

CONSUMO DE VITAMINAS ANTIOXIDANTES EM MULHERES IDOSAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE AMBULATORIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)

Nathalia Karolyne De Andrade Silva; Eryka Maria dos Santos; Larissa Pessoa Vila Nova; Poliana Coelho Cabral; Maria Goretti Pessoa de Araújo Burgos

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), 50670-901, Recife, PE, Brasil. Departamento de Nutrição.

INTRODUÇÃO:

O envelhecimento compreende um conjunto de alterações individuais que tem efeitos potenciais sobre o consumo alimentar, estado nutricional, aparecimento ou agravos de doenças na terceira idade^{1,2}. Muitos nutrientes têm sido relacionados à longevidade, diminuindo o risco de várias doenças humanas^{3,4}. Indiretamente, a vitamina C tem a capacidade de reativar o tocoferol e outros antioxidantes⁵. O presente estudo teve como objetivo avaliar o consumo de vitaminas antioxidantes na dieta de idosas diabéticas atendidas na unidade ambulatorial - Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) - da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Palavras-chave: Envelhecimento, consumo alimentar, vitaminas antioxidantes, estado nutricional, idosas.

METODOLOGIA:

Estudo de delineamento transversal envolvendo mulheres idosas diabéticas atendidas na unidade ambulatorial (Núcleo de Atenção ao Idoso) de uma universidade pública do Recife - PE. Foi analisada a variável antropométrica (índice de massa corporal – IMC) e o estilo de vida (atividade física, consumo alimentar e de bebidas alcoólicas). A coleta de dados foi realizada após aprovação do comitê de ética em pesquisa do

CCS/UFPE (nº 12499013.8.0000.5208) e assinatura do TCLE pelos pacientes. Os dados foram obtidos dos registros da primeira consulta ao nutricionista.

A avaliação do estado nutricional foi realizada pela aferição do peso e altura para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Para aferição do peso foi utilizada balança digital eletrônica, de marca WELMY®, com capacidade de até 150 kg e precisão de 100g. A estatura foi medida a partir de um antropômetro vertical fixo a balança. O diagnóstico do estado nutricional seguiu a classificação de Lipschitz (1994) que determina a faixa de eutrofia o IMC de 22 – 27 Kg/m².

O nível de atividade física (AF) foi analisado de acordo com os critérios do *American College of Sports Medicine* (1991), que classificou como sedentárias ou fisicamente ativas.

Para estimar a prevalência de inadequação das dietas em relação ao consumo de vitamina A, vitamina C e vitamina E foram considerados os valores das DRIS - *Dietary Reference Intakes* proposto pelo *Food and Nutrition Board*^{6,7}. Para determinar a variação intrapessoal do consumo alimentar foram aplicados mais dois Recordatórios de 24h em 20% dos idosos avaliados, sorteados aleatoriamente, realizados com intervalo de pelo menos quinze dias entre as coletas, repetindo o procedimento adotado no primeiro dia de Recordatório de 24h. O ajuste da distribuição da ingestão dos micronutrientes foi realizado com a remoção do efeito da variabilidade intra-individual, pelo método proposto pelo *Iowa State University*^{8,9}. A prevalência de inadequação da ingestão dos micronutrientes correspondeu à proporção de indivíduos cujo consumo estava abaixo da *Estimated Average Requirement* (EAR) estabelecida para cada um. As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição, pelo teste de *Kolmogorov Smirnov* e como não obtiveram distribuição normal foram convertidas para o seu logaritmo natural e testadas novamente. Devido à distribuição não gaussiana das vitaminas C e E, não foi possível avaliar a prevalência de inadequação, sendo avaliado apenas se os valores encontrados estavam abaixo da EAR estabelecida para esses micronutrientes.

Com relação à ingestão alcoólica, foi considerado hábito positivo para as pacientes que referiram ingerir quantidade de bebida alcoólica >15 g/dia, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007). Em seguida foi realizada a análise estatística utilizando-se o software SPSS, versão 13.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A amostra estudada foi composta por 120 idosas portadoras de diabetes, com faixa etária de 60 a 91 anos e média de idade de $71,1 \pm 7,6$ anos. Quanto às comorbidades referidas, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia (DLP) com os valores de 48,1% e 39,9%, respectivamente. Dados que convergem com outros estudos, onde a Síndrome Metabólica (SM) tem sido frequentemente associada a maior número de eventos cardiovasculares. O atual cenário de oferta alimentar produz um ambiente propício ao desenvolvimento da síndrome metabólica¹⁰.

ESTADO NUTRICIONAL

Em relação ao estado nutricional (Tabela 1), observou-se que a maioria do grupo em estudo (67,5%) encontrava-se com diagnóstico de excesso de peso. A ocorrência da obesidade e do sobrepeso vem aumentando no mundo inteiro¹¹. A tendência de elevação do sobrepeso e da obesidade também é evidenciada na população adulta brasileira¹².

Tabela 1. Estado nutricional (Lipschitz, 1994) das pacientes diabéticas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife/ 2015.

Classificação do Estado Nutricional	
Desnutridas	1,9%
Eutróficas	30,6%
Excesso de peso	67,5%

ATIVIDADE FÍSICA

Estudos indicam que inatividade física é mais prevalente em mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível sócio econômico e incapacitados. Em contrapartida, 57,2% das idosas em estudo relataram executar exercícios físicos (caminhada, hidroginástica, dança, ginástica e musculação). Estima-se que progressivamente, pessoas na fase adulta tendem a diminuir a execução de exercícios físicos¹³.

CONSUMO ALIMENTAR

A mediana de ingestão de vitamina A foi de 342,8µg/dia, com de inadequação elevada (60%). Resultado semelhante ao encontrado em outros estudos com idosos brasileiros^{14,15}.

Quanto às vitaminas C e E, não foi possível demonstrar prevalências de inadequação de consumo, pois identificou-se distribuição não normal antes e após a transformação logarítmica. Desse modo, só foi possível avaliar se esses nutrientes estavam acima ou abaixo da *Estimated Average Requirement* (EAR) estabelecida. Os valores encontrados foram comparados e estavam abaixo de 60mg/dia e 12mg/dia (EAR), respectivamente, ácido ascórbico e tocoferol, indicando déficit vitamínico no consumo dietético das mulheres em estudo.

Um percentual de 21,9% das mulheres referiu fazer ingestão de bebidas alcoólicas, consumo que fornece pouco ou nenhum nutriente e sete quilocalorias (kcal) por grama. O álcool tem alto potencial desidratante, eliminando assim maiores teores de ácido ascórbico e afetando o estado nutricional. Para o consumo de bebidas alcoólicas, o limite máximo recomendado é de 30 g de etanol ao dia para o sexo masculino e metade para as mulheres. A ingestão excessiva de bebidas alcoólicas está ainda relacionada ao aumento da pressão arterial, dos níveis de triglicerídeos e da carga calórica total¹⁶.

CONCLUSÕES:

A população em estudo tem situação nutricional de risco: mulheres com excesso de peso é o resultado que predomina, assim como a baixa ingestão de vitaminas antioxidantes. Embora seja significativo o hábito de realizar exercícios físicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Rev. Nutr. 2000; 13(3):157-165.
2. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: Um Processo Multifatorial. Psicol. Estud. 2009; 14 (1).
3. Lopes ACS, Caiaffa WT, Sichieri R, Mingoti SA, Lima-Costa MF. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública 2005; 21(4):1201-1209.
4. Aranha FQ, Barros ZF, Moura LSA, Gonçalves MCR, Barros JC, Metri JC, et al. O papel da vitamina C sobre as alterações orgânicas no idoso. Rev. Nutr. 2000; 13(2):89-97.
5. Boni A, Pugliese C, Cláudio CC, Patin RV, Oliveira FLC. Vitaminas antioxidantes e prevenção da arteriosclerose na infância. Rev. paul. pediatr. 2010; 28(4):373-380.
6. Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary References Intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc. Washington, National Academy Press, 2001.
7. Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary References Intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D and fluoride. Washington, National Academy Press, 1997.
8. Guenther PM, Kott OS, Carriquiri AL. Development of an approach for estimating usual nutrient intake distribution at the population level. Journal of Nutrition 1997; 127:1106-1112.

9. Carriquiri A. Assessing the prevalence of nutrient inadequacy. *Public Health Nutr* 1999; 2:23-33.
10. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*. 2000; 23:934-42.
11. Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, Kipnis V, Mouw T, Ballard-Barbash HA, et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *N Engl J Med* 2006; 355:763-78.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamento familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2006.
13. Ministério da Saúde. Agita Brasil: guia para agentes multiplicadores. BRASIL; 2001.
14. Fisberg RM, Marchioni DML, Castro MA, Junior EV, Araújo MC, Bezerra IN, et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev. Saúde Pública* 2013; 47(1):222s-230.
15. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42. 1206–1252.
16. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*, 2004; 82(4).