas ao idoso institucionalizado, já que se percebe que mesmo existindo, as mesmas não são efetivamente aplicadas em algumas ILPIs, havendo uma necessidade de uma fiscalização mais eficaz nestes locais.

II.Fundamentação Teórica

II.1. O idoso e seu caminhar

O idoso passa por um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo que vive por um tempo mais prolongado. O indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde é a mais apontada.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)[23] o envelhecimento é:

> Um processo individual, sequencial, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Numa sociedade preconceituosa em que o poder é uma característica predominante nas relações e busca desenfreadamente o lucro, o idoso muitas vezes aparece como um entrave no desenvolvimento. Muitos deles deram contribuição social e ainda dão, mas não são reconhecidos, uma vez que diante suas limitações, não têm como concorrer com os mais jovens. Ao longo do processo de envelhecimento, o ser humanovai se tornando cada vez mais sensível ao meio ambientedevido à diminuição de suas capacidades de adaptação.[24]

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera-se idoso a pessoa com 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos[25]. No Brasil o termo "velho" começou a ser usado com o significado e uma conotação afetiva ou pejorativa. No dicionário da língua portuguesa a palavra "velho" significa "gasto pelo uso, antigo". A palavra "idoso" significa de "muita idade", velho.[26] O termo idoso é usado quando as políticas sociais se voltam para pessoas envelhecidas como prega a Constituição Federal de 1988 no Artigo 230, é assegurado como dever da família, da sociedade e do Estado, cuidar do idoso.

No entanto, sabemos que é possível ter uma sobrevida maior, com uma qualidade de vida maior, por meio da busca do envelhecimento com autonomia e independência, com boa saúde física e mental, enfim, com um envelhecimento bem sucedido. Existe um pressuposto de que boa qualidade de vida é possível, também, na

velhice, e que a probabilidade de envelhecer bem aumenta em razão da adequada atuação de fatores individuais e socioculturais, uma vez que viver bem e com qualidade são fatores que conduzem a um envelhecimento saudável.

> A pessoa que está envelhecendo é menos adaptável a mudanças situacionais, o que não impede certo espírito lúdico e uma curiosidade que permite uma conclusão da experiência resultante de anos de conhecimento e discernimento. Os que estão no estágio da sabedoria podem representar para as gerações mais jovens um estilo de vida caracterizado por um sentimento de unidade e integridade.[27]

Os autores Hall e Lindzey[27]apontam que o sentimento de unidade e integridade pode tornar neutro e amenizar os sentimentos de desesperança e revolta, como também diminui o sentimento de desamparo e dependência que podem marcar o fim da vida. Também pode surgir um sentimento de desesperança em relação ao processo de envelhecimento, intensificando o sentimento de que a vida não tem sentido.

Em sua teoria do desenvolvimento humano Érik Erikson aponta oito estágios de desenvolvimento. O último estágio é denominado por ele integridade *versus*desesperança. Os sucessos e fracassos da existência humana têm uma significação fundante para atingir a integridade ou desesperança na velhice. Segundo Hall e Lindzey[27]"o estilo de vida e a integridade da cultura tornam-se assim o patrimônio da alma". Os autores citados acima trazem uma mensagem em que o idoso pode ter uma vida existencial íntegra vivendo de forma saudável e contribuir com suas experiências de vida. Também pode ser o oposto, viver de forma desesperançosa.

Scortegagna e Oliveira[28] mostram que:

> Pensar o processo de envelhecimento, alerta para todas as problemáticas sociais que o segmento idoso vem enfrentando na realidade brasileira, não se podendo restringir a focos isolados de dificuldades. A cultura de incapacidade do idoso compromete a situação social da velhice, impondo que toda pessoa que atinge os 60 anos torna-se incapaz, principalmente se esta for proveniente de uma classe social mais baixa.

O envelhecimento pode ser considerado como um processo não apenas biológico, mas, sobretudo uma composição de elementos socioculturais, que muitas vezes não dependem da idade cronológica.

Nesse sentido, Neri[29] diz:

> O envelhecimento é uma experiência heterogênea, isto é, que pode ocorrer de modo diferente para indivíduos que vivem em contextos históricos e sociais distintos. Essa diferenciação depende da influência de circunstâncias histórico-culturais, de fatores intelectuais e de personalidade e da incidência de patologias durante o envelhecimento normal.

As condições atuais em que se encontra o idoso e a forma de vida que leva é relevante no significado e preparo para o envelhecimento. No Brasil, atualmente vem crescendo o movimento das universidades da terceira idade e originando estudos envolvendo adultos maduros e idosos. Os programas de Universidade da Terceira Idade enquadram-se assim, na perspectiva da Gerontologia Educacional e na perspectiva de educação permanente. "A Gerontologia Educacional é o próprio campo para investimento nas capacidades, atitudes e habilidades dos idosos, visando à promoção de sua qualidade de vida".[30]Frequentemente há uma confusão conceitual entre as expressões Gerontologia Educacional e Universidade da Terceira Idade. As experiências brasileiras de universidades da terceira idade têm contribuído para o desenvolvimento de pesquisas na área.

Segundo o Artigo 4º do Decreto nº. 1.948, de 03 de julho de 1996 (BRASIL)[31], possuem diferentes modalidades de instituições que assistem o idoso no Brasil, dentre elas a ILPI. Segundo Camarano e Kanso[3]:

> No Brasil não há consenso sobre o que seja uma ILPI. Sua origem está ligada aos asilos, inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas. Isso justifica que a carência financeira e a falta de moradia estejam entre os motivos mais importantes para a busca, bem como o fato de a maioria das instituições brasileiras ser filantrópica (65,2%), o preconceito existente com relação a essa modalidade de atendimento e o fato de as políticas voltadas para essa demanda estarem localizadas na assistência social

O envelhecimento da população e o aumento de idosos fez com que o atendimento ao idoso fosse integrado além da rede de assistência social, também à rede de assistência à saúde, oferecendo não somente um abrigo como antigamente. Muitas vezes associam as ILPIs com instituições de saúde, mas não são, apesar de também ofertarem cuidados aos idosos institucionalizados. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)[32]:

> ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Segundo Camarano e Kanso[3], entende-se por ILPI uma residência coletiva, com atendimento a idosos que se encontram em carência de renda, sem possibilidade de acompanhamento pela família, com dependência para realização de suas atividades diárias e que necessitem de cuidados prolongados.

Apesar de ser um fato novo o envelhecimento populacional, não só no Brasil, como em outros países, também deve refletir sobre a formação de recursos humanos para o trabalho com os idosos. As pessoas que desempenham o papel do cuidar são nomeadas cuidadores. Duarte, Melo e Azevedo[33], situando o cuidador como profissional, ressalvam que esta função só foi reconhecida recentemente no País:

> O surgimento do cuidador profissional é fato recente no Brasil, cuja função está consolidada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, através de reconhecimento e inserção na Classificação Brasileira de Ocupações, sob o código 5.162-10 (cuidador de idosos dependentes ou não e cuidador de idosos institucionalizados). Apesar do crescimento dessa categoria profissional, existem poucas iniciativas no campo da educação formal que contribuam para a sua consolidação. Não há critérios definidos ou pré-requisitos estabelecidos para regulamentar a formação desses profissionais.

Conforme Born[34], poucas são as ações públicas nacionais que apoiam os cuidadores.

> Instituições de longa permanência para idosos vêm empregando cuidadores com ou sem qualificação. A Resolução da Diretoria Colegiada 283, que aprovou, em setembro de 2005, o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos, no artigo 4.6.1.2., referente a recursos humanos para cuidados ao idoso, especifica o número de cuidadores que uma ILPI deverá possuir em função do grau de dependência e número de idosos, mas não esclarece a qualificação exigida.

Na ILPI o cuidador necessita abraçar o idoso, isto é, demonstrar solidariedade com os seus sentimentos e necessidades. Reporto a Keating[35], "Uma vez que temos os mesmos sentimentos, há um laço comum que nos envolve e cria união... Devemos dar valor ao sentimento do outro como parte essencial do ser". A autora, em sua fala, traz que na convivência é imprescindível que nos envolvemos com o outro, no sentido de assumir o compromisso estabelecendo um olhar afetivo que conduz à união.

Segundo Corrêa[36]:

> Afeto: adesão por outrem; estado moral (bom ou mau); disposição de alma; agrado e desagrado; emoção (amizade, amor, ira, paixão). Um estado limitado no tempo e qualidade essencial de uma emoção; enfim, expressão qualitativa e quantitativa de energia das pulsões, mas também mal-estar, doença, achaque.

No dia a dia, existem situações prazerosas e desprazerosas, tristezas e alegrias que muitas vezes geram opressão. Na ILPI, o idoso pode se sentir assim: desesperançoso e inútil. É necessário ter um olhar afetivo para o mesmo, uma vez que está sob os cuidados de profissionais conscientes e desejosos para humanizar a educação, seja em qualquer contexto.

> O afeto constitui-se no elemento básico da afetividade humana, que é um "conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de

> emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre de impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagrado, de alegria ou de tristeza".[37]

Atualmente tem-se buscado uma maior preocupação com o atendimento ao idoso. É sabido que as políticas públicas buscam investir no idoso, principalmente aquele carente, isto é, que se encontra em uma condição economicamente menos favorável. Ramos[38]diz: "o processo de reestruturação pela qual a institucionalização vem atravessando parte da suposição de que estes estabelecimentos podem representar relações interpessoais saudáveis, ressignificação de trajetórias, buscando uma vivência com dignidade na velhice".

Assim, busca-se a maior longevidade e qualidade de vida do idoso, tendo a Gerontologia como uma área em desenvolvimento contínuo.Para Neri e Cachioni[39] "a Gerontologia abrange três áreas: 1. Educação para os idosos; 2. Educação para a população em geral sobre a velhice e os idosos; 3. Formação de recursos humanos para o trabalho com os idosos". Para as autoras faz-se necessário que os planejadores das políticas sociais e educacionais se conscientizem da importância da educação.

Ainda nesse sentido Neri eCachioni[39]dizem que os programas educacionais que sejam direcionados a idosos devem proporcionar-lhes suportes relacionados ao emocional, ofertar informações e instrumentos que possam contribuir para um envelhecimento bem-sucedido.Na ILPI tenta-se instituir um adequado atendimento ao idoso institucionalizado, mas diante dos fatores como despreparo dos cuidadores, falta de recursos financeiros, frequentemente o idoso não recebe o tratamento compatível com suas necessidades.

Segundo Ramos[38]"o incremento do número de idosos requer um aumento da efetividade em todas as formas de cuidado de saúde dirigidas a tal população. Esta necessidade inclui a potencialidade do autocuidado para manter e melhorar a qualidade de vida no seu meio". O idoso, muitas vezes, não age de forma autônoma, uma vez que o meio onde está inserido não respeita sua condição e seus limites. Ainda é necessário investir mais nessa área de conhecimento que trata da Terceira Idade, uma vez que essa população vem crescendo de forma acelerada no Brasil.

Mendes et al[40]aponta:

> O modelo capitalista fez com que a velhice passasse a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já teria os seus potenciais evolutivos e perderia então o seu valor social. Desse modo, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perderia o seu valor simbólico. Todos os seres vivos são regidos por um determinismo biológico e sendo assim, o envelhecimento envolve processos

> que implicam na diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência, acompanhada por alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais.

Dentre estes processos do envelhecimento que implicam em alterações na vida do idoso está a senescência que são alterações funcionais e/ou estruturais, decorrentes do próprio envelhecimento.[11]Assim, os idosos para viver de forma saudável, necessitamde cuidado ao alimentar que promova uma qualidade de vida recomendada a sua fase de vida e que mantenham seu estado nutricional adequado.

Segundo Nogués[41]:

> Os idosos apresentam condições peculiares que condicionam o seu estado nutricional. Alguns desses condicionantes são devidos às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, enquanto outros são influenciados pelas enfermidades presentes e por fatores relacionados com a situação socioeconômica e familiar.

Dentre as alterações fisiológicas, o idoso apresenta modificações no processo da mastigação e deglutição. A disfagia pode resultar de anormalidades na deglutição.

> A disfagia afeta a rotina e a vida diária de quem tem este sintoma. Os pacientes precisam estar o tempo todo conscientes da forma de deglutir passando um processo que é inconsciente para o consciente. Podemos dizer que deglutir começa nos lábios e termina no estômago.[42]

Como cita a autora acima, a deglutição é um processo complexo. O idoso não apresenta uma condição favorável na deglutição, uma vez que com o envelhecimento há uma alteração fisiológica dos órgãos que efetivam a mesma.

Segundo Kuczmarski e Kuczmarski[43], o peso e a estatura sofrem alterações e tendem a diminuir com o envelhecimento, como há redução da massa magra e modificação na gordura corporal, com redução nos braços e pernas e aumento no tronco. Consequentemente, há alterações na Prega Cutânea Triciptal (PCT) e na Circunferência do Braço (CB), enquanto que a Circunferência da Cintura (CC)aumenta. Perissinotto et al[44] corrobora com a informação de que com o envelhecimento há uma redução na altura.

Conforme Mahan e Escott-Stump[45] são várias as alterações anatomofisiológicas que os idosos apresentam:

> Anorexia, má absorção por disfunção gastrointestinal, necessidades aumentadas de nutrientes como resultado de lesão ou doença, interação de drogas e nutrientes resultante de polifarmácia e abuso de substâncias como o alcoolismo, disfagia, úlceras de pressão, doença de Alzheimer, de Parkinson, dificuldade de bom desenvolvimento geriátrico, osteoporose, diabetes tipo 2, hipertensão e constipação.

Segundo Neto[46], é muito comum ocorrer a perda de dentes, diminuindo a capacidade mastigatória e assim gerando uma limitação ao consumo de alimentos. Isso favorece o aumento da desnutrição em contrapartida aos que possuem dentição completa. Alguns fatores interferem no consumo e na ingestão de alimentos como a deficiência visual que irão interferir noreconhecimento, apreciação das cores, como também nas texturas dos alimentos. Outro fator interferente na alteração do consumo alimentar e na saúde alimentar do idoso é a alteração na rotina alimentar quando passam a residir em uma ILPI.[47]

A dependência que os idosos institucionalizados têm para se alimentar é um fato observado em até 50% deles, sendo mais agravante à saúde alimentar daqueles que normalmente há um número reduzido de cuidadores.[46]

Segundo Waquimoto e Block[48]:

> O estado nutricional do idoso não é determinado somente por preferências ou mudanças fisiológicas, mas também por questões de integração social como solidão, isolamento social, acesso ao transporte, condição financeira e supressão de refeições.

Assim, esses fatores levam muitas vezes o idoso a não se preocuparem consigo, levando a uma alimentação inadequada relacionada tanto à quantidade como à qualidade[13]. Portanto, segundo Vitolo[49] "essas modificações no comportamento alimentar podem afetar a adequação de nutrientes ao organismo dos idosos e colocá-los em risco de má nutrição". A desnutrição em idosos, quando não diagnosticada precocemente, pode resultar em deterioração da saúde.[50]

Mahan e Escott-Stump[45]informam que o estadonutricional tem a função de expressar o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas para manter a funcionabilidade adequada do organismo, com o intuito de manter o equilíbrio entre necessidade de nutrientese ingestão. Consequentemente, as alterações do estado nutricional são fatores influenciadoresno aumento da morbimortalidade.

Segundo a OMS[51]:

> 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.

Em contrapartida, o sobrepeso e obesidade também podem oferecer fatores de risco à saúde do idoso. Conforme a World Health Organization (WHO)[52]:

> 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 cerebral, 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.

Além das alterações de consumo alimentar que reflete no estado nutricional do idoso, tem-se outras alterações relevantes a serem observadas como as anatomofisiológicas. Segundo Silveira[53], existem as alterações posturais que se iniciam com o processo do envelhecimento a partir dos 40 anos de idade.A alteração da postura corporal é um dos problemas mais frequentes relacionados ao envelhecimento, pois há uma dificuldade na execução dos movimentos com rapidez. Desta forma, o equilíbrio corporal fica mais difícil, sendo de extrema importância que se conheçam as transformações que ocorrem na postura corporal com o processo de envelhecimento.[54]É necessário portanto, que os cuidadores tenham atenção e cuidado na oferta do alimento ao idoso, visto que as alterações posturais levam a uma dependência ao alimentar devido suas limitações físicas, podendo alterar o estado nutricional do idoso.

Para acompanhamento e avaliação deste estado nutricional existe a antropometria que tem revelado importantes informações sobre o estado nutricional do idoso.[13,55,41,53,56,57]Como um dos métodos de avaliação da saúde alimentar do idoso tem-se a avaliação nutricional, sendo um deles a antropometria que está sendo utilizada cada vez mais para a caracterização do estado nutricional.[10]Ainda sobre a antropometria, Menezes e Marucci[56] dizem que "além de fornecer informações das medidas físicas e de composição corporal, é método não invasivo e de fácil e rápida execução. No caso de idosos, as medidas antropométricas mais utilizadas são: peso, estatura, perímetros e dobras cutâneas".

Assim, várias são as alterações que os idosos sofrem no processo de envelhecimento e consequentemente passam também por processo de adaptação à estas mudanças. Isto dependerá da forma como cada um percebe o mundo, isto é, a forma como faz a leitura do mesmo. Envolve seus sentimentos, suas experiências e uma história de vida construída ao longo de sua vida que vão lhe iluminar o seu caminhar na velhice.

É de extrema importância para os profissionais que desenvolvem seus trabalhos com idosos conhecer os aspectos referentes às estruturas fisiológicas que impactam nos hábitos alimentares e, consequentemente, evite a ocorrência de desnutrição.

> Os reflexos do processo de envelhecimento na mastigação são observados na perda da capacidade de controlar o bolo alimentar e da coordenação motora na lateralização dele durante o ato mastigatório, na redução da força mastigatória dos alimentos, processo no qual o desdentado total realiza amassamento, preparando o bolo diante das condições anatômicas que possui.[55]

Faz-se necessário conhecer os fatores que proporcionam o envelhecimento sadio, já que o idoso pode ter uma vida independente e autônoma, uma capacidade de administrar sua vida. As pessoas envelhecem de forma diferente, há influência de fatores culturais, genéticos e circunstâncias econômicas, além de problemas de saúde durante o envelhecimento.

Para a busca de um envelhecimento saudável, diversas são as legislações que existem no Brasil com este fim. Dentre eles tem-se o Estatuto do Idoso, no Artigo 3º da Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003, enfatiza a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento em asilos, exceto daqueles que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.[58] No capítulo II do referido Estatuto, na seção dos crimes em espécie, o Artigo 98 prevê a penalidade de detenção de 06 (seis) meses a 03 (três) anos e multa para as situações de abandono do idoso pelo familiar em hospitais, casa de saúde, entidades de longa permanência ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigados por lei ou mandado. Nos casos de impossibilidade da família não ser mais capaz de cuidar do idoso no âmbito familiar, é que se tem a ILPI como última alternativa para atender às necessidades do idoso. O atendimento integral institucional deve ser prestado nas ILPIs, prioritariamente ao idoso que não possua família, que esteja em situação de vulnerabilidade, ofertando regime de internato, por meio de pagamento ou não. Para isso, estas instituições devem dispor de recursos humanos e materiais que possibilitem o atendimento das necessidades dos seus moradores.[59]

Nesse sentido Oliveira et al[60] diz:

> A transferência do idoso de sua casa para as instituições asilares possibilita transformações significativas na vida desse indivíduo, como confusão mental, depressão e isolamento social. Tais problemas podem se agravar com a falta de conhecimento de alguns profissionais sobre os cuidados, o que leva ao aceleramento do processo de dependência, prejudicando a realização de atividades diárias muitas vezes consideradas banais, pois se acredita que o idoso já não possui a capacidade necessária de realizar tais tarefas.

Segundo as autoras o idoso se deprime quando se afasta dos familiares, mesmo porque a convivência com estranhos o deixa deprimido principalmente diante de sua condição que necessita de cuidados e, muitas vezes, esses cuidados lhe são negados.

Ainda nesse pensamento Silva[61]diz:

> É de fundamental importância que essa instituição asilar esteja composta por uma equipe multiprofissional, uma vez que o idoso acolhido e/ou abrigado necessitará dos mais complexos e diversos serviços...deve-se fazer presente profissionais capacitados a proporcionar outras atividades culturais e recreativas, como leituras, artesanatos, sessão de filmes, peças teatrais, jogos que estimulam a memória, atividade física, dentre outras, com o intuito de proporcionar qualidade de vida e lazer aos institucionalizados.

A Resolução ANVISA/RDC nº 283, de 26/09/2005[32] é o regulamento técnico que define as normas de funcionamento das ILPIs, regulamentando sobre a direção técnica, organização, recursos humanos, notificação compulsória, processos operacionais, monitoramento e avaliação desse funcionamento, além da infraestrutura física destinada a atender esses idosos. Esta mesma resolução informa que na ILPI é essencial uma área onde os idosos institucionalizados possam se reunir para conversar, dançar, executar uma atividade de lazer, isso levando em consideração a condição e restrições de cada um.

A Lei nº 8.842/94 criou o Conselho Nacional do Idoso, responsável pela viabilização do convívio, integração e ocupação do idoso na sociedade, pormeio inclusive, da sua participação na formulação das políticas públicas, projetos e planos destinados à sua faixa etária.[31]

A regulamentação da Política Nacional do Idoso pormeio da Portaria nº73/2001, define padrões e normas de funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa, a serem consolidados no âmbito dos municípios e estados, acatando as peculiaridades socioculturais de cada realidade e os indicadores socioeconômicos. A referida Portaria prevê modalidades de convivência ao idoso, sendo que se funcionarem como projetos de atenção à pessoa idosa, podem ser financiados pormeio de parcerias com os governos federal, estadual e municipal, como também por organizações não governamentais. Nesta mesma Portaria, o Ministério da Previdência e Assistência Social pretende organizar as ILPIs, criando três modalidades de atendimento integral institucional.[59]

As políticas públicas governamentais têm procurado implementar modalidades de atendimento aos idosos tais como, Centros de Convivência espaço destinado à prática de atividade física, cultural, educativa, social e de lazer, como forma de estimular sua participação no contexto social que se está inserido. A Lei 8.842/94 decreta:

> Art. 3º: Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à

> própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.
> Parágrafo único: A assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

A Lei nº 8.842, de 1994, no seu Art. nº48 prega que as entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso:

> Parágrafo único. As entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos: I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; II – apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei; III – estar regularmente constituída; IV – demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

As políticas públicas do idoso buscam um atendimento mais humano e digno para o mesmo, mas a vida do idoso no dia a dia, tanto o institucionalizado, como o não institucionalizado não condiz com essa política.

> No Brasil, o grande contingente de idosos, o meio social hostil à sua presença, a falta de preparo à aposentadoria e a precária situação econômica têm levado indivíduos da terceira idade a recorrer às instituições fechadas, pois esses problemas inviabilizam as condições para uma vida integrada e participativa na sociedade e acarreta um aumento de abrigos de idosos nos centros urbanos.[57]

Novos olhares para o envelhecimento bem sucedido precisam ser adotados e buscar observar também questões qualitativas, de formação de novas oportunidades e políticas que favoreçam o envelhecimento com qualidade. Segundo Wolff[62] alguns indicativos devem ser contemplados:

> – Que as conquistas legais e as experiências e ações desenvolvidas até o momento possam servir de suporte para o desenvolvimento de novas conquistas em um processo contínuo de ação/reflexão/ação;
> – Que as experiências locais e regionais sejam socializadas e ressignificadas, favorecendo novas oportunidades a outros contextos;
> – Que a educação, o esporte e o lazer sejam oportunizados por toda a vida, tanto em espaços formais como não formais, com condições de escolhas e de oportunidades, incluindo aí a qualificação dos programas existentes.

É um desafio enfrentar o envelhecimento bem-sucedido, mas é preciso dominar conceitos sobre o desenvolvimento humano, suas fases e manifestações, inclusive a velhice diante do contexto atual. Algumas medidas devem ser tomadas para alcançar uma velhice bem sucedida.[62]

Silveira et al[53] aponta:

> O equilíbrio corporal fica mais difícil, sendo de extrema importância que se conheçam as transformações que ocorrem na postura corporal com o processo de envelhecimento, de modo que possam ser adotadas medidas preventivas se até corretivas desta postura, a fim de evitar dores, deformidades nos idosos, além de dificuldades de locomoção e equilíbrio, melhorando a qualidade devida desses indivíduos.

II.2. A representação social do idoso

Cada um de nós vive num mundo fechado e tenta reproduzir nos outros comportamentos que confirmem as ideias preconebidas que fizemos deles na verdade, criamos essas informações. Uma vez que essas informações se manifestam, elas confirmam as coordenadas iniciais do nosso mundo individual e perpetuam-no.[63]

> "*As representações são resultado de um contínuo burburinho e um diálogo que é tanto interno quanto externo e durante o qual as representações individuais ecoam ou são complementares"*.[64]

As representações sociais como fenômenos cognitivos, envolvem experiências, práticas, modelos de comportamento com implicações afetivas e normativas, transmitidas pela comunicação social.[65]

A teoria das representações sociais: olhares distintos

O conceito de representações sociais, na contemporaneidade, adveio do sociólogo francês Émile Durkheim, para quem as representações deveriam ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já se sabe. Na sociologia durkheimiana, a sociedade é uma realidade *sui generis*, e as representações coletivas que a exprimem são fatos sociais, coisas, reais por elas mesmas. Diz Durkheim[66]:

> É o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para fazê-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e saber.

Para Moscovici[67] a representação coletiva é construída por meio de um saber coletivo que se acumulou e se revela de forma irredutível à experiência individual. O fenômeno das representações está por isso, ligado aos processos sociais implicados com

diferenças na sociedade. E é para dar uma explicação dessa ligação que Moscovici[67] sugeriu que as representações sociais são uma forma de criação coletiva, em condições de modernidade, uma formulação implicando que, sob outras condições de vida social, a forma de criação coletiva pode também ser diferente.

A noção de Durkheim das representações coletivas é uma espécie de guarda-chuva que reúne diferentes formas de saberes partilhados coletivamente (crenças, mitos, ciência, religiões, opiniões), cuja característica consiste em revelar o que há de irredutível à experiência individual e que se estende no tempo e no espaço social. Durkheim classifica e opõe as representações coletivas às representações individuais, desde quando considera que o pensamento social possui uma matéria e estados específicos que somente podem ser interpretados por fatores ligados à experiência do sujeito. Foi Durkheim quem utilizou pela primeira vez o termo "representações coletivas", como uma forma de ideação social à qual se opõe a representação individual.

O pensar coletivo, tanto na sua forma como na sua matéria, visava ao discernimento daquilo que ele tem de especial. Em Durkheim[66], a representação designa, prioritariamente, uma diversidade de formas mentais (ciências, religiões, mitos, espaço, tempo), de opiniões e de saberes sem distinção.

O esforço para estabelecer a sociologia como uma ciência autônoma levou Durkheim a defender uma separação radical entre representações individuais e as coletivas e a sugerir que as primeiras deveriam constituir o campo da psicologia, enquanto as últimas formariam o objeto da sociologia.[68]

Ao procurar estabelecer a sociologia como uma ciência "mista", centrada no conceito de representação, Moscovici[67] reconheceu uma dívida duradoura para com o trabalho de Durkheim, cuja formulação sobre o conceito de representações coletivas mostrou-se uma herança ambígua para a psicologia social.

Moscovici[67]esteve mais interessado em explorar a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas. Ele caminhou guiado pela necessidade de atualizar o conceito, trazê-lo para as condições de hoje, expandir para as sociedades contemporâneas e, substituir o construto coletivo pelo construto social.

Na tese *La Psychanalyse, sonimageetsonpublic*, Moscovici[69]introduz a teoria das representações sociais, tomando como objeto de pesquisa a apropriação da psicanálise pelo grande público francês dos anos 50, o qual difunde esse saber científico inédito,

transformando-o em uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado enquanto "saber prático do senso comum".

> O processo social no conjunto é um processo de familiarização pelo qual os objetos e os indivíduos vêm a ser compreendidos e distinguidos na base de modelos ou encontros anteriores. A predominância do passado sobre o presente, da resposta sobre o estímulo, da imagem sobre a "realidade" tem como única razão fazer com que ninguém ache nada de novo sob o sol. A familiaridade constitui ao mesmo tempo um estudo das relações no grupo e uma norma de julgamento de tudo o que acontece.[69]

A representação social opera uma transformação do passado e do presente do sujeito e do objeto na medida em que ambos constituem-se de dimensões articuladas e enlaçadas no social.

Abordagens da representação social

Moscovici é pioneiro do estudo sobre representação social. Sua abordagem é processual, dinâmica e subjetiva. A Teoria das Representações Sociais cunhada por Moscovici desdobra-se, hoje, em três correntes teóricas complementares, quais sejam: uma liderada por Denise Jodelet (Paris), a outra liderada por J.C. Abric (Aix-en-Provence) que aborda o aspecto cognitivo-estrutural e W. Doise (Genebra), que possui uma perspectiva mais sociológica[70].

Para Jodelet[71], principal colaboradora e estudiosa do trabalho de Moscovici, a representação social é uma forma de conhecimento elaborado e partilhado que tem uma visão prática e que busca a construção de uma realidade comum a uma categoria social. Os conteúdos das representações sociais são produzidos e efetivados em um processo social, justificando-se, então, a defesa da ideia de construção de um pensamento social. Ela considera também, a partir de Moscovici, que as representações sociais são modalidades de pensamento prático, ligadas à comunicação, à compreensão e ao conhecimento do contexto social, seja do ponto de vista concreto e material, seja do ponto de vista simbólico e ideal.[72] Essa definição percebe-se a complexidade existente na conceituação do campo.

Um grupo de estudiosos inaugura a perspectiva do núcleo central e busca o princípio de organização da representação, seu núcleo central, aquele que apresenta maior insistência e durabilidade, e acaba introduzindo a abordagem estrutural das representações. Nesse sentido, Abric diz:

> A organização de uma representação social apresenta uma característica particular: não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas, além disso, toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou alguns elementos que dão à representação o seu significado.[73]

Esta teoria se articula em torno de uma hipótese geral: "Toda representação se organiza em torno de um núcleo central". O núcleo central – ou núcleo estruturante – de uma representação assegura duas funções essenciais: uma função geradora, que é o elemento pelo qual se cria ou se transforma a significação dos outros elementos constitutivos da representação, e uma função organizadora, que é o núcleo central que determina a natureza dos vínculos e une entre si os elementos da representação.[74]

Uma terceira linha de abordagem das representações situa-se na Escola de Genebra por Doise.[75] Seu fundamento básico está na análise das influências das determinações sociais nos processos de ancoragem. Esta abordagem tem como objetivo encontrar o princípio organizador das representações a partir de uma perspectiva sociológica.[76] Por representações sociais entendemos que são princípios geradores de tomadas de posição ligadas a inserções específicas em um conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações.

Essa abordagem sociológica propõe que as representações sociais sejam formadas pelos níveis: 1) o *nível intrapessoal*, segundo o qual a interação entre o indivíduo e o ambiente social não é tratada diretamente, mas apenas os mecanismos pelos quais o sujeito organiza a sua experiência; 2) o *nível interpessoal*, em que o objeto de estudo é a dinâmica das relações estabelecidas em determinado momento por determinados indivíduos em uma determinada situação, não sendo as diferentes posições sociais ocupadas pelos sujeitos fora dessa particular situação; 3) o *nível posicional*, que é tornado explícito em explicações que incluem as diferenças em posição social que existem anteriores à interação entre diferentes categorias de sujeito; e 4) o *nível ideológico*, em que são introduzidos na pesquisa e na explicação as próprias ideologias, os sistemas de crenças e representações, os valores e as normas, que a sociedade desenvolve para validar e manter a ordem social estabelecida. [76]

Abordagem processual e o objeto

Dentre as abordagens das representações sociais referidas neste escrito, adentrou-se para a abordagem processual de Moscovici, na tentativa de estabelecer o

diálogo com o objeto da presente investigação: a saúde alimentar do idoso institucionalizado. A teoria das representações sociais, elaborada por Moscovici[69], pode auxiliar na compreensão de como esses idosos interpretam e constroem socialmente significados referentes à saúde alimentar.

Conforme Moscovici[64], para "a grande teoria", duas exigências são necessárias: a primeira diz respeito à composição da representação e a segunda aos seus processos formadores.

Composição da representação social

Moscovici[64] afirma que uma representação é constituída de três dimensões: informação, imagem e atitude. A informação versa sobre o que o grupo sabe sobre o objeto em termos de consistência e coerência desse conhecimento, variando de acordo com a quantidade e a qualidade desse conhecimento.[77]

A imagem é formada por cada sujeito sobre esse objeto. O campo de representação é a imagem percebida. Mesmo que não esteja sistematizado ou organizado, "remete-nos à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso do objeto das representações"[64], ou seja, refere-se à organização dos elementos já estruturados na representação.

A atitude é uma tomada de decisão, envolve uma organização global sobre o objeto. É a mais frequente das três dimensões, refere-se à orientação de comportamento que se tem acerca do objeto da representação social, que "dinamiza e orienta decisivamente as condutas relacionadas ao objeto representado, provocando um conjunto de reações emocionais e comprometendo as pessoas com maior ou menor intensidade".[77]

Além dessas três dimensões, as representações sociais possuem uma estrutura de natureza dupla, conceitual e figurativa. "A estrutura de cada representação [...] tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto à frente e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica, [...] em toda figura um sentido e em todo sentido uma figura".[64]

O autor diz, nessa citação, que a representação é compreendida tendo a lógica a toda figura um sentido e a todo sentido uma figura. Moscovici[64] prefere tratar a representação como um "processo que torna o conceito e a percepção de algum modo intercambiáveis, visto que se engendram reciprocamente". Ele seguiria a linha do

pensamento conceitual, capaz de se aplicar a um objeto não presente, dar-lhe uma concretude icônica, figurá-lo, torná-lo tangível.

> Representar uma coisa [...] não é, com efeito, simplesmente duplicá-la, repeti-la ou reproduzí-la; é reconstituí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de "realismo". [...] Essas constelações intelectuais, uma vez fixadas, fazem-nosesquecer que são obra nossa, que tiveram um começo e que terão um fim, que sua existência no exterior leva a marca de uma passagem pelo psiquismo individual e social.[64]

Nessa citação, Moscovici afirma que a representação social é uma construção social permeada pelo psiquismo individual e social. A representação social é uma criação em que o sujeito transforma-se e transforma o objeto, busca a impressão da realidade, por meio das trocas com o outro.

Funções da representação social

Segundo Moscovici[69], as representações sociais respondem a duas funções: uma contribui com os "processos de formação de condutas" e a outra "orienta as comunidades sociais", que guiam os comportamentos e práticas, avaliando o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social. Inicialmente foram atribuídas essas duas funções às representações, conforme o modelo proposto por Moscovici em 1961. Posteriormente, Abric[78] acrescentou uma terceira e quarta funções às representações, diante da evolução das pesquisas realizadas a propósito das cognições e práticas sociais: a função identitária, que permite preservar as singularidades grupais, desempenhando o controle social exercido pela coletividade sobre cada um dos seus membros, em especial nos processos de socialização, e a função justificadora que permite as justificativas atitudinais de comportamento nas relações entre os grupos.

Processos formadores da representação social: ancoragem e objetivação

Para Moscovici[69], uma representação social é de construída por meio de dois processos: *objetivação* e *ancoragem*. Para explicar, respectivamente, as condições de emergência da concretude e da atribuição de significação dos objetos sociais, construídos pelos sujeitos que buscam a sintonia de suas práticas e comunicações na sociedade. O processo que transforma um objeto abstrato, de natureza conceitual,

portanto, em algo imagético (figurativo) é denominado objetivação, e aquele que converte uma figura em um sentido recebe o nome de ancoragem.

A objetivação consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado. Neste sentido, Moscovici[69] diz: "objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as e, desse modo, distanciar–se com relação às mesmas. É também, transplantar para o nível da observação o que não fora senão inferência ou símbolo".

Segundo Ibañez[77], objetivar é traduzir conceitos em imagens, ou seja, é um processo pelo qual se transforma um conceito ou ideia em algo "concreto", de fácil expressão, mediante a construção de uma imagem icônica sobre o objeto da representação. O autor diz:

> Tanto nas conversas cotidianas como nas conferências científicas, os locutores tentam se fazer compreender melhor recorrendo a imagens que "permitem ver" o que se pretende descrever. O processo de objetivação não é outra coisa senão essa projeção reificante que nos permite materializar em imagens concretas o que é puramente conceitual.

A objetivação se faz necessária na construção das representações sociais porque torna concreto algo que era abstrato. O processo de objetivação envolve três etapas: a) *construção seletiva*; b) *esquematização estruturante*; e c) *naturalização*. Essas etapas vão dando forma ao conteúdo das representações sociais, esquematizando e organizando seus elementos e, na última etapa, a naturalização confere realidade plena ao que era uma abstração.

> Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser impreciso, reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância. Objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece, então, diante de nossos olhos, física e acessível.[67]

A representação social é construída num movimento. O processo de objetivação trata de descobrir, conhecer, buscar explicações construindo e desconstruindo saberes. Jodelet[71] descreve três fases no processo de objetivação: 1) seleção e descontextualização de elementos da teoria, em função de critérios culturais, normativos; 2) formação de um núcleo figurativo, a partir dos elementos selecionados, como uma estrutura imageante que reproduz a estrutura conceitual; e 3) naturalização dos elementos do núcleo figurativo, pela qual, finalmente, "as figuras, elementos do pensamento, tornam-se elementos da realidade, referentes para o conceito".[71]

A ancoragem está dialeticamente articulada à objetivação. É organizada sob três condições estruturantes: como enraizamento no sistema de pensamento, atribuição de sentido e instrumentalização do saber. É um processo que dá sentido ao objeto que se apresenta à compreensão dos sujeitos. A ancoragem vem junto de um pensamento ideológico e de uma construção histórica, concomitantemente, sugerindo ação:

> [...] a ancoragem é o mecanismo que permite enfrentar as inovações, bem como os objetos que não são familiares. Utilizamos as categorias que já conhecemos para interpretar e dar sentido aos novos objetos que aparecem no campo social. Em certo sentido, sempre vemos o novo através de lentes antigas, e o deformamos o suficiente de modo que ele penetre nos esquemas que são para nós familiares.[77]

Pode-se afirmar que a representação social converte algo não familiar em familiar.[64] Assim as representações se modificam e se organizam para estar de acordo com os valores que o sujeito já possui, podendo até mesmo parecer contraditórias justamente porque são formas de adaptação que conseguem integrar elementos drasticamente separados, permitindo-lhes uma adaptação a diferentes circunstâncias, o que faz com que estejam em permanente construção; afinal "representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstruí-lo, retocá-lo e modificar-lhe o texto". [64]

Portanto, a representação tem que ser compartilhada e elaborada por um determinado grupo, uma vez que sua construção se dá na relação do sujeito com outro sujeito e com objetos. [64] Neste processo, desconstrói-se uma realidade que não é única nem específica, mas que é compartilhada pela comunicação de indivíduos interagentes. Assim, não há representação social sem objeto e sem um sujeito social, coletivo ou individual, pertencente a um determinado grupo, pois "uma representação é sempre uma representação de alguém, tanto quanto de alguma coisa". [64]

Representação social e educação para o idoso

Madeira[79] considera que a educação é um processo dialético por excelência e abrange três marcos fundamentais na vida do sujeito: o momento em que toma consciência de si, do outro e do mundo. Segundo o pensamento da autora:

> Definimos a educação como o processo pelo qual, em diferentes contextos histórico-estruturais e com finalidades, níveis, formas e graus de sistematização diversos, a cultura e o conhecimento são continuamente transmitidos e (re)construídos, envolvendo a totalidade do sujeito e suas relações interpessoais, intergrupais demarcadas pela pluralidade de culturas. Integra as contradições do

> próprio sujeito e da totalidade social que conta com esse processo como um de seus mecanismos de estabilização.[79]

Nesse sentido, a educação se enlaça nas singularidades dos sujeitos, por meio das interações com seus pares, em busca contínua de um sujeito que revele a sua incompletude. Não se pode perder de vista que a área de educação compõe um campo de investigação em que a teoria das representações sociais tem lugar e posição definidos para constituição da realidade cotidiana.

Gilly corrobora essa afirmação e expressa o quanto o social age no educativo:

> [...] o campo educativo aparece como um campo privilegiado para verificar como se constroem, evoluem e transformam as representações sociais no interior dos grupos sociais, e esclarece sobre o papel dessas construções nas relações desses grupos com o objeto de sua representação. A representação como conjunto organizado de significações sociais permite uma nova via para explicação dos mecanismos, por meio dos quais fatores propriamente sociais agem sobre o processo educativo e influenciam resultados.[80]

Gilly[80] produziu seus principais trabalhos na área de representações sociais na educação. Ele sinaliza que as mesmas "orientam a atenção sobre o papel de conjuntos organizados de significações sociais no processo educativo". Na última década, o estudo das representações sociais tem sido contemplado pelos pesquisadores, o que pode construir um novo olhar para o que está fora e dentro da educação nutricional do idoso.

Na presente investigação, busquei as representações sociais dos idosos institucionalizados com relação à saúde alimentar. Essas representações construídas por uma teia de suas experiências provocam no dia-a-dia, no cotidiano da ILPI, afetos prazerosos e desprazerosos. As representações sociais sempre se preocuparam com os aspectos da sensibilidade social, sentimentos sociais. Jodelet tem ampliado, em seus textos recentes, a importância do afetivo nas representações sociais, como pode ser observado na fala que se segue:

> As representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas intervirão.[81]

Jodelet[82], em seus estudos, apresentou algumas considerações sobre o fenômeno do envelhecimento como objeto de pesquisa das representações sociais:

> Pode-se aplicar este modo de análise no caso da velhice que aparece como um objeto complexo a propósito do qual se misturam dimensões pertencendo a diferentes níveis de realidade. Objeto de definições variadas, de debate social implicando valores humanos e considerações materiais, a velhice apreende-se num espaço de interação e de relações grupais e ao mesmo tempo toca algo de profundo no vivido de cada um.

A autora diz que a velhice apresenta características do contexto social onde o idoso está inserido. Na ILPI, existem várias realidades trazidas de diferentes vivências, que ao se encontrarem, geram divergentes significados em relação à saúde alimentar dos mesmos.

Neste contexto, a representação social se preocupa com os aspectos da sensibilidade social e sentimentos sociais. Segundo Moscovici[64], é uma construção que o sujeito faz para entender o mundo e para se comunicar, além de orientar as ações e comportamentos. A representação social é uma forma de conhecimento elaborado socialmente para uma construção de uma realidade comum a um conjunto social.

As concepções que as pessoas têm acerca do processo de envelhecimento assumem grande importância na forma como enfrentam as perdas decorrentes do mesmo. Assim, o recurso à Teoria das Representações Sociais é uma estratégia adequada para o estudo da velhice, uma vez que esta possibilita a compreensão do modo como os grupos constroem e partilham um conjunto de conhecimentos, conceitos e explicações sobre determinado fenômeno, nas relações que estabelecem no cotidiano.[64] O autor aponta que a Teoria das Representações Sociais revela um caminho para a reflexão sobre a velhice, podendo contribuir para a compreensão do significado da saúde alimentar do idoso institucionalizado.

De uma forma genérica, podemos descortinar nos discursos dominantes sobre a velhice dois grandes conjuntos de representações.[83] Por um lado, os discursos da *velhice negativa*,onde se sublinham, fundamentalmente, as situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência.

No cotidiano, observa-se que existe esta situação de pobreza e isolamento dos idosos institucionalizadosmoradores nas ILPIs. Tem-se como rotina o descuido pelos cuidadores, a carência de recursos financeiros para estruturação física e atendimento, como também a tristeza expressa nas faces dos idosos.

Em um dos seus estudos realizados, Araújo, Coutinho e Santos[84], informaram que os dados obtidos revelaram que os idosos participantes do mesmo, objetivaram suas representações sociais da velhice no binômio velhice-doença, caracterizando a velhice como algo negativo, assumindo uma conotação negativa da mesma.

Portanto, as representações sociais apresentam significativa contribuição para a compreensão de diversos fenômenos referentes às investigações sobre o envelhecimento. O estudo das representações sociais tem um espaço fundante na

educação, na medida em que pode contribuir para a elaboração de novos entendimentos acerca da realidade e da prática educativa nutricional.

II.3. A educação nutricional no idoso

O envelhecimento da população é considerado um fenômeno mundial e adquire características próprias no Brasil com a rapidez em que vem se instalando.[60]Envelhecer em si pode ser entendido como um processo natural da vida, mas é sabido que cada pessoa vive esse momento de forma peculiar, para uns como se fosse um momento de declínio e para outros, um momento de apogeu e felicidade, onde as experiências vivenciadas podem ser um norteamento de vida para os mais jovens. Dentre os idosos veem-se aqueles que buscam ressignificar sua vida, transformado aquilo que muitas vezes é insignificante para alguns, tornando significante para o mesmo.[62]

> No processo de envelhecimento, assim como as dimensões biológica, psicológica e espiritual, também a dimensão social se modifica, já que ela é um fator de permanente ressignificação do sujeito consigo e com o seu ambiente. O comportamento dos sujeitos frente às relações sociais é resultante das percepções estruturadas no decorrer da vida por uma intrincada rede de interações não desvinculadas do ambiente, na busca das necessidades humanas.[62]

Diante dessa fase de vida que é o envelhecimento há uma diminuição da interação, de contatos sociais, mas nunca entendida com a inexistência de relações. Esse sentimento de isolamento experenciado pelos idosos surge pelas situações de perda, dentre elas: perda da juventude, aposentadoria, afastamento dos filhos, do companheiro e dos amigos. Essa condição de desconforto contribui para o idoso sentir inútil, muitas vezes sem encontrar papeis que os gratificam. Nesse sentido, Wolff[62] diz:

> Outra percepção natural da vida humana, também evidenciada durante o processo de envelhecimento, é quando a pessoa se dá conta de sua vulnerabilidade, tanto física como biológica. Nesse sentido, a sociedade atual não tem contribuído para isso, visto que se sustenta na onipotência da força, representada pela juventude, tendo no velho a representação da vulnerabilidade e da fragilidade que pretende ser superada.

A autora se refere ao sentimento de fragilidade expresso pelo idoso, mas é possível que o mesmo venha avançar e se instituir como uma pessoa capaz de estabelecer novas relações, participando de grupos e promovendo um resgate afetivo com a família. Stano[85], "por sua vez, traz a possibilidade de rupturas, ponderando que o sujeito com a velhice pode avançar e estabelecer outras redes, de identidade e outras possibilidades de ser no mundo, contradizendo e instituindo o novo".

No Brasil vem aumentando a consciência crítica da questão do idoso, pois ao invés de apontar a população idosa como uma ameaça, pensa-se na situação que o idoso é efeito e não causa de nossas dificuldades no âmbito das aposentadorias e da previdência social.[39] As autoras Nery e Debert[39] referem que o idoso passou a ser olhado diferente de antes, uma vez que sempre lhe foi atribuídos a culpa por sua condição de saúde, onde até pouco tempo não havia uma discussão e preocupação com a qualidade de vida do idoso.

A qualidade de vida possui um conceito amplo e tem como intuito averiguar, mais do que a condição clínica de saúde do indivíduo, também os aspectos ligados à percepção do bem-estar pessoal e autoestima. Faz-se essencial avaliar situações adstritas à percepção do estado de saúde, nível socioeconômico, estilo de vida, autocuidado, interação social, suporte familiar, capacidade funcional, estado emocional, atividade intelectual, valores religiosos e culturais, como também a satisfação pessoal quanto às atividades diárias e o local onde vive.[86,87]

> No processo de construção das sociedades, a educação é um fenômeno que tem dupla função, pois ao mesmo tempo em que promove a reprodução de códigos e normas para orientar comportamentos e atitudes para a sobrevivência e a convivência em sociedade, também dá subsídios aos processos de transformação material e social, necessários a todos os indivíduos e a todas as coletividades.[88]

O idoso necessita participar de programas educacionais que venha lhe proporcionar melhor qualidade de vida. A educação para o idoso permite a integração de suas experiências e dos conhecimentos acumulados durante sua existência. A educação é um determinante poderoso para uma velhice bem-sucedida. Nesse sentido, Swindell e Thompson[89] apontam:

1. A educação pode ajudar os adultos maduros e idosos a ter mais autoconfiança e independência, reduzindo a necessidade de recursos públicos e provados.
2. A educação é primordial na capacitação dos idosos, ao lidarem com os inumeráveis problemas práticos e psicológicos em um mundo complexo, fragmentado e em mudanças.
3. A educação para e pelo idoso intensifica sua atuação e contribuição para a sociedade.
4. A possibilidade de aumentar o autoconhecimento, compreender-se melhor e comunicar as próprias experiências às outras gerações favorece o equilíbrio, as perspectivas pessoais e de mundo, qualidades valiosas em um mundo em mudança.
5. A educação é crucial para muitos idosos motivados para a aprendizagem e a comunicação.
6. Contribui para a diminuição da dependência da população idosa e beneficia seu bem-estar físico e psicológico, o que resulta vantajoso para as famílias e a sociedade, para a Previdência Social e para o sistema de saúde.

No Brasil, as primeiras iniciativas de educação ao idoso foram feitas pelo Serviço Social do Comércio (SESC), em 1960, introduzindo programas de lazer e convivência para idosos e cursos de preparação para a aposentadoria. Nos anos 70, a entidade organizou os primeiros movimentos de idosos e as primeiras Escolas Abertas à Terceira Idade.[39]Esse movimento em favor do idoso proporcionou a criação de outras políticas de saúde referentes ao idoso quando o Sistema Único de Saúde (SUS) passou pelo processo de reforma. A partir desse momento deu-se início a expansão à saúde dos idosos, reduzindo as taxas de morbimortalidade e valorizando o processo de envelhecimento saudável.[90]

A Constituição Brasileira[91] preconiza em seu artigo 230: "É dever da família, da sociedade e do Estado, amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida". Além da Constituição Brasileira que dá direitos ao idoso, outras conquistas merecem ser destacadas, uma vez que vem ampliá-los. Dentre essas conquistas encontros foram realizados em favor do idoso, como também estabeleceu uma política social que contemple seus direitos como aponta Wolff[92]:

> O I Encontro Nacional de Idosos, em 1982. Onde reuniram as representações de idosos de todo o Brasil. O II Encontro em meados da década de 1984 com a produção da "Carta de Declaração dos Direitos dos Idosos Brasileiros". O III Encontro Nacional de Idosos aconteceu em 1987. A Lei nº 8.842 promulgada em 4 de janeiro de 1994 estabelece a Política Nacional do Idoso – PNI, contendo a construção efetivada e explicitando a criação dos conselhos paritários, regulamentada em 3 de julho de 1996, através de decreto. Em 1º de outubro de 2003 é sancionado o Estatuto do Idoso através da Lei nº 10.741 que estabelece os direitos da pessoa idosa. Ele estabelece que o não cumprimento do mesmo sofrerá penas, como também, as determinações do Estatuto reforçam as ações do Ministério Público com relação à defesa da realização dos direitos a que o idoso jaz jus.

Diante dessa política citada acima que se instalou para o idoso, observa-se que na prática a realidade é outra. Muitas vezes, situações de humilhação, insultos e maus-tratos são comuns no cotidiano do idoso.[60]

O estatuto do Idoso[58], após um compasso de espera de seis anos adota medidas de proteção: a) preferência de atendimento no Sistema Único de Saúde e remédios gratuitos, especialmente os de uso continuado; b) os planos de saúde ficam impedidos de reajustar as mensalidades de forma diferenciada em razão da idade; c) para as pessoas com mais de 65 anos, haverá gratuidade nos transportes coletivos e assentos preferenciais; d) descontos em eventos culturais e de lazer; e) negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão são passíveis de penas de detenção.[93]

Buscando compor ações que visem a melhoria da qualidade de vida deste idoso institucionalizado, utiliza-se a educação em Saúde que é entendida como processo, visando capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com o aproveitamento de experiências anteriores, formais e informais, tendo sempre em vista a integração, a continuidade, a democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social. Visa também, a autocapacitação dos vários grupos sociais para lidar com problemas fundamentais da vida, tais como nutrição.[94]A Educação em Saúde ampliada inclui políticas públicas e reorientação dos serviços de saúde através de propostas pedagógicas libertadoras visando à melhoria da qualidade de vida.[95]

Segundo Candeias[96]:

> Necessita-se fazer a diferenciação entre educação em saúde e promoção em saúde para que não existam distorções conceituais. Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Enquanto que promoção em saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Dessa forma, a educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, porém não exclusivamente, por meio da legislação. Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico em seus diferentes níveis de atuação e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações alvo que não se encontram normalmente nas três outras.

Segundo BRASIL[58], os programas que têm como base a comunidade e implicam a promoção da saúde do idoso deve conceber a nutrição como uma de suas áreas prioritárias.

De acordo com os princípios da promoção da saúde, o cuidado nutricional do idoso em comunidade deve partir de uma perspectiva problematizadora e participativa, na qual se extrapole a dimensão biologicista do cuidado. Nesse sentido, a Educação Nutricional (EN), numa perspectiva crítica, se destaca como um elemento imprescindível num estímulo à transformação dos hábitos alimentares para a promoção da saúde do idoso, visando garantir autonomia uma vez que a produção de informações pode subsidiar a tomada de decisões dos indivíduos, possibilitando que participem ativamente da melhoria da sua qualidade de vida.[97,98]

Em 1940 a 1960, a educação alimentar e nutricional vinculou-se às campanhas de introdução de novos alimentos e às práticas educativas, tornando-se um dos pilares

das políticas de alimentação e nutrição do período. Conforme Lima[99], neste período também a educação alimentar e nutricional foi fundamentada no "mito da ignorância", sendo um fator considerado como determinante da fome e desnutrição na população menos favorecida em renda. Houve o desenvolvimento de instrumentos adequados, que tinham como finalidade ensinar o pobre a comer, corrigindo hábitos alimentares inadequados nessas populações.[100,94]

Em meados de 1970, o binômio alimentação-educação começou a ser transformado no binômio "alimentação-renda", após redirecionamentos das políticas de alimentação e nutrição no país, onde a renda era tida como o principal obstáculo para se obter uma alimentação saudável. Surgiram também estratégias de suplementação alimentar que passaram a ser o eixo norteador das políticas.[101]

Em meados de 1980, aconteceram discussões importantes em relação a abordagens sobre novas perspectivas da educação alimentar e nutricional, consolidando assim uma nova visão, passando a ser vista com pensamento crítico. Além disso, a educação nutricional crítica baseou-se nos princípios da pedagogia crítica dos conteúdos, dizendo que a educação nutricional não é neutra, não podendo seguir uma metodologia prefixada.[102]

Morin[103] ressalta que a autonomia buscada na vertente da Educação Nutricional (EN) pressupõe "a autoformação da pessoa (ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver) e ensinar como se torna cidadão". A fala de Morin aponta a educação como determinante para que a pessoa se conscientize, buscando assim, uma qualidade de vida.

As transformações comportamentais só ocorrem de fato quando as pessoas se tornam conscientes da importância do ato de mudar, para benefício próprio, a fim de saúde e outros aspectos relacionados à sua vida.[104]

No contexto da Atenção Primária a Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem possibilitado a qualificação do cuidado à saúde do idoso em muitos serviços comunitários. A interação cotidiana da equipe de saúde com os saberes e a realidade social da população tem ensejado a elaboração de abordagens mais humanísticas e participativas de atenção à saúde, fortalecendo alguns dos aspectos primordiais reivindicados pela Política Nacional de Saúde do Idoso.[31]

Frente a esses desafios postos na Estratégia Saúde da Família (ESF) os grupos comunitários de idosos vêm se fortalecendo como espaços estratégicos para o

desenvolvimento de atividades educativas críticas para promoção da saúde e da alimentação saudável.[105,98,106]

Alimentação, nutrição e saúde apresentam caráter múltiplo e são um universo complexo, diverso e simbólico. Comer é um ato inerente à vida. Um processo que se caracteriza de maneira significativa como uma prática construída nas relações sociais. Os indivíduos aprendem a comer e vão definindo seus gostos, suas percepções sobre a alimentação e suas práticas alimentares ao longo vida. Portanto, a alimentação possui caráter múltiplo, complexo e simbólico. As práticas alimentares trazem em si inúmeras motivações, muitos sentidos e diferentes significados. Quando se fala em práticas alimentares, a referência não é apenas ao ato de comer; elas abrangem inúmeras atividades que perpassam a alimentação, como o plantio, a produção, a compra, a preparação e o consumo dos alimentos.[88]

Os profissionais de saúde têm como papel propor aos indivíduos o desenvolvimento de habilidades que favoreçam mudanças comportamentais.[107]Assim, as intervenções em educação nutricional podem gerar positivamente diferenças aos idosos.[108,94.]

Para alguns teóricos, as ações de educação nutricional para idosos vêm avançando em nosso país.[99,108] Conforme a OMS[109], foi evidenciada em alguns experimentos e estudos observacionais, a estreita relação entre características qualitativas e quantitativas da dieta, como a ocorrência de enfermidades crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes mellitus não insulino-dependente, diferentes tipos de câncer e obesidade). Segundo Mcclelland[110], Irving et al[111]; Suominen[107], estudos sobre programas de Educação nutricional mostraram resultados promissores no aumento do conhecimento sobre as necessidades nutricionais do idoso entre os profissionais da área da saúde.

Desta forma, alguns estudos demonstram que a educação nutricional para idosos tem apresentado impactos positivos no diagnóstico de distúrbios nutricionais nesta população, contribuindo no aumento da ingestão calórica e protéica, e consequente melhorando o seu estado nutricional[107]. Mas, há uma necessidade de fiscalização nas ILPIs para que a educação nutricional seja efetivamente praticada.

III. Objetivos

Objetivo Geral

- Conhecer as representações sociais que os idosos institucionalizados constroem sobre a alimentação e a relação com a saúde.

Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos idosos estudados.
- Descrever os dados antropométricos e exames laboratoriais realizados pelos idosos residentes da ILPI em questão.
- Classificar o estado nutricional e antropométrico dos idosos assistidos pela ILPI.
- Comparar o Índice de Massa Corpórea pré e pós-implantação do programa de Educação Nutricional dos idosos participantes da pesquisa.
- Testar a efetividade da intervenção da Educação Nutricional na promoção da saúde alimentar do idoso.

IV. Método

IV.1. Desenho de estudo

Trata-se de um estudo qualiquantitativo, experimental, transversal (pesquisa qualitativa), prospectivo (pesquisa quantitativa), com avaliação do tipo antes e depois. Consta também de uma parte qualitativa onde será abordado o fenômeno social da alimentação e suas complexidades no grupo de idosos institucionalizados.

IV.2. Local de estudo

Com o intuito de responder o problema levantado, a população estudada foi de idosos carentesresidentes em uma Instituição de longa permanência para idosos, denominada Associação Benemérita de Caridade Lar dos Velhinhos, localizada em um bairro de classe média no município de Guanambi, no interior do Estado da Bahia. Encontra-se a 796 quilômetros da cidade de Salvador, capital do Estado da Bahia e está localizada nas Serras Gerais, no sudoeste da Bahia.

A instituição situa-se em um espaço bem localizado, possuindo uma pequena praça interna, em frente à porta de entrada, com algumas plantas. A área construída é ampla, mas simples e precária, não atendendo às necessidades dos idosos devido número de moradores que lá residem. Está dividida em quartos coletivos e individuais para aqueles que necessitam de adaptação no convívio com os demais ou que efetuam um pagamento com valor diferenciado. Possui sala específica para procedimentos simples de enfermagem, como administração de medicamentos e curativos; sala para atendimento de procedimentos simples de fisioterapia; sala para atendimento médico quando havia condições de pagamento a esse profissional ou quando conseguem atendimento voluntário; sala pequena para a alimentação, fazendo com que os idosos se alimentem às vezes sem apoio para seus utensílios; sala simples de TV; cozinha; área externa localizada no fundo para atividades de recreação quando recebem apoio de estudantes de educação física da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Compõe seu quadro funcional 10 funcionários, sendo duas auxiliares de enfermagem, uma cozinheira, um auxiliar de higienização, um administrador, uma Coordenadora, uma

Diretora e três cuidadores de idosos, sendo estes responsáveis pela alimentação, higiene, como da alimentação dos dependentes e acamados.

No Brasil, a porcentagem de indivíduos com idade superior a 60 anos é de 10,8% e na Bahia é de 10,3%. Na cidade de Guanambi, na qual se desenvolveu a presente pesquisa, a estimativa populacional é de 78.833 habitantes, sendo 8.605 na faixa etária superior a 60 anos, equivalendo a 10,9%.[1]

A Associação atende em média 58 moradores, sendo destes 50 idosos, de ambos os sexos e 22 são de Guanambi. É de caráter privado, de utilidade pública e sem fins lucrativos. Historicamente abrigou os idosos e as pessoas abandonadas da cidade, sendo de responsabilidade de toda comunidade. A instituição de caridade completou 50 anos de existência e de assistência social na cidade. No momento, está em ampliação da estrutura física, com o auxílio de algumas instituições privada como a Maçonaria e públicas municipais. Além disso, conta com o apoio da Faculdade Guanambi (FG) e da UNEB com a oferta de recursos humanos através de aulas práticas (estágios supervisionados e projetos de extensão/pesquisa).

Conforme relatos da direção há dificuldades na captação de recursos, manutenção, assistência médica e na estrutura física, enfatizando que existe um apoio importante de várias empresas e instituições, por meio de doação que garantem o funcionamento da Associação Benemérita de Caridade conhecido como "Abrigo dos Velhinhos".

Em 25 de fevereiro de 2013, o prefeito do município de Guanambi celebrou um convênio nº 03/2013 com a Associação Benemérita de Caridade Lar dos Velhinhos por meio do Fundo Municipal de Assistência Social, o qual tem como objeto o atendimento de pessoas idosas conforme repasse realizado pelo Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS), na modalidade de proteção social especial de alta complexidade.

Para residir nesta ILPI, deve haver solicitação da vaga à Direção do local, advindo de familiares de idosos ou do próprio idoso que venha demonstrar vontade em ali residir. Os idosos contribuem com uma porcentagem da sua aposentadoria para sua manutenção no local.

Os idosos são encaminhados para atendimento por uma equipe multiprofissional, quando necessário, à Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no 1º Centro de Saúde Deputado Gercino Coelho, no Centro do município de Guanambi-Bahia, como também ao Hospital Regional de Guanambi (HRG).

IV.3. População de Estudo

Dos 58 residentes na ILPI Associação Benemérita de Caridade em Guanambi-Bahia, 46 foram incluídos no estudo conforme critérios de inclusão estabelecidos. Desses, 13 aceitaram participar do estudo, sendo 06 do gênero masculino e 07 do gênero feminino. Os critérios de inclusão foram todos os idosos com 60 anos ou mais, conforme Estatuto do Idoso, estando cadastrados na Instituição que aceitaram participar da pesquisa, em condições físicas e mentais para serem avaliados. Os critérios de exclusão foram os idosos portadores de patologias que não atendiam aos critérios de inclusão, como quadro de demência, inadequações cognitivas, distúrbios psiquiátricos e incapacidade na oralidade.

IV.4. Instrumento de coleta de dados

Instrumento de coleta para pesquisa qualitativa

A coleta de dados qualitativos foi realizada a partir de observações realizadas no local e mediante aplicação de uma entrevista individual e semiestruturada (ANEXO A).

A etapa da observação permitiuum grau maior de profundidade de elementos para posterior análise. Assim, revelou nesta pesquisa um contato com a realidade: como se situavam e se orientavam as comunicações entre o cuidador e idoso institucionalizado, como se reconheciam e se olhavam.

Esta etapa ocorreu após apresentação da pesquisadora pela Coordenadora da ILPI aos idosos. Os mesmos foram observados em todas as demais áreas da ILPI por 30 horas, quando foram feitos, diariamente, registros de comportamentos dos mesmos. Nestes momentos também foram registrados os discursos dos idosos e cuidadores e nesses discursos, foram levantadas informações relevantes para a pesquisa.

Como continuidade da pesquisa, foi aplicada a entrevista semiestruturada, sendo esta composta por sete perguntas. Para a melhor compreensão do objeto da pesquisa, o pesquisador no momento da entrevista aprofundou e ampliou as mesmas. Elas contemplaram os aspectos subjetivos do comportamento alimentar do idoso. As respostas emitidas a partir das perguntas possibilitaram a identificação de categorias analíticas. Para a identificação destas categorias, houve a análise das informações: As

entrevistas foram realizadas em local silencioso, confortável, que permitia privacidade, em horários recomendados e melhores para as instituições.

A entrevista semiestruturada permitiu um contato próximo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, em suma, tudo o que se reconhece como objeto de investigação. A intenção da entrevista foi de construir uma interação entre entrevistador e entrevistado e um maior aprofundamento de itens levantados nas observações, permitindo correções das informações, com vistas a emergir novas respostas da população entrevistada. A entrevista foi aplicada individualmente aos treze idosos, incluídos na pesquisa.

Instrumentos de coleta para pesquisa quantitativa

Os dados quantitativos foram obtidos por meio da aplicação do instrumento de coleta de dados intitulado de Questionário de Ficha de Atendimento Nutricional (QFAN) (ANEXO B), contendo perguntas abertas e fechadas.

Este questionário foi dividido em duas etapas: a primeira etapa denominada Ficha de avaliação nutricional foi composta pela avaliação da história dietética e pela avaliação corporal e a segunda etapa foi composta pelo Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA) e Recordatório de 24h (Rec24h).

Como componente da primeira etapa teve-se a história dietética que foi referida pelos idosos respondendo a dez perguntas relacionadas à presença de dentes, fatores gastrointestinais, apetite, função intestinal, alergia/intolerância alimentar, atividade física, alteração de peso, ingestão hídrica e medicamento de controle.

Ainda fazendo parte da primeira etapa, teve-se a avaliação nutricional que foi realizada por meio da aferição das medidas antropométricas como peso corporal (P), altura (A), circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ), Circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP), prega cutânea triciptal (PCT) e avaliação bioquímica por meio da avaliação do hemograma completo e albumina sérica. Para cada medida antropométrica, os resultados foram comparados com os valores de referência para a idade e sexo, sendo eles relacionados aos percentis,

índices, indicadores, estudos de referências, pontos de corte ou critérios de classificação.[10]

Após a avaliação destes resultados, foi dado o diagnóstico nutricional dos indivíduos da pesquisa por meio do Índice de massa corpórea (IMC), Relação cintura quadril (RCQ), adequação da circunferência muscular do braço (CMB), adequação da circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP), Índice de risco nutricional (IRN), adequação das pregas cutâneas triciptal (PCT). Os valores de referências dos exames bioquímicos foram a contagem total de linfócitos (CTL) e albumina sérica, descritos abaixo.

Ainda fazendo parte da avaliação corporal, foi definido o risco de morbidade por meio da definição do percentual de gordura corporal (GC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura-quadril (RCQ).

A segunda parte do questionário foi composta pelo Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA) e Recordatório de 24h (Rec24h). Estes indivíduos tiveram seus hábitos alimentares avaliados, sendo analisados quantitativamente por meio de escores de consumo individual.

IV.5. Variáveis coletadas

Peso corporal (P): O peso corporal foi aferido em balança portátil digital da marca Sunrise® previamente calibrada, com capacidade de aferição de 130 Kg, instalada em local afastado da parede, com superfícies planas, firmes e lisas. Para a mensuração do peso a pessoa examinada foi orientada a utilizar vestimentas leves, retirar adereços e calçados, posicionar-se no centro da plataforma da balança, com o peso distribuído uniformemente entre os dois pés, mantendo-se ereta, sem movimentar-se e com os braços estendidos ao longo do corpo. O resultado do peso foi utilizado para classificação do estado nutricional segundo o IMC.[112]

Altura (A): A altura foi obtida por meio do estadiômetro da marca Lange®, com os indivíduos encostados na parede em posição vertical, descalços, com os pés unidos e em paralelo, com os braços estendidos ao longo do corpo e a cabeça ereta, olhando para o horizonte no plano de Frankfurt. Sua medida não foi feita sobre roupas, o indivíduo permaneceu em pé, com os pés juntos, os braços estendidos lateralmente e o

abdome relaxado. O resultado da altura foi utilizado para classificação do estado nutricional segundo o IMC. [112]

Circunferência do quadril (CQ): foi medida com indivíduo trajando roupas leves e soltas, em pé, com os braços levantados para os lados e os pés juntos. O pesquisador sentou-se ao lado do idoso para melhor visualizar o nível da extensão máxima dos glúteos, dispôs a fita antropométrica em plano horizontal, deixando-a estendida sobre a pele sem ter comprimido as partes moles. O resultado da CQ foi utilizado para classificação do risco de morbidade segundo o RCQ.[52]

Circunferência da cintura (CC): O indivíduo permaneceu ereto, com o abdome relaxado (ao final da expiração), com os braços estendidos ao longo do corpo e as pernas fechadas, no plano horizontal. O pesquisador se manteve de frente ao indivíduo e localizou o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A fita foi passada por trás e ao redor deste ponto, sem fazer compressão na pele. Foi pedido que o indivíduo inspirasse e expirasse totalmente. A medida foi feita neste momento, antes que o indivíduo inspirasse novamente. O resultado da CC foi utilizado para classificação do risco de morbidade segundo o RCQ. Também foi realizada a classificação do risco de morbidades para adultos de acordo com a CC, segundo sexo. [52]

Circunferência do braço (CB): o pesquisador ficou posicionado atrás do indivíduo e o solicitou que flexionasse o cotovelo a 90º, com a palma da mão voltada para cima. Por meio de apalpação, foi localizado e marcado o ponto mais distal do processo acromial da escápula e a parte mais distal do olécrano. Foi feita uma pequena marcação do ponto médio entre estas duas extremidades, estando o indivíduo em posição ereta, com o braço relaxado, deixando-o livremente estendido ao longo do corpo. Com a fita métrica inelástica, foi feita a medida da circunferência do braço em cima do ponto marcado, sem fazer compressão. Os valores de referências para percentis foi segundo valores de referência do *ThirdNational Health and Nutrition Examination Survey*(NHANES III)[113], sendo realizada a classificação do estado nutricional segundo adequação da PCT.[114]

Circunferência da panturrilha (CP): Foi realizada com a fita métrica de aço plano, marca Sanny®, colocada em torno do ponto médio da panturrilha. O valor da circunferência foi obtido em centímetros. O resultado da CP foi utilizado para classificação do estado nutricional segundo a CP.[115]

Prega cutânea triciptal (PCT): A prega foi aferida no braço não dominante, relaxado e estendido ao lado do corpo, com o indivíduo na posição vertical.

Inicialmente, foi identificado o ponto médio entre o acrômio e o olécrano, na região posterior, com o braço flexionado, formando um ângulo de 90º. Como instrumento de aferição da PCT, foi utilizado o adipômetro da marca *Lange*® (Beta Technology Incorporated) sob pressão, com escala de 65 mm, precisão de ± 1 mm e pressão constante de 10 g/mm². O pesquisador segurou a prega firmemente entre o polegar e o dedo indicador da mão esquerda, um centímetro acima do local a ser medido. Posteriormente, com a mão direita, o adipômetro foi posicionado perpendicularmente àdobra, exatamente no local marcado, permanecendo a pinçada por 4 segundos para a leitura expressa em milímetros. Este procedimento foi repetido por três vezes, calculando-se a média aritmética dos valores obtidos para ser utilizada no cálculo da circunferência muscular do braço. Os valores de referências para percentis foi segundo valores de referência do *ThirdNational Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III)[113], sendo realizada a classificação do estado nutricional segundo adequação da PCT.[114]

Índice de massa corpórea (IMC): Após obtenção do peso e altura, determinou-se o IMC pela razão entre o peso atual e a altura ao quadrado (Kg/m²). Para os critérios de avaliação do IMC foram utilizados os pontos de corte de acordo com, os seguintes valores: menor que 22 kg/m² baixo peso, entre 22 e 24 kg/m² risco de déficit, entre 24 e 27 kg/m² eutrofia e acima de 27 Kg/m² sobrepeso.[112]

Percentual de gordura corporal (%GC): para o cálculo do %GC, aferiu-se a CC em cm e relacionou-se com a idade em anos, conforme a seguinte fórmula: *%GC = (0,567 x CC) + (0,101 x idd) - 31,8*[116]. Depois se classificou o risco de morbidade segundo o percentual de gordura corporal.[117]

Relação cintura-quadril (RCQ):foi calculada dividindo a medida da circunferência da cintura (cm) pela do quadril (cm), sendo classificado o valor de 1,0 ou mais para homens e de 0,85 ou mais para mulheres, indicativo de obesidade androide e risco aumentado de doenças relacionadas com a obesidade. Portanto, foi realizada a classificação do risco de morbidades segundo RCQ.[52]

Circunferência muscular do braço (CMB): foi calculada por meio da combinação com a circunferência do braço (CB) e da prega cutânea triciptal (PCT). *Portanto, CMB = CB – (0,314 x PCT).* A partir das medidas de PCT, CB e CMB foram calculados os percentis de adequação de acordo com sexo e idade.[114] Para classificação do estado nutricional foram considerados os seguintes valores: desnutrição grave (<70%), desnutrição moderada (70%–80%), desnutrição leve (81%–90%), eutrofia

(91%110%), sobrepeso (111%-120%) e obesidade (>120%), conforme o *ThirdNational Health and Nutrition Examination Survey*.[113]

Questionário de frequência de consumo alimentar (QFCA): por meio deste instrumento, avaliou-se o consumo alimentar, se adequado ou não. O QFCA foi composto por vinte e quatro opções de alimentos onde foi sinalizada a frequência a qual cada idoso consome determinado alimento, já especificado no questionário, ou seja, seos consome diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, eventualmente ou nunca.

Recordatório de 24h (Rec24h): O Rec24h consiste em uma entrevista realizada pelo nutricionista onde o entrevistado (ou o responsável) descreve o consumo de alimentos e bebidas nas últimas 24h, ou do dia anterior. As quantidades consumidas são estimadas em medidas usuais, unidades ou porções de alimentos e transformadas, posteriormente, em gramas. A ingestão alimentar quantitativa foi avaliada, por meio da descrição do tipo e da quantidade do alimento consumido, além do horário de consumo. Para análise do cálculo do valor energético total (VET) e dos macronutrientes do Rec24h, utilizou-se o programa *Dietwin Profissional®*, versão 2008. Para o cálculo do VET foi utilizada a fórmula da FAO/OMS/2004 no programa *Dietwin Profissional®* (FAO)[118]. Após o cálculo do VET, comparou-se com o gasto energético total (GET) de cada idoso participante da pesquisa. Também se obteve o % consumo em relação ao GET.

Índice de risco nutricional (IRN): A fórmula para obtenção do valor do IRN utilizada foi IRN = (1,489 x albumina sérica, g/l) + 41,7 x (peso atual/peso usual).Os idosos foram classificados conforme os valores: Não desnutrido (> 100), Desnutrição leve (97,5 a 100), Desnutrição moderada (83,5 a 97,4) e Desnutrição grave (< 83,5).[119] Segundo Miranda[120], "a pontuação do IRN baseia-se na concentração sérica de albumina e a relação entre peso atual e habitual, definida como peso estável nos últimos seis meses".

Exames bioquímicos:

- Albumina sérica (g/dL):3,5 – 5,5 g/dL.[121]
- Normalidade compreende valores maiores que 3,5 g/dL, depleção leve de 3,0 a 3,5 g/dL, depleção moderada de 2,4 a 2,9 g/dL e grave abaixo de 2,4 g/dL.[122]
- Hemograma completo[123]:

- Hemoglobina (g/dL): homens = 13,5-16,0g/dL e mulheres = 11,5-15,4g/dL
- Hemácias (mm^3): homens = 4,5 - 6,0/mm^3 e mulheres = 3,9 – 5,8/mm^3
- Plaqueta (mm^3): 150.000 – 450.000/mm^3
- Linfócito (%): 20-45%
- Leucócito (mm^3): 5.000 – 10.000/mm^3
- Contagem total de linfócitos (CTL): normalidade compreende valores iguais ou maiores que 1.500/mm^3, leve de 1.201 a 1.500/mm^3, depleção moderada de 800 a 1.200/mm^3 e grave abaixo de 800/mm^3.[124]

IV.6. Intervenção realizada

A intervenção nutricional foi aplicada aos idosos institucionalizadospor meio da realização de uma palestra (ANEXO C) e de atividades que enfatizaram o diálogo, onde foram compartilhadas as experiências dos idosos e ao mesmo tempo trazidas informações sobre a alimentação saudável e sua importância na prevenção e manutenção da saúde no idoso. Para estas atividades utilizaram-se dinâmicas com alimentos, buscando perceber dos idosos que significados os mesmos possuem em relação à alimentação.

A palestra intitulou-se *Saúde alimentar e a alimentação na Terceira idade: como preservar a saúde por meio da alimentação,* a qual tratou sobre a situação demográfica do idoso, a Educação em Saúde e a Educação Nutricional como estratégias para a saúde alimentar do idoso institucionalizado. A abordagem foi por meio de maneira clara e objetiva para que os idosos em questão conseguissem entender. Foram discutidos na seção *Cavalgando estratégias* os temas Programas Nacional de Alimentação e Nutrição como um dos caminhos para a promoção do acesso universal aos alimentos pelos idosos, trazendo a Educação Nutricional como alternativa para o alcance dessas propostas. Também se abordou o cuidado ao idoso, sendo discutida a importância das práticas educativas nutricionais, com o intuito de alcançar a qualidade de vida dos mesmos, visto que estes sofrem alterações anatomofisiológicas que influenciam no ato do alimentar e necessitam ser atendidos de forma condizente com suas limitações. Em seguida, foram apresentados os objetivos e metas da intervenção nutricional proposta nesta pesquisa, além da necessidade de reinventar novos

procedimentos ao atendimento nutricional para se ter práticas efetivasda educação nutricional como estratégia à saúde alimentar do idoso institucionalizado. Dando seguimento, foram trabalhadas as formas de como preservar a saúde alimentar do idoso e quais as ações seriam necessárias para isso.

Os materiais utilizados foram elaborados pela pesquisadora, como também pelos idosos atendidos nesta pesquisa, durante a intervenção, com o intuito de responder qual a imagem que os mesmos têm em relação ao objeto da pesquisa que é a saúde alimentar do idoso institucionalizado.

Outra atividade realizada foi a disponibilização de um cardápio (ANEXO D) adequado ao idoso para que desta forma a ILPI tentasse atender nutricionalmente, pelo menos parcialmente, os idosos que lá residem.O cardápio foi elaborado pela pesquisadora, atendendo às recomendações nutricionais, consistências, características organolépticas, patologias ou não dos idosos em questão, como de seus hábitos alimentares específicos. Além disso, os itens alimentares que foram sugeridos para a composição do mesmo foram itens já consumidos no local e possíveis de serem adquiridos, por apresentarem facilidade de acesso, disponibilidade e custo acessível. O cardápio foi dividido em seis refeições: desjejum (café da manhã), colação (lanche matutino), almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. Cada refeição foi programada com itens alimentares pertinentes ao horário, comum ao consumo realizado pelo idoso. Portanto, atendendo à realidade local e às preferências alimentares dos idosos, levantados durante as observações locais e pela entrevista semiestruturada. O desjejum foi sugerido ser composto por quatro itens alimentares: um item líquido podendo ser café com leite desnatado ou integral, chá ou suco de fruta; pão com manteiga ou margarina; uma fatia de fruta mole e queijo branco. A colação foi sugerido ser composta por suco de fruta. O almoço foi sugerido ser composto por arroz, feijão, carne e um tipo de legume cozido (mole). O lanche da tarde foi sugerido ser composto por um item como: arroz doce, canjica, salada de fruta (mole), iogurte de fruta, mingau ou vitamina de fruta. O jantar foi sugerido ser composto por sopa de legumes com macarrão e carne, pão com margarina ou manteiga ou biscoito e leite com café. A ceia foi sugerida ser composta de suco de frutas ou chá. Portanto, o cardápio foi elaborado atendendo às necessidades do idoso e às possibilidades financeiras e estruturais do local.

A escolha deste local ocorreu após vivências anteriores pela pesquisadora, devido à percepção da necessidade em contribuir com a saúde nutricional destes

indivíduos, por meioda aplicação de práticas de Educação Nutricional, colaborando com a nutrição adequada dos mesmos.

IV.7. Análise dos Dados

Os idosos foram avaliados nutricionalmente em dois momentos, um no início e outro no final da pesquisa (após um mês) em relação à classificação do estado nutricional segundo o IMC e por meio dos resultados dos exames laboratoriais. Os demais métodos de avaliação nutricional foram aplicados apenas no início da pesquisa.

Após a coleta de dados foi feita a análise dos mesmos contemplando a Análise do Discurso para a pesquisa qualitativa, onde foram levantadas categorias descritivas e interpretativas. Para a análise do discurso dos entrevistados foi utilizado a vertente francesa, segundo Orlandi[125].

Para a elaboração das categorias descritivas e interpretativas, teve como base as respostas dos sujeitos e atitudes dos idosos, com vistas a iluminar as representações sociais dos idosos sobre a saúde alimentar dos mesmos. Por categoria descritiva entende-se que é a descrição minuciosa, detalhada dos movimentos, falas e atos dos sujeitos. As categorias interpretativas podem ser consideradas como as representações sociais dos idosos sobre a sua saúde alimentar. Nesse contexto, as categorias interpretativas foram teorizadas e em seguida analisadas e interpretadas, trazendo exemplos das falas dos sujeitos.

Com o intuito de melhor compreender as representações sociais dos idosos, são apresentadas as categorias e respectivas subcategorias em um quadro síntese, trazendo a estrutura das representações sociais:

Quadro 01: Distribuição das Categorias e Subcategorias que revelam a alimentação para o idoso.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Descritivas	a – Alimentação é algo saudável b – Falta de afetividade c – Dependência para alimentar d – Rejeição dos alimentos e – Desprazer em alimentar
Discriminativas	a – Descuido b – (Des)afeto c – Alteração anatomofisiológicas

IV.8. Análise Estatística

Para análise dos resultados foram aplicados:

1. Teste de Wilcoxon[126]para comparar o peso e o Índice de Massa Corpórea (IMC) nos períodos pré e pós a educação nutricional.
2. Teste Kappa de concordância[126]para confrontar o estado nutricional antes e após a educação nutricional.

Fixou-se em 0,05 o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

IV.9. Aspectos Éticos

A diretoria da ILPI autorizou a utilização do espaço para efetuar a coletas das informações, sendo que antecedendo à coleta, a pesquisadora realizou todos os esclarecimentos necessários para a obtenção da sua pesquisa. Posteriormente, obteve a assinatura da autorização da presidente do local (ANEXO E) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO F). Após esta etapa, obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISA sob o número do Certificado de apresentação para Apreciação Ética(CAAE): 45775115.6.0000.0081 (ANEXO G).

Foram apresentadas à Diretoria da ILPI em questão, medidas que visam atender aos preceitos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, proveniente da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).[127]

Ressalva-se que para manter o anonimato, os idosos participantes foram identificados pelas letras iniciais correspondentes aos seus nomes.

V. Resultados e discussão

V.1. Resultados e discussão da pesquisa qualitativa

Como método de análise qualitativa foi realizado a Análise do Discurso que busca fazer um exame do conjunto de ideias, modo de pensar ou corpo de conhecimentos expressos pelos pesquisados, visto que tal método pressupõe que o discurso não se restringe a estrutura ordenada de palavras, nem a uma descrição ou a um meio de comunicação, nem tampouco se reduz à mera expressão verbal do mundo. Observar as ações dos indivíduos é importante para se entender o que essas ações significam para eles.[16] Conforme Chizzotti[17], o discurso não tem significado único, sendo a expressão de um sujeito que explicita sua identidade social e expõe a ação primordial pela qual constitui a realidade.

A análise do discurso seguiu a linha francesa tendo como referencial teórico Orlandi[125], a qual afirma que a riqueza da Análise do Discurso deriva do fato de permitir explorar de muitas maneiras a relação trabalhada no simbólico, sem apagar as diferenças, significando-as teoricamente, no jogo que se estabelece na distinção entre o dispositivo teórico da interpretação e os analíticos que lhe correspondem. Na análise do discurso há uma construção de um olhar sobre as práticas linguageiras e o redimensionamento do objeto de análise[128].

A Análise do Discurso segundo Orlandi[125] concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social. Essa mediação, que é o discurso, ajuda o pesquisador a falar sobre o objeto dessa pesquisa.

V.1.1.Categorias descritivas da alimentação do idoso

a) Alimentação é algo saudável

Ao ser entrevistado, o idoso diz: *A alimentação é algo saudável uma vez que fornece nutriente e promove uma vida com saúde.* Esta idosa relata uma opinião que em parte condiz com a realidade, visto que nem sempre o alimento é fonte de nutrientes.

b) Falta de afetividade

O idoso ao ser entrevistado demonstra o desejo de se alimentar, mas traz em sua fala a falta de afetividade no momento das refeições. Resgato a fala de um idoso: *Eu não como porque meu filho não vem me ver...fico esperando sua chegada...*

c) Dependência para alimentar

Durante a entrevista, a idosa demonstra uma dependência para alimentar quando relata em sua fala: *Fico com sede, porque quem me dá água são as cuidadoras e eu não sei onde fica o filtro.*

d) Rejeição dos alimentos

Os idosos demonstram em sua fala rejeição aos alimentos uma vez que se mostram insatisfeitos ao alimentar-se. Veja uma fala: *Como porque não tem jeito, a comida não tem gosto...a comida é muito repetida.*

e) Desprazer em alimentar

Os alimentos e a rotina do alimentar não são prazerosos, conforme a fala de um idoso: *A carne é dura, eu mastigo e jogo fora...eu coloco minha água numa garrafa de álcool porque não me dão nenhuma vasilha.*

IV.1.2.Categorias interpretativas da alimentação do idoso

a) Descuido

Desde o ano de 1980, quando o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS) estava ocorrendo, iniciou-se a discussão referente às políticas de saúde relacionadas ao idoso. A Política Nacional do Idoso (PNI) foi instituída pela Lei 8.842/ 94, sendo regulamentada pelo Decreto 1948/96 onde estabelece direitos sociais, garantia da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerada população idosa o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais.[128]

Mendes et al[40] diz:

> As políticas públicas governamentais têm procurado implementar modalidades de atendimento aos idosos tais como, Centros de Convivência – espaço destinado à prática de atividade física, cultural, educativa, social e de lazer, como forma de estimular sua participação no contexto social que se está inserido.

Recorro a uma fala do idoso: *Muitas vezes sinto sozinha, ninguém vem me ver. Até aqui converso pouco e me dá uma tristeza.* Penso que esse idoso necessita conversar e participar de atividades de lazer o que para o ser humano nutre seu ego e de certa forma sente-se pertencente a um grupo, dando sentido para a vida. É possível faltar a essa idosa uma atividade de lazer que ocupe seu tempo livre. Dessa forma ela busca o prazer por meio do diálogo momento em que pode compartilhar seus anseios, alegrias e tristezas.

Sabe-se que até mesmo as iniciativas de caráter privado estão mais direcionadas para o assistencialismo e tende a afastar os idosos de produção de atividades criadoras, favorecendo assim o seu isolamento da sociedade a qual pertence. Segundo Ramos[38]:

> Uma das estratégias para os idosos que perderam seus vínculos familiares ou são oriundos de famílias carentes é a busca pelas Instituições de Longa Permanência(ILP). Este tipo de situação pode simbolizar uma exclusão social, de modo que o idoso se sente distante das relações sociais que fazem parte da própria história de vida.

Há uma suposição da reestruturação que vem passando a ILP que o idoso está imbuído em relações interpessoais saudáveis ressignificando sua trajetória de vida e buscando uma vivência com dignidade na velhice, no entanto o idoso sente-se isolado e afastado da sociedade, uma vez que não tem autonomia e nem poder para tomar decisões. Ratifica-se a análise acima trazendo as autoras:

> Na instituição asilar, o idoso sofre condições desumanas por causa da carência de recursos necessários ou da ausência de uma boa administração para contemplar o mínimo indispensável às instalações físicas, além de conforto, segurança, alimentação, recreação, independência e autonomia dos pacientes, prestando assistência integral à saúde e ao cuidado e promovendo ações preventivas e sociais que favoreçam assistência integral à saúde e ao cuidado e promovendo ações preventivas e sociais que favoreçam seu convívio e minimizem as lacunas deixadas pelos distanciamentos familiar e social.[60]

A interação social faz parte do ser humano, de se relacionar, de estabelecer vínculos, e na terceira idade não é diferente. É importante a participação do idoso nos grupos da terceira idade, quanto em grupo com diferente faixa etária.

Resgato a fala de uma idosa durante a entrevista: *Eu ando com ajuda de andador...Eles me oferecem leite à noite, mas eu não tomo, porque me dá diarréia e o banheiro fica longe.* Analiso essa fala e penso que o idoso se depara no dia-a-dia na

ILPI, com situações de descuido, desde quando não é tratado de forma adequada, sem atendimento específico para suas necessidades. Ele é privado da oferta adequada de alimentos, não sendo ofertado um cardápio equilibrado que atenda à sua demanda nutricional. Além disso, os cuidadores agem de forma antiética, isto é, não tratam o idoso de uma forma condizente com a idade e limitações físicas e psíquicas. Conforme citado pelo idoso, há um desconforto na acomodação, gerando um constrangimento e desprazer. A Política Nacional do Idoso (PNI) estabelece garantia da autonomia e integração nas suas atividades da vida diária, isto é, ir ao banheiro, uma vez que ele fica longe do seu leito, como relata a idosa em sua fala acima.

Essa análise confirma Okazaki[129]:

> A área física destinada a atender os idosos deve ser planejada, levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários apresenta ou pode vir a apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade a acidentes, o que justifica um ambiente adequado.

Para proporcionar melhores condições de atendimento ao idoso algumas medidas devem ser tomadas. O banheiro deverá ter pisos antiderrapantes a fim de evitar acidentes, bem iluminado. Barras de apoio devem ser instaladas e o chuveiro com água quente, tamanho adequado, pois se aconselha o idoso tomar banho sentado. A Lei 8.842 de 1994 prega no seu Art. 48. As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso: I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança.

Atualmente o idoso vivencia duas das piores situações impostas pela sociedade: "ser pobre e velho, numa sociedade que só glorifica quem tem posses e valoriza quem é suficientemente jovem para produzir e consumir de acordo com os interesses dos detentores dos meios de produção".[130]

Na sociedade atual, capitalista e ocidental, qualquer valoração fundamenta-se na ideia básica de produtividade, inerente ao próprio capitalismo. Com o envelhecimento há uma diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência, alterações na aparência, comportamento e nos papéis sociais o que desestabiliza suas ações e, muitas vezes, o mundo existencial da pessoa que está passando por esse processo de envelhecimento.

b) (Des)afeto

Discorro sobre o *(des)afeto.* Esta palavra remete à ideia de um sujeito que não possui a consideração, afeição ou admiração por alguém em específico. Se pensarmos na contemporaneidade onde as relações são aligeiradas e rasas nos seus vínculos, pode-se entender que o idoso mostra-se muitas vezes carente, principalmente quando o mesmo é remetido aos cuidados de indivíduos não pertencentes a sua família. A palavra afeto vem do latim *affectur* (afetar, tocar) e constitui o elemento básico da afetividade.[131]

Segundo definição do vocabulário da psicanálise, afeto "[...] exprime qualquer estado afetivo, penoso ou desagradável, vago ou qualificado, quer se apresente sob a forma de uma descarga maciça, quer como tonalidade geral. O afeto é a expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e das suas variações".[132]

Em se tratando do *afeto na relação,* Murta[133]coloca: "no contexto da civilização, a educação tem por finalidade a função social explícita, o estabelecimento de laços, ligações entre os homens". A autora afirma que a educação tem uma função social de educar, por meio de relações entre os sujeitos, bem como buscas impregnadas de afetos prazerosos e desprazerosos.

A ILPI é um espaço em que o cuidador deve transmitir dialogicamente uma relação de afeto e confiança e de forma singular deve estabelecer vínculos, ressignificando a relação idoso e cuidador.

Na ILPI espera-se que o cuidador escute o idoso, expresse afeto pelo mesmo, tanto os afetos prazerosos, como desprazerosos. Muitas vezes, o idoso apresenta uma dificuldade e precisa ser escutado e o cuidador em algumas situações não percebe o idoso. A escuta abre um canal de comunicação entre cuidador e idoso, um canal em que os dois falam sobre o prazer em alimentar e conduz a uma saúde alimentar adequada.

O idoso ao ser entrevistado diz: *Eu mesma busquei morar aqui por viver sozinha. Não tenho filhos e me sentia muito sozinha. Passei a comer muito e parte do meu dinheiro gasto em guloseimas. Ganhei 30 kg e hoje não consigo andar sem ajuda de um suporte.* Essa idosa mostra-se carente e insegura diante à condição de vida a qual possui, fazendo com que busque compensar este (des)afeto em uma alimentação excessiva. Penso que essa idosa possivelmente apresenta dificuldades no seu afeto, o que é um problema fundante na contemporaneidade frente às relações narcísicas no mundo globalizado.

Neste sentido Keating[35]diz:

> Por vivermos numa época em que valoriza a razão e a tecnologia, estamos perdendo a consciência dos nossos sentimentos. Quando nos tocamos e nos abraçamos num clima de compreensão, trazemos à tona os nossos sentimentos e reafirmamos a nossa crença no que sentimos.

A autora acima citada ratifica a necessidade do toque e do abraço nas relações entre as pessoas, principalmente quando se trata do idoso, quando afirma que os nossos sentimentos são reafirmados quando existe esta relação afetuosa. Penso que este idoso necessita de um olhar cuidadoso e solidário para que possa confiar e agir de forma saudável ao alimentar-se. Kathleen Keating[35] lembra que o contato físico não é apenas agradável, mas também necessário, ainda mais em tempos em que a gente se comunica virtualmente.

Diante da necessidade do cuidador escutar o idoso institucionalizado na ILPI, faz-se necessário o mesmo se debruçar sobre o processo da escuta. Trago a fala de um idoso: *Gosto muito de frutas, pois me lembro da minha infância quando morava na roça...lá tinha uma horta onde minha mãe plantava e colhia frutas...mas, aqui não como porque não dão...*A afetividade possui um papel fundamental no desenvolvimento do ser humano, pois é por meio dela que demonstra seus desejos e vontades. As emoções, assim como os sentimentos e desejos, são manifestações da vida afetiva. Penso que o mesmo remete ao passado o seu apreço por determinados alimentos à relação materna. Quando este alimento não é ofertado, gera-se uma frustação representada pelo (des)afeto.

> Na linguagem comum costuma-se substituir emoção por afetividade, tratando os termos como sinônimos. Todavia não o são. A afetividade é um conceito mais abrangente no qual se inserem várias manifestações. As emoções possuem características específicas que as distinguem de outras manifestações da afetividade.[134]

A idosa mostra-se sensível, quando diz: *Gosto de comer feijão misturado com farinha, pois minha mãe me ensinou assim...todo dia comia com ela...*Analiso sua fala que parece fazer uma relação do afeto prazeroso que é o amor materno com o alimento. Na vida cotidiana do idoso frequentemente o poder subjetivador das emoções embaça a percepção do real o que impede o mesmo usar a reflexão.

Essa análise se sustenta na fala da autora quando Galvão[134]defende a ideia de que "as emoções podem ser consideradas, sem dúvida, como a origem da consciência, visto que exprimem e fixam para o próprio sujeito, por meio do jogo de atitudes determinadas, certas disposições específicas de sua sensibilidade". Nesse sentido o idoso mergulha nos efeitos da emoção e perde o controle sobre suas próprias ações.

c) Alterações anatomofisiológicas

Inicio a categoria *Alterações anatomofisiológicas* arriscando dizer que o idoso passa por algumas alterações das funções orgânicas relacionadas aos sistemas e aparelhos, ou seja, sofrem alterações simultaneamente na sua anatomia e fisiologia interferindo no consumo alimentar.

> 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 sofrem modificações, como a dobra cutânea tricipital (DCT) e o perímetro do braço (PB) que diminuem e o perímetro abdominal (PA) aumenta.[56]

Na velhice ocorrem modificações ocasionadas por fatores intrínsecos e extrínsecos envolvendo as condições histórico-culturais, como também as diferenças individuais. A prevenção e o controle das doenças que atingem o idoso estão relacionados com os hábitos de alimentação e também aspectos psicossociais. Na realidade, a dieta a dieta do idoso tem que ser adequada quanto à consistência dos alimentos, pois muitas vezes, o idoso apresenta dificuldades na mastigação e na deglutição o que pode causar uma deficiência nutricional.

> A alimentação, ato necessário à sobrevivência humana, é na maioria das culturas também fonte de prazer e confraternização social. Como mais uma das funções do organismo, tais como a visão, a audição, o andar, entre outras, ela é aprendida e sofre com o envelhecimento do organismo. Para que a alimentação seja eficiente, é necessário que o processo de deglutição transporte o alimento da boca até o estômago.[42]

No estudo realizado na ILPI o idoso mostrou-se constrangido diante sua dificuldade em alimentar-se, principalmente porque os alimentos, muitas vezes, estão mal cozidos ou então frutas, vegetais que dificultam a mastigação. Resgato a fala de uma idosa: "*a carne é dura, eu mastigo e jogo fora". "Não gosto de bolacha de sal, porque acho seca, fica ruim de comer". É* possível que essa idosa sente desprazer no momento das refeições, tendo em vista que sua capacidade de mastigação está alterada o que a impede de mastigar a carne. Há um decréscimo do fluxo salivar com a idade, como também, uma grande quantidade de idosos desdentados ou com próteses totais ou parciais. É possível que além dessa condição, a carne dura e a bolacha de sal não estão lhe despertando o desejo e o interesse de comer.

Essa análise ratifica os autores os quais convidei para este estudo:

> Somado à diminuição da produção de saliva, há uma dificuldade de formação e deglutição do bolo alimentar devido à atrofia da língua, o que ocasiona redução do tamanho do bolo, bem como da mucosa oral, que sofre transformações como a perda de elasticidade e de aderência ao tecido conjuntivo, aos ossos e músculos.[55]

O idoso que se isola geralmente não preocupa consigo. Alterações do aspecto psicológico podem provocar desinteresse diante dos alimentos saudáveis. Além das alterações anatomofisiológicas que o idoso sofre os fatores psicossociais como, isolamento social e depressão podem também interferir amplamente na nutrição do idoso, muitas vezes, rejeitando os alimentos oferecidos. Ainda nesse sentido, Marchesan[42]diz:

> Uma diferenciação entre a deglutição no envelhecimento e o que é disfagiano idoso se dá considerando, como parte do envelhecimento normal, as seguintes características: a diminuição da saliva (seja pela idade ou pelo tipo de medicamento usado), a lentidão do processo de mastigar e engolir, a escolha de alimentos mais moles (relacionada ao problema dentário), o trânsito do bolo alimentar mais lentificado, as sobras de alimento em seios piriformes, um pouco de tosse e aspiração em pequena quantidade.

Frequentemente o idoso ao alimentar-se necessita de cuidados, muitas vezes, tossem e engasgam. A saúde bucal do idoso é precária, uma vez que a higiene bucal é ruim. Os aspectos morfológicos do sistema estomatognático mostram arcadas dentárias, superior e inferior, com falhas na totalidade, e uso de próteses dentárias predominantes.

> Estudos nessa área, aliás, revelaram que idosos usuários de prótese total têm uma dieta com deficiência de fibras e vitaminas, devido à dificuldade apresentada na mastigação de alimentos duros, como vegetais e frutas. Este fato os torna mais propensos à ingestão de alimentos macios, na tentativa de suplantar problemas bucais; entretanto, longe de resolver o problema, em médio prazo, só causa seu incremento.[55]

Diante da realidade brasileira, muitas vezes, o idoso rejeita alimentos porque além de fatores oriundos do envelhecimento, isto é, alterações na capacidade mastigatória existem outros fatores, como o socioeconômico e o psicossocial que condicionam o estado nutricional do idoso. A condição de vida do idoso que está na ILPI, na maioria das vezes, o deixa menos esperançoso e desejoso para se alimentar porque se afastou dos familiares. Além desse aspecto, o baixo poder aquisitivo, característica marcante da população idosa no Brasil, contribui para a monotonia de sua alimentação, isto é, limitações na variação do preparo e consumo de alimentos nutrientes.

Um idoso, quando entrevistado, expressou: *Não como fruta porque me dão sem descascar. Fica difícil, não posso comer.* Acredito que esse idoso não está em condições de mastigar, penso que o mesmo apresenta dificuldade de mastigar por causa

dos músculos mastigatórios atrofiados. Dessa forma, alimentar de forma inadequada, uma dieta com deficiência nutricional pode comprometer o funcionamento do organismo. As autoras confirmam a análise quando dizem:

> Ressaltam que os idosos saudáveis adaptam-se a essas mudanças, e que o processo de envelhecimento por si não causa disfagia, entretanto, deixa o organismo mais propenso à fragilização. Para as autoras, o idoso fragilizado por doença infecciosa, crônica ou degenerativa pode apresentar alteração no processo de deglutição, tornando-se mais propenso à desnutrição, desidratação ou risco de aspiração, sinais esses de disfagia.[135]

Além dos aspectos anatomofisiológicos da deglutição, também devem ser considerados o prazer ao alimentar-se e o estabelecimento das relações afetivas e de comunicação para a realização dessa função.[136]

Portanto, a ILPI muitas vezes não atende o idoso conforme seus direitos expostos na Política Nacional do Idoso (PNI). A atividade em grupo, a relação do idoso com outras pessoas contribui de forma significativa em sua qualidade de vida. A participação do grupo, caminhadas, danças, conversas informais ajudam a melhorar e tornar mais satisfatória a sua vida. Estar juntos na ILP, não quer dizer sentir juntos porque o sentimento de grupo perpassa pelo desejo do idoso de estar engajado em atividades que o façam sentir-se útil. Além da família, o convívio em sociedade permite a troca de carinho, experiências, ideias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas, além de uma troca de afeto.

IV.2. Resultados e discussão da pesquisa quantitativa

Na Tabela 1, é apresentada a descrição da amostra de idosos avaliados quanto aos dados sociodemográficos, segundo gênero. Do total de idosos estudados (treze idosos), sete são do sexo feminino e seis do sexo masculino, o que corresponde a 53,8% e 46,2% respectivamente. A idade dos idosos estudados varia de 68 a 90 anos, e a média etária é de 74 anos. Segundo o IBGE[137], a média de idade da população de acordo com a expectativa de vida do país é de 71,3 anos, demonstrando assim que a pesquisa encontra-se nesta média.

Corroborando com a pesquisa, Pereira[8] em um estudo realizado com 344 idosos institucionalizados de um município do Rio de Janeiro, achou a média de idade de 75,4 anos, sendo a maioria dos idosos do sexo feminino (59,6%). O perfil de gênero encontrado mostrou similaridades com outro estudo realizado por Murakami e Scattolin[138], os quais realizaram uma pesquisa com 63 idosos também

institucionalizados da Vila dos Velhinhos de Sorocaba-SP, onde 63,5% dos sujeitos eram mulheres e a média de idade foi de 79,2 anos.

Resende[139] ao estudar idosos residentes em ILPs de Uberlândia-MG, como Bennemann[140] em ILPs de Bragança Paulista-SP, encontraram como médias de idade os valores de 76,9 e 77,8 anos, respectivamente.

Conforme Quintão et al.[141] foi realizado um estudo com idosos institucionalizados e não institucionalizados na cidade de Ubá-MG e microrregião, foram entrevistados 30 sujeitos sendo identificada prevalência de 86,7% de homens e 13,3% de mulheres, divergindo da pesquisa realizada. Mas, em relação a idade, variou de 62 a 92 anos, com média de 73,8 anos, corroborando com a pesquisa.

Segundo Araújo[84], foi realizada uma pesquisa onde 50 idosos participaram, sendo 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino, com média de idade de 82 anos. Segundo Menezes[56], foi realizada uma pesquisa em 305 idosos institucionalizados, onde 211 são do sexo feminino e 94 do sexo masculino, o que corresponde a 69,2% e 30,8% respectivamente, com média de idade de 75,9 anos. Outro estudo realizado por Gomes[142] constatou-se de uma amostra de 34 idosos, a faixa etária foi de 60 a 97 anos, sendo 27 do sexo feminino e 07 do sexo masculino.

Corroborando com a pesquisa, segundo estudo realizado por Volpini[143], foram avaliados 102 idosos apresentando média de idade de 84,9 anos, sendo 17,6% do sexo masculino e 82,4% do sexo feminino. Garcia[144], em um estudo realizado com 308 idosos, encontrou 67,9% de indivíduos do sexo feminino e uma média de idade de 75 anos. Conforme estudo realizado por Azevedo et al.[145] foram avaliados 243 idosos de seis ILPI diferentes, com idade entre 60 e 105 anos, sendo 70,78% do sexo feminino.

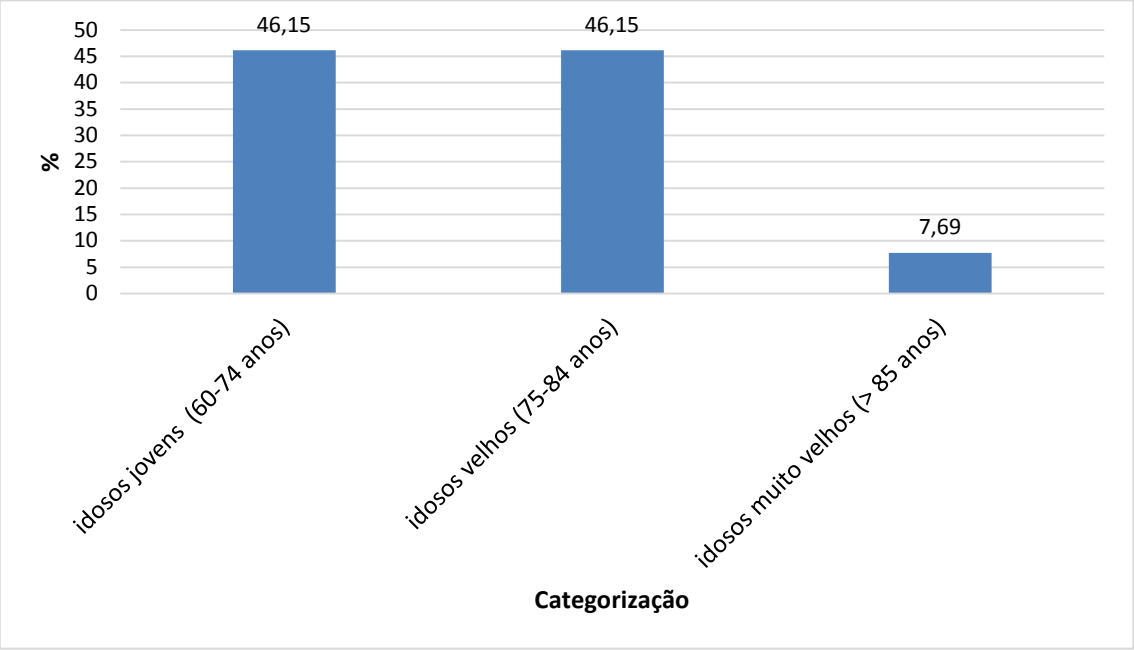
Tabela 1 – Descrição da amostra de idosos estudados avaliados quanto aos dados sociodemográficos.

Variável	N	%
Gênero		
Masculino	06	46.2
Feminino	07	53.8
Idade		
Média	74	
Mediana	75	
Mínimo-Máximo	70-90	

Na Figura 1, foi apresentado a categorização da amostra segundo a idade, proposta por Costa et al.[146], a qual divide os indivíduos idosos em três categorias: idosos

jovens (60 a 74 anos), idosos velhos (75 a 84 anos) e idosos muito velhos (mais de 85 anos). Observa-se que 92,30% dos idosos encontram-se como idosos jovens e velhos.

Figura 1 - Categorização da amostra segundo a idade.



Na Tabela 2, foi apresentada a descrição dos dados antropométricos dos idosos estudados (média mediana e desvio padrão).

Tabela 2- Descrição dos dados antropométricos dos idosos estudados (média mediana e desvio padrão).

Fator	n	Média	Mediana	DP	Min	Max
PESO (kg)	13	56,46	51,80	12,75	36,60	84,00
PI (Peso ideal) mínimo	13	52,01	52,17	9,10	30,62	63,58
PI (Peso ideal) médio	13	60,49	60,39	7,47	48,02	70,80
PI (Peso ideal) máximo	13	66,67	66,55	8,33	52,92	78,03
ALTURA (m)	13	1,57	1,57	0,10	1,40	1,70
IMC (Índice de massa corpórea) (kg/m^2)	13	23,02	20,85	5,34	16,88	35,10
CC (Circunferência de cintura) (cm)	13	86,72	85,00	11,60	72,00	109,00
CQ (Circunferência de quadril)(cm)	13	93,63	90,00	10,29	81,50	115,00
RCQ (Relação cintura quadril)	13	0,93	0,92	0,09	0,80	1,07
CB (Circunferência de braço) (cm)	13	26,28	25,30	3,92	22,00	34,00
CMB (Circunferência muscular do braço)	13	21,38	20,80	2,89	17,60	27,29
PCT (Prega cutânea triciptal)(mm)	13	15,05	14,30	6,76	5,00	30,60
CP (Circunferência da panturrilha)(cm)	13	30,65	30,60	3,67	24,50	40,00
Estado nutri segadeqPCT(%)	13	84,58	84,58	25,11	45,45	127,27
Estado nutri segadeqCB(%)	13	83,33	82,01	20,12	31,66	112,21
Estado nutri segadeqCMB(%)	13	88,00	81,07	16,35	65,67	121,28
% CG (Gordura corporal)	13	25,23	24,67	6,29	15,12	37,47
IRN (Índice de risco nutricional)	12	47,18	47,28	0,45	46,31	47,65
GET (Gasto energético total)	13	1869,64	1862,10	242,04	1274,38	2217,36

A análise desses resultados mostra que segundo o IMC, em média os idosos classificam-se como eutróficos, com valores da média igual a 23,02 kg/m^2 (μi = 20,85 kg/m^2; Mínimo – Máximo = 16,88 a 35,10 kg/m^2).

Mas, conforme a Figura 2, os idosos em relação ao IMC encontram-se 69,22% com algum risco de déficit nutricional e apenas 23,08% com sobrepeso. Esta divergência nos resultados relacionados à média do IMC com a classificação do estado nutricional segundo o IMC pode ter sido devido existir 23,08% dos idosos com IMC excessivamente elevado, aos quais tem com identificação as iniciais de seus nomes IA, JS e SG,com IMCs nos valores de 28,13 kg/m^2; 30,8513 kg/m^2 e 35,1013 kg/m^2, respectivamente. Assim, houve influência na elevação do resultado da média do IMC.

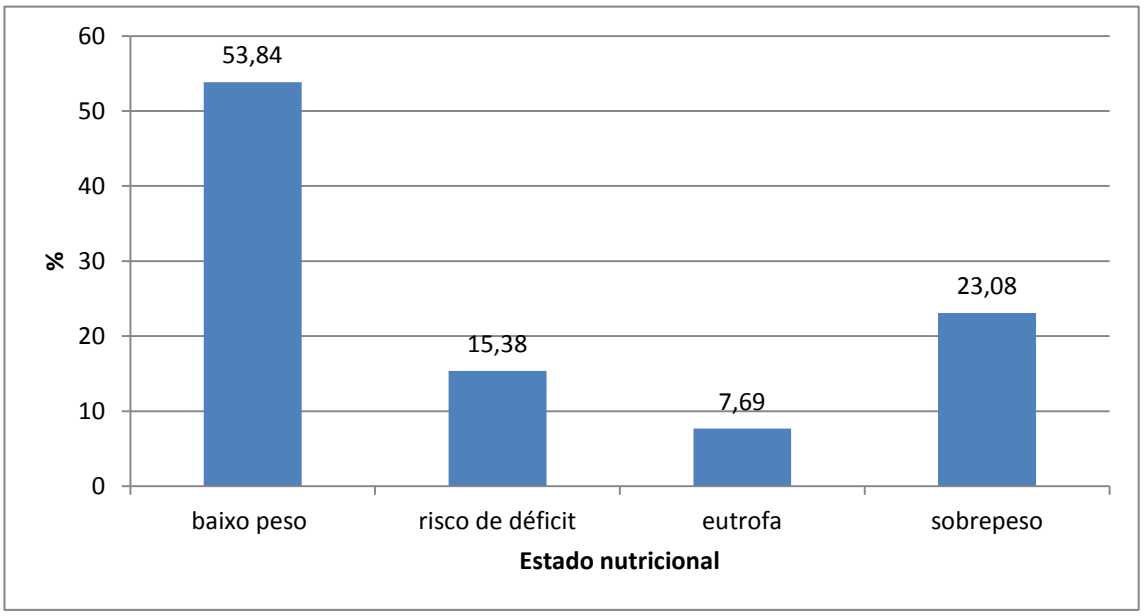
Em um estudo realizado por Pereira[8], foram analisados 344 idosos institucionalizados e 10% deles foram avaliados nutricionalmente como desnutridos de acordo com o IMC. Segundo Going[147]e Dey[148], estudos mostram que há um ganho de peso no sexo masculino até os 65 anos, enquanto que no sexo feminino há um aumento de peso até os 75 anos. Discordando dessa pesquisa realizada na ILPI em Guanambi-Ba, em um estudo realizado por Gomes[142], em relação ao IMC, foi verificado que a maioria dos idosos 47,1% apresentou IMC > ou = a 23 kg/m (eutrofia) e apenas 14,7% apresentaram IMC < que 19 kg/m² (desnutrição).

Referente ao IMC, Cuppari[149] acredita que o IMC não possibilita a distinção do peso associado ao músculo ou à gordura corpórea, sendo necessário investigar a composição corporal de forma mais completa.

Mas, conforme Cervi[150], o IMC apesar de não representar fidedignamente a composição corporal dos indivíduos, possui a facilidade de obtenção de dados, além de ter boa correlação com morbidade e mortalidade, justificando assim a sua utilização em estudos epidemiológicos se usados pontos de corte específicos para a idade, especialmente, se associados a outras medidas antropométricas que expressem a composição e a distribuição da gordura corpórea.

Azevedo et al.[145] ao avaliarem um total de 155 idosos, constatou-se que 10,96% apresentaram algum grau de magreza, enquanto 36,12% apresentaram eutrofia e 52,89% possuíram algum grau de obesidade.

Figura 2 - Categorização da amostra segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC).

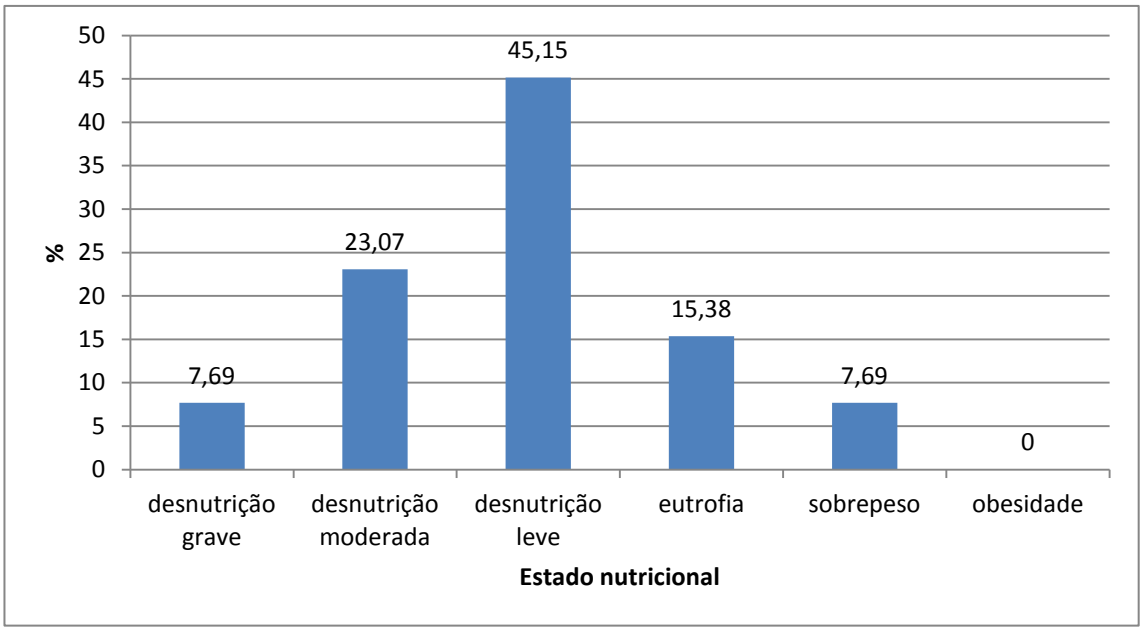


Em relação ao estado nutricional segundo a adequação da CB (%), observa-se que a média encontrada foi de 83,33% (μi = 82,01%; Mínimo – Máximo = 22,00 a 34,00%), demonstrando que a maioria dos idosos encontra-se em desnutrição leve. Conforme Figura 3, 7,69% (1) dos idosos encontram-se desnutridos graves, 23,07% desnutridos moderadamente, 45,15% desnutridos leves, 15,38% eutróficos, 7,69% com sobrepeso e 0,0% com obesidade. Assim, a maioria dos idosos encontra-se desnutridos (76,91%).

Wachholz[151] identificou 51,4% idosos com eutrofia, 14,3% com desnutrição moderada, 28,6% com desnutrição leve, 5,7% com sobrepeso e nenhum idoso com desnutrição grave e obeso. Em Garcia[144], encontrou como resultado do estudo um percentual de 24,4% dos idosos com desnutrição.

Pieterse[152] realizou um estudo de avaliação nutricional com 828 idosos na Tanzânia, encontrando 13,6% de desnutrição. Segalla[153] em seu estudo observou que os indivíduos do sexo masculino com idade de 60 a 79 anos apresentaram desnutrição leve e os demais idosos estavam eutróficos. Thom[154] observou em seus estudos que um indivíduo do sexo masculino encontrou-se com desnutrição moderada, sendo que onze restantes encontraram-se eutróficos. No sexo feminino, quatro apresentaram-se com desnutrição moderada, quatro com desnutrição leve; três com eutrofia e duas apresentaram com sobrepeso.

Figura 3 - Classificação do estado nutricional segundo a adequação da Circunferência do Braço (CB) (%).

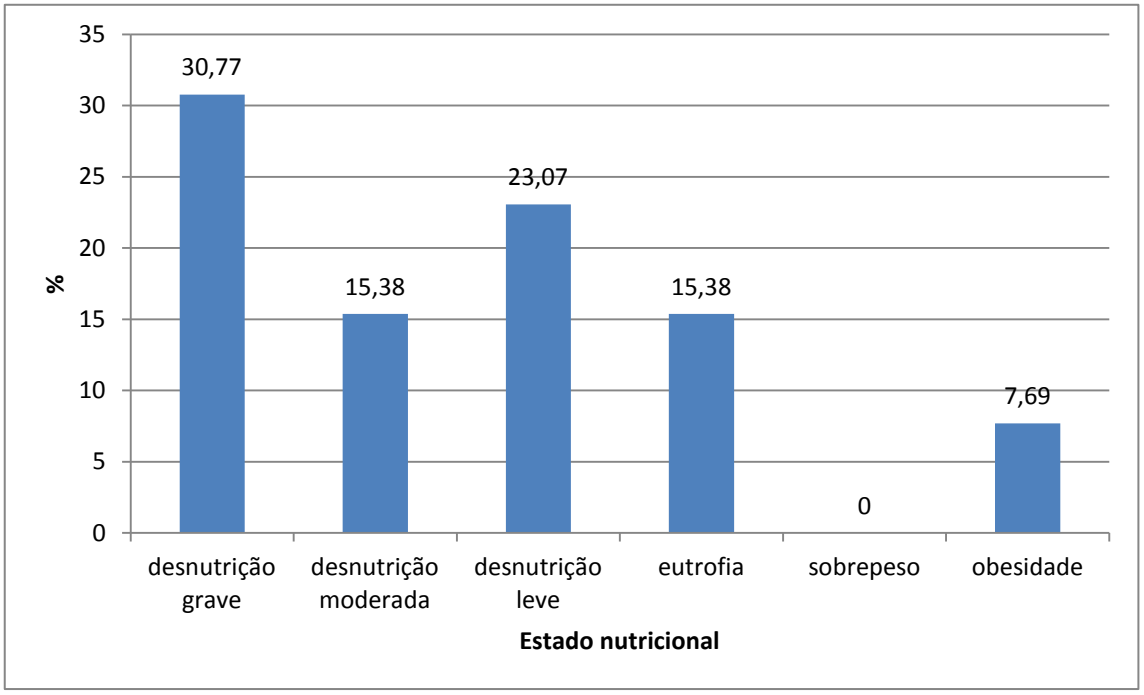


De acordo com o estado nutricional segundo a adequação da PCT (%), observou-se que a média encontrada foi de 84,58% (μi = 84,58%; Mínimo – Máximo = 5,00 a 30,60%), demonstrando que a maioria dos idosos se encontrou em desnutrição leve.

Conforme a Figura 4, 30,77% dos idosos encontram-se desnutridos graves, 15,38% desnutridos moderadamente, 23,07% desnutridos leves, 15,38% como eutróficos, 0,0% com sobrepeso e 7,69% com obesidade. Assim, a maioria dos idosos encontra-se desnutridos (69,22%).

Em um estudo realizado por Sperotto[155], em relação à PCT, observou-se que 80% dos idosos encontraram-se desnutridos leves, 5% desnutridos moderados, 5% desnutridos leves, 5% eutróficos e 5% obesos. Cuppari[149] diz que “com o processo de envelhecimento, a composição corpórea do idoso se altera, elevando a quantidade de tecido adiposo e reduzindo o tecido muscular”.

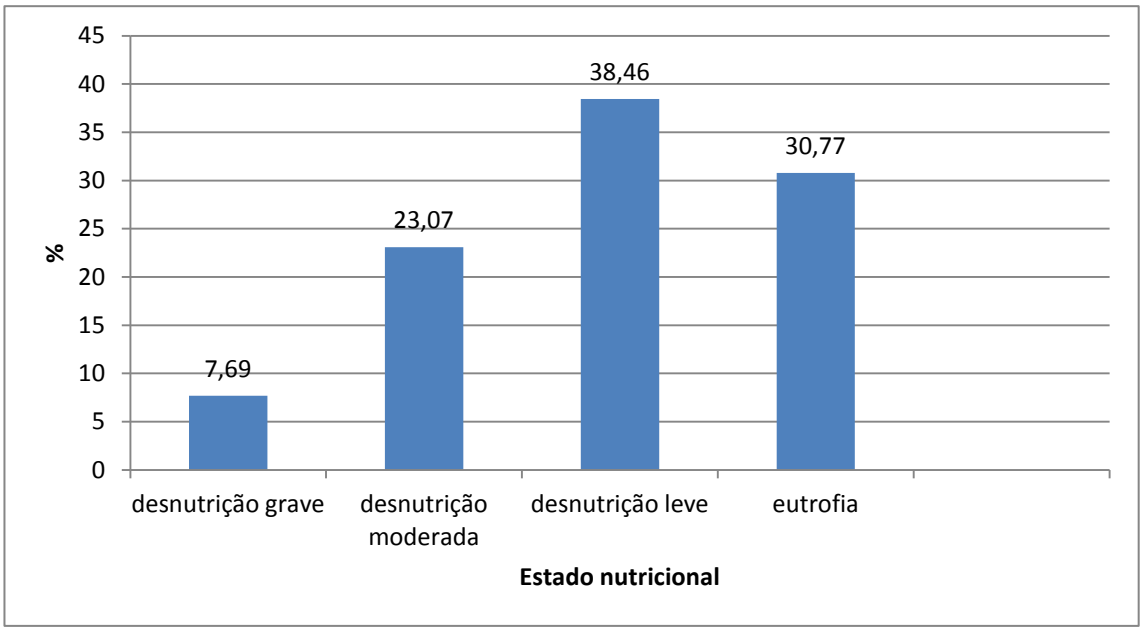
Figura 4 - Classificação do estado nutricional segundo a adequação da Prega Cutânea Tricipital (PCT) (%)



De acordo com o estado nutricional segundo a adequação da CMB (%), observa-se que a média encontrada foi de 88% (μi = 81,07%; Mínimo – Máximo = 17,60 a 27,29%), demonstrando que a maioria dos idosos se encontra também em desnutrição leve. Conforme a Figura 5, 7,69% dos idosos encontram-se desnutridos graves, 23,07% desnutridos moderadamente, 38,46% desnutridos leves e 30,77% eutróficos. Assim, a maioria dos idosos encontra-se desnutridos (69,23%). A reserva do tecido muscular pode ser estimada antropometricamente pela CMB e pela CP.[10]

De acordo com um estudo realizado por Sperotto[155], segundo a CMB, 35% de idosos apresentaram algum grau de desnutrição, a qual 10% com desnutrição moderada. Um estudo, realizado por Garcia et al.[144], ao analisar 308 idosos residentes em instituições asilares públicas e particulares de Pernambuco, observou que 24,4% dos idosos encontraram-se desnutridos.

Figura 5 - Classificação do estado nutricional segundo a adequação da Circunferência Muscular do Braço (CMB) (%).



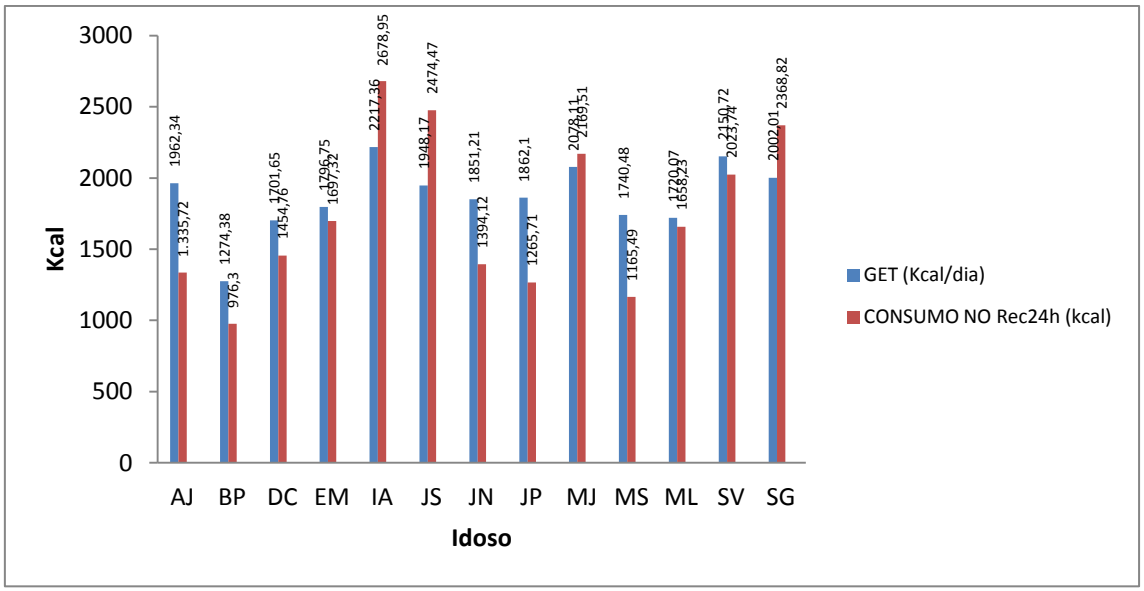
Em relação ao GET, constata-se que os idosos em média necessitam de 1.869,64 kcal/dia (μi = 1862,10; Mínimo - Máximo = 1274,38 – 2217,36 kcal/dia), mas conforme o consumo relatado no Rec24h, os idosos em média consomem 1743,31 kcal/dia (μi = 1454,76; Mínimo - Máximo = 976,3 - 2678,95 kcal/dia). Assim, o percentual do consumo dos idosos em relação ao GET em média é de 92% (μi = 85,5; Mínimo - Máximo = 68,06 - 127,01%), demonstrando uma proximidade de adequação do consumo alimentar em relação ao valor calórico.

Conforme a Figura 6, comparando-se o consumo individual de cada idoso relatado no Rec24h com o seu GET, observa-se que 69,23% dos idosos consomem abaixo das suas necessidades nutricionais.

Thom[154] realizou um estudo com 25 idosos institucionalizados em ILPI no Município de Serra-ES, onde se pode perceber que em média, as mulheres atingem em quase 100% as necessidades calóricas estipuladas pelos cálculos do GET, enquanto que os homens não atingem 90% das suas necessidades nutricionais. Em outro estudo realizado por Lopes e Scheid[156] encontrou-se como média da ingestão calórica diária o valor de 2.473,53 kcal, tendo variação de 678 kcal a 5.542 kcal. Já no estudo desenvolvido por Menezes et al.[157] foi avaliado a alimentação de 148 idosos residentes em seis ILPIs, sendo constatado que oferecidas em média refeições com valor calórico

de 1.604,5 kcal, sendo que o consumo calórico médio entre os idosos foi de 1.537,2 kcal.

Figura 6 – Gasto Energético Total (GET) (kcal/dia) e Consumo do Recordatório em 24 horas (Rec24h) (kcal) dos idosos.



Na tabela 03 é apresentada a descrição das classificações antropométricas dos idosos estudados, de acordo com a classificação do risco de morbidade segundo CC, RCQ, %CG, como também o estado nutricional segundo a albumina sérica, CTL e CP.

A análise desses resultados mostra segundo a CC que mais da metade dos idosos correspondente a 61,5% não apresentam risco de morbidade, sendo 7,7% classificados como risco aumentado e 30,8% com risco muito aumentado. Mas, totalizou 38,5% dos idosos apresentando algum tipo de risco de morbidade, tornando-se relevante como fator de interferência para sua saúde. Encontra-se 86,72 cm como valor médio da CC (μi = 85,00 cm; Mínimo – Máximo = 72 a 109,0 cm). Segalla[153] estudou o perfil antropométrico e nutricional de 133 idosos institucionalizados em uma ILPI no Município de Erechim-MG, sendo percebido que a maioria dos idosos de ambos os sexos apresentaram risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, mas os idosos do sexo masculino com idade 60 a 69 anos o único grupo que não apresentou risco.

Ao avaliar o estado nutricional por meio da CP o estudo identificou que 53,8% dos idosos apresentam-se com marcador ou risco de desnutrição, enquanto que 46,2% encontram-se eutróficos. A média da CP foi igual a 30,65cm (μi = 30,60 cm; Mínimo – Máximo = 24,5 a 40,0 cm). Discordando dessa pesquisa realizada, Pereira[8]realizou um

estudo com 344 idosos institucionalizados, onde 10% deles possuíram inadequação (desnutridos) segundo a CP. Mas, ratificando com essa pesquisa, segundo estudo realizado por Gomes (2011), 75% dos idosos institucionalizados apresentaram-se desnutridos.

Em outro estudo realizado por Sperotto[155], observou-se que 50% dos idosos encontraram-se desnutridos. Conforme Cuppari[149] considera-se a CP como um indicador sensível de alterações musculares nos idosos e consequentemente da desnutrição. A OMS[158] tem a CP como a medida mais indicada para avaliação da massa muscular em idoso, já que esta possui grande precisão nessa faixa etária. Volpini[143] constatou que somente 60% dos idosos apresentaram valores adequados para a medida da CP.

Em relação ao estado nutricional avaliado por meio da IRN, observou-se que 100% dos idosos encontravam-se classificados em desnutrição leve, com média do IRN igual a 47,18 (μi = 47,28; Mínimo – Máximo = 46,31 a 47,65). Mas, sabe-se que o IRN pode superestimar resultados de desnutrição, visto que a albumina sérica pode não estar relacionada exclusivamente ao estado nutricional e o percentual de perda de peso, apesar de numérico, pode não ser exato, pois utiliza dado subjetivo, que é o peso usual informado pelo paciente.[159]

Em relação ao risco de morbidade segundo o %CG houve um percentual maior dos idosos que se encontraram acima da média, mas um percentual significante encontrou-se com risco de doenças agudas, como também abaixo da média. Encontra-se 25,23% como média do valor do %CG (μi=24,67%; Mínimo – Máximo = 15,12 a 37,47%).

Segundo estudo realizado por Thom[154], a média as %CG no sexo feminino foi igual a 28,94% e a média no sexo masculino foi de 34,45%. Outro estudo realizado por Santos[76] apresentou oposição de resultados, onde a média encontrada para o sexo masculino foi de 27,44% e de 34,19% para o sexo feminino. Segundo Steen[160], no envelhecimento ocorre aumento na GC total e redução do tecido muscular.

Segundo a classificação do risco de morbidade referente à RCQ, a maioria dos idosos mostrou risco aumentado. Encontra-se como média o valor do RCQ igual a 0,93 (μi=0,92; Mínimo – Máximo = 0,80 a 1,07). Em um estudo realizado por Silva[4] com 12 idosos na cidade de Uruguaiana-RS foi observado uma média na RCQ de 0,89, sendo

que 16,7% apresentaram-se com baixo risco para doenças cardiovasculares, enquanto que 33,3% apresentaram risco muito alto.

Tabela 3- Descrição das Classificações antropométricas dos idosos estudados.

Fator	n	%
Classificação do risco de morbidades segundo Circunferência da cintura (CC)		
Sem risco	8	61,5
Risco aumentado	1	7,7
Risco muito aumentado	4	30,8
Total	13	100,0
Classificação do risco de morbidades segundo Relação Cintura-Quadril (RCQ)		
Sem risco	6	46,2
Risco aumentado	7	53,8
Total	13	100,0
Risco de morbidade segundo percentual de Gordura Corporal (% CG)		
Abaixo da média	2	15,4
Acima da média	7	53,8
Risco de doenças agudas	4	30,8
Total	13	100,0
Estado nutricional segundo Índice de Risco Nutricional (IRN)		
Desnutrição grave	13	100,0
Total	13	100,0
Estado nutricional segundo a albumina sérica		
Normal	8	61,5
Depleção leve	4	30,8
S/R	1	7,7
Total	13	100,0
Estado nutricional segundo a Contagem Total de Leucócitos (CTL)		
Normal	10	76,9
Depleção leve	2	15,4
S/R	1	7,7
Total	13	100,0
Estado nutricional segundo a Circunferência da Panturrilha (CP)		
Eutrofia		46,2
Marcador de desnutrição	7	53,8
Total	13	100,0

Na tabela 4 apresentam-se os resultados dos exames laboratoriais realizados nos idosos estudados, antes e após intervenção realizada, segundo o Teste de Wilcoxon.

Nos resultados encontrados na pesquisa não obtivemos significância estatística para os exames laboratoriais de leucócitos, CTL, hemácias e hemoglobina. Isto pode ter ocorrido devido ao pouco tempo de intervenção (um mês) ou porque a ILPI não deu continuidade às orientações dadas na intervenção nutricional realizada nesta pesquisa. Em relação aos exames laboratoriais de albumina e linfócitos houve significância

estatística, demonstrando que a educação nutricional realizada interferiu positivamente nos resultados.Para os demais não houve significância estatística.

Segundo Sullivan[161], os exames laboratoriais mais comumente utilizados para a avaliação nutricional do idoso são: albumina, transferrina, hematócrito, hemoglobina, contagem total de linfócitos, colesterol total e frações. Por isso, foi escolhida a dosagem de albumina e a CTL.

O estado nutricional dos idosos em relação à dosagem de albumina sérica denotou que a maioria dos idosos apresentou-se com normalidade, embora um percentual significante apresentou-se com depleção leve e 7,7% sem resposta, pois se negaram a realizar os exames. Revelou como média antes da intervenção o valor da albumina sérica igual a 3,68 g/dL (μi=3,75 g/dL; Mínimo – Máximo = 3,10 a 4,00 g/dL).

Corroborando com esta pesquisa, segundo estudo realizado por Volpini[143], ao avaliarem institucionalizados em São Paulo-SP, encontrou-se hipoalbuminemia no sexo masculino somente nas faixas etárias dos 60 aos 65 anos e dos 80 aos 90 anos. Já no sexo feminino, não se encontraram valores reduzidos para esse exame.

Segundo Barbosa, Arruda e Diniz[162], a albumina sérica é um marcador bioquímico que sinaliza deficiências proteicas subclínicas, sendo que no envelhecimento, a albumina pode sofrer pequeno declínio.Faria, Franceschini e Ribeiro[2] dizem que:

> Além do envelhecimento e do estado nutricional do indivíduo, outros fatores podem interferir no valor absoluto desse parâmetro, como doenças hepáticas, insuficiência cardíaca congestiva, síndrome nefrótica, enteropatias perdedoras de proteínas, processo inflamatório grave, insuficiência hepática etc.

Ainda segundo estes autores, este marcador possui sensibilidade relativamente baixa no diagnóstico da fase aguda da desnutrição proteicocalórica, provavelmentedevido a sua reserva corporal ser grande e essa proteína ter suameia vida biológica longa (±20 dias). Assim, pode ser necessário transcorrer um longo períodopara quese tenha uma resposta às variações na ingestão dietética proteica. Portanto, a albumina é um indicador pouco sensível de desnutrição. Mas, segundo Shils[163]:

> Apesar da limitação decorrente da meia vida prolongada, interferindo na detecção de alterações agudas do estado nutricional, e de sofrer alterações por diversas outras razões não nutricionais, os níveis séricos de albumina são fortemente relacionados com aumentos na morbidade (tempo de internação prolongado, cicatrização deficiente de feridas) e da mortalidade.

O linfócito é um tipo de leucócito, responsável pela produção de anticorpos. A avaliação da proliferação de linfócitos é usual no diagnóstico de imunodeficiências primárias ou secundárias[10]. A disfunção do linfócito, associada a nutrição inadequada aumenta a susceptibilidade à infecção.[164]

Segundo Volpini[143], "os exames laboratoriais constituem um complemento de grande importância para auxiliar na identificação das alterações que acompanham o envelhecimento e refletem no estado nutricional, bem como no possível desenvolvimento de doenças".

Tabela 4 – Resultados dos exames laboratoriais realizados nos idosos estudados, antes e após intervenção realizada.

Exames laboratoriais	N	Mín- Max		Média		Mediana		Teste de Wilcoxon
		Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	
Albumina Depois>antes	12	3.10 4.0	3.10 4.5	3.68	3.85	3.75	3.85	Z = 2.17 p = 0,029*
Linfócitos Depois>antes	12	18 49	21 51	34.2	36.1	36.5	39.0	Z = 2.80 p = 0,051*
Leucócitos (N.S.)	12	4800 8200	4634 8020	6641.7	6534.8	6750	6556	Z = 1.804 p = 0,071
CTL (N.S.)	12	1357 3528	1278 3498	2215.9	2194.8	2065.5	2140.5	Z = 0.549 p = 0,5829
Hemácias (N.S.)	12	2.39 5.06	2.27 6.20	4.28	4.32	4.30	4.24	Z = 0 p = 1.0
Hemoglobina (N.S.)	12	8.0 15.6	7.8 16.2	12.9	12.6	13.2	12.3	Z = 0.745 p = 0,456
Plaquetas (N.S.)	12	165.000152.000	401.000 382.000	261.250	256.906	230.000	229.502	Z = 1.725 p = 0,0844

Na tabela 5, apresenta-se o Peso (Kg) e Índice de Massa Corpórea (IMC) antes e após realização da intervenção nutricional, segundo o Teste de Wilcoxon.

Os resultados encontrados na pesquisa mostraram que não houve significância estatística nos valores de IMC e peso antes e depois da intervenção realizada, ou seja, a educação nutricional realizada não alterou o IMC dos idosos nem o peso. Isto pode ter

ocorrido devido ao pouco tempo de intervenção (01 mês) ou porque a ILPI não dá continuidade às orientações dadas durante a intervenção.

Possivelmente, isso ocorreu devido aos valores de IMC dos idosos já estarem, em sua maioria, adequados, justificando não caber mais alteração, já que conforme a Figura 2, anteriormente descrita, os idosos em relação ao IMC encontravam-se 53,84% com baixo peso, 15,38% com risco de déficit nutricional, demonstram que a maioria (69,23%) se encontrava em risco referente ao IMC.

Tabela 5. Peso (Kg) e Índice de Massa Corpórea (IMC) antes e após realização da intervenção nutricional, segundo o Teste de Wilcoxon.

Índice de Massa Corpórea		Peso	
Antes	Depois	Antes	Depois
24.19	23.90	68.3	67.4
18.15	18.25	36.6	36.7
23.33	24.14	64.3	66.4
20.85	21.99	51.4	54.1
20.6	20.99	47.6	48.5
22.02	22.20	48.9	49.3
28.13	27.40	65	63.3
30.85	29.40	84	80
35.1	34.40	68.8	67.5
20.74	21.44	51.8	53.4
19.16	19.30	52.8	53.1
16.88	17.88	48.8	51.7
19.26	19.49	45.7	46.2
Média = 23.02	23.13	56.46	56.73
Mediana = 20.85	21.99	51.8	53.4

Teste de Wilcoxon (antes x depois). Z = 0.77/ p=0.4420 (IMC);Z=0.80/ p=0.4216 (Peso).

Os dados abaixo se referem aos cruzamentos entre as classificações do estado nutricional antes e depois da intervenção nutricional, por meio da utilização do Teste Kappa de Concordância. Trata-se de um complemento da tabela 6, só que se trabalha, nesta tabela, com os diagnósticos nutricionais e não com os valores individuais.

Em relação ao estado nutricional Baixo peso e Sobrepeso, não houve alterações dos diagnósticos nutricionais antes e depois da intervenção; em relação ao diagnóstico Risco de déficit houve 01 piora do estado nutricional após a intervenção e de acordo com o diagnóstico nutricional de eutrofia, houve 01 melhora do estado nutricional após

a intervenção. Neste caso, encontrou-se diferença estatística entre antes e depois para apenas 02 idosos, sendo que para 11 deles não há esta diferença, havendo assim concordância nestas respostas. Portanto, foi estatisticamente significante para as respostas que concordam com o resultado de p<0,0001, ou seja, o estado nutricional não altera em 11 idosos.

Tabela 6 – Estado nutricional antes e depois, segundo a classificação pelo Índice de Massa Corpórea (IMC), de acordo com o Teste Kappa de concordância.

	Antes				
Depois	Baixo peso	Risco	Eutrófico	Sobrepeso	TOTAL
Baixo peso	7	0	0	0	7
Risco	0	1	1	0	2
Eutrófico	0	1	0	0	1
Sobrepeso	0	0	0	3	3
Total	7	1	1	3	13

Teste Kappa de Concordância. KW = 0,75; Z = 10.80; p<0,0001; 11/13 = 84.6% de concordância.

Na tabela 7 foi apresentada a frequência com a qual os idosos consomem determinado alimento. A quantidade consumida não é descrita, retratando quantos idosos consomem ou não os alimentos listados e com que frequência. Ressalva-se que nem todos os idosos respondem em relação ao consumo de todos os itens alimentares. Assim, foi descrito o consumo alimentar dos idosos de acordo o levantamento realizado no QFCA.

Portanto, nesta tabela foi descrito o quantitativo de idosos por alimentos e após sua análise, embasado nas observações e nos diálogos com os idosos, os mesmos informam que não consumiam com menor frequência a manteiga, margarina, óleo vegetal, peixe, embutidos, enlatados, salgados, bebidas alcoólicas e refrigerantes. Provavelmente isso é justificável devido a não oferta aos mesmos destes alimentos pela não aquisição. Em parte entende-se como positivo, pois produtos não apropriados ao consumo não são ofertados aos idosos, mas por outro lado alguns deles que são benéficos à saúde e alimentar do idoso também não os são. Em relação às vísceras, subtende-se que o seu consumo não é com muita frequência, pois estes alimentos por serem mais baratos são ofertados muitas vezes e os idosos devido a isso ficam intolerantes aos mesmos. O consumo do ovo encontra-se moderado, provavelmente por serem substitutos das carnes e serem mais baratos. Em relação às hortaliças,

leguminosas, sucos e frutas o consumo é inexistente ou muito baixo provavelmente por não os adquirir devido custo dispendioso e por impaciência ao ofertar aos idosos. Os leites e derivados apresentam um consumo satisfatório, possivelmente devido a sua facilidade de oferta aos idosos e por receberem doações destes produtos por fornecedores locais. O consumo da carne bovina é satisfatório também, mas foi observado que a maioria das vezes oferta-se carne de 2ª ou até de 3ª qualidade, dificultando a mastigação dos idosos. Já a carne suína teve um consumo moderado provavelmente por ter um custo menor que a carne vermelha. Já o consumo das aves foi menor provavelmente devido ao excesso de oferta, pelo baixo custo, fazendo com que os idosos não tolerem mais o seu consumo. Em relação ao consumo de peixes, foi observado que raramente é ofertado, justificado na fala dos cuidadores que é devido ao risco de engasgo devido espinha de peixe na garganta. Quando os idosos foram questionados em relação ao uso dos doces, informam que frequentemente consomem os mesmos, sendo analisado por meio das observações que provavelmente, isso ocorre devido ao baixo custo deste produto e, como forma em que os cuidadores encontram para agradar os idosos assim, conseguem adesão dos mesmos na colaboração da realização da rotina diária. Além disso, ainda na análise das falas dos idosos, muitos deles que são aposentados, utilizam de parte da sua aposentadoria para comprar produtos como doces e outras guloseimas, na tentativa de compensar saudades de sua vida passada e familiares ausentes. Outros alimentos como cereais, gordura hidrogenada, gordura animal e massas, são referidos baixo consumo ou consumo inexistente, possivelmente devido a não saberem o significado dos mesmos, demonstrando o nível de desinformação que os mesmos possuem e dessa forma, a necessidade de aplicação de educação nutricional continuada para estes idosos possam ter um olhar crítico e reflexivo aos atendimentos que lhes são ofertados.

Segundo um estudo realizado por Gomes[142], em relação ao consumo alimentar, verificou-se que 100% dos idosos ingerem laticínios pelo menos uma vez ao dia, corroborando com essa pesquisa quando demonstra que os idosos apresentaram um consumo satisfatório do leite. Ainda no estudo citado acima, os idosos utilizam duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos, como também, carne, peixe ou aves todos os dias e consomem duas ou mais porções de frutas ou vegetais por dia. Em relação ao consumo de líquidos, 40% consomem menos que três copos por dia. Estas informações mostram similaridade com esta pesquisa realizada na ILPI em Guanambi-Ba.

Pode-se perceber que os idosos consomem com maior frequência leite e derivados, carne bovina, carne suína, aves, ovos e doces. Em contrapartida, consomem em menor frequência hortaliças, sucos, frutas, cereais e não consomem óleo vegetal e leguminosa. Em um estudo realizado por Martins et al.[165] foi encontrado um consumo alimentar inadequado em relação às frutas e hortaliças. Lopes e Scheid[156] também observaram que o consumo de frutas e verduras também não foi adequado.

Tabela 7 – Resultado da aplicação do Questionário de Consumo de Frequência Alimentar (QCFA) dos treze idosos estudados.

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR													
Alimento	D	S	Q	M	E	N	Alimento	D	S	Q	M	E	N
Leite e derivados	6	1	0	0	0	0	Enlatados	0	0	0	0	0	0
Carne bovina	3	5	0	0	0	1	Salgados	0	1	0	0	0	0
Carne suína	0	1	0	1	0	4	Doces	0	1	2	0	1	3
Aves	3	0	1	1	0	0	Bebidas alcoólicas	0	0	0	0	0	2
Peixe	1	0	0	1	0	1	Refrigerantes	0	0	0	1	0	0
Miúdos	0	0	1	0	0	1	Sucos	0	0	0	1	0	0
Ovos	1	2	1	0	0	1	Óleo vegetal	0	0	0	0	0	0
Leguminosas	0	0	0	0	0	0	Margarina	1	0	0	0	0	0
Hortaliças	0	1	1	0	0	0	Manteiga	0	0	0	0	0	0
Frutas	0	2	2	0	0	0	Gordura hidrogenada	0	0	0	0	0	0
Embutidos	0	0	0	1	0	0	Gordura animal	0	0	0	0	0	0
Cereais	1	0	0	0	0	0	Massas	2	0	0	0	0	0
D= Nº/dia	S= Nº/semana		Q= Nº/quinzena		M= Nº/mês		E= eventual		N= nunca				

Na Tabela 8 está descrito a história dietética referida pelos idosos durante os diálogos com os mesmos, onde foram relatados os sinais e sintomas. Observou-se que 100% dos idosos possuíam a saúde oral alterada, sendo relatado pelos idosos o edentulismo parcial ou total, dificultando a mastigação de alguns alimentos mais rígidos. Dentre as alterações observadas apresentam gengivas inchadas, descoloração dos dentes, língua áspera e com fissuras, demonstrando a possível carência de vitamina C. Segundo Thom[154] constatou-se que de acordo com a saúde bucal, 24% dos idosos foram classificados como edêntulos. Conforme Mesas et al.[166], "o edentulismo prejudica a ingestão de macro e micronutrientes, causando deficiências nutricionais devido a restrições alimentares causadas pela dificuldade mastigatória".

Em relação aos fatores gastrointestinais, apenas 15,38% relatou ser alterados devido dispepsia. Conforme a função intestinal, 61,54% referiu ser normais, enquanto

que 38,46% referiram possuir constipação intestinal. Tanto estas alterações gastrointestinais como a função intestinal pode estar relacionada ao tipo de alimentos ofertados e a forma de consistência dos mesmos, possivelmente que nesta ILPI não há variedade do cardápio ofertado. De acordo com alergia/intolerância alimentar, somente 15,38% relataram serem portadores. Em relação a atividade física, 84,62% dos idosos são sedentários muitas vezes, devido ao descuido dos mesmos por parte dos seus cuidadores, como também podendo refletir sobre o estado de saúde ou dependência física em que se encontram. Apenas 15,38% referem realizar algum tipo de atividade física quando voluntários realizam práticas educativas no local. Quando indagados se houve alteração de peso em algum momento durante a vivência na ILPI, 92,30% não sabem informar, sendo que apenas 7,7% referem que sim (aumento). Isto pode demonstrar o grau de desinformação desses idosos, como também o descuido aos mesmos ao não terem seu peso aferido regularmente. Segundo a ingestão hídrica, foi informado por 38,46% dos idosos que usam reduzidamente, 30,76% consumiam normalmente, enquanto que 30,78% não souberam informar o consumo. Referente ao uso de medicamento de controle, 61,53% relatou que fazem uso, 15,38% que não fazem uso e 23,07% não souberam responder.

Tabela 8 – Descrição da história dietética referida pelos idosos.

Idoso	Presença de dentes	Fatores gastrintestinais	Função intestinal	Alergia/ Intolerância alimentar	Atividade Física	Alteração de peso	Ingestão hídrica	Medicamento de controle
AJ	Alterada	Normal	Normal	Não	Não	Nula	Nula	Nula
BP	Alterada	Alterado	Normal	Sim (abacaxi)	Não	Nula	Reduzida	Sim
DC	Alterada	Normal	Normal	Não	Às vezes	Nula	Normal	Sim
EM	Alterada	Normal	Normal	Não	Não	Nula	Nula	Sim
IA	Alterada	Normal	Normal	Não	Não	Nula	Normal	Sim
JS	Alterada	Normal	Alterado	Não	Não	Nula	Normal	Sim
JN	Alterada	Normal	Normal	Não	Às vezes	Nula	Nula	Nula
JP	Alterada	Normal	Anormal	Não	Não	Nula	Normal	Sim
MJ	Alterada	Normal	Normal	Não	Não	Nula	Nula	Nula
MS	Alterada	Normal	Lento	Não	Não	Nula	Reduzida	Não
ML	Alterada	Alterado	Alterada	Não	Não	Sim aumento	Reduzida	Não

SV	Alterada	Normal	Normal	Não	Não	Nula	Reduzida	Sim
SG	Alterada	Normal	Lento	Sim (leite)	Não	Nula	Reduzida	Sim

V. Conclusão

Nesta investigação, constatou-se queos idosos em seus discursos relatam os significados da saúde alimentar além de expressarem os sentimentos e a espera em receber um atendimento digno enquanto viverem na ILPI.

A desnutriçãoapresentada pelos idosos e as carências nutricionais encontradas nos exames bioquímicos, podem estar relacionadas a fatores como o consumo individual, relatado no instrumento Recordatório 24h mostrando estar bem abaixo do Gasto Energético Total (GET) recomendado, bem como, a frequência alimentar dos alimentos se mostrou inadequada.

Após a intervenção realizada por meio da Educação Nutricional na ILPI em questão, foi detectado que não houve alteração do estado nutricional da maioria dos idosos. Deste modo, entendeu-se que possivelmente a ILPI em questão não cumpriu as orientações ofertadas na intervenção, sendo corroborada em visitas após finalização da pesquisa, onde foram percebidos descuidos gritantes ao idoso, com realidade desumana de vida dos mesmos.

Portanto, há uma carência no atendimento aos idosos que residem nesta ILPI, havendo necessidade imprescindível de fiscalização no cumprimento às legislações voltados ao idoso no nosso País.

VI. Considerações finais

A realização desta pesquisa facultou conhecer as representações sociais que os idosos institucionalizados constroem sobre a alimentação e a relação com a saúde. Os significados atribuídos à saúde alimentar do idoso institucionalizado estão embebidos por representações que necessitam ser conhecidas e espargidas para os cuidadores de idosos, principalmente das ILPIS, visto que os idosos apresentam carência ao acolhimento e precisam ser olhados. Assim, não tenham seus direitos negligenciados e silenciados, como foi percebido nesta pesquisa.

Diante do exposto, entendo ser de fundamental importância investir no atendimento e atenção ao idoso, para que o mesmo possa construir uma relação saudável com a alimentação favorecendo assim uma vida prazerosa, prevenindo problemas que surgirão no que se refere à sua condição de saúde.

Arrematando esta pesquisa, os achados reacendem a importância do tema proposto e apontam claramente a necessidade de continuidade na realização de estudos complementares sobre o assunto, que permitam aprofundar conhecimentos com o intuito de reelaborar os caminhos da Educação Nutricional como estratégia para a saúde alimentar do idoso institucionalizado. É necessário que haja uma fiscalização na execução das Políticas Públicas de Saúde ao Idoso nas ILPIs para que as práticas educativas sejam refletidas e suas percepções redesenhadas, com o intuito de se tornarem possivelmente aplicáveis e consequentemente interferirem positivamente na qualidade de vida e na saúde alimentar do idoso.

Portanto, a Política Nacional do Idoso existe, mas há uma necessidade urgente em haver fiscalização na execução da mesma nas ILPIs, visto que a realidade percebida é que irregulares gritantes são realizadas e o direito do idoso é na maioria das vezes negligenciado e silenciado.

> Feliz o idoso que pode permanecer até o fim dos seus dias na sua própria casa, cercado por familiares que aliam amor e competência técnica para cuidarem dele, dispondo de espaço habitacional e dinheiro para prover suas necessidades.[34]

VI. Referências Bibliográficas

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Departamento de População, Anuário estatístico do Brasil. Censo Demográfico 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_not cia=127 2&id_pagina.

2. Faria MQ, Franceschini SC, Ribeiro AQ. Estado nutricional e uso de medicamentos por idosos. Latin. Am. J. Pharm., 2010, 29(1):127-31.

3. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev. Bras. Est. Pop., Rio de Janeiro; 2010.

4. Silva RL da, Goulart IP, Pires MS, Tavares GMS. Relação Cintura-Quadril em um Grupo de Idosos na Cidade de Uruguaiana –RS. Revista Unipampa; 2102, V. 4, N. 2.

5. Alencar M do SS, Júnior F de OB, Carvalho CMRG de. Aos aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. Revista Nutrição, Campinas, 21 (4), 369-381, julho/agosto, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n4/v21n4a01.pdf.

6. Firmino R, Patrício J, Rodrigues L, Cruz P, Vasconcelos AC. Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB. Rev. Aps, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 523-530, out./dez. 2010. Disponível em http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/661/399.

7. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Filho WJ. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo; 2010 set-out; 8(5): 405-10.

8. Pereira RS. Risco de desnutrição em idosos instituicionalizados no município do Rio de Janeiro: um estudo com a mini avaliação nutricional (MAN). Biblioteca Biomédica C. Instituto de Medicina Social Uerj - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

9. Campos MTF de S. Efeitos da suplementação alimentar em idoso. Viçosa, 1996, 119p. Dissertação de Mestrado em Ciências e Tecnologia de Alimentos-UFV.

10. Tirapegui J, Ribeiro SML. Avaliação nutricional - teoria e prática. Editora Guanabara Koogan; 2009.

11. Sayeg MA. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. Arq. Geriatr Gerontol 2:96-98, 1998.

12. Jacob W, Souza RR. Anatomia e Fisiologia do Envelhecimento. In: Filho ETC, Neto MP. Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo. Atheneu; 2000.

13. Campos MTF de S, Monteiro JBR, Ornelas APR de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Revista Nutrição, Campinas, 13(3): 157-165, set.,/dez., 2000.

14. Brandão AFB, Vargas V de S, Gomes GCG, Plezer MT, Lunardi VL. Educação Nutricional para idosos e seus cuidadores no contexto da educação em saúde. Vittalle, Rio Grande, 22(1): 27-37, 2010. Disponível em www.seer.furg.br/vittalle/article/download/1293/1080.

15. Garcia RWD. Representações sociais da alimentação e Saúde e suas repercussões no Comportamento Alimentar. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 7(2): 51-68, 1997. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/physis/v7n2/04.pdf.

16. Divan LMF, Oliveira RP de. A pesquisa qualitativa e o paradigma da ciência pós-moderna: uma reflexão epistemológica e metodológica sobre o fazer científico. Niterói, n. 25, p. 185-202, 2. Sem, 2008.

17. Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.

18. Rodrigues LPF, Roncada MJ. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolas. Com. Ciências Saúde; 2008; 19(4): 315-322.

19. Criscuolo C, Monteiro MI, Telarolli JR. Educação nutricional com idosos. Alim. Nutr., Araraquara, v. 23, n. 3, p. 399-405, jul./set. 2012.

20. Camossa ACA, Costa FNA, Oliveira PF de, Figueiredo TP. Educação nutricional: uma área em desenvolvimento. Revista Alim. Nutr., Araraquara: v.16, n.4, p. 349-354, out./dez, 2005.

21. Costa MFL, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e serviços de saúde, 2003, 12 (4): 189-201.

22. Magalhães APA, Martins KC, Castro TG. Educação alimentar e nutricional crítica: reflexões para intervenções em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. Rev. Min. Enferm.,16(3): 463-470, jul./set., 2012.

23. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Enfermagem Gerontológica: Conceitos para a Prática. Série Paltex nº31. Washington; 1993.

24. Rosa FN, Matsudo SMM, Liposcki DB, Vieira GF. Estudo dos parâmetros motores de idosos residentes em instituições asilares da grande Florianópolis. RevistaBrasileira de Ciência e Movimento; 2005, 13(4), 7-15.

25. Mazo GZ, Lopes MA, Benedetti TB. Atividade física e o idoso: concepção gerontológica. Porto Alegre: Sulina; 2001.

26. Ferreira ABH. Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.

27. Hall CS, Lindzey G. Teorias da Personalidade. São Paulo: EPU; 1984.

28. Scortegagna PA, Oliveira R de C. O Idoso: um novo ator social. [IX anped sul - seminário de pesquisa em educação da região sul, 2012].

29. Neri A. L. (org.). Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, Papirus, 2001.

30. Neri AL, Cachoni M. Velhice bem sucedida e educação. In: Neri AL, Debert G. G. (Orgs.). Velhice e sociedade. Campinas, 1999, SP: Papirus.

31. Brasil. Ministério da Justiça. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8842 de 04 de Janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa da Brasil. Poder Executivo. Brasília: 04 de julho de 1996. Seção 1.

32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada, 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: www.portalsaude.gov.br.

33. Duarte JE, Melo RV de, Azevedo RS. Cuidando do cuidador. In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008, p. 371-379.

34. Born T. Cuidado ao idoso em instituição In: Netto MP. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. Cap. 36, p. 403-413.

35. Keating K. A terapia do abraço. São Paulo: Editora Pensamento; 1983.

36. Corrêa CPO. Afeto no Tempo. Círculo Psicanalítico da Bahia; 2005.

37. Codo W, Gazzotti AA. Trabalho e afetividade. In: Codo W. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis, RJ: Editora Vozes/Brasília CNTE; Brasília: LPT; 1999.

38. Ramos LJ. Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não institucionalizados no município de Porto Alegre, RS. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.

39. Neri AL, Debert GG. Velhice e Sociedade, Campinas, SP: Papirus; 1999.

40. Mendes MRSS et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. IN: Revista Acta Paulista de enfermagem, vol. 18 - nº 4, São Paulo Out/Dez, 2005.

41. Nogués R. Factors que afectanla ingesta de nutrientes enel anciano y que condicionan su correcta nutrición. Nutrición Clínica, v.15, n.2, p.39-44, 1995.

42. Marchesan IQ. Deglutição – normalidade (2004). In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias Orofaríngeas. Pró - Fono, São Paulo, p. 318, 1999.

43. Kuczmarski MF, Kuczmarski RJ. Nutritional assessment of older adults. In: Schlenker ED. Nutrition in aging. St. Louis: Mosby-Year Book; 1993. p. 255.

44. Perissinotto E, Pisent C, Sergi FG, Enzi G. Anthoropometric measurements in the elderly: age and gender differences. Brit J Nutr. 2002; 87 (2): 177-86.

45. Escott-Stump S, Mahan LK. Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. Roca; 2005.

46. Neto FT. Nutrição Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan; 2003.

47. Santelle O, Lefevre AMC, Cervato AM. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, dez./2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/28.pdf.

48. Wakimoto P, Block G. Dietary intake, dietary patterns, and changes with age: na epidemiological perspective. J. Gerontol. A. Biol.Sci. Méd. Sci., v. 56, n. Spec. 2, p. 65-80, 2001.

49. Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.

50. Emed TCXS, Kronbauer A, Magnoni D. Mini avaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, São Paulo, v. 21, n. 3, 2006.

51. Organização Mundial da Saúde. Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior e suas equipes auxiliares. Genebra: OMS; 2000.

52. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series, Geneva, n. 894, 1998.

53. Silveira MM da et al. Envelhecimento humano e as alterações na postura corporal do idoso. In: Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 8, nº 26, out/dez 2010.

54. Knoplich J. Viva bem com a coluna que você tem – dores nas costas, tratamento e prevenção. São Paulo: Ibrasa; 2001.

55. Catão MHCV, Xavier AFC, Pinto TC de A. O impacto das alterações do sistema estomatognático na nutrição do idoso. In: Revista de Ciências da Saúde, ano 9, nº 29, jul/set, 2011.

56. Menezes TN, Marucci M.F.N. Antropometria de idosos de Fortaleza. Revista de Saúde Pública, 2005.

57. Dias BKP, Cardoso MC de A. Características da função de deglutição em um grupo de idosas institucionalizadas. In: Revista Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 107-124, 2009.

58. Brasil. Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/200. 3057rf. pdf.

59. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Brasília, 2001.

60. Oliveira et al. Idosos institucionalizados: Avaliação da atividade de vida diária. In: Oliveira SCCG da S, Prado IF. (0rgs.) [Re] Significando as Ciências Sociais na saúde-saúde do idoso. Goiânia: Kelps; 2013.

61. Silva ACO. A estrutura física da instituição asilar como fator influenciador das atividades de vida diária (AVDS), 2013. In: Prado IF, Silva SCCG da. (RE) Significando as ciências sociais na saúde: saúde do idoso. Goiânia: Kelps; 2013.

62. Wolff SH. Vivendo e envelhecendo; recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável. São Leopoldo: Ed. UNISINOS; 2009.

63. Sêga RA. O conceito de Representação Social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. Anos 90, Porto Alegre, n. 13, julho de 2000. Disponível em: www.ufrgs.br/ppghist/anos90/13/13art8.

64. Moscovici S. Representação Social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

65. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. IN: Representação Social. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.

66. Durkheim É. Les Formes elementares de la vie religieuse. 7 ed. Paris: PUF [1912]; 1985.

67. Moscovici, S. La Psychanalise, dans la presse française: analise du contenu et des systémes de comunication. [Bibliotèque de Psychanalise.] Paris: Presses Universitaires de France, Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.

68. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Tradução do inglês, Pedrinho A. Aguarechi. Petrópolis: Vozes; 2010. [Social Representations: explorations in social psychology]. New York: Duveen G. Ed.; 2000.

69. Moscovici S. La psychanalise: son image et son public. Paris: PUF; 1961, 650p.

70. Sá CP. Prefácio à edição brasileira. In D. Jodelet (Org.). As representações sociais (L. Ulup, Trad., pp. 7-10). Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001.

71. Jodelet D. (dir). Les Représentacions sociales. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.

72. Anadon M, Machado PM. Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais. Salvador (BA): Editora UNEB; 2001.

73. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira M. Estudos interdisciplinares de representações sociais. Goiânia: AB; 1998.

74. Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001.

75. Doise W. Les Représentations sociales: définition d´um concept. In: Doise W, Palmonari A. Textes de base en psychologie: l'étude des représentations sociales. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1986, p.81-94.

76. Santos CB. Métodos de Detecção da Massa Adiposa em Idosos: estudo comparativo dos métodos de impedância bioelétrica e pregas de adiposidade subcutânea em idosos. 2007.f. 84. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto) – Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Porto, 2007. Disponível em < http://sigarra.up.pt/fadeup/en/publs_pesquisa.FormView?P_ID=4441>.

77. Ibáñez GT. Representaciones sociales: teoría y método. In: Ibáñez GT (Coord.). Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai; 1988.

78. Abric JC. (Dir.). Pratiques sociales et représentations. Paris: PUF; 1994.

79. Madeira MC. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: Moreira AP, Oliveira DC. (Orgs.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 2000.

80. Gilly M. Les Représentatiosns sociales dans le champ éducatif. In: Jodelet D. (org). Les Représentatios sociales. [Sociologie d'aujourd´hui.] Paris: Pressses Universitaires de France, 1984, p. 363-386.

81. Jodelet D. Représentations sociales: uu domaine en expansion: In Jodelet D (Dir). Les Représentions sociales. 4 ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.

82. Jodelet D. Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In: M. Lopes, F. Mendes, A. Moreira (Coord.). Saúde, educação e representações sociais. Coimbra (Pt): Formasau; 2009, p. 71-88.

83. Caradec V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Paris, Nathan; 2001, 128 p.

84. Araújo LF, Coutinho M da P de L, Santos, M de F de SS. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. Psicologia & Sociedade; 18(2), p. 89-98, maio/agosto, 2006.

85. Stano R de CMT. Identidade do professor no envelhecimento. São Paulo: Cortez; 2001.

86. Oliveira E, Gomes MJ, de Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória – ES. Esc. Anna Nery; 2011. 15(3): 518-523.

87. Vecchia, RD et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2005, 8: 246- 52.

88. Vaz EM, Fidelix MSP, Nascimento, VMB do. Programa de Atualização em Nutrição Clínica: Ciclo 2/ [Organizado pela] Associação Brasileira de Nutrição – PRONUTRI; Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2014.

89. Swindell R, Thompson J. An International Perspective on the University of the Third Age. Educational Gerontology, 1995, 21(5), 429-447.

90. Costa MFBNA, Ciosac SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Rev. Esc. Enferm. USP; 2010; 44(2): 437-44.

91. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

92. Wolff SH. Envelhecimento bem-sucedido e políticas públicas. In: Wolff SH. Vivendo e envelhecendo: recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável. São Leopoldo: Ed: Unsinos; 2009.

93. Bredemeir SML, Ruscheinsky A. Revendo uma trajetória e procurando caminhos na busca da garantia dos direitos dos idosos. In: Wolff SH. Vivendo e envelhecendo; recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável. São Leopoldo: Ed. Unisinos; 2009.

94. Lima ES, Oliveira CS, Gomes MCR. Educação nutricional: da ignorância alimentar à representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro (1980-98). História, Ciências, Saúde. Manguinhos; 2003; 10(2): 603-35.

95. Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, 1999.

96. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública, 1997; 31(2): 209-213.

97. Boog MCF. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. Saúde Rev.; 2004 maio/agosto; 13 (6): 17-23.

98. Vasconcelos ACCP, Pereira IDF, Cruz PJSC. Práticas Educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa-Paraíba. Rev. APS, 2008. 3(11): 334-40.

99. Lima RT et al. Educação em Saúde e Nutrição em João Pessoa, Paraíba. Revista de Nutrição: 2000, 13(1): 29-36.

100. Valente F. Em busca de uma educação nutricional crítica. In: Valente F. Fome e desnutrição: determinantes sociais. São Paulo: Cortez; 1986.

101. Boog MCO. Educação nutricional: passado, presente e futuro. Rev. Nutr. v. 10, n. 1, p. 5-19, 1997.

102. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. Rev. Nutr., v. 18, n. 5, 2005.

103. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.

104. Freire P. Pedagogia do oprimido. 18. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

105. Assis M, Hartz ZMA, Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. Ciências Saúde Coletiva: 2004; 3(9): 557-81.

106. Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. Ver. Esc. Enferm. USP; 2007; 4(41): 724-30.

107. Suominen MH, Kivisto SM, Pitkala KH. The effects of nutrition education on professionals'practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. European Journal of Clinical Nutrition; 2007; 1-7.

108. Freitas MCS. Educação nutricional: aspectos socioculturais. Revista de Nutrição da Puccamp; 1997; 10(1): 45-49.

109. Organização Mundial de Saúde (OMS). Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Serie de Informes Técnicos 797. Geneva: OMS, 1990.

110. Mcclelland JW, Irving LM, Mitchell RE. Extending the Reach of Nutrition Education for Older Adults: Feasibility of a Train-the-Trainer Approach in Congregate Nutrition Sites. Journal of Nutrition Education and Behavior; 2002; 34(S1): S48-S52.

111. Irving GF et al. Nutrition education for care staff and possible effects on nutritional status in residents of sheltered accommodation. European Journal of Clinical Nutrition; 2005; 59: 947–954.

112. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

113. Nhanes from EUA. Banco de dados. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/ about/major/nhanes/ growthcharts/charts.htm>.

114. Frisancho AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. Am J Clin. Nutr. 1981; 34: 2540-45.

115. World Health Organization (WHO). Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. Genebra, 1995.

116. Lean MEJ, Han TS, Deurenberg, P. Predicting body composition by densitometry from simple anthropometric measurements. American Journal of Clinical Nutrition, v. 63, p. 4-14, 1996.

117. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Human Kinetics: Champaign; 1988.

118. Food and Agriculture Organization. Human Energy Requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. FAO Technical Report Series 1, Rome, 2004.

119. Buzby GP, Mullen JL, Matheus DC, Hobbs CL, Rosato EF. Prognostic Nutritional Index in Gastrointestinal Surgery. Am. J. Surg., v. 139, p. 160-7, 1980. http://dx.doi.org/10. 1016/0002- 9610(80)90246-9.

120. Miranda AAM. Estado nutricional e composição corporal em doentes cirúrgicos. Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 38, n. 1, p. 67-82, abr. 2013.

121. Slater L, Carter PM, Hobbs JR. Ann. Clin. Biochem., 1975, 12, 333.

122. Duarte AC, Castellani FR. Semiologia nutricional. Rio de Janeiro: Axcel; 2002, 115.p.

123. Lee RG et al. Wintrobe: Hematologia clínica; trad. Aparecida Marilda Peroco et al. São Paulo: Manole; 1998.

124. Riella MC, Martins C. Nutrição e o rim. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

125. Orlandi EP. Análise do discurso: Princípios e procedimentos. Campinas, SP: Pontes; 2005,6ª ed.

126. Siegel S, Castellan JNJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. Segunda edição. Porto Alegre: Artmed; 2006. 448p.

127. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012 (acesso 13 jun. 2013). Disponível: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

128. Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. Alea, vol. 7, n. 2, p. 305-322, julho-dezembro, 2005.

129. Okazaki FJ. Proposta de reinserção do idoso na sociedade: contribuição da arquitetura. In: Malagutti W, Bergo A. (Orgs.). Abordagem interdisciplinar do idoso. Rio de Janeiro: Rúbio; 2010.

130. Netto AJ. Gerontologia Básica. São Paulo: Lemos; 1997.

131. Sant'anna VLL, Almeida AS de A, Elias JLS. A importância da afetividade na relação professor/aluno no âmbito escolar: crianças de 4 a 7 anos. 2011. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/viewFile/5798/5577 .

132. Laplanche P. Dicionário de Psicanálise. Disponível em: http://www.academia.edu/9356866/laplanche_pontalis._Vocabul%C3%A1rio_de_Psican%C3%A1lise.

133. Murta CA. Na prática pedagógica: uma leitura a partir de S. Freud. In: A psicanálise e os impasses da educação. São Paulo: Usp/Lepsi; out. 1999, p. 14-16. [Colóquio do laboratório de estudos e pesquisas psicanalíticas e educacionais sobre infância].

134. Galvão I. Henry Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil. Petropólis, 9 ed., 2001.

135. Sanches EP, Suzuki HS. Fonoaudiologia em Gerontologia In: Suzuki HS. Conhecimentos Essenciais para Atender Bem o Paciente idoso. São Paulo: Pulso Editorial; 2003, p. 39-51.

136. Furkim AM. Disfagia orofaríngea neurogênica. In: Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 121-132.

137. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábuas Completas de Mortalidade. Disponível em 2003: http://www.ibge.gov.br/home/ presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1.

138. Muramaki L, Scattolin F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. Rev. Med. Hered; 2010, 21.

139. Resende CH. A. Desnutrição em idosos institucionalizados em asilos. 2001. 126 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto; 2001.

140. Bennemann RM. Avaliação do estado nutricional de idosos com e sem distúrbios cognitivos, residentes em instituição geriátrica do município de Bragança Paulista- estado de São Paulo. 2002. 125 f. Dissertação (Mestrado e Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo; 2002.

141. Quintão SMJ, Lima GEG, Pedrosa RL, Junior JD de P, Reis DR dos, Amaral J. Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados de Ubá e microrregião. Revista Portal de Divulgação (São Paulo), 32, Ano III, maio 2013.

142. Gomes RC, Pinto CS, Soar C. Prevalência de desnutrição em idosos institucionalizados. Revista Univap online, v. 17, n. 29, 2011. Disponível em www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/.../RE_0550_0691_01.pdf.

143. Volpini MM, Frangella VS. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados. Publicação Oficial do Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; 2013; 11(1): 32-40.

144. Garcia AN de M, Romani S de AM, Lira PIC de. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. Rev. Nutr., Campinas, 20(4): 371-378, jul./ago., 2007.

145. Azevedo EAM, Lopes HG, Maia AHS, Lima VT de, Nunes VM de A, Alchieri JC. Avaliação nutricional de idosos residentes em instituições filantrópicas. J Health Sci. Inst; 2014; 32(3): 260-4.

146. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC et al. Semiologia do Idoso. In: Porto, C.C. (ed). Semiologia Médica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001, cap. 9, p.165-197.

147. Going S, Williams D, Lohman T. Aging and body composition: Biological changes and methodological issues. Exerc. Sport. Sci. Rev; 1995; 23:411-58.

148. Dey DK, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus, I, Steen B. Height and body weight in the elderly. I. A 25 year longitudinal study of a population aged 70 to 95 years. Eur. J. Clin. Nutr; 1999; 53:905-14.

149. Cuppari L. Guia de Nutrição Clínica do Adulto. Barueri: Manole; 2005.

150. Cervi A, Franceschini SC, Priori SE. Análise crítica do uso de índice de massa corporal para idosos. Revista de Nutrição; 1998, 18(6): 765-75.

151. Wachholz PA, Rodrigues SC, Yamane R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. Revista Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro; 2011; 14(4): 625-635.

152. Pieterse S, Manandhar M, Ismail S. The nutritional status of older Rwandan refugees. Pub Health Nutr; 1998; 1(4): 259-64.

153. Segalla R, Spinelli RB. Análise nutricional para realizar atenção a idosos de uma instituição de longa permanência, no município de Erechim-RS. Revista Vivências: Vol.8, N.14: p.72-85, Maio/2012.

154. Thom LD. Risco de desnutrição e anemia ferropriva em idosos residentes em uma instituição de longa permanência de Serra-ES. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espirito Santo, 2013.

155. Sperotto FM, Spinelli RB. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim/RS. Revista PerspectivaErechim-RS, 2009, v.34, n.125, p. 105-116, março/2010.

156. Lopes MM, Scheid MM. A. Padrão alimentar de idosos não institucionalizados na cidade de São José dos Campos-SP. In: Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 8, 2009, Vale do Paraíba; In: Encontro Latino Americano de Pós-graduação, 9, 2009, Vale do Paraíba. Anais de Encontros Científicos. Vale do Paraíba: UNIVAP/FCS, 2009, p.1-4. Disponível em < http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0474_1368_01.pdf.

157. Menezes TN et al. Oferta e consumo alimentar de idosos residentes em instituições geriátricas: diferença no valor energético total. Fortaleza/Ceará. Revista Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição, São Paulo, v. 31, n.2, p.1-11, 2006.

158. World Health Organization (WHO). Obesity: Prevention e managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1995.

159. Thieme RD, Gislaine C, ME, Chieferdecker M, Campos, ACL. O índice de risco nutricional (nutritional risk index) é preditor de complicação pós-operatória em operações do aparelho digestivo ou parede abdominal?. Abcd Arq. Bras. Cir. Dig.; 2013; 26(4):286-292.

160. Steen B. Body composition and aging. Nutrition Research, v. 46, n. 2, p. 18-23, 1988.

161. Sullivan DH, Sun S, Walls RC. Protein-energy under nutrition among elderly hospitalized patients: A prospective study. JAMA: 1999, 281: 2013.

162. Barbosa DL, Arruda IKG, Diniz A. Prevalência e caracterização de anemia em idosos de Programa de Saúde da Família. Rev. Bras. Hematol. Hemoter; 2006; 28(4): 288-92.

163. Shils ME, Olson JA, Moshe S. Nutrition in health and disease. 8th ed. Baltimore: Williams e Wilkins; 1994.

164. Reinhard T, Width M. Manual de sobrevivência para nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

165. Martins MPSC et al. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. Revista Brasileira de Cardiologia, São Paulo, v.23, n.3, p.162-170, 2010. Disponível em: < http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_03/a2010_v23_n03_completa.pdf #page=14>.

166. Mesas AE et al. Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. Revista brasileira de epidemiologia, São Paulo. v.13, n.3, p. 434-445, 2010.

IX. Anexos

ANEXO A - Entrevista individual e semiestruturada

Estamos realizando uma pesquisa "A educação nutricional como estratégia para promoção da saúde alimentar no idoso" para dissertação do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro-UNISA. Esta pesquisa tem como objetivo geral testar a efetividade da intervenção da Educação Nutricional na promoção da saúde no idoso. Além disso, propõe-se descrever as representações sociais que os idosos constroem sobre a alimentação. Portanto, o tema abordado é muito relevante e poderá contribuir para a adoção de práticas nutricionais de vigilância em saúde e ações educativas no contexto ambiental, social e biológico da saúde do idoso, buscando condições adequadas de saúde.

Sua participação na pesquisa se dará em responder a esta entrevista, com tempo máximo de 30 minutos, ao qual pretendo conhecer sua opinião em relação ao tema que estou abordando.

1. Você sabe oque é nutrição?
2. Oque o alimento significa para você?
3. Alimenta-se sozinho?
4. Seu apetite está mantido?
5. Oque você entende por alimentação saudável?
6. Você ingere todos os alimentos ofertados?
7. Você sente prazer em alimentar-se?
8. Oque surgir

ANEXO B - Questionário de Ficha de Atendimento Nutricional

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:		**Sexo:**	**Idade:**
Data Nasc.:	**Endereço:**		

HISTÓRIA DIETÉTICA	**Resposta**	**HISTORIA DIETÉTICA**	**Resposta**
Presença de dentes		Atividade Física	
Fatores gastrintestinais		Alteração de peso	
Apetite		Ingestão hídrica	
Função intestinal		Medicamento de controle	
Alergia/intolerância alimentar			

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso atual:	**Altura:**	**IMC:**	**PI Mín:**	**PI Méd:**	**PI Max:**
Diagnóstico Nutricional:					

Dob. Cutâneas	**1ª avaliação**	**2ª avaliação**	**3ª avaliação**	**Média**
Triciptal				

Perímetros	**1ª avaliação**	**2ª avaliação**		**Média**
Braço				
Punho				
Cintura				
Quadril				
RCQ				

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR													
Alimento	**D**	**S**	**Q**	**M**	**E**	**N**	**Alimento**	**D**	**S**	**Q**	**M**	**E**	**N**
Leite e derivados							Enlatados						
Carne bovina							Salgados						
Carne suína							Doces						
Aves							Bebidas alcoólicas						
Peixe							Refrigerantes						
Miúdos							Sucos						
Ovos							Óleo vegetal						
Leguminosas							Margarina						
Hortaliças							Manteiga						

Frutas							Gordura hidrogenada							
Embutidos							Gordura animal							
Cereais							Massas							
D= N°/dia S= N°/semana Q= N°/quinzena M= N°/mês E= eventual N= nunca														

PREFERÊNCIAS ALIMENTARES	AVERSÕES ALIMENTARES

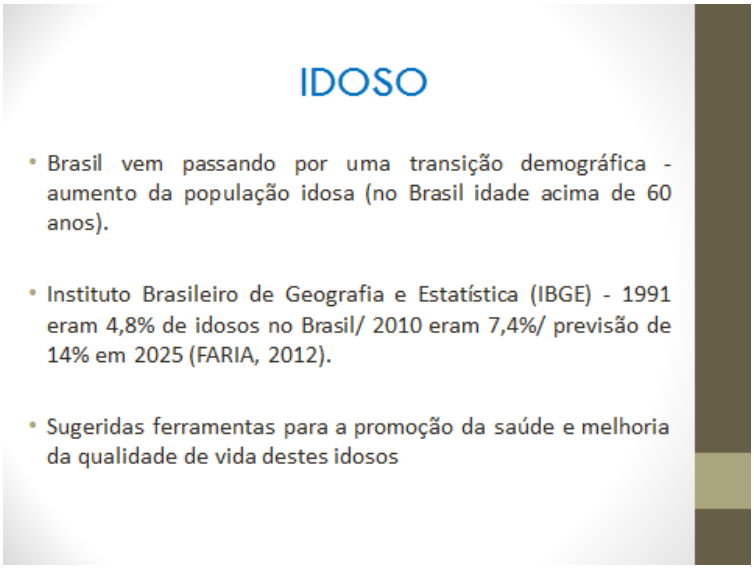
RECORDATÓRIO DE 24 HORAS (Rec24h)

REFEIÇÃO	ALIMENTOS INGERIDOS	CHO g	PTN g	LIP g
Café da Manhã ___:___ h				
Colação ___:___ h				
Almoço ___:___ h				
Lanche ___:___ h				
Jantar ___:___ h				
Ceia ___:___ h				
	Total (g)			
	Calorias Específicas			
	Calorias Totais			

Ingestão	CHO: _____ %	PTN: _____%	LIP: _____%	KCAL: _____%
Adequação	CHO: _____ %	PTN: _____%	LIP: _____%	KCAL: _____%

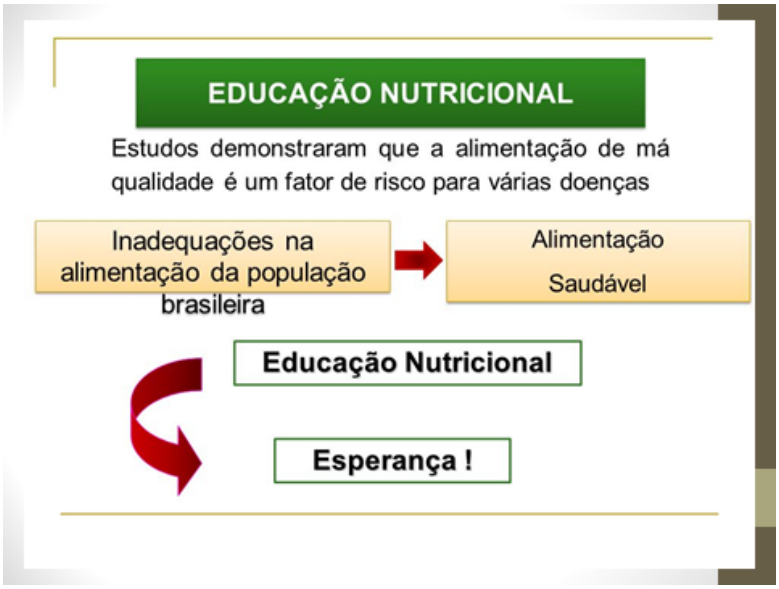
Cálculos:

ANEXO C - Palestra realizada na intervenção nutricional.



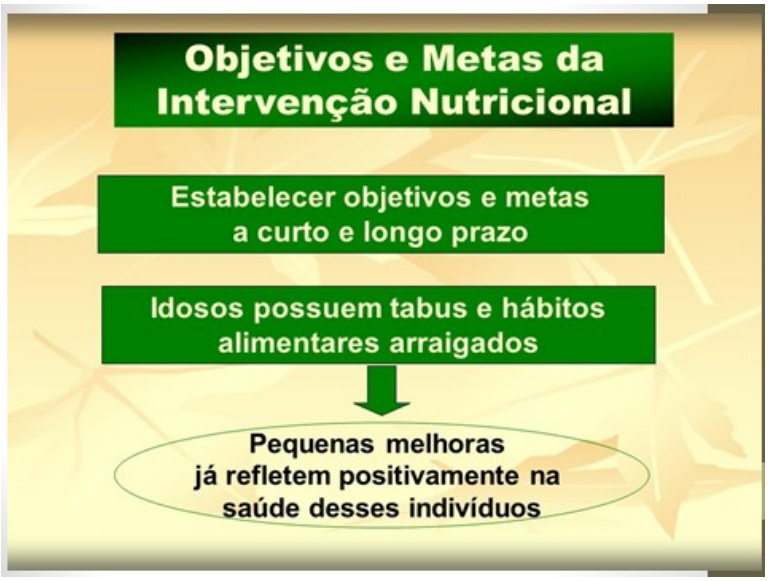
CAVALGANDO ESTRATÉGIAS

- Política Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo um acesso universal aos alimentos - Práticas alimentares saudáveis, o controle e a prevenção dos distúrbios alimentares
- Educação Nutricional - profissionais de saúde transcendem os conhecimentos técnico-científicos, atuando como educadores em saúde e multiplicadores das técnicas de ensino-aprendizagem (ALENCAR, 2008)
- População idosa representa novos desafios para a prática da Educação Nutricional - alterações funcionais e anatômicas, repercutindo na saúde do idoso.



CUIDADO AO IDOSO

- Alterações no ato do alimentar: redução na sensibilidade do gosto, nutrição inadequada, limitações no ato ao alimentar.
- modificação nos hábitos alimentares e conseqüente interferência no estado nutricional dos idosos (FIRMINO, 2010)
- Pacheco (2007) - importância das práticas educativas nutricionais com o intuito de alcançar uma qualidade de vida adequada através da nutrição geriátrica brasileira equilibrada.



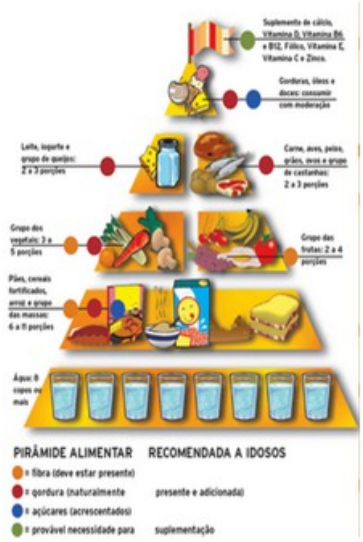
ATO DE ALIMENTAR

- relevância como estratégia de educação em saúde, levando a uma adesão às orientações nutricionais saudáveis.
- atitudes solidárias no trato com o idoso
- reinventar novos procedimentos ao atendimento nutricional para enfatizar uma atenção à saúde integral no contexto ambiental, social e biológico.
- Nutrição – subjetividade; afetividade nas prescrições dietéticas

Segundo *Brandão (2010)* - Educação é um processo relacionado aos aspectos do comportamento alimentar (hábitos alimentares) e indicadores gerais (saúde, socioeconômicos, demográficos, culturais, religiosos), relacionado ao conteúdo da informação em relação aos alimentos saudáveis, em busca de mudança e adesão aos novos hábitos alimentares.

COMO PRESERVAR A SAÚDE POR MEIO DA ALIMENTAÇÃO?

Orientação nutricional, o estabelecimento de dieta adequada e o cuidado com a administração da mesma são considerados fundamentais para a saúde dos idosos. Em relação ao plano alimentar, leva-se em consideração os hábitos alimentares individuais, o acesso aos alimentos, as condições sócio-econômicas, as tradições culturais e os aspectos simbólicos e afetivos, materializados em comportamentos alimentares específicos (BRANDÃO, 2010).



AÇÕES NECESSÁRIAS

- Diretriz da Política Nacional de Humanização de Saúde, do Ministério da Saúde - Construção de relações solidárias e comprometidas entre os profissionais e os idosos.
- ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: Aspectos Conceituais - Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde (Anexo 1)
- busca da qualidade de vida destes idosos: Cadernos de Atenção básica – ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOAIDOSA; Ministério da Saúde - Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 (Anexo 2)

Elaboração de materiais educativos

- avaliação da melhor maneira de execução e das reais possibilidades das ações com o intuito de mostrar aos indivíduos sua responsabilidade na promoção de sua saúde e nutrição.

Práticas e comportamento alimentar

- perceber a relação entre educação nutricional, o processo de formação do nutricionista e o papel exercido pela educação nutricional.

- definir elementos da prática educativa como espaços de construção e troca de conhecimentos entre os indivíduos sociais.

- entender que o processo de formação em nutrição deve viabilizar a articulação entre os saberes e a construção de práticas pedagógicas integradoras, conforme citado nas aulas de Educação, aprendizagem e suas pedagogias.

Prática educativa em nutrição com o idoso

prática de educação em alimentação e nutrição através da manifestação da integralidade

- processo de construção do conhecimento – rompimento do basismo e elitismo.
- União entre teoria e prática – construção da ação – reflexão - ação.
- Aprender a ouvir o outro – dar espaço para o outro construir.

Prática educativa em nutrição com o idoso

- **EDUCAÇÃO PERMANENTE**
- **CONSTRUÇÃO CONJUNTA DE SABERES**
- **PEDAGOGIZAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO**

Saudeludoteca = Ações populares de educação em saúde, alimentação e nutrição planejadas, elaboradas e avaliadas por todos os sujeitos envolvidos no processo.

POSSIBILIDADES VIVAS DE AÇÕES

INTERVENÇÃO

- atividades que enfatizem o diálogo
- Compartilhar as experiências com os idosos
- trazidas informações sobre a alimentação saudável e sua importância na prevenção e manutenção da saúde no idoso
- dinâmicas com alimentos, buscando perceber dos idosos quais lembranças são trazidas neste momento.

AÇÕES NECESSÁRIAS

- oferta destes alimentos - não conseguem alimentar-se sozinho.
- profissionais de saúde - papel essencial na assistência ao idoso e na busca da qualidade de vida dos idosos
- intervenções - palestras educativas sobre nutrição, elaboração de cardápios específicos para idosos em consistência e valores nutricionais, capacitação dos cuidadores para entenderem a real necessidade do cuidar no momento da alimentação.

COSTURANDO RETALHOS

- atenção aos idosos, pois os mesmos são sujeitos a diversas carências, próprias da idade.
- Amor ao que faz
- Olhar diferenciado ao idoso
- Quem ama cuida
- Aplicação das Políticas Públicas relacionados aos idosos

Café da manhã

Sábado

- Café c/ Leite integral ou desnatado ou Chá ou Suco de frutas
- Biscoito ou Pão c/ Manteiga ou margarina
- 01 fatia de fruta mole
- Mingau de tapioca

Domingo

- Café c/ Leite integral ou desnatado ou Chá ou Suco de frutas
- Biscoito ou Pão Manteiga ou margarina
- 01 fatia de fruta mole
- 01 fatia de bolo

Lanche matutino

- Suco de frutas

Almoço

Segunda-feira

- Arroz ou macarrão, Feijão, Carne cozida, Abóbora com quiabo.

Terça-feira

- Feijão verde, Arroz e Carne moída com batatinha inglesa.

Quarta-feira

- Feijão, Arroz ou macarrão, Frango desfiado com molho de tomate, Cenoura picada.

Quinta-feira

- Feijão, Arroz, Salada de soja com verduras, picadas e cozidas, Carne desfiada

Obs.: Antes de cozinhar a soja coloque em água fervente e deixe ferver por 5 minutos, escorrer e colocar de molho, depois cozinhar.

Almoço

Sexta-feira

- Feijão, Arroz com verduras e carne e macarrão bem cozido.

Sábado

- Feijão, Arroz, frango cozido com batatinha e pirão.

Domingo

- Feijão, Arroz, carne moída, purê de abóbora.

Lanche da tarde

Segunda-feira

- Arroz doce

Terça-feira

- Iogurte de frutas

Lanche da tarde

Quarta-feira

- Canjica

Quinta-feira

- Salada de frutas moles

Sexta-feira

- Mingau de aveia

Sábado

- Vitamina de frutas

Domingo

- Mingau de milho

Jantar

- sopa de legumes e macarrão com carne moída ou frango desfiado
- pão com margarina ou manteiga ou biscoito
- leite com café

Ceia

- suco de frutas ou chá

REFERÊNCIA

- ALENCAR, M. DO S. S; JÚNIOR, F. de O. B.; CARVALHO, C. M. R. G. de. *Ao aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável.* Revista Nutrição, Campinas, 21 (4), 369-381, julho/agosto, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n4/v21n4a01.pdf.
- BOOG, M.C.O. Educação nutricional: passado, presente e futuro. *Rev Nutr*, v. 10, n. 1, p. 5-19, 1997.
- BRANDÃO, A. F. B.; VARGAS, V. DE S.; GOMES, G. C. G.; PLEZER, M. T.; LUNARDI, V. L. *Educação Nutricional para Idosos e seus cuidadores no contexto da educação em saúde.* Vittalle, Rio Grande, 22(1): 27-37, 2010. Disponível em www.seer.furg.br/vittalle/article/download/1293/1080
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2. Ed. Brasília, DF, 2006. 70 p. (Série E. Legislação e Saúde).
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: < http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar>. Acesso em junho/2013.
- CAMPOS, M. 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 Nutrição, Campinas, 13(3): 157-165, set./dez., 2000. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n3/7902.pdf
- CAMPOS, M. T. F DE S. *Efeitos da suplementação alimentar em idoso.* VIÇOSA, 1996, 119p. Dissertação de Mestrado em Ciências e Tecnologia de Alimentos-UFV.
- CRISCUOLO, C; MONTEIRO, M. I; TELAROLLI JUNIOR, R. Educação nutricional com idosos. Alim. Nutr., Araraquara, v. 23, n. 3, p. 399-405, jul./set. 2012.
- FARIA, Diana; OLIVEIRA, Madalena; SIMÕES, José Augusto. *Políticas Públicas de defesa e promoção dos direitos dos idosos.* Revista Portuguesa de Bioética. Coimbra: Centro de Estudo de Bioética, março/2012.

- FIRMINO, R.; PATRÍCIO, J.; RODRIGUES, L.; CRUZ, P.; VASCONCELOS, A. C. *Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB.* Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 523-530, out./dez. 2010. Disponível em http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/661/399
- GRANDO, F. C. S; RIBEIRO, C. S. G. Análise centesimal do cardápio de uma instituição de longa permanência de idosos: Pinhais (PR). Revista Geriatria e Gerontologia, volume 7, número 4, Out/Nov/Dez 2013.
- LIMA, E.S.; OLIVEIRA, C.S.; GOMES, M.C.R. Educação nutricional: da ignorância alimentar à representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro, 1980-1998. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*, v. 10, n. 2, p. 604-35, 2003.
- MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; SOUZA, W. G. A. ; PACHECO, W. N. S. *Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio.* Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007, Abr-Jun; 16(2): 254-62. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf.
- SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev Nutr*, v. 18, n. 5, 2005.
- VALENTE, F. *Em busca de uma educação nutricional crítica.* In: VALENTE, F. Fome e desnutrição: determinantes sociais. São Paulo: Cortez, 1986.

Que aos seus olhos, a vida tenha significado...que ao seu sorriso, possamos, nós cuidadores, dar significância!

Ana Paula Knopp

ANEXO D - Cardápio adequado ao idoso sugerido na intervenção.

Desjejum (Café da manhã)

✓ Segunda-feira

- Café c/ Leite integral ou desnatado ou Chá ou Suco de frutas
- Biscoito ou Pão c/ Manteiga ou margarina
- 01 fatia de fruta mole
- Queijo branco

✓ Terça-feira

- Café c/ Leite integral ou desnatado ou Chá ou Suco de frutas
- Biscoito ou Pão c/ Manteiga ou margarina
- 01 fatia de fruta mole
- Mingau de milho verde

✓ Quarta-feira

- Café c/ Leite integral ou desnatado ou Chá ou Suco de frutas
- Biscoito ou Pão c/ Manteiga ou margarina
- 01 fatia de fruta mole
- Ovos mexidos

✓ Quinta-feira

- Café c/ Leite integral ou desnatado ou Chá ou Suco de frutas
- Biscoito ou Pão c/ Manteiga ou margarina
- 01 fatia de fruta mole
- Chiringa

✓ Sexta-feira

- Café c/ Leite integral ou desnatado ou Chá ou Suco de frutas
- Biscoito ou Pão c/ Manteiga ou margarina
- 01 fatia de fruta mole
- Cuscuz

✓ Sábado

- Café c/ Leite integral ou desnatado ou Chá ou Suco de frutas
- Biscoito ou Pão c/ Manteiga ou margarina
- 01 fatia de fruta mole
- Mingau de tapioca

✓ Domingo

- Café c/ Leite integral ou desnatado ou Chá ou Suco de frutas
- Biscoito ou Pão c/ Manteiga ou margarina
- 01 fatia de fruta mole
- 01 fatia de bolo

Colação (Lanche matutino)

- Suco de frutas

Almoço

✓ Segunda-feira

- Arroz ou macarrão, Feijão, Carne cozida, Abóbora com quiabo.

✓ Terça-feira

- Feijão verde, Arroz e Carne moída com batatinha inglesa.

✓ Quarta-feira

- Feijão, Arroz ou macarrão, Frango desfiado com molho de tomate, Cenoura picada bem cozida.

✓ Quinta-feira

- Feijão, Arroz, Salada de soja com verduras, picadas e cozidas, Carne desfiada.

Obs.: Antes de cozinhar a soja coloque em água fervente e deixe ferver por 5 minutos, escorrer e colocar de molho, depois cozinhar.

✓ Sexta-feira

- Feijão, Arroz com verduras bem cozidas e carne e macarrão bem cozido.

✓ Sábado

- Feijão, Arroz, frango cozido com batatinha cozida e pirão.

✓ Domingo

- Feijão, Arroz, carne moída, purê de abóbora.

Lanche da tarde

✓ Segunda-feira

- Arroz doce

✓ Terça-feira

- Iogurte de frutas

✓ Quarta-feira

- Canjica

✓ Quinta-feira

- Salada de frutas moles

✓ Sexta-feira

- Mingau de aveia

✓ Sábado

- Vitamina de frutas

✓ Domingo

- Mingau de milho

Jantar

- Sopa de legumes e macarrão com carne moída ou frango desfiado
- Pão com margarina ou manteiga ou biscoito
- Leite com café

Ceia

- Suco de frutas ou chá

OBS: Os alimentos devem ser adaptados a cada idoso, atendendo aos aspectos: necessidades nutricionais, adequando à sua avaliação clínica.

ANEXO E - Autorização para realização da pesquisa pela presidente do local.

DECLARAÇÃO DE CO-PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Projeto de Pesquisa: A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE ALIMENTAR DO IDOSO

Pesquisador(es) responsável(eis):ANA PAULA MALHEIROS KNOPP

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE SANTO AMARO - SP

Declaramos termos lido e concordarmos com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Estas instituições estão ciente de suas co-responsabilidades como instituições co-participantes do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nelas recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Guanambi-Ba, 24 de Dezembro de 2014.

14788244/0001-95
ASSOC. BENEMÉRITA DE CARIDADE
Praça Josafá Moura, 98, Bom Jesus
CEP: 46 430-000 GUANAMBI - BA

ASSOCIAÇÃO BENEMÉRITA DE CARIDADE

Assinatura e carimbo do responsável institucional da co-partipante 1
Com nome completo da Instituição e CNPJ da co-participante 1

Marisfela Calazans Bavarini

Assinatura e carimbo do responsável institucional da co-partipante 2
Com nome completo da Instituição e CNPJ da co-participante 2

ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROTOCOLO: A representação Social e a Educação Nutricional como estratégia para promoção da saúde alimentar do idoso.

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária no projeto: "A representação Social e a Educação Nutricional como estratégia para promoção da saúde alimentar do idoso." do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pela pesquisadora Ana Paula Malheiros Knopp como Dissertação final sob orientação da Prof.ªDr.ª Patrícia Colombo de Souza.

A execução desta pesquisa é muito relevante e poderá contribuir para a adoção de práticas nutricionais de vigilância em saúde e ações educativas no contexto ambiental, social e biológico do idoso, buscando condições adequadas de saúde.

Esta pesquisa tem como objetivo geral, testar a efetividade da intervenção da educação nutricional na promoção de saúde alimentar do idoso. Além disso, pretende-se descrever as representações sociais que os idosos constroem sobre alimentação.

Para realização desta pesquisa o senhor(a) fará uma avaliação antropométrica, nutricional e bioquímica além de uma entrevista semiestruturada para conhecer o que o alimento representa para o senhor(a). Na avaliação antropométrica, seu peso, estatura, circunferências (braço, cintura, quadril e panturrilha) e dobra cutânea do músculo do braço (tríceps) serão medidos com instrumentos que não causam dor ou constrangimento. Na avaliação nutricional, realizada por meio da aplicação de dois questionários (Recordatório 24horas e questionário de frequência alimentar) por mim, onde constam perguntas sobre os alimentos que você consome normalmente, será avaliada a sua dieta. E por fim, uma avaliação bioquímica, com coleta de 5ml de sangue por profissional qualificado, para avaliar a sua saúde. Este procedimento pode causar um pouco de desconforto uma vez que será realizada uma retirada de sangue da veia do seu braço ou mão dependendo da facilidade do acesso (punção venosa).

Qualquer alteração encontrada na coleta de dados ou exame bioquímico, o senhor(a) será encaminhado para avaliação médica na Unidade Básica "1º Centro de Saúde Deputado Gercino Coelho" - Avenida Barão do Rio Branco, nº 533, Bairro Centro, Guanambi-Ba. Em qualquer momento do estudo ou coleta de dados, o senhor(a) terá a possibilidade de não responder a qualquer perguntar que não desejar responder e não permitir a coleta de qualquer um dos dados a serem avaliados, não sendo causado nenhum dano a sua pessoa ou impossibilitando de usufruir das informações sobre alimentação que serão dadas.

Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício, mas acreditamos que possa colaborar muito com a melhora da sua saúde nutricional. É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

É garantida sua liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo.

As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles. Não há despesas

pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e avaliações. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo, a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenizações por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo,____/____/2015.

_____

Ana Paula Malheiros Knopp

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

Nome: (do participante) .....

Doc. Identificação:.....

Nome: (do representante legal).....

Assinatura do representante legal .....

Doc. Identificação:.....

Nível de representação: (genitor, tutor, curador, procurador) .....

Declaro(amos) que obtive(mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Pesquisador responsável:Ana Paula Malheiros Knopp

_____

Ana Paula Malheiros Knopp (responsável pelo estudo)

ANEXO G - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA

Plataforma Brasil

ontinuação do Parecer: 1.103.501

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem elaborado e cientificamente relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado.

Carta da coparticipante adequada.

Folha de rosto adequada.

Cronograma adequado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 11 de Junho de 2015

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Imbuias CEP: 02.450-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8687 E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REPRESENTAÇÃO SOCIAL E A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE ALIMENTAR NO IDOSO.

Pesquisador: ANA PAULA MALHEIROS KNOPP

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45775115.6.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.103.501

Data da Relatoria: 11/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo experimental, prospectivo com avaliação do tipo antes e depois. Consta também de uma parte qualitativa onde será abordado o fenômeno social da alimentação e suas complexidades no grupo de idosos institucionalizados.

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa tem como objetivo geral testar a efetividade da intervenção da Educação Nutricional na promoção da saúde no idoso.

Além disso, propõe-se descrever as representações sociais que os idosos constroem sobre a alimentação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios - Poderá contribuir para a adoção de práticas nutricionais de vigilância em saúde e ações educativas no contexto ambiental, social e biológico do idoso, buscando condições adequadas de saúde.

Riscos –Pode ocorrer um pouco de desconforto uma vez que será realizada uma retirada de sangue da veia do braço ou da mão dependendo da facilidade do acesso (punção venosa).