

Avaliação do idoso desnutrido*

Evaluation of the malnourished elderly

Valéria Maria Caselato de Sousa¹, Maria Elena Guariento²

*Recebido do Departamento de Clínica Médica da Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A desnutrição em idosos é comum, pois com a idade avançada, o consumo alimentar diário diminui. Além disso, os alimentos consumidos são de baixas calorias, contribuindo para a deficiência nutricional e desnutrição. O objetivo deste estudo foi apresentar questões relacionadas com a desnutrição no idoso e aspectos da intervenção nutricional.

CONTEÚDO: Os sinais e sintomas do processo de envelhecimento são facilmente confundidos com a desnutrição, dessa forma, as intervenções muitas vezes são inadequadas e menos potentes do que poderiam ser. A nutrição como um componente da saúde e do tratamento da doença no idoso, depende do conhecimento das recomendações nutricionais e também da capacidade de avaliar, de forma eficaz, as suas necessidades nutricionais. A suplementação oral é uma estratégia eficaz e viável, sendo utilizada para proporcionar uma vigilância nutricional adequada, principalmente quando esta faixa etária apresenta problemas de desnutrição.

CONCLUSÃO: A intervenção nutricional na desnutrição precisa ser individualizada, respeitando as suas necessidades de nutrientes, as doenças existentes e, caso necessário, a orientação sobre suplementação e pirâmide alimentar para idosos.

Descritores: Desnutrição, Estado Nutricional, Idoso.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The aging of a human being is a natural biological process rather than a pathologic one, characterized by a series of morpho-physiological, biochemical and psychological changes that take place throughout the lives of human beings. This objective to study was presented questions to be connected with malnutrition in elderly and aspects of nutritional intervention.

CONTENTS: The malnutrition in aged is common, since, with the advanced age, the daily food intake reduces. Moreover, the food consumed is low-calorie, contributing to nutritional deficiency and malnutrition. The signs and symptoms of the aging process are easily mistaken with malnutrition, and so, interventions are many times inadequate and less potent than they could be. Nutrition, as a component of health, can only be used in the treatment of illnesses in the elderly population if the nutritional recommendations and also the capacity to efficiently evaluate the nutritional needs of the elderly are known. The oral supplementation is an efficient and viable strategy, being used to provide an appropriate nutritional surveillance, mainly when the elderly group presents malnutrition problems.

CONCLUSION: The nutritional intervention in malnutrition is necessary to be: individual, to respect the nutritional needs of the elderly and the existent diseases. If necessary the oral supplementation guidance and food guide pyramid for elderly.

Keywords: Elderly, Malnutrition, Nutritional Status.

INTRODUÇÃO

A nutrição e a saúde estão entre as principais preocupações em relação as pessoas idosas. Para o Brasil estima-se que, em 2050, a expectativa de vida ao nascer chegue a 85 anos de idade, elevando, assim, a parcela de idosos da população¹. Além disso, já se observa um contínuo incremento de indivíduos com 60 anos e mais, em nível da população brasileira: atualmente, no Brasil, 15 milhões de pessoas (8,6% da população total) já passaram dos 60 anos de idade². Entretanto, as estimativas indicam que, em 2025, o país terá mais do que o dobro do número de idosos existentes na atualidade, ou seja, 35.148.000 de pessoas idosas (15,4% da população total) *versus* 16.488.000 (8,8% da população total), em 2005³.

Com o envelhecimento, mudanças fisiológicas, metabólicas e capacidade funcional resultam na alteração das necessidades nutricionais. Além disso, a população idosa é hetero-

1. Mestre em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Engenharia de Alimentos da UNICAMP

2. Professora-Doutora do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Apresentado em 22 de setembro de 2008

Aceito para publicação em 19 de novembro de 2008

Endereço para correspondência:

Valéria Maria Caselato de Sousa

Rua Delmar Buffulin, 128 – Esplanada do Sol

12244-750 São José dos Campos, SP.

E-mail: valeriac@fea.unicamp.br

gênea pela diversidade social, cultural, econômica e idade fisiológica⁴. Essas mudanças, assim como a diversidade entre os idosos podem contribuir para alterar o seu estado nutricional.

O mais importante distúrbio nutricional observado nos idosos é a desnutrição, que está associada ao aumento da mortalidade e da susceptibilidade às infecções e a redução da qualidade de vida. Entretanto, freqüentemente, a desnutrição insere-se no contexto de outras modificações orgânicas verificadas ao longo do processo de envelhecimento, deixando de ser diagnosticada^{5,6}.

Alguns autores consideram que os sinais de desnutrição podem ser difíceis de distinguir daqueles resultantes do processo natural de envelhecimento, porém se essa condição mórbida não for detectada, pode contribuir para o agravamento de manifestações clínicas associadas à inúmeras doenças crônicas e aumento de mortalidade^{7,8}.

AValiação DA DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS

A desnutrição é um transtorno corporal produzido por um desequilíbrio entre o aporte de nutrientes e as necessidades do indivíduo motivado por uma dieta inadequada, ou por fatores que comprometam a ingestão, absorção e utilização dos nutrientes decorrente de alguma afecção ou por necessidades nutricionais aumentadas⁹.

Os idosos constituem um grupo de risco de desnutrição devido a uma série de mudanças fisiológicas (Quadro 1), sociais, econômicas e psicológicas relacionadas com o processo de envelhecimento. Uma nutrição deficitária favorece o aparecimento de doenças que, por sua vez, repercutem negativamente no seu estado nutricional, instaurando-se desta maneira um ciclo vicioso má nutrição – doença^{10,11}.

Quadro 1 – Efeitos do envelhecimento em alguns dos sistemas envolvidos diretamente com o estado nutricional⁴

Aparelho ou Sistema Fisiológico	Efeitos do Envelhecimento
Orofaringeo	Dentição deficiente Xerostomia Alteração da percepção do gosto Diminuição da discriminação olfativa
Gastrointestinal	Esôfago: diminuição da motilidade Estômago: atraso no esvaziamento Cólon / reto: constipação e incontinência
Endócrino	Alteração nos níveis / ação dos hormônios circulantes
Nervoso	Diminuição da percepção sensorial Diminuição da resposta do músculo à estímulos Diminuição da cognição e memória Perda de células cerebrais

Entre os fatores sócio-econômicos que contribuem para o déficit nutricional encontram-se os psicossociais, tais como perda do cônjuge, depressão, isolamento social, pobreza, perda da capacidade de integração social, da independência, da função cognitiva e outros associados às doenças de

base que acometem o idoso¹². Já entre as principais mudanças fisiológicas que interferem no estado nutricional do idoso encontra-se a diminuição do metabolismo basal, redistribuição da massa corporal, alterações no funcionamento digestivo, alterações na percepção sensorial e diminuição da sensibilidade à sede¹⁰.

As doenças crônicas que, freqüentemente, estão associadas a algum tipo de deficiência alimentar na vida adulta, são também relacionadas aos fatores que levam o idoso à desnutrição. O uso de múltiplos medicamentos, situação bastante comum na população idosa¹³, influencia na ingestão de alimentos, nos processos de digestão, absorção e utilização dos diversos nutrientes, podendo comprometer o estado de saúde e nutricional do idoso¹⁴. Além disso, entre os fatores de risco associados à desnutrição, pode-se incluir a deterioração da saúde oral¹² e da sensibilidade a gostos primários^{11,15}.

A desnutrição também se manifesta como um dos resultados de uma variedade de condições, incluindo-se anemia, úlcera de pressão, fraturas ósseas, fragilidade, déficit cognitivo, desidratação, hipotensão ortostática e disfunção imune⁹, as quais demonstram uma estreita relação com o estado nutricional dos idosos¹⁶.

Segundo estimativas feitas no início da década passada, o Brasil apresentava uma proporção de baixo peso entre homens idosos em torno de 20,7%, e de 17% para as mulheres na mesma faixa etária. Em números absolutos, o país tinha, nesse período, cerca de 1.300.000 idosos com baixo peso¹⁷. Os dados atuais apontam para uma prevalência de desnutrição em idosos residentes em domicílios em nível de 1% a 15%, para idosos internados em hospitais essa proporção oscila entre 35% e 65% e para os idosos institucionalizados detecta-se desnutrição em 25% a 60%¹⁸.

Em comparação com outros países, no Brasil o risco de morrer de desnutrição na velhice é 71% maior do que nos EUA e 32,13% maior do que na Costa Rica. Verifica-se maior proporção de óbitos em indivíduos de 70 anos ou mais do que em indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos, independente do sexo¹⁹.

De acordo com estudo multicêntrico de desnutrição hospitalar feito no Brasil, o IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar), a prevalência de desnutrição é maior nas regiões Norte e Nordeste do país. No Pará, 78,8% dos pacientes internados encontram-se desnutridos. Já em Salvador (BA), verifica-se uma prevalência de 76% de pacientes internados desnutridos e em Natal (RN) esse percentual chega a 67,6%. Na região Sul, a prevalência de desnutrição entre os internados é de 38,9% e, na região Centro-Oeste, que inclui o Distrito Federal, há 34,8% de desnutridos. Associa-se o menor número de desnutrido nas regiões Sul e Sudeste à melhor oferta de cuidados adequados na área da Saúde²⁰.

Indicadores de Desnutrição ou de Risco de Desnutrição no Idoso

Na verificação das alterações associadas ao estado nutricional, faz-se necessário proceder a avaliação nutricional, cujos objetivos são os seguintes, entre outros: identificar os indivíduos em risco para desenvolver doenças crônicas não

transmissíveis; monitorar a eficácia da intervenção dietoterápica²¹.

Vários indicadores têm sido propostos para avaliar o estado nutricional, embora eles sejam questionáveis, pois são influenciados por fatores não relacionados à ingestão de alimentos. Os indicadores utilizados são: dados antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal, circunferências do braço, panturrilha e abdominal, pregas cutâneas e composição corporal), exame clínico, exames laboratoriais (hemograma, eletroforese de proteínas, balanço nitrogenado, colesterol sérico) e dietéticos^{22,23}.

Podem-se considerar como os principais indicadores de desnutrição nos idosos os seguintes parâmetros:

- Perda de peso involuntária de aproximadamente 5% em um mês, 7,5% em três meses e 10% em 6 meses;
- Peso baixo para a altura, inferior a mais de 20% do peso corporal ideal;
- Índice de massa corporal (IMC) menor que 22 kg/m²;
- Albumina sérica abaixo de 3,5 mg/dL;
- Nível de colesterol sérico total inferior a 160 mg/dL;
- Mudança do estado funcional: de independente para dependente;
- Ingestão alimentar inadequada;
- Circunferência muscular do braço inferior ao percentil 10;
- Prega cutânea tricipital menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 95²⁴.

Inúmeros testes de avaliação para risco de desnutrição têm sido desenvolvidos, destacando-se a Mini Avaliação Nutricional (MAN) e o SCALES.

A MAN foi desenvolvida para avaliar o risco de desnutrição em idosos, assim como para identificar aqueles que pudessem se beneficiar de intervenção dietoterápica precoce. A versão original é composta de 18 tópicos que englobam avaliação antropométrica, dietética e clínica; autopercepção da saúde e estado nutricional, podendo ser utilizada tanto para triagem como para apreciação diagnóstica, desde que aplicada por profissional da área de saúde⁵. Constitui-se em instrumento prático, não invasivo, que leva em consideração o estado nutricional, o estado de saúde, a fragilidade e eventuais doenças que acometem os idosos²⁵.

O instrumento SCALES foi desenvolvido por médicos e dietistas para uso na prática clínica e validado juntamente com a MAN. Tem capacidade superior para identificar subsequentes problemas nutricionais que possam se associar à condição mórbida prévia. Esse instrumento necessita exames laboratoriais complementares e pode ser usado como segundo nível de avaliação, após a mensuração do risco de desnutrição feita através da MAN⁹ (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação rápida para o risco de desnutrição, através do instrumento SCALES⁹

S:	Depressão
C:	Colesterol < 4,14 mmol/L (1600 mg/L)
A:	Albumina < 4,0 g/L
L:	Perda de peso
E:	Problemas para se alimentar (cognitivo ou físico)
S:	Problemas na aquisição de alimentos ou dificuldade para prepará-los

Intervenção Nutricional no Idoso

A intervenção nutricional em Geriatria deve orientar-se de maneira individual, em função do estado nutricional das múltiplas doenças acometidas, das mudanças biológicas e psicológicas associadas ao envelhecimento, da capacidade funcional e das necessidades nutricionais do indivíduo. Seu objetivo é proporcionar todos os nutrientes necessários e as quantidades adequadas para manter um bom estado nutricional.

Suplementação

O Ministério da Saúde (MS) definiu, em 1998, que os suplementos, tanto vitamínicos quanto minerais, são alimentos que servem para complementar a dieta diária de uma pessoa saudável, nos casos em que a ingestão desses nutrientes, a partir da alimentação, seja insuficiente. Nos suplementos, cada nutriente deve conter um mínimo de 25% e, no máximo, até 100% da “ingestão diária recomendada” (DRI), na porção diária indicada pelo fabricante, não podendo substituir os alimentos, nem se constituir em componente exclusivo da dieta²⁶.

São considerados suplementos: vitaminas isoladas ou associadas entre si, minerais isolados ou associados entre si, associações de vitaminas com minerais e produtos que representem fontes naturais de vitaminas e ou minerais, legalmente regulamentados, em conformidade com a legislação pertinente.

Os idosos constituem-se em grupo de risco de carência de macro e micronutrientes, pois, freqüentemente, apresentam dificuldades na manutenção da ingestão energética e de nutrientes adequada, através de alimentação balanceada⁴. A oferta de suplementação oral, principalmente quando ocorrem complicações advindas da desnutrição, contribui para adequada vigilância nutricional e manutenção das recomendações diárias para os indivíduos nesta faixa etária²⁷.

Pirâmide Alimentar para Idosos

A pirâmide alimentar proposta para pacientes com mais de 70 anos, tem como objetivo evitar as carências nutricionais e as doenças relacionadas com a má alimentação. As recomendações que mais se destacam são as seguintes:

- Ingestão de alimentos ricos em fibras, com baixa concentração de gorduras e açúcares refinados e ingestão das quantidades superiores ao número de frações diárias de cada grupo de alimentos;
- Consumir diariamente oito copos de água;
- Possível necessidade de suplementar à dieta com cálcio e vitamina D (para reduzir o risco de fraturas ósseas) e vitamina B12;
- Nos grupos de alimentos, devem-se consumir alimentos integrais, produtos lácteos com pouca gordura, carnes magras, pescados e aves²⁸.

CONCLUSÃO

A desnutrição em idosos é comum, pois com o envelhecimento o consumo alimentar diário tende a diminuir. Além disso, os alimentos consumidos têm baixo teor calórico, contribuindo para a deficiência nutricional e desnutrição.

Os sinais e sintomas do processo de envelhecimento são facilmente confundidos com a desnutrição e, dessa forma, as intervenções muitas vezes são inadequadas e menos potentes do que poderiam ser.

Através de uma intervenção nutricional individualizada, realizada depois de adequada avaliação do estado nutricional; e, quando necessário, das doenças existentes, será possível reverter, em grande número de casos, um quadro de desnutrição e, conseqüentemente, contribuir para proporcionar ao paciente idoso o restabelecimento de suas funções orgânicas.

REFERÊNCIAS

1. Wilmoth JR. The future of human longevity: a demographer's perspective. *Science*, 1998;280:395-397.
2. Berquó E, Baeninger R. Os idosos no Brasil: considerações demográficas. Campinas: Unicamp/Nepo, 2000;69. (Textos NEPO, 37).
3. United Nations, 2005. World Population Prospects: The 2004. Revision Population Database < <http://esa.un.org/unpp>
4. Jensen GL, McGee M, Binkley J. Nutrition in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am*, 2001;30:313-334.
5. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*, 1996;54:S59-S65.
6. Wahlqvist ML, Savige GS, Lukito W. Nutritional disorders in the elderly. *Med J Aust*, 1995;163:376-381.
7. Beck AM, Ovesen L, Osler M. The 'Mini Nutritional Assessment' (MNA) and the 'Determine Your Nutritional Health' Checklist (NSI Checklist) as predictors of morbidity and mortality in an elderly Danish population. *Br J Nutr*, 1999;81:31-36.
8. Sacks GS, Dearman K, Replogle WH, et al. Use of subjective global assessment to identify nutrition-associated complications and death in geriatric long-term care facility residents. *J Am Coll Nutr*, 2000;19:570-577.
9. Morley JE. Protein-energy malnutrition in older subjects. *Proc Nutr Soc*, 1998;57:587-592.
10. Quintero-Molina R. Nutrición en los ancianos. *Geriatrics*, 1993;9:14-18.
11. Nogués R. Factores que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *N Clínica*, 1995;15:39-44.
12. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr*, 2000;13:157-165.
13. Flores LM, Mengue SS. Drug use by the elderly in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*, 2005;39:924-929.
14. Marucci MFN. Equilíbrio Nutricional na Terceira Idade. In: Congresso Nacional, Alimentos e Equilíbrio Nutricional: Perspectivas para o Século XXI, São Paulo, Anais. São Paulo, SBAN, 1993;35-36.
15. Rolls BJ. Aging and appetite. *Nutr Rev*, 1992;50:422-426.
16. Krause D, Mastro AM, Handte G, et al. Immune function did not decline with aging in apparently healthy, well-nourished women. *Mech Ageing Dev*, 1999;112:43-57.
17. Coitinho DC, Leão MM, Recine E, et al. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
18. Omran ML, Morley JE. Assessment of protein energy malnutrition in older persons. History, examination, body composition and screening tools. *Nutrition*, 2000;16:50-63.
19. Otero UB, Rozenfeld S, Gadelha AM, et al. Malnutrition mortality in the elderly, southeast Brazil, 1980-1997. *Rev Saude Publica*, 2002;36:141-148.
20. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*, 2001;17:573-580.
21. Gariballa SE, Sinclair AJ. Nutrition, ageing an ill health. *Br J Nutr*, 1998;80:7-23.
22. Kuczmarski MF, Kuczmarski RJ. Nutritional assessment of older adults. In: Schlenker ED. *Nutrition in Aging*. 3rd Ed. Boston: McGraw-Hill; 1998;208-227.
23. Acuna K, Cruz T. Nutritional assessment of adults and elderly and the nutritional status of the Brazilian population. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 2004;48:345-361.
24. Riobó Serván P, Sánchez-Vilar O, González de Villar N. Geriatric nutrition. *Nutr Hosp*, 1999;14:(Suppl2):32S-42S.
25. Garry PJ, Vellas BJ. Practical and validated use of the Mini Nutritional Assessment in geriatric evaluation. *Nutr Clin Care*, 1999;2:146-154.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 32, de 13 de janeiro de 1998. <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=65>.
27. Miguel Mari JA, Pérez Del Rio MA. Resultados obtenidos en personas de edad avanzada desnutridas, com la adición a su dieta habitual de un preparado proteico-vitaminico-mineral. *Geriatrics*, 1981;26:50-51.
28. Russell RM, Rasmussen H, Lichtenstein AH. Modified food guide pyramid for people over seventy years of age. *J Nutr*, 1999;129: 751-753.