

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

SAMARA MARIA DE ALBUQUERQUE

**FATORES QUE AFETAM O CONSUMO ALIMENTAR E A
NUTRIÇÃO DO IDOSO: uma revisão integrativa**

Cuité/PB

2018

SAMARA MARIA DE ALBUQUERQUE

**FATORES QUE AFETAM O CONSUMO ALIMENTAR E A NUTRIÇÃO DO
IDOSO: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientadora: Profa. Msc. Ana Paula Mendonça Falcone

Cuité/PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

A345f Albuquerque, Samara Maria.

Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso: uma revisão integrativa. / Samara Maria Albuquerque. – Cuité: CES, 2018.

55 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Ana Paula de Mendonça Falcone.

1. Idosos - nutrição. 2. Envelhecimento. 3. Estado nutricional. 4. Ingestão alimentar. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-07(053.9):612.3

SAMARA MARIA DE ALBUQUERQUE

FATORES QUE AFETAM O CONSUMO ALIMENTAR E A NUTRIÇÃO DO IDOSO:
uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientadora: Profa. Msc. Ana Paula Mendonça Falcone

Aprovado em: ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Ana Paula de Mendonça Falcone

Universidade Federal de Campina Grande

Orientadora

Ana Cristina Silveira Martins

Universidade Federal de Campina Grande

Examinador

Michelly Pires Queiroz

Universidade Federal de Campina Grande

Examinador

Cuité/PB

2018

A Deus,
Aos meus pais, Roberto Gonzaga e Maria das Neves
A minha tia Maria da Guia (in memoriam),
Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por ter permitido que eu chegasse até aqui, por sempre estar presente em minha vida, me encorajando a seguir em frente e nunca desistir.

Aos meus pais, Maria das Neves e Roberto Gonzaga, pelo incentivo, apoio, por ser meu alicerce, exemplos de força, determinação e coragem, e que mesmo em frente a tantas dificuldades souberam me educar.

Agradeço de forma muito especial a minha tia Guia (in memoriam), minha segunda mãe, quem me incentivou a estudar, a fazer uma faculdade, me educou, me criou com muito carinho, não mediu esforços para que eu tivesse uma boa educação, sem ela eu não teria chegado aqui.

As minhas irmãs, por estarem comigo em todos os momentos que eu mais precisei, pelo companheirismo e amor.

A toda minha família que direta ou indiretamente me ajudaram.

A minha orientadora Ana Paula, por toda orientação, ensinamentos, paciência, dedicação e carinho.

As minhas amigas Márcia Maria Nobre, Juliana Barbosa, Edna Carla e Sylmara Clementino que conviveram comigo durante os quatro anos de curso, com quem compartilhei vários momentos, chorei, brinquei, estudei, foram fundamentais em minha vida. Contem comigo sempre!

Ao meu amigo Jaielison Yandro pela paciência e carinho, por ser tão prestativo quando eu sempre precisei.

Ao trio de amigas mais lindo que existe, Ricácia Sousa, Aryane Ribeiro e Mayara Laisse, pela amizade e companheirismo.

A Anne Kelly, Tatiane Lima, Lívia Almeida, Rita de Kássia, pelo apoio e amizade.

Aos meus grandes amigos que mesmo distante se fizeram presentes, Kelly Brito Guimarães e Ricardo Maia.

Agradeço a toda equipe de professores de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, pelo aprendizado, por compartilhar conhecimentos, por todo o apoio recebido durante o curso.

Muito Obrigada!!!!

“... acredite em você, na força da sua fé, nas vezes que você teve que remar contra a maré, cada não que alguém lhe disse talvez fez com que surgisse um desejo de provar que quando a gente tropeça se levanta e recomeça sem parar de caminhar...”

Braulio Bessa

RESUMO

ALBUQUERQUE, S. M. **FATORES QUE AFETAM O CONSUMO ALIMENTAR E A NUTRIÇÃO DO IDOSO: uma revisão integrativa**. 2018. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2018.

No Brasil são considerados idosos aqueles cuja idade é igual ou superior a 60 anos. Apesar de ser um processo natural o envelhecimento envolve diversas alterações que repercute nas condições de saúde e nutrição do idoso, como por exemplo: alterações na capacidade mastigatória, na deglutição e diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos. O presente trabalho teve como objetivo identificar os fatores que interferem no consumo alimentar e a nutrição do idoso. Foi utilizado como ferramenta metodológica, uma revisão de literatura, sendo incluídos artigos publicados entre os anos de 2008 a 2017, posteriormente foi contabilizado a quantidade de idosos nos artigos para cada fator de interesse – capacidade mastigatória e dentição, disfagia, diminuição da sensibilidade gustativa, fatores psicossociais e uso de medicamentos que alteram a sensibilidade gustativa e então foi calculado o percentual de alteração para aquele determinado fator, feito isso foi relacionado com as alterações no estado nutricional. A capacidade mastigatória reduzida esteve presente em 55,33% dos idosos, 56,31% dos idosos teve alteração na deglutição, a sensibilidade gustativa diminuída foi presente em 66,96% dos idosos, 58,75% dos idosos entrevistados não considerava a solidão como empecilho se alimentar e em decorrência do uso de medicamentos 55,9%, apresentaram alteração no paladar. Dessa forma, conclui-se que fatores decorrentes do processo de envelhecimento interferem na ingestão alimentar e conseqüentemente no estado nutricional do idoso. É importante que o profissional nutricionista conheça os fatores relacionados à diminuição da ingestão alimentar que podem ocasionar mudanças no seu estado nutricional a fim de identificar os riscos nutricionais dessa população, assim como um atendimento individualizado com um planejamento alimentar adequado para atender suas necessidades diárias e suas limitações.

Palavras chave: Estado Nutricional. Envelhecimento. Ingestão Alimentar.

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, S. M. **FACTORS AFFECTING FOOD CONSUMPTION AND NUTRITION OF THE ELDERLY: an integrative review**. 2018. 55f. Work Completion of course (Undergraduate Nutrition) – Federal University of Campina Grande, Cuité, 2018.

In Brazil, the elderly are those whose age is equal to or greater than 60 years. Despite being a natural process, aging involves several changes that affect the health and nutrition of the elderly, such as changes in masticatory capacity, swallowing and decreased acuity of the sense organs. The present study aimed to identify the factors that interfere in the food consumption and the nutrition of the elderly. A literature review was used as a methodological tool, and articles published between the years 2008 to 2017 were included, later the amount of elderly in articles was counted for each factor of interest - masticatory capacity and dentition, dysphagia, reduction of gustatory sensitivity, psychosocial factors and use of drugs that alter gustatory sensitivity and then the percentage of change for that determined factor was calculated, as this was related to the changes in nutritional status. The reduced masticatory capacity was present in 55.33% of the elderly, 56.31% of the elderly had swallowing alteration, decreased gustatory sensitivity was present in 66.96% of the elderly, 58.75% of the elderly interviewed did not consider solitude as an impediment to food and due to the use of drugs 55.9%, presented alteration in the palate. Thus, we conclude that factors resulting from the aging process interfere with food intake and, consequently, the nutritional status of the elderly. It is important that the nutritional professional knows the factors related to the decrease of the food intake that can cause changes in their nutritional status in order to identify the nutritional risks of this population, as well as an individualized care with adequate food planning to meet their daily needs and their limitations.

Key words: Nutritional status. Aging. Food Intake.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Capacidade mastigatória reduzida.....	34
Figura 2 – Prevalência de alteração na deglutição.....	36
Figura 3- Diminuição da sensibilidade gustativa.....	38
Figura 4- Alteração na alimentação em decorrência dos fatores psicossociais.....	39
Figura 5 – Alteração na palatabilidade em decorrência do uso de fármacos.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sobre a população de idosos segundo dados do IBGE 2015..... 19

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis de disfagia	25
Quadro 2 – Ponto de corte do IMC para idosos.....	29
Quadro 3 – Micronutrientes e suas funções.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
TGI	Trato Gastrointestinal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBEJTIVO GERAL.....	18
2.2 OBEJTIVOS ESPECIFICOS.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL.....	19
3.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	19
3.3 FATORES QUE INTERFEREM NA INGESTÃO ALIMENTAR DO IDOSO..	20
3.3.1 Fatores Fisiológicos	21
3.3.1.1 <i>Alterações na capacidade mastigatória</i>	21
3.3.1.2 <i>Disfagia</i>	23
3.3.1.3 <i>Diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos</i>	26
3.3.2 Fatores Psicossociais	27
3.3.3 Uso de medicamentos e interferência na sensibilidade gustativa	27
3.4 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO IDOSO.....	28
3.5 IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA GERIATRIA.....	30
3.6 DESNUTRIÇÃO	31
4 METODOLOGIA	32
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	32
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	32
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	32
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34

5.1 FATORES QUE INTERFEREM NA INGESTÃO ALIMENTAR DE IDOSOS.....	34
5.1.1 Fatores Fisiológicos	34
5.1.1.1 Alterações na capacidade mastigatória	34
5.1.1.2 Disfagia	36
5.1.1.3 Diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos	37
5.1.2 Fatores Psicossociais	39
5.1.3 Uso de medicamentos e interferência na sensibilidade gustativa	40
5.2 PERFIL NUTRICIONAL DOS IDOSOS ESTUDADOS.....	40
5.3 CONSEQUÊNCIAS DA INGESTÃO INADEQUADA NA SAÚDE DO IDOSO.....	42
6 CONCLUSÕES.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
APÊNDICE.....	54

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem passado nos últimos anos por uma transição demográfica e epidemiológica que resulta em um aumento da expectativa de vida e no crescimento populacional (MIRANDA et al., 2016).

O aumento na expectativa de vida é o número médio de anos que uma população vive, isso foi possível graças ao avanço da medicina com surgimento de antibióticos e vacinas e também as melhores condições de saneamento básico, diminuindo a incidência de doenças (RAMOS et al., 1987; NASRI, 2008).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2011 o número de idosos englobava cerca de 23,5 milhões de brasileiros. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2025 essa população chegue a 32 milhões, colocando o Brasil em 6º lugar no total de idosos no mundo.

No Brasil, idosos são aqueles cuja idade é igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça ou ideologia (Estatuto do Idoso, 2003; CAMARANO, 2010). Apesar de ser um processo natural o envelhecimento envolve diversas alterações que repercute nas condições de saúde e nutrição do idoso (CORREIA, 2008). É caracterizado pelo declínio das funções biológicas dos órgãos, redução do fluxo renal, do débito cardíaco, da massa corpórea, das modificações bioquímicas e alterações no metabolismo basal, ou seja, na energia mínima necessária para manter as funções vitais do organismo (SANTOS, BIANCHI, 2014).

Outras alterações destacam-se, perda da massa muscular, envelhecimento buco dentário, perda ou diminuição da acuidade sensorial, alterações no aparelho digestivo, entre outros. Podem estar relacionadas à menor ingestão alimentar no envelhecimento e acarretar danos ao estado nutricional (JEE et al., 2006; SPEROTTO et al., 2010). Para Guedes et al. (2008) e Panissa et al. (2012) “o estado nutricional adequado é de extrema importância para a qualidade de vida do idoso. Para tanto, torna-se necessário a aplicação de métodos para avaliação do estado nutricional, podendo levar ao diagnóstico precoce, identificando possíveis riscos nutricionais”.

Portanto, é de fundamental importância conhecer os fatores que interferem no consumo alimentar de idosos evitando assim, possíveis agravos ou complicações mais severas para saúde. Por isso é importante que o nutricionista conheça as particularidades do processo de envelhecimento do idoso, pois ajuda no desenvolvimento do plano alimentar individualizado.

Frente a isso, viu-se a necessidade de buscar estudos que procurassem fazer um diagnóstico dos fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso, como forma de orientar profissionais da saúde, melhorando o atendimento a este público e conseqüentemente seu estado de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar quais os fatores que interferem no consumo alimentar e a nutrição dos idosos.

2.2 ESPECÍFICOS

- Determinar os principais fatores que interferem a ingestão alimentar do idoso;
- Encontrar a prevalência dos principais fatores que interferem na ingestão alimentar dos estudos avaliados;
- Identificar as consequências na presença de ingestão inadequada na saúde do idoso;
- Descrever o perfil nutricional dos estudos avaliados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Segundo o IBGE (2009), o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico caracterizado pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações na composição da estrutura etária, com um significativo aumento no número de idosos. Essas modificações estão relacionadas com mudanças no perfil epidemiológico da população, com alterações nos indicadores de morbimortalidade.

A tabela 1 mostra os dados divulgados pelo IBGE (2015) sobre a população idosa no Brasil no decorrer dos últimos vinte anos. É possível perceber o aumento de 12,8 milhões de idosos entre os anos de 199 e 2011.

Tabela 1: Dados sobre a população de idosos segundo dados do IBGE (2015).

ANO	POPULAÇÃO DE IDOSOS
1991	10,7 milhões
2001	15,5 milhões
2011	23,5 milhões

Fonte: IBGE (2015)

Ainda segundo pesquisas realizadas pelo IBGE, entre os anos de 1940 e 2015 houve um aumento de 30 anos na expectativa de vida dos brasileiros, de 45,5 para 75,5 anos para ambos os sexos. Esse aumento se deve a redução nas taxas de mortalidade (PORTAL BRASIL, 2016).

Em 1940 o Brasil contava com altas taxas de natalidade e de mortalidade, principalmente nos primeiros anos de vida, porém com o início de políticas de saúde pública houve uma redução de enfermidades e o Brasil começou a passar por um processo de transição demográfica, ou seja, aumento do crescimento populacional, decorrentes principalmente na redução das taxas de mortalidade (IBGE, 2015).

3.2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento para Brito, Litvoc (2004) e Fachine, Trompieri (2012) caracteriza-se como “um fenômeno que atinge todos os seres humanos, independentemente. Sendo um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais”.

É um processo natural que ocorre com o ser humano, caracterizado por mudanças estruturais e funcionais, denominadas de senescência. Perda de grupos musculares, diminuição da capacidade funcional, lentidão psicomotora e declínio da memória são alterações que ocorrem nessa fase (ACOSTA et al., 2012).

O envelhecimento pode ser dividido em três fases com características específicas, o envelhecimento primário é o processo natural que acontece no organismo, sem que haja influências externas como alimentação e exercícios, o envelhecimento secundário está ligado ao patológico onde pode ocorrer influências externas, já o envelhecimento terciário é quando acontece perdas físicas e cognitivas decorrentes do processo natural ou associado a doenças (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

A velhice apresenta manifestações físicas, patológicas, sociais e debilitantes como, diminuição da capacidade funcional, trabalho e resistência, solidão e perda dos papéis sociais, além de problemas psicológicos, motores e afetivos (FECHINE; TROMPIERI, 2012). Durante o envelhecimento ocorre também alterações físicas como, redução da estatura, redução de gordura nos membros e maior depósito no abdômen (PEREIRA, 2015)

As alterações fisiológicas estão relacionadas à diminuição da sensibilidade dos gostos primários, a perda parcial ou total dos dentes, desaceleração do metabolismo, isso se explica ao fato de que as necessidades calóricas são menores, e presença de doenças crônicas. Ocorrem também alterações gastrointestinais ocasionadas pela modificação da estrutura do estômago e suas funções, diminuição da secreção salivar, hipocloridria e acloridria, redução da motilidade gástrica, diminuição na produção dos ácidos, enzimas digestivas, hepáticas, renais, constipação intestinal e incontinência fecal (TRAMONTINO, 2009).

3.3 FATORES QUE INTERFEREM NA INGESTÃO ALIMENTAR DO IDOSO

Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso. Além dos condicionantes específicos do próprio envelhecimento, existem outros fatores que podem interferir no estado nutricional dessa população, tais como: situação social (pobreza, isolamento social), alterações psicológicas (demência, depressão), condição de saúde (doenças crônicas, disfagia, polifarmácia, alterações na mastigação, perda da capacidade funcional e autonomia), entre outros. (BOSTROM et al., 2011; SILVA et al., 2014). Tornando o idoso do ponto de vista nutricional vulnerável, pois os fatores acima descritos podem estar associados ao menor consumo alimentar.

Catão et al. (2011), destaca que é possível perceber e identificar as principais alterações que acompanham o processo de envelhecimento, bem como o entendimento das consequências que essas mudanças acarretam na nutrição do paciente idoso.

Alguns fatores influenciam na qualidade de vida de idosos, e entre eles estão os que afetam a ingestão alimentar, sendo considerados como facilitadores para ocorrência de má nutrição no idoso (BASTOS, 2015; SILVA et al., 2017).

3.3.1 Fatores fisiológicos

O Trato Gastrointestinal é um tubo longo e oco, é dividido em três partes, parte superior que compreende a boca, esôfago e estômago são responsáveis pela fase inicial de ingestão e digestão, porção média composta por duodeno, jejuno e íleo, realizam a maior parte dos processos de ingestão e digestão, e o segmento inferior, compreende ceco, cólon e reto que funcionam como canal de armazenamento e excreção (PORTH, 2011).

As funções do sistema gastrointestinal são digerir o alimento e absorver os nutrientes na corrente sanguínea, tais funções são executadas através de processos de motilidade, secreção, digestão e absorção (PORTH, 2011).

O sistema digestivo com a senescência fica fortemente comprometido, com alterações que diminuem os processos mecânicos e químicos da ingestão, digestão e absorção ocasionando problemas absorptivos, saciedade precoce, hipocloridria, deficiência na absorção de macro e micronutrientes e constipação intestinal (ABREU et al., 2014; SILVA et al., 2017). Alterações no funcionamento do aparelho digestivo, diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos, alterações na capacidade mastigatória, no fluxo salivar e na integridade da mucosa da boca, também são fatores que podem influenciar a alimentação do idoso.

Para Borrego et al. (2014), os fatores fisiológicos podem limitar a ingestão alimentar, ocasionando a deficiência de vitaminas e minerais e de forma crônica podendo causar até desnutrição.

A falta de conhecimento dos impactos causados pela ingestão alimentar decorrentes das alterações fisiológicas podem contribuir para uma má nutrição e conseqüentemente para o surgimento de patologias, menor qualidade de vida e evoluir para desnutrição (MOTTA et al., 2013).

3.3.1.1 Alterações na capacidade mastigatória

A boca é a via de entrada de alimentos no trato gastrointestinal. Nela contêm os dentes que são responsáveis pela mastigação e trituração do alimento e a língua que direciona o bolo

alimentar até as estruturas da faringe e esôfago. Na boca a saliva é produzida pelas glândulas salivares e tem como papel importante umedecer e lubrificar o alimento para facilitar a deglutição, ainda contêm enzimas que são responsáveis pela digestão do amido- amilase salivar (PORTH, 2011). A saúde bucal é essencial para uma boa saúde e bem estar das pessoas, pois melhora a autoestima, a qualidade de vida e a nutrição (COSTA et al., 2010).

Como todas as estruturas do corpo, com o passar dos anos a cavidade oral também envelhece causando uma série de modificações funcionais que interferem no processo de mastigação e consequente deglutição (CARVALHO; NETTO, 2006; CARDOSO; BUJES, 2010). Por volta dos 50 – 60 anos de idade se inicia o declínio das unidades motoras funcionais, atrofia muscular, atrofia dos tecidos da cavidade oral, perda de elasticidade desde a mucosa, aos tecidos subjacentes e de sustentação.

Com o envelhecimento ocorre a atrofia dos músculos mastigatórios, o que leva à diminuição de força da mordida em 50% do seu potencial, ao se comparar com os indivíduos jovens (QUINTALE et al., 2002 apud CATÃO et al., 2011).

Segundo Tanure et al. (2005; CARDOSO; BUJES, 2010), na senescência ocorre perda do tônus muscular, diminuição da capacidade funcional, lentidão psicomotora e declínio da memória recente, acometendo órgãos fonoarticulares, causando problemas na fala, na mastigação e deglutição .

Cardoso e Bujes (2010), citam que os problemas dentários são os que mais acometem o sistema estomatognático. E para que se tenha uma boa mastigação é necessário à presença de dentes e do número de contatos oclusais que possam acontecer, dessa forma, a perda de dentes incide em um dano nesse processo.

O edentulismo é a perda total ou parcial de dentes permanentes tem como causa eventos que acontecem ao longo da vida como extrações dentárias subsequentes, agravos bucais como cáries e problemas periodontais (OLIVEIRA, 2013). Essa perda de dentes tem grande impacto na população idosa, interferindo na qualidade de vida e autoestima, bem como, na capacidade mastigatória.

A capacidade mastigatória do idoso está correlacionada com doenças periodontais, aparecimento de cáries, próteses totais ou parciais mal adaptadas e ausência de dentes, interferindo na primeira etapa do processo digestivo, tanto no aspecto enzimático quanto no mecânico (CATÃO et al., 2011).

As doenças bucais tem maiores prevalências em pessoas com menores condições de renda e também com o avançar da idade (MANHÃES, COSTA, 2008; COSTA et al., 2010). Para uma boa ingestão alimentar é necessário à presença de dentes naturais sadios ou o uso de

próteses dentárias bem colocadas e adaptadas contribuindo para uma melhor qualidade de vida e saúde em geral (SILVA; VALSECKI, 2000; COSTA et al., 2010).

Edentulismo, cáries e doenças periodontais são os problemas mais frequentes encontrados por dentistas nos idosos nas consultas odontológicas. Mesmo sabendo que o processo natural do envelhecimento ocasiona perdas de dentes, a falta de prevenção e cuidados com a higiene bucal na vida adulta pode agravar esses problemas (COLUSSI; FREITAS, 2002; OLIVEIRA, 2013).

Estudos relacionados à saúde bucal de idosos brasileiros tem evidenciado uma grande quantidade de indivíduos desdentados totais, tal fato esta relacionado à ausência de programas preventivos de saúde bucal para essa população (SILVA et al., 2004; CATÃO 2011).

A saúde bucal pode ser afetada devido à falta de cuidados com a higiene favorecendo o desenvolvimento de caries e em longo prazo a perda de dentes, sendo necessário o uso de próteses que devem estar bem adaptadas, podendo diminuir a eficiência da mastigação, restringindo o consumo de frutas, carnes e verduras e conseqüentemente uma ingestão inadequada de nutrientes (BORREGO et al., 2014).

3.3.1.2 Disfagia

A deglutição é o ato de conduzir o alimento da cavidade oral até o estômago de maneira que não entre nas vias respiratórias. Para que ocorra de forma eficaz é necessário que as estruturas da boca, faringe e esôfago estejam integras, trabalhem em conjunto e em curta duração. Esse processo pode ser dividido em fases: oral, preparatória, faríngea e esofágica (MARCHESAN, 1999 apud MARCOLINO et al., 2009).

O processo de deglutição se inicia na fase preparatória, ou seja, na mastigação, em que o alimento é inserido na cavidade oral e com ajuda da língua e bochecha é movimentado enquanto os dentes o trituram (ACOSTA et al., 2012).

Em seguida tem-se a fase oral em que o bolo alimentar é conduzido para porção posterior da cavidade bucal com auxílio voluntário da língua, na fase faríngea ocorre a elevação do palato mole para que ocorra o fechamento da nasofaringe, por contrações peristálticas o bolo alimentar é conduzido pela faringe, ao mesmo tempo em que a laringe se fecha para proteção das vias respiratórias. Para finalizar o processo de deglutição a fase esofágica em que o bolo alimentar é conduzido para o estômago (ACOSTA et al., 2012).

As modificações anatômicas e funcionais inerentes do processo de envelhecimento podem afetar o sistema estomatognático, alterando tanto sua estrutura como suas funções, respiração, mastigação, deglutição entre outros, sendo as alterações de deglutição mais

frequentes e significativas (LIMA et al., 2009; CARDOSO et al., 2014). Esse sistema compreende estruturas da face, cabeça e pescoço.

Uma das modificações é a presbifagia, que ocorre devido à degeneração fisiológica do mecanismo de deglutição em decorrência do envelhecimento sadio das fibras nervosas musculares. É considerado um processo natural em que o próprio organismo faz os ajustes gradativos necessários para a funcionalidade da deglutição (ACOSTA et al., 2012).

Devido ao envelhecimento, no mecanismo de deglutição, a população idosa apresenta uma maior chance de desenvolver disfagia, que pode ser provocada por redução da sensibilidade orofacial, diminuição dos movimentos orais, perdas dentárias e uso de próteses (TANURE et al., 2005; ACOSTA et al., 2012). As mudanças fisiológicas resultantes do envelhecimento na deglutição são de grande risco para o desenvolvimento de disfagia (YOSHIDA et al., 2015).

O termo disfagia é utilizado quando existe uma dificuldade em deglutir os alimentos (do grego dys = dificuldade e phagien= comer). Esse processo envolve desde a introdução do alimento na boca até sua chegada no estômago, resultando em uma ingestão e absorção de alimentos de forma inadequada podendo ocasionar uma desnutrição e deficiências nutricionais (OLIVEIRA et al., 2008).

A disfagia pode ser resultante de distúrbios que provocam estenose no esôfago, ausência de secreção salivar, fraqueza das estruturas musculares que impulsionam o bolo alimentar. (PORTH, 2011). Ainda segundo Ney et al. (2009; MOURÃO et al., 2016), a deglutição pode ser modificada por perda de dentes, utilização de próteses dentárias, que podem estar mal adaptadas, aumento do tecido conjuntivo e adiposo da língua e alterações no sistema sensorial que ocasionam diminuição do paladar. Tais modificações resultam em diminuição da força mastigatória e preparação do bolo alimentar.

Portanto, pode ocorrer devido a uma causa funcional ou estrutural e pode ser acompanhada ou não de dor (MARCOLINO et al., 2009). Quando a deglutição é dolorosa denomina-se odinofagia (PORTH, 2011).

Para Figueiredo et al., (2016) as estases, penetrações e aspirações laríngicas são sinais que podem identificar a disfagia. Podem ser relatados pelos idosos como: sensação de alimento parado, necessidade de líquidos para deglutir o alimento, tosse, engasgo ou pigarro antes ou após as refeições. Ainda segundo Porth (2011), as queixas mais frequentes são sufocamento, tosse ou sensação de alimento entalado na garganta, durante a deglutição.

O quadro 1 mostra os níveis de disfagia e os sintomas relacionados.

Níveis de disfagia
<p>Nível 7: Deglutição Normal</p>
<p>Nível 6: Deglutição funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retardo oral ou faríngeo leve; - Sem Engasgos ou aspiração; - Leve retenção de alimentos na faringe
<p>Nível 5: Disfagia Leve</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspiração com líquidos ralos; - Penetração do alimento no nível das pregas vocais; - Retenção do alimento na faringe; - Redução da mastigação; - Retenção do bolo alimentar na cavidade oral;
<p>Nível 4: Disfagia Leve Moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retenção de alimento em faringe; - Retenção de alimento na boca; - Aspiração de uma consistência de alimento;
<p>Nível 3: Disfagia Moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retenção alimentar moderada em faringe; - Retenção alimentar moderada na cavidade oral; - Penetração do alimento no nível das pregas vocais, sem tosse; - Aspiração de duas consistências;
<p>Nível 2: Disfagia Moderada Grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retenção alimentar severa em faringe; - Perda ou retenção do bolo alimentar; - Aspiração de duas ou mais consistências alimentares;
<p>Nível 1: Disfagia Grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retenção severa em faringe; - Perda ou retenção severa do bolo alimentar na boca; - Aspiração silenciosa de duas ou mais consistências; - Incapacidade de deglutir;

Quadro 1: Níveis de disfagia. Fonte: Oliveira et al. (2008).

A disfagia apresenta níveis de severidade e a partir do entendimento desses níveis é possível utilizar uma dieta mais adequada, com alimentação de forma individualizada atendendo as necessidades do paciente prevenindo possíveis complicações (MORENO et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2008).

O diagnóstico é realizado através de exames como endoscopia, esofagoscopia com bário e videoradiografia sendo possível identificar o local e a extensão do distúrbio. O tratamento depende da causa e do tipo de função alterada e deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar (PORTH, 2011).

3.3.1.3 Diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos

O encéfalo é responsável por receber as informações endógenas e exógenas através dos sentidos. Os estímulos são recebidos pelos receptores sensoriais especializados e convertidos em ações que se propagam através dos nervos até o Sistema Nervoso Central (SNC). Em seguida as vias nervosas transportam as ações até o córtex cerebral e outras áreas do SNC, são traduzidos e dessa forma ocorre os estímulos (SEELEY et al., 2003; LAMAS ; PAUL; 2013). Com o passar dos anos o número de neurônios sensoriais diminui, e conseqüentemente ocorre diminuição na capacidade sensorial.

A diminuição do apetite nessa fase da vida pode estar relacionada à perda da acuidade visual, audição e olfato, resultando em uma menor sensação de prazer ao se alimentar e uma menor ingestão de nutrientes (PIERONI et al., 2017).

Em decorrência das alterações funcionais, o organismo do idoso tende a apresentar mudanças no funcionamento o que acarreta transtornos, a nível de visão - diminuição da acuidade visual, redução do campo visual periférico, diminuição para adaptação claro/escuro, diminuição da noção de profundidade e identificação das cores. Na audição – diminuição na percepção de sons e fala. No tato – alterações na sensibilidade na palma das mãos e na sola dos pés. No paladar – diminuição da sensação gustativa com conseqüente diminuição do interesse pelas comidas. E no olfato – diminuição na percepção de odores (VITOLLO, 2014).

A hipogeusia é a diminuição da sensação relacionada ao paladar, sendo bastante comum em idosos. Ocasionalmente uma maior necessidade de aumentar as concentrações de açúcar e sal nas comidas, para que os sabores possam ser perceptíveis (PIERONI et al., 2017).

Com o decorrer do envelhecimento as alterações de sabor são fisiologicamente normais, pois com a idade ocorre a redução dos receptores específicos para as percepções gustativas (PASSOS et al., 2016).

Os indivíduos jovens apresentam em média 250 corpúsculos para cada papila gustativa, com o passar dos anos esse valor cai para 100, justificando dessa forma a redução da sensibilidade por gostos primários na velhice (PAULA et al., 2008 ; PASSOS et al., 2016).

A deficiência no paladar pode ser causada por vários fatores ou pelo processo de degeneração do envelhecimento, com redução das papilas gustativas na língua e de terminações nervosas. Tal fato, torna o idoso susceptível ao prazer em se alimentar desencadeando riscos para saúde prejudicando processos metabólicos, secreções salivares, ácido gástrico e pancreático, pois são estimulados pelo paladar e olfato (BORREGO et al., 2014).

3.3.2 Fatores psicossociais

No processo de envelhecimento, questões como saída dos filhos de casa, chegada da aposentadoria e perda do conjugue podem contribuir para a redução da sociabilidade na velhice (CARVALHO, 2010; OLIVEIRA, 2016).

Para Donini et al. (2003; KIMPEL, 2011), sentimentos de isolamento, perdas por morte, principalmente do parceiro, diminuição do convívio social e mudanças no estilo de vida são fatores que podem desencadear uma depressão e conseqüentemente para uma modificação na ingestão alimentar.

A alimentação não é apenas o ato de comer, envolve diversos fatores vinculados a questões familiares, sociais, econômicas e psicológicas (DONINI et al., 2003; KIMPEL, 2011), É mais do que suprir as necessidades fisiológicas, significa também compartilhamento, comensalidade e convivência (OLIVEIRA, 2016).

A falta de companhia nas refeições contribui para que a pessoa idosa tenha menos preocupação com a alimentação, interferindo de forma negativa tanto na quantidade como na qualidade do alimento consumido (OLIVEIRA, 2016). Dessa forma, o autor ressalta a importância da presença da família, amigos ou do cuidador, para que a alimentação se torne mais prazerosa e favoreça o apetite.

3.3.3 Uso de medicamentos e interferência na sensibilidade gustativa

Para Lopes et al. (2015), os idosos estão mais predispostos a um consumo aumentado de medicamentos devido as mudanças fisiológicas do envelhecimento. Flores (2005) e Oliveira et al. (2016), ressaltam que o consumo elevado de medicamentos por essa população pode estar relacionado a alguns fatores como, baixa procura por tratamentos não farmacológicos para doenças crônicas ou outros problemas de saúde.

A polifarmácia é caracterizada pelo consumo de cinco ou mais medicamentos concomitantes (DUARTE et al., 2012). É resultante do aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), sendo comum em idosos (OLIVEIRA et al., 2016).

Um dos efeitos colaterais mais frequentes em idosos que fazem uso de vários medicamentos são as alterações gustativas, pois muitas vezes não tem conhecimento e não são orientados sobre as interações existentes (LOPES et al., 2015).

O paladar e o olfato de idosos podem ser modificados pela utilização de alguns fármacos, a deficiência desses sentidos ocasiona uma mudança na vida dessa população e pode acarretar um declínio funcional (ALIBHAI et al., 2005; LOPES et al., 2015).

Muitos medicamentos afetam o sabor, o cheiro ou salivação, o que leva a pacientes a ter mudanças nos hábitos alimentares e nos padrões de comidas. Os idosos são os mais afetados devido ao uso excessivo de medicamentos e fragilidade (DOUGLLAS, HECKMAN, 2010).

Rosa et al. (2016; SILVA et al., 2017), afirmam que a polimedicação pode ser responsável por carências nutricionais em idosos. O tratamento medicamentoso pode contribuir para um estado nutricional inadequado, com o aparecimento de anorexia, problemas gastrointestinais, alterações nas funções corporais além de interações fármaco-nutriente (ALMEIDA et al., 2014).

Para compensar as alterações do paladar, em decorrência do uso de fármacos, os idosos tendem a acrescentar mais sal e açúcar nos alimentos, o que pode vir levar ao aparecimento de DCNT como diabetes e hipertensão (DOUGLASS, HECKMAN, 2010).

O uso de medicamentos também pode comprometer o estado nutricional do idoso, por interferir na ingestão de alimentos, digestão, absorção e utilização de diversos nutrientes, comprometendo a saúde e as necessidades nutricionais dos mesmos (ACUÑA; CRUZ, 2004; CORREIA, 2008).

3.4 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO IDOSO

Avaliação nutricional é um instrumento diagnóstico, que analisa sob diversos ângulos as condições nutricionais do organismo, determinadas pelos processos de ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes (MUSSOI, 2014). Tem por objetivo identificar distúrbios e riscos nutricionais, além de mensurar a gravidade desses distúrbios, para então, traçar condutas nutricionais que possibilitem a recuperação ou manutenção adequada do estado de saúde do paciente. Portanto, a avaliação nutricional é realizada com a finalidade de manter o estado nutricional adequado e diagnosticar precocemente a desnutrição.

Dessa forma, a avaliação nutricional determina o estado nutricional do indivíduo, que resulta no equilíbrio entre o consumo e a utilização de nutrientes pelo corpo. Em casos de desequilíbrios decorrentes da ingestão insuficiente de nutrientes poderá acarretar carências nutricionais como desnutrição proteica calórica, anemias, hipovitaminoses entre outros. Em consumo exagerado de nutrientes os indivíduos podem desenvolver patologias como diabetes, hipertensão, obesidade, etc.

Alguns métodos são utilizados para avaliação nutricional como, medidas antropométricas (peso, altura, etc), exames laboratoriais, exame clínico nutricional, semiologia nutricional e avaliação subjetiva global. Ainda segundo Mussoi (2014), a avaliação nutricional é uma ação desenvolvida pelo nutricionista que pode ser realizada em unidades de saúde, domicílios, ambulatório ou hospitais.

Segundo RABITO et al. (2006) E MELO et al. (2014):

Dentre os métodos de avaliação nutricional, destacam-se as medidas antropométricas, em que o peso corporal e a altura são as mais utilizadas. Ambas as medidas são imprescindíveis para estabelecimento do diagnóstico nutricional e das prescrições dietética e farmacológica.

No quadro 2 se encontram os pontos de corte de IMC para idosos.

Variáveis	Classificação
< 22 kg/m ²	Baixo Peso
22kg/m ² e 27kg/m ²	Adequado ou Eutrófico
> 27kg/m ²	Sobrepeso

Quadro 2: Pontos de Corte do IMC para idosos. Fonte: (Ministério da Saúde, 2011).

Para avaliação do estado nutricional do paciente idoso, pode ser utilizado a antropometria, que “é um método não invasivo, de baixo custo, facilmente aplicável, com o propósito de avaliar o tamanho, as proporções e a composição corporal” (FARINEA et al., 2010; FIDELIX et al., 2013). Porém, devem-se considerar algumas limitações nessa faixa etária para realização de algumas medidas (peso e estatura).

Nesse sentido “para aferir a estatura em idosos, utiliza-se a altura do joelho, devido a problemas osteoarticulares que modificam sua postura quando em posição ereta” (CUPPARI et al., 2005 apud FIDELIX et al., 2013). Os parâmetros antropométricos da circunferência do

braço e dobra cutânea tricipital podem sofrer algumas modificações em decorrência de alterações no tecido gorduroso do braço.

Como afirma Souza et al. (2013):

O estado nutricional dos idosos está relacionado com as condições de saúde em geral, sendo que o diagnóstico nutricional é importante nesta faixa etária, para que se possam verificar as condições de risco nutricional em que se encontram os idosos, além de acompanhar a intervenção dietoterápica.

3.5 IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA GERIATRIA

Na velhice a alimentação é de extrema importância, porque embora o envelhecimento seja considerado um processo fisiológico normal, este associa-se geralmente à presença de doenças e requer alterações nos hábitos alimentares (OLIVEIRA et al., 2016).

Sendo assim, a nutrição tem um papel importante no processo de envelhecimento. Estudos investigam as práticas dietéticas no retardo as mudanças e doenças que aparecem neste processo, proporcionando uma melhor qualidade e expectativa de vida (AGOSTINI, 2000; KUMPEL et al., 2011). A alimentação saudável é capaz de promover saúde, diminuir as taxas de desnutrição e possibilitar uma longevidade saudável, garantindo uma melhor qualidade de vida para o idoso (CUPARRI et al., 2012; SILVA et al., 2017).

Neste sentido, alguns micronutrientes são importantes no envelhecimento a fim de diminuir os riscos de deficiências. São eles: Vitamina A, vitamina C, vitamina D, vitamina B12, cálcio, ferro e zinco (RIBEIRO, 2009).

O quadro 5 mostra os principais micronutrientes e suas funções.

Vitamina A – Importante para visão, diferenciação celular, função imunológica e expressão genética. É obtida através do consumo de alimentos ricos em carotenoides.

Vitamina C – Tem papel antioxidante, sua deficiência esta associada a doenças crônicas como: aterosclerose, câncer, doenças hepáticas, declínio cognitivo. É obtida através do consumo de frutas como laranja, acerola e maracujá.

Vitamina D – Sua deficiência esta relacionada a alterações ósseas como osteoporose e da função imune. Tem papel na absorção de cálcio. É encontrada em peixes, ovos e leites.

Ferro- Sua deficiência esta relacionado a anemias. Sua absorção é facilita se ingerido com a vitamina C. É encontrado em feijão e fígado.

Zinco – Está envolvido em funções metabólicas. Sua deficiência esta relacionada à diminuição da sensibilidade gustativa e olfativa.

Quadro 3- Micronutrientes e suas funções. Fonte: Ribeiro (2009).

3.6 DESNUTRIÇÃO

É definida como uma deficiência ou desequilíbrio de energia, proteína e outros nutrientes, provocando efeitos adversos na forma, função e fisiologia do corpo (LIMA, 2014). Complementando isso, é caracterizada por uma ingestão de alimentos insuficiente não sendo capaz de suprir as necessidades energéticas do organismo, interferindo no desequilíbrio de nutrientes. Ainda pode ser causada por patologias que interferem na absorção dos nutrientes (DUTRA et al., 2014). Segundo Fidelix, (2013), a ingestão insuficiente de nutrientes, é resultando da interação entre a alimentação, condições socioeconômicas, estado de saúde e condições sociais.

Rezende et al.(2010), destaca que os distúrbios nutricionais são os problemas clínicos que mais afetam os idosos, considerando que a desnutrição proteico calórica é causada por vários fatores, que ocasionam a deficiência de um ou mais nutrientes essenciais. A desnutrição proteico calórica aumenta a susceptibilidade a infecções, eleva o risco para comorbidades diminuindo a qualidade de vida. Segundo Borrego et al. (2014), a carência de micronutrientes importantes no envelhecimento prejudica a resposta imunológica, tornando os indivíduos mais susceptível a infecções e inflamações.

A desnutrição em virtude da baixa ingestão de nutrientes, proveniente de alguma patologia ou decorrente do envelhecimento, causa diminuição na massa corporal e contribui para prejuízo nas funções físicas e mental, como também para evolução clínica da doença (CEDERHOLM et al., 2015).

Alguns fatores também podem estar relacionados ao desenvolvimento de desnutrição no idoso como, menor acesso ao alimento devido a causas físicas, sequelas de acidente vascular, uso de medicações que causam inapetência, depressão e desordens na mastigação causadas por próteses mal adaptadas (FERREIRA; MARRUCI, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo utiliza a pesquisa bibliográfica como ferramenta metodológica.

Inicialmente foi realizada uma revisão literária integrativa, de caráter descritivo e análise qualitativa, com o intuito de selecionar estudos relacionados ao tema. Posteriormente, foi feita uma análise quantitativa a fim de contabilizar a quantidade de pacientes estudados nos artigos.

A Pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema (MARTINS, 2001; GONÇALVES, 2010). Segundo Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

A pesquisa qualitativa está relacionada a compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Tem por objetivo descrever, compreender, explicar um determinado fenômeno (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando técnicas estatísticas e objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análises e interpretação (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

A revisão integrativa consiste na síntese de todas as pesquisas relacionadas a um tema específico (SOUZA et al., 2010). Tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada (MENDES, 2008).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Os dados foram coletados em artigos científicos nas seguintes bases de dados: Periódico Capes, PubMed, Scielo, Sciencedirect, Bireme e Google Acadêmico. Também foram selecionados livros de acervos particulares.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Durante a realização da pesquisa, foram selecionados critérios de inclusão e exclusão para seleção e análise dos estudos, visando a melhor organização da pesquisa.

Dentre os critérios de inclusão estão: estudos publicados preferencialmente entre os períodos de 2008 a 2017, encontrados a partir dos descritores cruzados na língua portuguesa e inglesa, compilados aos descritores, artigos originais e de revisão, online, além de dissertações e teses, contendo a temática estudada.

Os critérios de exclusão foram os artigos que não apresentavam algum dos descritores, além de trabalhos realizados fora do período estabelecido.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A busca e coleta de dados foram realizadas entre os períodos de novembro de 2017 a janeiro de 2018 e a análise e discussão dos resultados entre os meses de janeiro a fevereiro de 2018.

Inicialmente foi realizada uma consulta nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), com o intuito de localizar estudos que tivessem os seguintes descritores: 1) ENVELHECIMENTO; 2) DESNUTRIÇÃO; 3) ESTADO NUTRICIONAL; 4) ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS; 5) OBESIDADE; 6) INGESTÃO ALIMENTAR; 7) NUTRIÇÃO DO IDOSO, utilizados de forma isolada ou associados.

Em seguida os artigos foram analisados e para melhor tabulação dos dados foi elaborado um quadro com os seguintes campos: título do trabalho, autores, ano, objetivo, metodologia, resultados e conclusão (Apêndice A).

Foram avaliados os fatores: Fatores fisiológicos, disfagia, diminuição da acuidade gustativa, alteração na capacidade gustativa, fatores psicossociais e uso de medicamentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados um total de 170 artigos por meio dos descritores anteriormente citados, avaliados através da leitura de todos os títulos e resumos, e desses, 80 foram selecionados, respeitando os critérios de inclusão, e 90 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão propostos.

Para obtenção dos resultados foram analisados os fatores relacionados à diminuição da ingestão alimentar de idosos, sendo eles: Fatores fisiológicos – disfagia, diminuição da acuidade gustativa, mastigação e dentição - fatores psicossociais e uso de medicamentos com interferência na sensibilidade gustativa.

Na análise dos artigos foi ponderada a quantidade de idosos para cada fator acima descrito. Os idosos foram divididos de acordo com os fatores estudados separadamente. Feito isso os cálculos foram realizados, inicialmente pela contagem de indivíduo para cada fator e em seguida o cálculo da prevalência (%).

5.1 FATORES QUE INTERFEREM NA INGESTÃO ALIMENTAR DE IDOSOS

5.1.1 Fatores fisiológicos

5.1.1.1 Alterações na capacidade mastigatória

No gráfico 1 foram analisados os idosos com alterações na capacidade mastigatória.

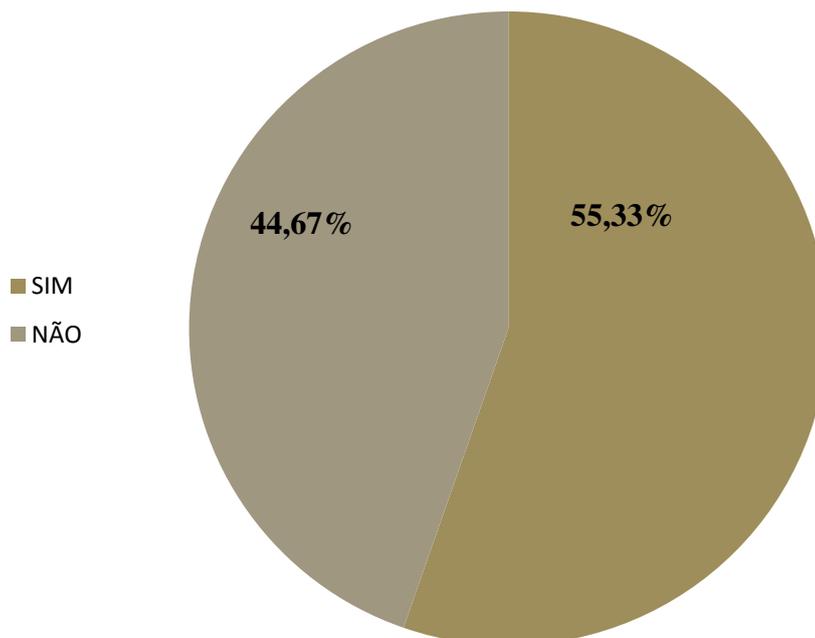


Gráfico 1 – Capacidade mastigatória reduzida. Fonte: Dados da pesquisa 2018.

É possível perceber que a capacidade mastigatória reduzida esteve presente em 55,33% dos idosos estudados. Dados parecidos foram encontrados no estudo de Medeiros et al. (2014) encontrou uma prevalência de idosos com capacidade mastigatória reduzida de 46,7%. Da mesma forma, Costa et al., (2010) encontrou um resultado de 49,7% para a mesma variável.

Oliveira et al., 2010 encontrou uma prevalência um pouco mais elevada, de 73,4% para idosos com capacidade mastigatória reduzida, segundo ele, esse dado pode estar relacionado a perda de dentes e próteses dentárias mal adaptadas, dificultando dessa forma o processo de mastigação.

Em contra partida Lima et al. (2009), dos idosos do seu estudo 64,7% não possuía nenhuma alteração na capacidade de mastigação de alimentos.

De acordo com Costa et al. (2010), a capacidade mastigatória reduzida pode estar relacionada a diversos fatores como: renda, não ter acesso a unidades de saúde para cuidados com a saúde bucal o que acarreta em perdas de dentes, cáries, uso de próteses mal adaptadas, pouca orientação ou nenhuma sobre cuidados com a saúde bucal e doenças bucais o que acarreta em modificações na mastigação.

É de grande importância ter uma dentição em bom funcionamento para que alimentos de difícil mastigação e deglutição como carnes, frutas e vegetais possam ser consumidos evitando dessa forma deficiência de nutrientes, perda de peso e desnutrição (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2000; COSTA et al., 2010). O autor ainda cita em seu estudo uma pesquisa americana evidenciando que a média do consumo de nutrientes foi menor em pessoas que possuíam menos dentes naturais ou problemas relacionados à prótese dentária.

As disfunções na deglutição e mastigação acarretam consideráveis déficits nutricionais devido a modificação da rotina dos hábitos alimentares (TORAL et al., 2002; CATÃO et al., 2011. Nesse sentido, a seleção e processamento dos alimentos são limitados por alterações bucais como perdas dentárias, uso de próteses, presença de dor ou desconforto relacionadas com caries e fraturas (MESAS et al., 2010).

Melo et al. (2015), em seu estudo identificou que indivíduos que fazem uso de dentaduras tem sua capacidade mastigatória de 75 a 85% com menos eficiência do que aqueles com dentes naturais. Interferindo na ingestão de carnes, frutas e verduras. Ainda segundo ele idosos que fazem uso de próteses totais tendem a preferir alimentos de fácil mastigação, pobres em vitaminas e minerais acarretando em um consumo inadequado.

O uso de próteses inadequadas acarretam mudanças nos hábitos alimentares dos indivíduos sendo necessária a ingestão de dietas mais pastosas para uma melhor mastigação e

deglutição, porém em longo prazo pode interferir no estado nutricional do idoso (SILVA et al., 2000; COSTA et al., 2010).

5.1.1.2 Disfagia

É possível observar ao analisar o gráfico 2 as prevalências de alteração na deglutição, onde 56,31% dos idosos estudados têm alteração na deglutição e 43,69% não.

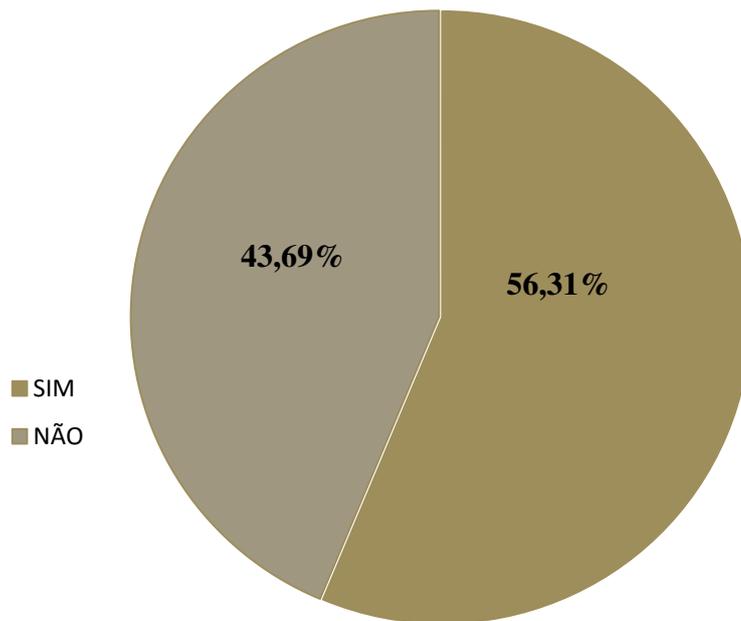


Gráfico 2 – Prevalência de Alteração na deglutição. Fonte: Dados da pesquisa 2018.

Oliveira et al. (2014) encontrou uma prevalência de 60% em idosos que relataram ter dificuldade no momento da deglutição, semelhante ao estudo atual. É importante salientar que as alterações relacionadas e percebidas pelos idosos, podem ser, sensação de alimento parado, engasgo ao se alimentar, pigarro após ingerir algum alimento, necessidade de ingerir líquido ao se alimentar e dificuldade ou dor ao engolir.

Em contrapartida um estudo realizado por Mourão et al. (2016), a prevalência de indivíduos que relatam não ter dificuldade na deglutição foi de 64,1%. Cardoso et al. (2014), também em seu estudo encontrou uma prevalência maior para aqueles que não sentiram nenhuma alteração, 65,2 %, ele afirma que apesar dos idosos não apresentarem queixas específicas, há alteração na rotina alimentar o que mascara o problema.

A disfagia pode ser uma das causas da desnutrição proteico- calórica, pois devido a redução da ingestão alimentar, em decorrência da preferência por alimentos mais fáceis de

deglutir, a ingestão de micronutrientes e proteínas fica comprometida (VIA; MECHANICK, 2013; OLIVEIRA 2016).

Sura et al. (2012) e Mourão et al. (2016), destacam que como consequência da dificuldade de deglutição, a escolha de alimentos ingeridos pode ser modificada e levar a diminuição de ingestão alimentar e de água, interferindo na nutrição e hidratação, aumentando dessa forma o risco para morbidades e infecções.

No idoso, na fase preparatória da deglutição, ocorre uma modificação devido à falta de mobilidade, diminuição da redução gustativa, falta de dentes e uso de próteses dentárias mal adaptada (DIAS; CARDOSO, 2009; ACOSTA et al., 2012). Nas fases oral, faríngea e esofágica o processo de deglutição têm sua capacidade reduzida, pois ocorre de forma mais lenta (JALES et al., 2005 ; ACOSTA et al., 2012).

Segundo Gutierrez et al. (2009) e Cardoso et al. (2014) problemas relacionados a deglutição podem trazer sérios riscos para a saúde dos idosos como desnutrição, desidratação, aspiração traqueal além de questões relacionadas ao emocional como sentimentos de frustração, desânimo, vergonha e constrangimento.

Portanto, investigar os fatores que estão associados às alterações de deglutição em idosos é de grande importância, pois auxiliam na prevenção de doenças nutricionais e pulmonares contribuindo para uma melhor qualidade de vida (FIGUEIREDO et al., 2016).

5.1.1.3 Diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos

Os resultados encontrados no gráfico 3, apontam para uma maior prevalência de idosos que não apresentavam a sensibilidade gustativa diminuída, 66,96%. Corroborando com esse estudo Melo et al. (2015), também encontrou uma prevalência maior, 75%. Passos et al. (2010), encontraram uma prevalência um pouco maior, 80,65% dos idosos não possuía sensibilidade gustativa reduzida.

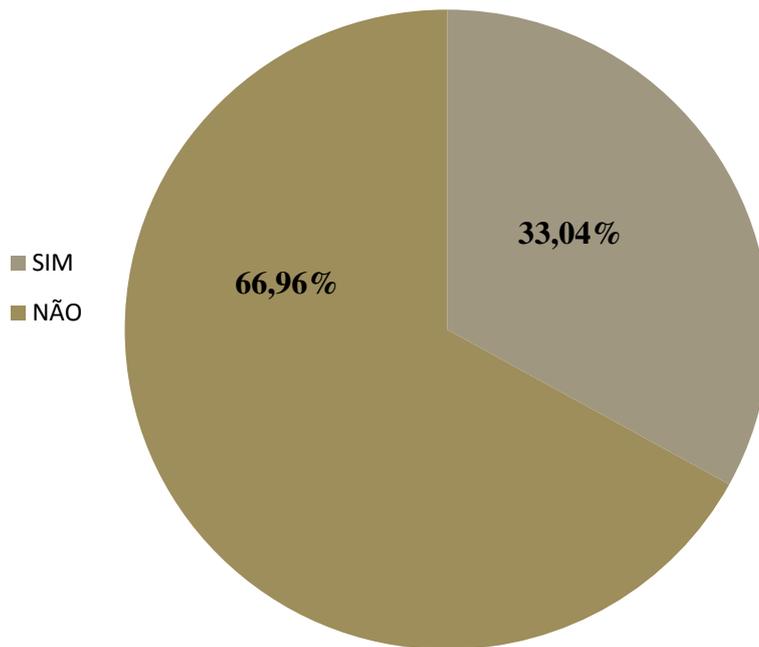


Gráfico 3- Diminuição da sensibilidade gustativa. Fonte: Dados da pesquisa 2018.

Em contrapartida estudos como Pieroni et al. (2017), detectou uma prevalência de 68,35% pra sensibilidade gustativas aos gostos primários em idosos. A redução da sensibilidade por gostos primários, ácido, amargo, doce e salgado, apresenta considerável importância na redução da ingestão alimentar (CATÃO et al. 2011).

Carvalho (2000; PASSOS et al., 2016), afirma que os idosos estão mais propensos para o desenvolvimento de DCNT como o diabetes e hipertensão em justificativa a adição de sal e açúcar nos alimentos para que assim possam sentir o sabor.

Em um estudo realizado por Passos (et al., 2016) com idosos, teve como objetivo comparar a percepção dos sabores, com um grupo de adultos, ao realizarem os testes com seis concentrações diferentes de cloreto de sódio e sacarose, mostrou que para percepção do sabor doce o idoso necessita de duas a quatro vezes mais açúcar que o adulto, e em comparação ao sal é necessário de duas a oito vezes a mais para que o sabor salgado possa ser detectado.

Mesmo diante do resultado encontrado na pesquisa, sendo inferior ao estudo supracitado, ou seja, os idosos estudados não relataram alteração na sensibilidade gustativa é importante conhecer que essa alteração decorrente do envelhecimento pode modificar a ingestão alimentar dos idosos.

5.1.2 Fatores psicossociais

Os dados encontrados no gráfico 4 mostram que 54,61% dos idosos estudados não consideravam estar sozinho ao se alimentar um empecilho para uma boa alimentação. Dados se assemelham ao estudo atual, Melo et al. (2015), encontrou que 58,75% dos idosos entrevistados não considerava a solidão como empecilho para realização da ingestão alimentar.

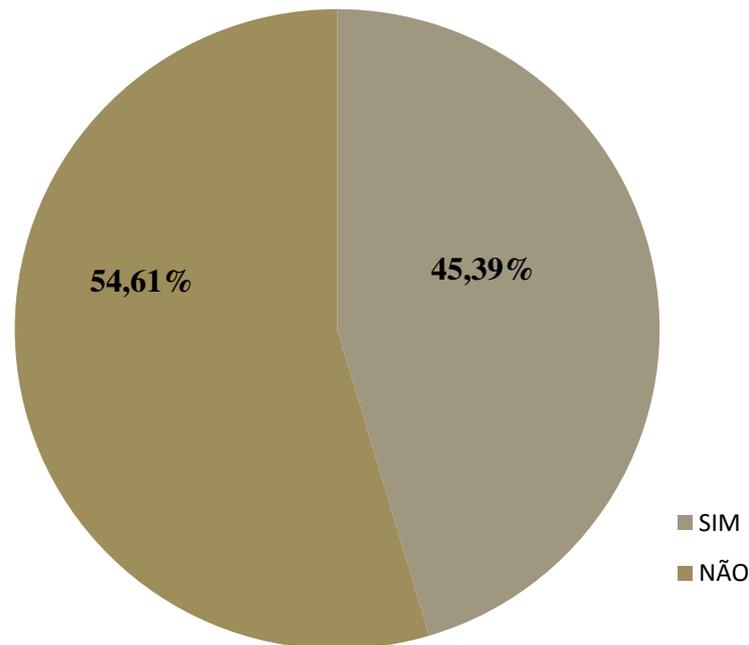


Gráfico 4 – Alteração na alimentação em decorrência dos fatores psicossociais. Fonte: Dados da pesquisa 2018.

Em contrapartida, Kumpel et al. (2011), destaca que 60% dos idosos estudados em sua pesquisa relataram sentir mais vontade de se alimentar quando estão na presença de outras pessoas, enquanto 40% não sentiu nenhuma diferença. Ainda segundo ele, a presença de outras pessoas no momento da realização das refeições se torna um ambiente favorável, justificando que a redução da sociabilidade do idoso pode ser uma causa de perda de peso.

Contreras e Garcia (2011), destacam que ter que comer sozinho está relacionado a solidão, um momento em que nota-se a ausência da comensalidade, das relações sociais e afetivas.

5.1.3 Uso de medicamentos e interferência na sensibilidade gustativa

O Gráfico 5 mostra a porcentagem de idosos que relataram sentir alguma alteração no paladar, devido ao uso de medicamentos. É possível observar que 55,9% dos idosos apresentaram alteração após o uso de fármacos. Os resultados encontrados por Lopes et al., (2015), se mostram superiores aos achados no estudo atual, em que 81,8% dos idosos estudados possuía alguma alteração no paladar, os mesmos faziam uso contínuo de fármacos. As alterações mais prevalentes estavam relacionadas aos sabores doce e salgado. Os fármacos que mais se relacionaram as alterações foram os anti- hipertensivos.

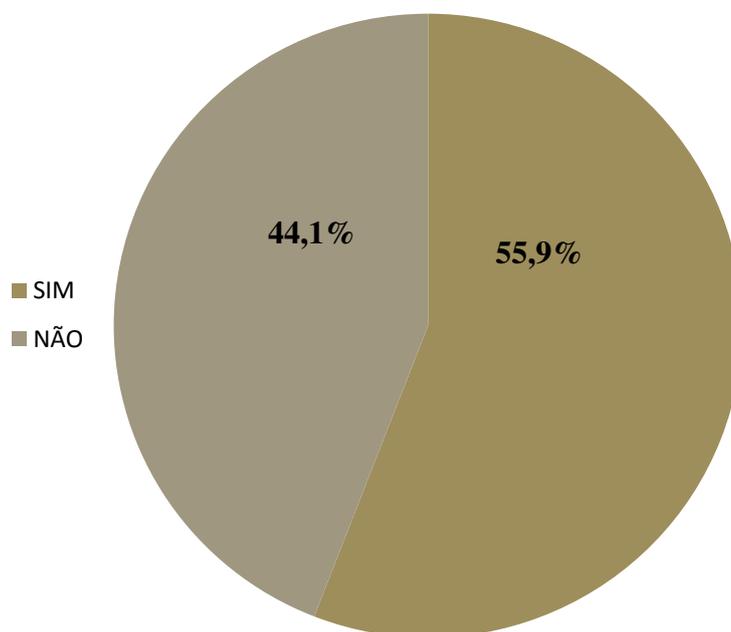


Gráfico 5- Alteração na palatabilidade em decorrência do uso de fármacos. Fonte: Dados da pesquisa 2018.

Diferente do resultado encontrado nesse estudo, Melo et al. (2015) encontraram uma prevalência de 70% dos idosos que não tiveram alteração com relação aos sabores primários.

5.2 PERFIL NUTRICIONAL DOS IDOSOS ESTUDADOS

A população idosa tem apresentado um elevado desvio nutricional, onde desnutrição, sobrepeso e obesidade prevalecem sobre indivíduos eutróficos. Isso se deve ao fato das condições em que os idosos se encontram seja vivendo sozinho ou institucionalizados, agravados por alterações fisiológicas e incapacidade de realizar suas atividades sozinhos (BORREGO et al., 2014).

Passos et al. (2010), ao analisar as alterações na capacidade gustativa em um grupo de idosos observou que a maioria estava com sobrepeso (58%), e apenas 1,5% com baixo peso, os demais foram considerados eutróficos. Corroborando com esses achados, Pieroni et al. (2017), também em seu estudo ao analisar a capacidade gustativa em idosos, encontrou uma maior prevalência para idosos com sobrepeso (46,66%), 13,33% com magreza e 40% eutróficos. Segundo eles o alto índice relacionado a sobrepeso, pode estar correlacionado ao maior consumo de sal e açúcar, para que assim possam sentir melhor o sabor dos alimentos.

Nesse contexto é possível perceber a interferência da sensibilidade gustativa na saúde do idoso, como não conseguem sentir o sabor dos alimentos tendem a acrescentar mais sal e açúcar para torna-los mais saborosos e ser possível realizar a ingestão, porém, o uso contínuo de sal e açúcar na comida, além do necessário, ocasiona o surgimento de doenças como hipertensão e diabetes.

Ao analisar a capacidade mastigatória Roque et al. (2010), em sua pesquisa encontrou uma porcentagem de 58% para idosos com déficit nutricionais. Isso se explica pelo fato de que processo mastigatório deficiente os idosos tendem a escolher alimentos de fácil mastigação e deglutição, muitas vezes, sem quantidades de nutrientes suficientes para suprir suas necessidades. O mesmo foi evidenciado por Argarwalla et al. (2015), que relacionaram os problemas de deglutição com a alta porcentagem encontrada para idosos desnutridos, um total de 70%. Em contra partida, Mourão et al. (2016), encontrou uma prevalência menor, 15% como baixo peso.

Mesas et al. (2009), observou em seu estudo que idosos que apresentavam problemas bucais como, perda de dentes, uso de próteses mal adaptadas e cáries estavam diretamente relacionados com déficit nutricional. Esse fato está relacionado a dificuldade de mastigação de alimentos sólidos, acabando por muitas vezes escolhendo os alimentos de fácil mastigação.

Almeida et al. 2014, verificou que 60,3% dos idosos estudados, quanto ao uso de medicamentos, apresentou um risco para desnutrição de 60,3%, 13,5 % já estavam desnutridos e 26,2 % com estado nutricional adequado. Isso pode ser explicado, como já demonstrado no estudo atual, que idosos que fazem uso de vários medicamentos apresentam uma redução na sensibilidade gustativa, conseqüentemente menor ingestão alimentar.

Kucukerdonmez et al. (2017), em seu estudo constatou que a prevalência de desnutrição foi maior em idosos que moravam sozinhos quando comparados a idosos que moravam com suas famílias. A prevalência encontrada para desnutrição foi 7% e 4% respectivamente. O risco de desnutrição foi de 73% e 63%.

Diante disso, é possível perceber que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem interferir na ingestão alimentar do idoso e conseqüentemente no estado nutricional, tanto relacionado ao déficit de nutrientes e possível desnutrição como ao aumento do peso.

5.3 CONSEQUÊNCIAS DA INGESTÃO INADEQUADA NA SAÚDE DO IDOSO

As conseqüências são relacionadas a deficiências de vitaminas e minerais, comprometendo o estado de saúde geral do idoso, além de mudanças no perfil nutricional. Como já demonstrado nesse estudo, alguns micronutrientes desempenham funções importantes no envelhecimento, suas deficiências causam complicações.

A ingestão proteico calórica insuficiente pode resultar em uma desnutrição no idoso, que está associada ao aumento da mortalidade e da susceptibilidade às infecções e a redução da qualidade de vida (BORREGO et al., 2012).

Acêna e Cruz (2004) e Kumpel et al. (2011), relatam que a população idosa é mais susceptível ao desenvolvimento de problemas nutricionais em decorrência das alterações fisiológicas e sociais, associadas as doenças crônicas, uso de medicamentos, dificuldade para se alimentar, depressão e outros.

6 CONCLUSÃO

Os fatores decorrentes do processo de envelhecimento interferem na ingestão alimentar do idoso e conseqüentemente no estado nutricional. Foi possível observar que 55,33% dos idosos estudados apresentaram alterações na capacidade mastigatória dificultando a ingestão de alimentos, 56,31% apresentaram alterações na deglutição, 33,04% diminuição da sensibilidade gustativa, 45,39% alteração na alimentação em decorrência dos fatores psicológicos e 55,9% diminuição da sensibilidade gustativa decorrentes do uso de fármacos.

Dessa forma, se torna importante que o profissional nutricionista bem como a equipe multiprofissional conheça os fatores relacionados à diminuição da ingestão alimentar que podem ocasionar mudanças no seu estado nutricional. É de extrema importância que a avaliação nutricional seja realizada de forma adequada a fim de identificar os riscos nutricionais dessa população, assim como um atendimento individualizado com um planejamento alimentar adequado para atender suas necessidades diárias e suas limitações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. C.; SILVA, M. M. S.; PEREIRA, C. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no programa municipal da terceira idade de Viçosa (MG). **Revista Baiana Saúde Pública**. Viçosa, v.32, n.2, p.190-192, 2014.

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabologia**. São Paulo, v.48, n.3, p.344-361, 2004.

ACOSTA, N. B.; CARDOSO, M. C. A. F. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 143-154, 2012.

ACOSTA, L. D.; CARRIZO, E. D.; PELÁEZ, E., et al. Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 107-118, 2015.

AGARWALA, R.; SAIKA, A. M.; BARUAH, R. Assessment of the nutritional status of the elderly and its correlates. **Journal of Family e Community Medicine**. Índia, v.22, n. 1, p. 39-43, 2015.

AGOSTINI, S. B. Nutrição e envelhecimento como garantir a qualidade de vida daqueles que envelhecem? **Nutrição em Pauta**. São Paulo, v. 8, n. 44, p. 13-18, 2000.

ALMEIDA, S.; CASTRO, R.; SOUSA, S., et al. Desnutrição e número de fármacos em idosos que beneficiam de apoio geriátrico. APNEP. 2014.

BASTOS, F. C. **A influência da Nutrição na resposta inflamatória e no envelhecimento**. 2015. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Coimbra, Coimbra, 2015.

BORREGO, C. C. H.; LOPES, H. C. B.; BARROS, M. R. S.; et al. Causas da má nutrição, sarcopenia e fragilidade em idosos. **Revista de Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo, v.4, n.5, p.54-58, 2014.

BRITO, F. C. E.; LITVOC, C. J. Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde. São Paulo: **Atheneu**, p.1- 16. 2004.

BRUNETTI R. F., MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatria: prepare-se para o novo milênio.** In: FELLER, C.; GORAB, R. **Atualização na clínica odontológica.** São Paulo: Artes médicas, 2000, p. 469- 487.

BOSTROM, A. M.; SOEST, D. V.; KOLEWASKI, B. et al., Nutrition status among residents living in a veterans long-term care facility in Western Canada: a pilot study. **Journal of the American Medical Directo Association.** v. 12, n. 3, p. 217-225, 2011.

BRASÍLIA. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População.** São Paulo, v. 1,n. 27, p. 233-235, 2010.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que Afetam o Consumo Alimentar e a Nutrição do Idoso. **Revista de Nutrição.** Viçosa, v. 13, n. 12, p. 157-165. 2000.

CARDOSO, M. C. A. F.; BUJES, R. V. A Saúde Bucal e as Funções da Mastigação e Deglutição nos Idosos. **Estudos interdisciplinar sobre o envelhecimento.** Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 53-67, 2010

CARDOSO. S. V.; TEIXEIRA, A. R. ; BALTEZAN, R.L.; et al. O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. **Revista Kairos Gerontologia.** São Paulo, v.17, n.1, p.232- 245, 2014.

CARDOSO, M. C. A. F.; SCHNEIDER, R. H.; MORIGUCHI, Y. Aspectos nutricionais frente à presbifagia e os distúrbios de deglutição. In: MOSTRA DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO DA PUCRS, IV. Porto Alegre, 2009.

CARVALHO, A. S. **Envelhecimento, Turismo e Lazer – expectativas de sociabilidade.** 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado em Hospitalidade) – Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2016.

CARVALHO, F., E. T.; NETTO, M. P. Geriatria. Fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: **Atheneu**, 2006. p. 311-330.

CARVALHO, I. M. M. Avaliação sócio-odontológica de 300 pessoas idosas em Bauru (SP). Tese. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000.

CATÃO, M. H. C. V.; XAVIER, A. F. C.; PINTO, T. C. A. O Impacto das Alterações do Sistema Estomatognático na Nutrição do Idoso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Paraíba, v. 9, n. 29. 2011.

CORREIA, J. H. C. **Redução do paladar em idosos para os gostos doce e salgado**. 2008. 26f. Monografia (Especialização em Gastronomia e Saúde) – Centro de Excelência em Turismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

COSTA, J. S. D.; GALLI, R.; OLIVEIRA, E. A. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 79-88, 2010.

CUPPARI, L. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da EPM- UNIFESP**. Nutrição Clínica no Adulto. 2ª ed. São Paulo: Manole, p. 101. 2005.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.8, n. 5, p.1313- 1320, 2002.

DIAS, B. K. P.; CARDOSO, M. C. A. F. Características Da Função De Deglutição Em Um Grupo De Idosas Institucionalizadas. Estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 107-124, 2009.

DONINI, L. M.; SAVINA, C.; CANNELLA, C. Eating Habits and Appetite Control in the Elderly: The Anorexia of Aging. *International Psychogeriatrics*, v. 15, n. 1, p. 73-87, 2003.

DOUGLASS, R.; HECKMAN, G. Drug- related taste disturbance: A contributing factor in geriatric syndromes. **Can Family Physician**. Canadá, v.56, n. 11, p. 1142–1147, 2010.

DUTRA, F. P.; SANTOS, N. B.; DEIZEPPI, T. et al. Fatores Que Condicionam O Estado De Desnutrição Do Idoso. **Revista Funec Científica – Nutrição**. Santa Fé do Sul, v.2, n.3, p. 1-15, 2014.

Estatuto do Idoso e Normas Correlatadas. Brasília, 5ª edição. 2003.

FARINEA, N.; RICALDE, S.R.; SIVIERO, J. Perfil nutricional e antropométrico de idosos participantes de um grupo de ginástica no município de Antônio Prado – RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v.7, n.3, p. 394-405, 2010.

FECHINE, B. R. A; TROMPIERI. N. O Processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. Ceará, v. 1, n. 1. p. 106-192. 2012.

FIDELIX, M. S. P.; SANTANA, A.; GOMES, J. R. Prevalência de desnutrição hospitalar em idosos. **RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 60-68, 2013.

GUEDES, A. C. B.; GAMA, C. R.; TUSSI, A. C. R. Avaliação nutricional subjetiva do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini-Avaliação Nutricional (MAN). **Comunicação Ciências e Saúde**, v.19, n.4, p.377-384, 2008.

GERHARDT, T. D.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 1ª ed. P. 31-33. 2009.

GUTIERREZ, S.M.; ZANATO, L.E.; PELEGRINI, P., et al. Queixas fonoaudiológicas de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Distúrb Comum**. São Paulo, v. 21, n.1, p.2130.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 4. ed. p. 42-42. 2008.

HANSON, L. C.; ERSEK, M.; LIN, F.C, et al. Outcomes of feeding problems in advanced dementia in a nursing home population. **Journal of the American Geriatrics Society**. Carolina do Norte, v. 61, n. 10, 1692-1697.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**- Rio de Janeiro, 2009.

JALES, M.A.; CABRAL, R.R.; SILVA, H.J., et al. Características do sistema estomatognático em idosos: diferenças entre instituição pública e privada. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 178-187, 2005.

JEE, S. H.; SULL, J. W.; PARK J.; et al. Body-mass Index and mortality in Korean men and Women. **Journal of Medicine**. New England, p.779-787, 2006.

JÚNIOR, M.; AMORIM, A. L.; GUIMARÃES, M., et al. **Condição Bucal Do Idoso E Nutrição: Reflexões Da Experiência Extensionista**. In 4º CIEH- Congresso internacional de envelhecimento humano, 2014, Campina Grande. Anais CIEH, Campina Grande: Realize, 2013. p. 1-5.

KUMPEL, D. A.; SILVEIRA, M. M.; ROCHA, J. P.; et al. **Perfil alimentar de idosos frequentadores de um grupo de terceira idade.** Revista Contexto e Saúde. Passo Fundo, v.10, n.20, p.361-366, 2011.

LAMAS, M. C.; PAÚL, C. O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. **Actas de Gerontologia.** v.1, n.1, p.2, 2013.

LIMA, R.M.F.; AMARAL, A. K. F. J.; AROUCHA, E. B. L.; et al. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. **Revista CEFAC.** Recife, v. 11, n. 3, p. 405-422, 2009.

LIMA, D. F. et al. **Avaliação dos fatores que Dificultam a Alimentação de Idosos Hospitalizados.** Revista Rene. Rio Grande, v. 15, n. 4, p. 578-584. 2014.

LOPES, A.C.F.; PEREIRA, C. S. S.; FERNANDES, F. L., et al. Prevalência de Alterações Gustativas em idosos em uso crônico de fármacos. Revista Geriatria e Gerontologia. Ipatinga, v.9, n. 4, p. 132-137, 2015.

MAGNONI, D.; CUKIER., C.; OLIVEIRA, P.A. **Nutrição na terceira idade.** 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 2005. p.24.

MANHÃES A. L. D.; Costa A. J. L. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. **Caderno Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, p. 207-218, 2008.

MARCOLINO, J.; CZECHOWSKI, A. E; VENSON, C. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati-PR. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Irati-PR, v.12, n.2, 2009.

MARCHESAN, I. Q. **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade orofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.108,1998.

MEDEIROS, S. F.; PONTES, M. P. B.; MAGALHÃES J. R., H. V. Autopercepção da capacidade mastigatória em indivíduos idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p.804-817, 2014.

MELO, G. A.; CAVALCANTI, S. **Nutrição E Envelhecimento: Fatores Que Interferem O Consumo Alimentar Do Idoso E Sua Qualidade De Vida.** In 4º CIEH congresso

internacional de envelhecimento humano, 2015, Campina Grande. Anais CIEH, Campina Grande: Realize, 2013. p. 1-13.

MELO, A. P. F.; SALLES, R. K.; VIEIRA, F. G. K., et al. Métodos de Estimativa de Peso Corporal e Altura em Adultos Hospitalizados: uma análise comparativa. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 475-484. 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008.

MESAS, A. E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A., et al. Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**. Paraná, v. 13, n. 3, p. 1-12, 2010.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507- 519, 2016.

MUSSOI, T. D. **Avaliação Nutricional na Prática Clínica- Da Gestação ao Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 1-2.

MOTTA, L. C. **Saúde da Pessoa Idosa. Módulo Complementar**. Universidade Aberta do SUS. São Luís, p.1-13, 2013.

MOURÃO, L. F.; XAVIER, D. A. N.; LIBERALESSO, A., et al. Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. **Audiol Commun Res**. Campinas, v. 2, p. 1657, 2016.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. São Paulo, v.6, n.1, p.54-56, 2008.

NEY, D.; WEISS, J.; KIND, A., et al. Senescent swallowing: impact, strategies and interventions. **Nutrition in Clinical Practice**. v. 24, n. 3, p. 395-413, 2009.

OLIVEIRA, F. T. S. **O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos**. 2013. 26f. Monografia (Certificado de Especialista) Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2013.

OLIVEIRA, B. S.; DELGADO, S. E.; BRESCOVICI, S. M. Mudanças de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 575-587, 2014.

OLIVEIRA, S. D.; SALLES, M. R. R. A alimentação e a comensalidade como forma de socialização entre idosos numa cidade do interior paulista. *Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade*. São Paulo, v.5, n.1, p. 40-53, 2016.

OLIVEIRA, M. M. G.; TERUEL, S. L.; LIMA, J. L.; et al. Terapia Nutricional em disfagia: A importância do acompanhamento nutricional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. São Caetano do Sul, v.6, n.16, 2008.

PANISSA, C. O.; VASSINON, H. S. Risco de Desnutrição de Idosos Hospitalizados: avaliando ingestão alimentar e antropometria. **Demetra**. Franca, v. 7, n. 1, p. 13-22. 2012.

PAULA, R. S.; COLARES, F. C. J.; TOLEDO, J. O., et al. As alterações gustativas no envelhecimento. *Revista Kairos*. São Paulo, v.11, n. 1, p. 11-217, 2008.

PASSOS, D.R. **Avaliação do paladar de idosos e sua relação com o estado nutricional**. 2010. 54 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2010.

PASSOS, J. G.; GUIMARÃES, L. C.; VICTORIA, M.. Avaliação da percepção gustativa em idosos para os gostos básicos, doce e salgado, em comparação a jovens adultos. **Journal Health Sci Inst**. Rio Grande, v.34, n. 1, 2016.

PEREIRA, M. M. **Qualidade de vida e nutrição em idosos participantes de centros de convivência de terceira idade**. 2015. 100f. Dissertação (Mestre em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2015.

PORTAL BRASIL. Expectativa de vida no Brasil sobe para 75 anos em 2015. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/governo/2016/12/expectativa-de-vida-no-brasil-sobe-para-75-5-anos-em-2015>> Acesso em 17 de novembro de 2017.

PORTH,C. M. Estrutura e função do sistema gastrointestinal. In PORTH, C. M.; MATFIN, G. *Fisiopatologia*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011, cap. 36, p.914-915.

PORTH,C. M. Distúrbios da função gastrointestinal. In PORTH, C. M.; MATFIN, G. *Fisiopatologia*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011, cap. 36, p.36-37.

QUINTALE, S.; PIMENTEL, A. T. Caracterização das mudanças anatomofisiológicas da mastigação, deglutição e dos hábitos alimentares no indivíduo idoso assintomático. **Fono atual**. São Paulo, v.5, n.21, p. 16-29, 2002.

RABITO, E. I.; VANNUCCHI, G. B.; SUEN, V. M. M., et al. Estimativa de peso e altura de pacientes hospitalizados e imobilizados. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 19, n. 6, p. 655-661, 2006.

RAMOS, L. R.; VERAS, R.; KALACHE, A. A populational aging. **Revista de Saúde Pública**. v. 21, n.3, p.211-224, 1987.

RIBEIRO, R. **Estado Nutricional E Fatores Associados Em Participantes Da Primeira Chamada Nutricional De Idosos - Criciúma (Sc)**. 2009. 63 f. Dissertação (Mestre em Ciências da Saúde) Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Universidade Do Extremo Sul Catarinense ,Criciúma, 2009.

ROQUE, F. P.; BOMFIM, F.M. S.; CHIARI, B. M. Descrição da dinâmica de alimentação de idosas institucionalizadas. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. Maceió, n. 15, v. 2, p. 256-263, 2010

ROSA, C. B.; AGOSTINI, J. A.; BIANCHI, P. D.A., et al. Síndrome metabólica e estado nutricional de idosos cadastrados no hiperdia. **Scientia Medica**. Porto Alegre, v. 26, n.3, 2016.

SANTOS, D. C. A.; BIANCHI, L. R. O. Envelhecimento morfofuncional: diferença entre gêneros. **Mudi**. Maringá, v. 18, n.2, p. 33- 46, 2014.

SECRETÁRIA DE DIREITOS HUMANOS. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília. p. 2.

SEELEY, R. R.; STEPHENS, T. D.; TATE, P. **Anatomia e Fisiologia**. 6ª ed. cap.14, p 475-511.

SILVA D. D.; SOUSA M. L. R.; WADA R.S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, n.2, p.626-631, 2004.

SILVA, T. M.; RAQUEL, M. P.; ALVES, C. S.; et al. **Alteração No Paladar De Idosos E Suas Repercussões Nutricionais**. In 4º CIEH congresso internacional de envelhecimento humano, 2015, Campina Grande. Anais CIEH, Campina Grande: Realize, 2015. p.1-4.

SILVA, S. R. C.; VALSECKI J. R. A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro **Revista Panamericana Salud Pública**; v. 8, n. 4, p. 268-271, 2000.

SILVA, S. C.M.; AIRES, C. N.; FIGUEIRA, Y. L. V.; et al. Alterações fisiológicas do idoso e seu impacto na ingestão alimentar: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Amazônia, v.6, p.288-295, 2017.

SILVEIRA, E. A.; DALASTRA, L.; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Goiânia, v. 17, n. 4, p.818-829, 2014.

SOUZA, B. B. A.; MARTINS, C.; CAMPOS, D. J.; et al. **Nutrição e disfagia- Guia para profissionais**. 1ª ed. Paraná, Nutroclinica, 2007.

SOUZA, M. T.; SILVA, M .D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einsten**. São Paulo, v.8, n.1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, R. Avaliação Antropométrica em Idosos: estimativa de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-90, 2013.

SPEROTTO, F. M.; SPINELLI, R. B. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim- RS. **Perspectiva**. Erechim-RS, v.34, n.125, p.105-116, 2010.

SURA, L.; MADHAVAN, A.; CARNABY ., et al. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. **Clinical Interventions in Aging**. v.7, p. 287-298, 2012.

SHUMAN, J. M. Nutrição no envelhecimento. In MAHAN, L. K.; STUMP, S. E. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 1998.

TANURE, C. M. C.; BARBOZA, J. P.; AMARAL, J. P.; et al. A deglutição no processo normal de envelhecimento. **Revista CEFAC**. São Paulo, v. 7, n. 2, 171-177, 2005.

TRAMONTINO, V. S.; NUÑEZ, J. M. C.; TAKAHASHI J. M. F. K.; et al.. Nutrição para Idosos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 258-267, 2009.

TORAL N.; GUBERT, M. B.; SCHMITZ, B. A. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. **Revista Nutrição**. Distrito Federal, v. 19, n. 1, p. 660- 666, 2002.

Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2015.

VITOLO, M. R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, p.568. 2014.

VIA, M.A.; MECHANICK, J. Malnutrition, dehydration, and ancillary feeding options in dysphagia patients. **Otolaryngologic Clinics of North America**. v. 46, n.6, p. 1059-1071, 2013.

YOSHIDA, F. S.; MITUUTI C. T.; TOTTA, T.; et al. A influência da função mastigatória na deglutição orofaríngea em idosos saudáveis. **Audiol comum**. São Paulo, v. 20, n. 2, p.161-166, 2015.

APÊNDICES

Título do trabalho	Autores	Ano de publicação	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão
--------------------	---------	-------------------	-----------	-------------	------------	-----------

Apêndice A : Quadro utilizado para melhor organização dos artigos estudados.