

# Envelhecimento e nutrição



**Dra. Myrian Spinola Najas**

CRN-3: 1630 / Nutricionista e docente da disciplina de Geriatria e Gerontologia do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM)

**Dra. Clarice Cavalero Nebuloni**

CRN-3: 9688 / Nutricionista e docente da disciplina de Geriatria e Gerontologia do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM)

Nos últimos anos, tem ocorrido um aumento na proporção de idosos de uma maneira mais acelerada em países em desenvolvimento quando comparados aos desenvolvidos. Para o ano de 2025, estima-se que cerca de 70% da população mundial de idosos seja de países em desenvolvimento, com o número absoluto excedendo 700 milhões, comparado com 318 milhões em regiões mais desenvolvidas<sup>1</sup>.

Na Tabela 1, encontra-se descrita, em números absolutos, a população de idosos das nações mais populosas em 2002 e as projeções para 2025<sup>2</sup>.

O Brasil passará da 6ª posição, alcançada em 2002, para a 5ª, em 2025, e contará com aproximadamente 33,4 milhões de

idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, associado a uma elevada prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Atualmente, este panorama já constitui um grande desafio no campo da saúde pública<sup>3</sup>.

Neste contexto, torna-se urgente a criação de medidas que visem à promoção da saúde desta faixa etária em constante crescimento. Tais medidas devem considerar o estado nutricional da referida população, uma vez que este é um indicador positivo de saúde, ao contrário da maioria dos indicadores clássicos de morbidade e mortalidade, que medem a ausência da mesma<sup>4</sup>.

Para o idoso, a determinação do estado nutricional deve considerar, entre outros, uma complexa rede de fatores, em que é possível relatar o isolamento social, a solidão, as doenças crônicas, as incapacidades e as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento<sup>5</sup>.

As mudanças corpóreas normais que ocorrem durante o processo de envelhecimento – como a progressiva diminuição da massa corporal magra e de líquidos corpóreos, aumento da quantidade de tecido gorduroso, diminuição de vários órgãos (como rins, fígado e pulmões) e uma grande perda de músculos esqueléticos, principalmente em idosos de países em desenvolvimento, onde a população senil apresenta um envelhecimento funcional precoce –, justificam a busca de condutas e diagnósticos nutricionais que visem a intervenções precoces que possam influenciar na qualidade de vida deste grupo etário<sup>6,7</sup>.

**Tabela 1.** Número absoluto de pessoas (em milhões) acima de 60 anos de idade em países com população total acima de 100 milhões (em 2002)

2002		2025	
China	134.2	China	287.5
Índia	81.0	Índia	168.5
Estados Unidos	46.9	Estados Unidos	86.1
Rússia	26.2	Indonésia	35.0
Indonésia	17.1	Brasil	33.4
Brasil	14.1	Rússia	32.7
Paquistão	8.6	Paquistão	18.3
México	7.3	Bangladesh	17.7
Bangladesh	7.2	México	17.6
Nigéria	5.7	Nigéria	11.4

Fonte: Nações Unidas, 2001.

As duas formas de envelhecimento que refletem a complexidade deste grupo etário são: o envelhecimento ativo/saudável e o envelhecimento frágil.

A Organização das Nações Unidas (ONU), durante conferência realizada em Madri, em 2002, coloca que: “Em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo”<sup>2</sup>.


O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, incapacitadas fisicamente e que requerem cuidados. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2005, a expectativa de vida do brasileiro era de 71,9 anos e, destes, apenas 56,6 anos em média serão vividos livres de incapacidades e doenças crônicas, o que significa dizer que, em pelo menos 21,3 % de sua vida, ele viverá com algum tipo de incapacidade<sup>8</sup>.

A influência do estado nutricional durante o processo de envelhecimento é um dos marcadores das condições de idosos saudáveis e frágeis. No Brasil, na transição nutricional discutida na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), o ano de 2004 mostra que a população idosa brasileira mantém a mesma tendência à obesidade verificada para a população adulta<sup>9</sup>.

Na Tabela 2, encontra-se descrita a condição nutricional de homens e mulheres a partir de 55 anos. Para os homens, a deficiência

de peso aumenta de modo progressivo, sendo a prevalência na faixa etária de 70 anos ou mais e três vezes maior que para os adultos. A pré-obesidade e a obesidade, apesar de manterem uma frequência elevada em todas as faixas etárias, diminuem de maneira bastante acentuada, tanto para os homens como para as mulheres com o envelhecimento.

A associação positiva existente entre a obesidade e as doenças crônicas mais prevalentes na população idosa permite que se faça uma inferência aos dados apresentados na Tabela 2, quanto à necessidade de

programas educativos de prevenção da obesidade nas idades mais jovens, para que o impacto desta medida proporcione uma melhor condição para um envelhecimento saudável e ativo. 

**“Para o idoso, a determinação do estado nutricional deve considerar uma complexa rede de fatores, em que é possível relatar o isolamento social, a solidão, as doenças crônicas, as incapacidades e as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento”**

**Tabela 2.** Transição nutricional no Brasil 2002 – 2003

	Homens	Mulheres
<b>55 a 64 anos</b>		
Deficiência	2,5	3,2
Pré-obesidade	50	57,4
Obesidade	11,9	21,8
<b>65 a 74 anos</b>		
Deficiência	3,5	3,6
Pré-obesidade	43,9	53,3
Obesidade	10,2	17,1
<b>70 anos ou mais</b>		
Deficiência	8,9	4,9
Pré-obesidade	33,3	42,5
Obesidade	5,6	14,3

## Referências bibliográficas

1. World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report. Geneva; 1995. (WHO – Technical Report Series).
2. *Envelhecimento ativo* – um projeto de política de saúde. Organização Mundial de Saúde. Grupo de Doenças Não-Transmissíveis e Saúde Mental – Departamento de Prevenção de Doenças Não-Transmissíveis e Promoção de Saúde. Envelhecimento e Curso de Vida. OMS, 2002.
3. Ramos, L.R. *Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano*: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública v.19 (3). Rio de Janeiro, jun 2003.
4. Leal, M.C.; Bittencourt, S.A. *Informações nutricionais: o que se tem no país?* Cad. Saúde Pública. 1997;13(3). Disponível em <<http://www.scielo.br/cgi-bin/fbpe/fbtext>>.
5. Tavares, E.L.; Anjos, L.A. *Perfil antropométrico da população idosa brasileira*. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Cad. Saúde Pública. 1999;15 (4): Disponível em <<http://www.scielo.br/cgi-bin/fbpe/fbtext>>.
6. Horwitz, A. *Guias alimentarias y metas nutricionales en el envejecimiento*. Arch. Latinoam. Nutr. 1988;38(3):723-49.
7. Scrimshaw, N.S. Epidemiology of nutrition of aged. In: Horwitz, A. et al. ed. *Nutrition in the elderly*. Oxford, Oxford University Press: 1989; 3-12.
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem populacional 2005*. Rio de Janeiro.
9. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índice de Preços. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002–2003*. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil.

# A realidade da fitoterapia na prática do nutricionista

**Dra. Lucyanna de Jorge Hossni Kalluf**

CRN-8: 2022 / Nutricionista, farmacêutica e docente do Centro Valéria Pascoal – Divisão de Ensino e Pesquisa

**H**oje, o cenário da fitoterapia abrange possibilidades para os profissionais da saúde interagirem em caráter multidisciplinar, visando a aperfeiçoar a saúde da população. A problemática dos distúrbios nutricionais relacionados à alimentação muito quantitativa, pouco qualitativa e à baixa ingestão de fatores botânicos pela coletividade torna relevante a participação do profissional nutricionista nesse contexto, agregando mais recursos à orientação dietoterápica.

A discussão da utilização pelo nutricionista das terapias ditas alternativas iniciou-se em 2002 com um parecer sobre seis estratégias complementares: Acupuntura, Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia, Suplementos Alimentares, Iridologia, Florais e Homeopatia. Posteriormente, foram estabelecidos cinco grupos de trabalho para aprofundar o andamento de cada uma das estratégias. Em 2005, foi elaborada uma minuta de resolução pelo respectivo grupo de trabalho da fitoterapia, justificando a importância da prescrição dos fitoterápicos pelo nutricionista.

Minuta que, ao final de 2006, foi liberada para consulta pública no site do CFN com o objetivo de agregar as colocações da categoria. Dando prosseguimento, a minuta foi aprovada na 186ª Reunião Plenária Ordinária do CFN, realizada nos dias 16 e 17 de julho de 2007, sendo publicada a resolução CFN nº 402 no Diário Oficial da União em 6 de agosto des-

te ano, regulamentando, então, a prescrição pelo profissional nutricionista de fitoterápicos de plantas *in natura* frescas, ou como droga vegetal nas suas diferentes formas farmacêuticas.

É importante ressaltar que essa resolução permite a suplementação de fitoterápicos apenas em suas formas de uso via oral, como infusão, decocção, tintura, alcoolatura e extrato. O nutricionista deve, ainda, recomendar o uso de fitoterápicos desde que conheça sua origem e sejam adequados às normas da Anvisa, quando industrializados. Ainda, caso o produto seja adquirido *in natura*, o consumidor deve estar atento às condições higiênico-sanitárias da espécie. Não fazem parte dessa resolução os produtos fitoterápicos cuja legislação vigente (RDC nº 89/2004) exija a prescrição médica.

## Determinantes sociais e metabólicos

A pertinência e a importância do uso da fitoterapia por esse profissional se dá pela grande interface com a nutrição, comprovada pelos crescentes estudos das propriedades funcionais tanto na área das espécies vegetais como na de alimentos. O reconhecimento de como a interação dietética com os fitoterápicos é capaz de modificar a expressão genética de um indivíduo, estimular seu desenvolvimento físico e mental, aumentar seu bem-estar e diminuir a susceptibilidade frente às doenças crônicas e outras comorbidades tem grandes implicações sociais, especialmente em caso de patologias de elevada prevalência como doença cardiovascular, obesidade, síndrome metabólica e câncer.

Outras responsabilidades sociais dessa interação são: maior realização profissional, ampliação do diálogo com outros profissionais no sistema de saúde público e privado, maior mercado de trabalho, tratamento integral e sistêmico do paciente. As implicações dessa mudança trazem uma participação do nutricionista em pesquisas e iniciativas que fomentam a biodiversidade botânica e suas ações em consonância com as atuais diretrizes mundiais de saúde e alimentação.

Existem ainda alterações positivas nos aspectos fisiológicos e bioquímicos do organismo frente aos princípios ativos das plantas.



O sinergismo entre os fitoquímicos das plantas e dos alimentos por meio de chás, extratos, temperos, entre outras formas de apresentação, tem ações funcionais e fitoterapêuticas. A melhora da capacidade funcional dos órgãos e sistemas com o uso dos fitoterápicos se dá pelos efeitos que eles apresentam sistematicamente no organismo.

O enfoque inicial está no aumento da digestibilidade e melhora do aproveitamento e da aceitabilidade da alimentação. Outros fatores correlacionados com a nutrição seriam as ervas que ampliam a variedade e a adequação da alimentação, pois são fontes de nutrientes essenciais, com importantes funções no organismo. O principal objetivo de todos esses sistemas de cura que utilizam os efeitos terapêuticos dos fitoterápicos é estimular os processos metabólicos que ajudam a manter o estado de equilíbrio corporal.

## Prescrição de fitoterápicos

A fitoterapia oferece caminhos alternativos às terapias tradicionais, focando a natureza como objeto de escolha para a melhoria da saúde global dos pacientes. Produtos de origem vegetal, denominados fitoterápicos, aqui compreendidos em toda sua abrangência, estão relacionados com a exploração científica e tecnológica de compostos bioativos empregados na prevenção, no tratamento e na melhora dos comprometimentos metabólicos.

Diante da complexidade na área da saúde humana e da responsabilidade da interação da ciência da nutrição com os extratos botânicos, é importante lembrar que o nutricionista deve

sempre orientar o consumo de fitoterápicos de acordo com a ética, prescrevendo produtos que tenham indicações terapêuticas

associadas ao seu campo de conhecimento, e que, ainda, o profissional deve ser cientificamente capacitado para adotar este tipo de conduta.

Alguns critérios são importantes para que o nutricionista possa prescrever os fitoterápicos, em conjunção com a orientação dietética:

- Saber qual parte da planta utilizar e todas as propriedades terapêuticas da mesma;
- Conhecer os critérios de controle de qualidade;
- Saber qual a melhor maneira de utilização;
- Saber qual a dosagem e o tempo do tratamento;
- Avaliar toxicidade, interações e possíveis efeitos colaterais das plantas;
- Não prescrever fitoterápicos que estão sob prescrição médica e respeitar a avaliação da equipe multidisciplinar.

Cabe ao nutricionista a valorização dessa conquista, validando a sinergia entre a prescrição dietética, prescrição de suplementos e a fitoterápica, a fim de que essa interação engrandeça e qualifique ainda mais o nutricionista, sendo de suma importância que o profissional procure uma excelente formação na área da fitoterapia. ☺

## Resolução CFN nº 402/2007

Disponível no site do CFN  
[www.cfn.org.br](http://www.cfn.org.br)

## Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução nº 89, de 16/03/2004. Determina a publicação da "Lista de registro simplificado de fitoterápicos". Disponíveis em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em 5 de outubro de 2007.
2. KRAFT, K. Phytotherapy in the treatment of functional disorders. MMW Fortschr Med. Feb 16;148(7):30-3, 2006.
3. BLUMENTHAL, M. Herbal medicine: expanded commission E monographs. Newton: Integrative Medicine Communication/American Botanical Council, p. 519, 2000.
4. ELDIN, S. Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde. Ed. Manole, 2002.
5. BRISKIN, DONALD, P. Medicinal plants and phytomedicines. Linking plant biochemistry and physiology to human health. Plant Physiology, v. 124, p. 507-514, 2000.
6. ASCHWANDEN, C. Herbs for health, but how safe are they? Bull, WHO, Geneva, v.79, n.7, p.691-692, 2001.
7. BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Regulatory situation of herbal medicines. A worldwide review, Geneva, 1998.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Monographs on selected medicinal plants. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 1999. 2v.
9. HODGSON, J; CROFT, K; MORI, T; BURHE, V; BEILIN, L; PUDDEY, I; Regular ingestion of tea does not inhibit in vivo lipid peroxidation in humans. J Nutr. 132(1):55-8, 2002.
10. ALONSO, JR. Tratado de fitomedicina – bases clínicas y farmacológicas. Argentina: ISIS EDICIONES SRL, 2004.