

Prevalência de desnutrição hospitalar em idosos

Prevalence of hospital malnutrition in elderly

Marcia Samia Pinheiro Fidelix¹, Anatacha Ferreira de França Santana², Jessica Rodrigues Gomes²

¹ Nutricionista graduada pela Universidade Federal de Alagoas, Especialista em Nutrição em Cardiologia, Nutrição Enteral e Parenteral, Alimentos Funcionais e Marketing, Nutrição Clínica, e Mestre em Ciências pelo Programa Nutrição Humana Aplicada da Universidade de São Paulo. Professora de Nutrição do Centro Universitário CESMAC

² Nutricionistas graduadas pelo Centro Universitário CESMAC.

Endereço para correspondência: Marcia Fidelix - mfidelix@hotmail.com

Palavras-chave:

Idosos
Prevalência
Desnutrição hospitalar
Triagem nutricional.

RESUMO

A desnutrição é frequente entre idosos hospitalizados; está associada à maior incidência de complicações, mortalidade e tempo de internação. O presente trabalho é uma revisão de literatura, com o objetivo de identificar a prevalência de idosos desnutridos em leitos hospitalares. Para a revisão bibliográfica foi realizada busca de artigos nas bases de dados Pubmed, Google, Scielo, Bireme e Lilacs, no período de 1998 a 2012. Ao longo da revisão literária, constatou-se que a prevalência de desnutrição em idosos hospitalizados varia de 2% a 80%; essa diferença decorre de diversos fatores, como a heterogeneidade da população idosa. Entretanto, esses valores podem estar subestimados, pois alguns pontos de corte para dados antropométricos são utilizados de forma inadequada, ou seja, com parâmetros não ajustados para a população idosa. Com isso, percebe-se a importância da implantação da triagem de risco nutricional, bem como a avaliação nutricional específica para o paciente idoso, objetivando o diagnóstico precoce do estado nutricional para que haja adequada intervenção e acompanhamento clínico-nutricional.

Keywords:

Elderly
Prevalence
Hospital malnutrition
Nutritional screening

ABSTRACT

Malnutrition is common among hospitalized elderly and associated with a higher incidence of complications, mortality, and length of hospitalization. The present paper is a literature review, aiming at identifying the prevalence of malnourished elderly in hospital beds. For the literature review we conducted a search for articles in the databases PubMed, Google, Scielo, Bireme and Lilacs from 1998 to 2012. Throughout the literary discussion, it was found that the prevalence of malnutrition in hospitalized elderly ranges from 2% until 80%, this difference is due to different factors such as population heterogeneity. However, these figures may be underestimated because some of the cutoff points for anthropometric data for the elderly are used improperly, with inadequate parameters for the elderly population. This clearly shows the importance of the implementation of nutritional risk screening and nutritional assessment specific to the elderly patient, aiming at early diagnosis of nutritional status so that there is adequate intervention and clinical-nutrition.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são considerados idosos, nos países em desenvolvimento, pessoas com idade superior a sessenta anos ¹. A OMS prevê que, em 2025, existirá 1,2 bilhão de idosos no mundo ². No Brasil, o número de habitantes com faixa etária superior a sessenta anos, no ano 2000 era de 15 milhões, cerca de 8,6% da população geral; já em 2025, estima-se que alcance o número de 32 milhões de habitantes, cerca de 13% da população geral. O envelhecimento populacional acelerado contribuirá para o crescimento do número de idosos institucionalizados, que são acometidos por diferentes tipos de

alterações metabólicas, fisiológicas, anatômicas e psicossociais inerentes à idade, em que, do ponto de vista nutricional, são considerados vulneráveis ³.

A desnutrição nos idosos vem sendo responsável por várias complicações ⁴, pois, quando se comparam pacientes bem nutridos e desnutridos com diagnóstico similar, vê-se que a desnutrição conduz a um aumento substancial em tempo de internação, taxa de readmissão, mortalidade, e custo de hospitalização ⁵.

O envelhecimento é um processo natural; leva o organismo a sofrer diversas alterações anatômicas e funcionais, como perda dos dentes, pouca palatabilidade e deficiência visual, dentre outras ⁶.

Diversos autores relatam que, além de fatores como problemas socioeconômicos, comportamentais, isolamento social⁶, o uso de muitos medicamentos compromete o estado de nutrição e de saúde do idoso.

O ambiente hospitalar é considerado de grande risco, especialmente para esta população, pois, associado às comorbidades e alterações próprias da faixa etária, contribui fortemente para a instalação do quadro de desnutrição⁷.

Para a OMS, a desnutrição ou má nutrição é o estado nutricional do indivíduo caracterizado pela ingestão insuficiente de energia, micronutrientes e proteínas que resulta de complexa interação entre a sua alimentação, condições econômicas, estado de saúde e condições sociais em que vive⁸.

Estudos demonstram que, dependendo do local onde o ancião se encontra (hospital, domicílio ou instituição de longa permanência) e da técnica aplicada para diagnosticar a desnutrição, a prevalência oscila entre 15 % a 60%⁹. Neste sentido o nutricionista desempenha papel primordial diante dessa realidade, pois ele identifica os casos de grande risco e precocemente, podendo intervir na alimentação para prevenir e controlar o quadro de desnutrição, interferindo também na melhora da evolução da enfermidade¹⁰.

A desnutrição é frequente entre os pacientes internados, sendo alvo de estudos, os quais mostram que a mesma está associada à maior incidência de complicações, mortalidade, tempo de internação e custo hospitalar⁷. Diante deste fato, é importante estabelecer o diagnóstico nutricional do paciente¹¹.

A literatura internacional mostra várias ferramentas de triagem nutricional validadas. Fatores socioeconômicos e culturais interferem no desempenho dessas ferramentas, e a comparação entre as mesmas é comum, sendo necessário senso crítico sobre o método mais indicado ao ambiente hospitalar. No Brasil ainda não há uma técnica-padrão de triagem nutricional¹².

Outro método de avaliação a respeito do qual nos orienta Gomes⁵ é a Miniavaliação Nutricional (MNA), que é muito simples e rápida de ser realizada, indicada para identificar o risco nutricional, principalmente, em idosos.

Conforme explicam Menezes e Marucci¹³, "A antropometria é um importante indicador do estado nutricional, sendo um método não invasivo, de fácil e rápida execução". Não há tanta diferença entre a avaliação antropométrica do idoso e a do adulto, porém, deve-se considerar a limitação dessa faixa etária quanto à aferição de medidas (como dobras cutâneas, peso, estatura); assim, utiliza-se um padrão de referência específico para idade.

Neste sentido, o índice de massa corporal (IMC) é muito utilizado como indicador do estado nutricional. Entretanto, em função do decréscimo de estatura, do aumento de tecido adiposo, da redução da massa magra e da quantidade de água no organismo, a utilização do IMC nos idosos apresenta dificuldades¹³.

Segundo Kondrup *et al.*¹⁴, a área muscular de braço e a circunferência de panturrilha são usadas como indicadores de massa muscular, sendo mensuradas em nível periférico.

Raslan *et al.*¹² reforçam que os hospitais devem padronizar técnicas de avaliação do estado nutricional e sistematizar sua aplicação, pois detectar o risco de desnutrição hospitalar previne a instalação da desnutrição, auxilia no tratamento nutricional e melhora o prognóstico do paciente hospitalizado. Diante de toda variedade de métodos, convém a cada profissional desenvolver senso crítico para determinar sua técnica de preferência. Dada a relevância do estado nutricional e o crescente índice de mortalidade por desnutrição hospitalar, este estudo de revisão visa identificar a prevalência de desnutrição em idosos hospitalizados no Brasil.

MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão narrativa sobre a prevalência de desnutrição hospitalar em pacientes idosos no Brasil. Para a busca dos artigos foram realizadas pesquisas nas bases de dados como Pubmed, Google, Scielo, Bireme e Lilacs, no período de 1998 a 2012, com as seguintes palavras-chave: idosos, prevalência desnutrição hospitalar, triagem nutricional. Para a obtenção dos artigos, realizou-se pesquisa bibliográfica na biblioteca central da Universidade Federal de Alagoas- UFAL. Os artigos foram analisados e agrupados em duas seções: avaliação do estado nutricional e prevalência de desnutrição hospitalar em idosos.

RESULTADOS

Avaliação do Estado Nutricional

Entre os idosos, o aumento da prevalência de enfermidades é fator de risco, sendo necessário o conhecimento das doenças, do estado nutricional, das modificações corporais, psicológicas e sociais desse grupo etário¹⁵. O processo de envelhecimento interfere diretamente no estado nutricional do indivíduo por alterações que ocorrem no organismo, como por exemplo, a falha na mastigação¹⁶.

Para a identificação precoce de pacientes desnutridos e consequente intervenção, além de prevenção da desnutrição, o ideal seria promover a conscientização dos profissionais de saúde quanto aos aspectos nutricionais, implantando a avaliação nutricional como atividade de rotina nos hospitais, e tornando real a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) dos custos provenientes de avaliação do estado nutricional, assim como dos materiais e equipamentos necessários à aplicação de terapias oral, enteral e parenteral¹⁷.

Segundo Padilha *et al.*¹⁸ a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, a European Society for Parenteral and Enteral Nutrition e a British Association for Parenteral and Enteral Nutrition recomendam que seja estabelecida rotinas de triagem nutricional, facilitando e agilizando a identificação do paciente que necessita de intervenção nutricional. Para isso, faz-se necessária a utilização de métodos com indicadores que avaliem de forma correta e sistemática a gravidade do indivíduo.

A American Dietetic Association (ADA) definiu risco nutricional como “a presença de fatores que podem acarretar e/ou agravar a desnutrição em pacientes hospitalizados”. Já a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) o definiu como “risco de prejuízo do estado nutricional devido às condições clínicas atuais”¹⁹.

A ADA, o Comitê das Organizações de Saúde (JCHO) e a Iniciativa de Triagem Nutricional (NSI) definiram triagem nutricional como “o processo de identificação das características melhor associadas a problemas dietéticos ou nutricionais”²⁰.

O objetivo da triagem nutricional é dar um prognóstico quanto à probabilidade de desnutrição que o paciente apresenta em seu quadro de saúde em consequência dos aspectos nutricionais, e se há influência do tratamento.¹⁴ É composta de perguntas simples ao paciente ou familiar com o objetivo de identificar o risco nutricional¹⁹. Evidencia precocemente os pacientes com risco de desnutrição, por meio de medidas rápidas, fáceis e de baixo custo, não sendo necessário estabelecer o diagnóstico nutricional, diferente da avaliação nutricional que utiliza medidas antropométricas, bioquímicas, clínica e dietéticas. Em pacientes hospitalizados, a triagem nutricional deve ser realizada no prazo máximo de até 72 horas da sua admissão, para a identificação do risco nutricional¹⁴. A avaliação do estado nutricional do paciente hospitalizado é o primeiro passo para se estabelecer os cuidados nutricionais¹⁹.

Para realizar a triagem e a avaliação nutricional em pacientes idosos, necessita-se de métodos que determinem o estado nutricional de maneira precisa, pois muitas variáveis utilizadas são afetadas pelo estado da doença. Sendo assim, foi desenvolvido um método simples e de fácil utilização para avaliação de pacientes geriátricos, a Miniavaliação Nutricional, em inglês, Mini Nutritional Assessment (MNA)¹⁴.

A principal finalidade da MNA é detectar a presença de desnutrição e o risco do desenvolvimento de desnutrição entre os idosos em programas de saúde, instituições de longa permanência e hospitais. Para idosos fragilizados, a MNA poderá identificar o risco do desenvolvimento de desnutrição em um estágio precoce, incluindo aspectos físicos e mentais que frequentemente afetam o estado nutricional de idosos¹⁵.

Foram desenvolvidas pontuações arbitrárias para a MNA, em relação às variáveis estudadas, aplicadas junto a uma avaliação

nutricional permitindo a análise estatística e sua validação por meio de regressão das variáveis²⁰. A avaliação é composta por um questionário que pode ser preenchido em cerca de dez minutos. O mesmo é dividido em cinco partes: triagem nutricional; avaliação antropométrica (índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso); avaliação global (perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos); avaliação dietética (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos, e autonomia na alimentação); e autoavaliação (a autopercepção da saúde e da condição nutricional). A soma dos escores da MNA permite a identificação do risco e do estado nutricional do idoso (desnutrição leve, moderada, e grave). Para a triagem nutricional, são atingidos no máximo 14 pontos. O escore de 12 pontos ou mais considera o idoso como normal, tornando-se desnecessária a aplicação de todo o restante do questionário. Para aqueles que atingem o escore de 11 pontos ou menos, considera-se a possibilidade de desnutrição e, portanto, o questionário deve ser continuado²¹.

A Miniavaliação Nutricional Reduzida (MNA-SF) foi desenvolvida a partir da MNA original, e é utilizada preferencialmente em idosos, podendo ser aplicada em adultos. A MNA original é de média complexidade e lentidão, necessitando um treinamento específico para o aplicador⁸. Já MNA-SF preserva a sensibilidade, a especificidade, e o diagnóstico confiável da MNA original, minimizando tempo e treinamento para aplicação¹².

A Nutritional Risk Screening (NRS-2002) é recomendada pela American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) e tem como objetivo detectar o risco de desnutrição no ambiente hospitalar. Este método classifica o paciente segundo o estado nutricional e a gravidade da doença, definindo a desnutrição em normal, leve, moderada ou grave, totalizando 6 pontos. Caso a idade do paciente seja superior a setenta anos, deve ser adicionado um ponto a mais no final da pontuação; entretanto, se o paciente atingir uma pontuação igual ou superior a 3, considera-se em risco nutricional⁸.

A NRS-2002 tem como diferencial dos outros métodos de triagem a inclusão dos pacientes clínicos, cirúrgicos, e dos demais no âmbito hospitalar, não discriminando pacientes e abrangendo todas as condições patológicas, podendo ser aplicada em adultos independentemente da idade, visto que os idosos recebem atenção especial, aumentando a pontuação final na classificação do risco nutricional²².

A Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSJG), por ser um método amplo, tem a capacidade de avaliar os riscos nutricionais e determinar o diagnóstico nutricional em pacientes adultos e idosos hospitalizados, ou não, desde que aplicada por um profissional qualificado. A avaliação consiste em exames físicos, em que são avaliados perda de peso, tecido adiposo e muscular,

ingestão alimentar, alteração funcional, sintomas gastrointestinais, e o grau de estresse, segundo o diagnóstico. A ANSG é utilizada como um bom índice de prognóstico de mortalidade, mas quando utilizada isoladamente existe certo questionamento quanto à sua eficiência²¹.

É indicado ao nutricionista realizar a triagem nutricional do paciente, porém qualquer membro da equipe multidisciplinar da terapia nutricional ou um profissional da saúde bem treinado pode realizá-la, com base em protocolo preestabelecido, identificando o risco ou a desnutrição, garantindo o registro no prontuário do paciente, devidamente datado e assinado pelo profissional responsável. A avaliação deve ser repetida a cada dez dias, precedendo a indicação da terapia nutricional¹⁴.

A inserção de um método de triagem nutricional para identificação de risco nutricional tem sido recomendada, nacional e internacionalmente, por organizações de especialistas, com o objetivo de avaliar efeitos físicos e fisiológicos adversos de pacientes com doenças crônicas degenerativas e/ou lesões agudas¹⁴.

Paralelamente, a antropometria pode ser utilizada, pois é um método não invasivo, de baixo custo, facilmente aplicável, com o propósito de avaliar o tamanho, as proporções e a composição corporal⁸. Pode ser aplicada em todas as etapas da vida²³.

Para aferir a estatura em idosos, utiliza-se a altura do joelho, devido a problemas osteoarticulares que modificam sua postura quando em posição ereta. Assim, a estatura diminui de 1,2 a 1,4 cm a cada vinte anos²².

De acordo com a OMS, a massa corporal dos homens tende a alcançar um platô por volta dos 65 anos, diminuindo a partir dessa idade. Nas mulheres, geralmente, o aumento da massa corporal persiste em média até 75 anos, quando, então, começa a apresentar redução²⁴. Estudos mostram que com o avanço da idade a massa corporal, medida pelo peso e a estatura, apresenta alterações²⁴.

Segundo a OMS, o IMC fornece a medida da união de todos os compartimentos corporais, recomendado para identificar a desnutrição. Este método é um bom indicador do grau de emagrecimento, porém, em indivíduos hospitalizados torna-se limitado, pois não considera as condições clínicas que podem influenciar a fisiologia dos tecidos²⁵.

A magreza em adulto é classificada, segundo a OMS, quando o valor do IMC for menor que 18,5 Kg/m² e sobrepeso maior que 24,9 Kg/m². Alguns autores defendem que, na prática clínica, o ponto de corte para classificar a magreza em idosos é IMC < 20 kg/m² e IMC menor ou igual 22 kg/m² baixo peso^{26,27}.

Entretanto, idosos com IMC entre 22 e 27 kg/m² têm maior prognóstico de sobrevida, ao contrário de pacientes com IMC inferior a 22 Kg/m², que apresentam risco de mortalidade maior²⁸. Neste sentido, outros autores recomendam o padrão de referência

do NSI, 1994 que considera magreza o IMC abaixo de 22 Kg/m² e eutrofia com IMC entre 22 Kg/m² a 27 Kg/m², sendo essa referência adotada pelo SISVAN do Ministério da Saúde²².

Durante o processo de envelhecimento há uma redução no tecido gorduroso dos braços, implicando modificações nos parâmetros antropométricos, como na dobra cutânea tricipital e na circunferência do braço. Apesar de não ser o melhor indicador de massa muscular, a circunferência do braço (CB) sofre alterações pela redução da massa magra, pois representa o somatório do tecido ósseo, muscular, gorduroso, e epitelial¹³.

A medida da circunferência da panturrilha (CP) tem sido sugerida como a mais sensível para avaliar a massa muscular em idosos. Muitos estudos identificam a CP com valores abaixo de 30cm como marcador de desnutrição e a acima de 30cm, eutrofia em indivíduos acima de sessenta anos^{29,30}.

Nos idosos a dobra cutânea do tríceps (DCT) sofre clara influência da idade, pelo maior acúmulo de gordura nas extremidades e pela redução da massa muscular¹³.

Para um melhor diagnóstico do estado nutricional em idosos, é importante utilizar outros critérios de avaliação, como exames laboratoriais e história alimentar²³, pois podem ser considerados indicadores de desnutrição nesse grupo a perda de peso involuntária de aproximadamente 5% em um mês ou 7,5% em três meses ou ainda 10% em seis meses, albumina sérica abaixo de 3,5 mg/dL; nível de colesterol sérico total inferior a 160 mg/dL, e ingestão alimentar inadequada ou insuficiente³¹.

Por meio de métodos de triagem e avaliação nutricional, o tratamento do paciente geriátrico pode ser conduzido e avaliado de diversas maneiras, levando em consideração o estado físico e mental, a complexidade da doença e do tratamento exigido por ela, e o grau de recuperação do paciente acometido por determinada doença, obtendo como resultado um declínio no consumo de recursos, e a redução do tempo de internação do paciente¹⁴.

Prevalência de Desnutrição

As alterações nutricionais no idoso estão intimamente ligadas ao aumento da mortalidade, à susceptibilidade a infecções e ao declínio da qualidade de vida. Em pacientes geriátricos, é comum a associação de doenças não transmissíveis, interferindo no apetite e na absorção de determinados nutrientes³.

Vários fatores secundários ao envelhecimento podem contribuir para a desnutrição nos idosos, como por exemplo, hipocloridria que reflete na absorção da vitamina D, cálcio, e ferro, atrofia das glândulas salivares e papilas gustativas, perda dental, intolerância a lactose, menor ingestão de água pela redução no controle da sede, redução na produção da vitamina D e absorção de ferro, zinco e cobre, implicando anemia e outras doenças

resultantes da falta de nutrientes³².

Com o avançar da idade, é comum haver perda de peso involuntária, redução do apetite e alterações fisiológicas que favorecem a desnutrição no idoso. Dentre essas alterações pode-se citar deficiência dos batimentos cardíacos, com redução do fluxo sanguíneo, diminuição da massa muscular, aumento do tecido adiposo³³.

A anorexia causada pela redução do apetite contribui para o desenvolvimento e a progressão da sarcopenia, que é uma variável utilizada para definição da síndrome de fragilidade, prevalente em idosos, gerando maior risco de quedas, fraturas, hospitalização e mortalidade³⁴.

O declínio da sensibilidade olfativa e gustativa interfere diretamente na qualidade do estado nutricional do idoso, pois o número de papilas gustativas diminuído reduz em cerca de 60%, se comparada à de um adulto, a sensibilidade dos sabores, tornando os alimentos menos apreciados e desejados. Já a deglutição é o processo dependente de estruturas como a cavidade oral, faringe, laringe e esôfago, que leva o alimento até o estômago em uma consistência apropriada, e uma das doenças decorrentes da deglutição, é a disfagia, que vem sendo relacionada fortemente a desnutrição³⁴.

Não se sabe ao certo sua prevalência, mas a redução da ingestão alimentar diária e a disfagia frequentemente ocorrem em cerca de 50% dos pacientes³⁴.

O envelhecimento dos órgãos do trato gastrointestinal caracteriza-se por redução na motilidade, secreção, e absorção. Na boca se apresentam retração da gengiva e pouca salivagem, que pode ser agravada por uso de alguns fármacos. No estômago, o envelhecimento está associado a alterações secretoras e morfológicas, como degenerações, redução na secreção de ácidos, pepsina e atrofia da mucosa; com essas alterações se dá significativa redução na absorção de vitaminas e minerais como B12, ferro, cálcio e zinco²⁸.

Durante o envelhecimento, o campo de absorção do intestino delgado vai diminuindo com a redução da altura das vilosidades, o que resulta em menor absorção de alguns micronutrientes, como o cálcio e o ferro. Queixas clínicas como constipação e fecaloma são comuns nesse período, aumentando também a incidência de diverticulose. O número de cálculos biliares e a secreção de colesterol pelo fígado aumentam com o avanço da idade, mas apesar de sofrer várias alterações, sua reserva hepática é grande, minimizando as perdas. Adicionalmente, os níveis de insulina aumentam com a idade, porém a sua sensibilidade diminui; isso ocorre porque há redução na degradação da insulina, no número de receptores na membrana celular dos tecidos-alvo e na velocidade na liberação da insulina²⁸.

Deste modo, ao longo do envelhecimento são afetados vários órgãos, que em situações normais e sem estresse passam por alterações fisiológicas que não determinam nenhuma deficiência da função, porém em situações de estresse a resposta

é diminuída, tendo em vista que o paciente idoso em tal situação dispõe apenas de pequena reserva orgânica²⁸.

Fatores socioeconômicos e emocionais também induzem a desnutrição no idoso, pois a dificuldade na aquisição de alimentos que sejam fonte de nutrientes, o isolamento, e a morte de pessoas queridas favorecem o surgimento da anorexia³⁴.

Em pacientes hospitalizados, a desnutrição é causada pela combinação de fatores inerentes à condição do paciente e ao seu tratamento³⁵ que podem acontecer antes, durante e até depois da internação, tais como: doença de base, comorbidades agudas ou crônicas, efeitos colaterais de medicamentos, inatividade física, deficiência na oferta e ingestão de alimentos, fatores psicológicos, além de negligência das equipes de saúde quanto aos aspectos nutricionais em detrimento de outros cuidados³⁶.

São muitas as condições que podem causar dificuldade na ingestão alimentar e anorexia, além de procedimentos de investigação, necessidade de alteração da dieta e constante jejum³⁷.

Assim, essa desnutrição em idosos hospitalizados pode ocorrer em consequência de determinadas condições clínicas, como doença hepática e renal, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, úlcera de pressão, fraturas ósseas, fragilidade, anemia, déficit cognitivo, desidratação, e disfunção imune, insuficiência respiratória, e doenças hipermetabólicas que demonstram uma relação com o estado nutricional³⁸.

O quadro 1 ilustra a prevalência de desnutrição, relacionada com as doenças, que levam à alteração do estado nutricional.

Percebe-se que a alta prevalência de desnutrição hospitalar em idosos variou entre 25 a 52%, sendo escasso o número de estudos e dados brasileiros da frequência de desnutrição hospitalar, especificamente neste grupo etário.

Deste modo, a desnutrição é vista com frequência em pacientes portadores de neoplasias, doenças degenerativas, doença hepática, renal, HIV, doença pulmonar obstrutiva³⁷, pois eleva o comprometimento do estado nutricional, associa-se diretamente ao aumento da morbimortalidade, à redução da resposta ao tratamento, e à qualidade de vida, aumentando os riscos de infecção pós-operatória³⁹.

Quadro 1: Prevalência de desnutrição, segundo diagnóstico clínico

Doenças relacionadas à desnutrição hospitalar	Prevalência de desnutrição (%)
Diabetes	7,6 a 7,8 % ¹¹
Insuficiência cardíaca	13,2% ¹²
Hipertensão arterial	22 a 44% ¹⁰
Câncer	25% ¹³

No Brasil a desnutrição ainda é subestimada como causa de doença e morte, sendo vista como causa associada, e não como causa básica²⁸.

Prevalência de Desnutrição Hospitalar em Idosos

A população idosa corresponde a aproximadamente 10% dos habitantes de todo o Brasil, e vem sendo responsável por cerca de 20% das emissões de autorizações de internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda espera-se o aumento dessa demanda²⁷.

Nas últimas três décadas a desnutrição em pacientes hospitalizados em nível mundial vem crescendo, e no Brasil não é diferente⁹. A prevalência de desnutrição hospitalar tem aumentado, variando em pacientes clínicos e cirúrgicos entre 19 e 80%, sendo destacada a desnutrição proteica, um problema prevalente nos hospitais, pois afeta entre 30 e 60% dos pacientes^{32, 38}. No geral, a desnutrição em pacientes internados abrange percentual entre 2% e 80%, e essas variações são devido à heterogeneidade da população envolvida nos diversos estudos³⁸.

Em estudo brasileiro, realizado na Clínica Geriátrica do Rio de Janeiro, 4,7% das 4.762 internações no período de três anos teve como diagnóstico principal a desnutrição no momento da admissão hospitalar, resultando em 53 mortes durante esse período²⁸.

Segundo estimativas do início da década de 1990, 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 peso. Os dados 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%³⁸.

Sabe-se da relevância da desnutrição, pois retarda a recuperação e acelera o declínio funcional do paciente após a hospitalização, ou seja, a desnutrição predispõe a uma série de complicações graves, redução da imunidade, tendência a infecção, deficiência de cicatrização de feridas, falência respiratória, insuficiência cardíaca, edema, diminuição da filtração glomerular e da produção de suco gástrico, redução da motilidade intestinal, fraqueza muscular, diminuição da resistência às suturas, cardíaca, diminuição da síntese de proteínas a nível hepático e produção de metabólitos anormais^{10, 37}.

A desnutrição hospitalar afeta o estado geral do paciente, inclusive a resposta ao tratamento, pois com exceção do cérebro, ocorre uma redução na massa de todos os órgãos. Nos rins ocorre uma redução na taxa de filtração glomerular poliúria, e atrofia tubular, o que favorece a acidose metabólica. Essas e outras

intercorrências reduzem a produção dos linfócitos, elevando o risco de infecção, interferindo no estado físico e mental do paciente, podendo levar à depressão e, com isso, aumentar o tempo de internação e os custos hospitalares⁴⁰.

Muitos autores evidenciam que essas alterações causam os efeitos secundários, como maior morbimortalidade e conseqüentemente, maior período de hospitalização, resultante da desnutrição. Assim, quanto maior o tempo de internação, maior possibilidade de o paciente se desnutrir, gerando impacto financeiro para o serviço de saúde, devido ao custo da permanência hospitalar^{7, 38}.

Dessa forma, pacientes em risco nutricional têm um tempo de hospitalização de 50% maior do que pacientes saudáveis⁴¹. A hospitalização por 15 dias ou mais está associada o risco três vezes maior de desnutrição⁴².

Quanto à prevalência de desnutrição, segundo o motivo da internação, os indivíduos com câncer apresentaram o maior percentual (53%), seguidos dos com doença respiratória (40%) e dos com distúrbios neurológicos (29%). Pacientes oncológicos tiveram 4,87 vezes mais chances de estarem desnutridos que os não oncológicos. Os desnutridos permaneceram em média mais dias internados. Além disso, dos desnutridos, 45,16% não receberam terapia nutricional³⁷.

Assim, a anorexia está presente em cerca de 15 a 25% dos pacientes oncológicos, e a desnutrição, antes do diagnóstico e tratamento, está presente em cerca de 40% dos pacientes com câncer de pescoço⁴³.

Infelizmente a desnutrição não é sempre identificada no momento da internação, fazendo com que o paciente evolua para um quadro mais grave pela presença de infecções e outras intercorrências, levando até a morte, mas não pela causa-base, e sim pela desnutrição, que muitas vezes não é diagnosticada⁴².

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), estudo realizado em 2001 nos hospitais públicos da rede do SUS de todo o Brasil envolvendo 4000 pacientes adultos, mostrou que 48,1% da população estudada encontrava-se desnutrida, sendo 12,6% com desnutrição grave, e 35,5% com desnutrição moderada^{11, 43}. A prevalência de desnutrição foi maior nas regiões norte e nordeste do país³⁸.

Sousa e Guariento⁴⁴ referem que em Belém (PA), 78,8% dos pacientes internados encontram-se desnutridos, já em Salvador (BA), verificou-se a prevalência de 76% de pacientes internados desnutridos e em Natal (RN) esse percentual chegou a 67,6%. Na região sul, a prevalência de desnutrição entre os internados foi de 38,9% e, na região centro-oeste, que inclui o Distrito Federal, 34,8% de desnutridos.

Em estudo realizado por Correia⁴⁵ com pacientes adultos e idosos, a frequência da desnutrição foi de 30%, avaliada pelo NRS 2002, e verificou-se que a desnutrição aumenta o risco de

internações longas, embora não significativo.

Conforme as outras ferramentas utilizadas, a desnutrição também chegou aos 30%, sendo de 34,7% e 29,3% para o MNA e ANSG, respectivamente, evidenciando que o diagnóstico de desnutrição está associado ao instrumento de triagem nutricional eleito pelo profissional de saúde ⁴⁵.

Em 2010, Sousa⁴⁶ realizou pesquisa no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia com 256 pacientes e constatou que a prevalência de desnutrição entre os pacientes foi de 59,4%, sendo com desnutrição moderada (35,1%) e desnutrição grave (24,2%). Neste estudo também foi identificado que a presença de desnutrição não está associada à unidade de internação dos pacientes, como clínica médica, ou moléstias infecciosas. Identificou-se ainda, que no diagnóstico clínico a desnutrição não foi incluída no prontuário como uma doença (88,2%). Vale destacar que neste estudo foram excluídos os

prontuários de pacientes sem formulários de ANSG; logo, pode-se concluir que grande parcela de pacientes não foi diagnosticada ou tratada.

O número de pacientes jovens tem diminuído, mas cresce significativamente o número de idosos internados, cujo estado nutricional pode ser crítico ³¹. 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 ³².

É importante destacar que a prevalência de desnutrição tem sido pouco avaliada no âmbito hospitalar entre idosos^{32, 38}. Pode-se verificar no quadro abaixo que diversos autores constataram que esses valores são subestimados, pois já foi descrito na literatura que os pontos de cortes para dados antropométricos em idosos são usados de forma inadequada ⁴⁰.

Os dados de prevalência de desnutrição foram consolidados no quadro 2, onde constam informações de estudos realizados

Quadro 2 - Proporção de desnutrição em idosos hospitalizados

Local/Estado	Faixa Etária	Parâmetros de Diagnóstico Nutricional	Classificação do IMC para desnutrição	% de Desnutrição	Referência Ano
				Total	
Hospital Geral de Blumenau – SC	>60	MAN, IMC, AJ, PCT, CB, e CMB	<22Kg/m ²	60,62	Azevedo <i>et al.</i> , 2007 ²⁷
Fundação Hospital Estadual do Acre – AC	>60	MAN, ASG, IMC e FAM	Não referido	21,4	Camelo, 2010 ³¹
Hospital Universitário de Brasília – DF	>60	MAN e AJ	Não referido	20	Maciel, 2008 ³⁸
Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca – SP	>60	AJ, CB e IMC	<22 kg/m ²	41	Panissa & Vassimon, 2012 ⁴⁷
Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto – MG	>60	CB, PCT, CMB, e IMC	<22Kg/m ²	49,6	Pala <i>et al.</i> , 2011 ⁴⁸
Conjunto Hospitalar de Sorocaba – SP	>60	MAN e IMC	<18Kg/m ²	25	Scattolin <i>et al.</i> , 2005 ⁴⁹

IMC – Índice de Massa Corporal; CB – Circunferência do Braço; AJ – Altura do Joelho; MAN-Mini Avaliação Nutricional; PCT – Perímetro Cutâneo do Tríceps; AMB – Área Muscular do Braço; FAM – Força do Aperto de Mão não Dominante.

com idosos em hospitais do Brasil e métodos de diagnóstico nutricional em idosos, dentre eles, Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência do Braço (CB), Altura do Joelho (AJ), Prega Cutânea do Tríceps (PCT), Força do Aperto de Mão não Dominante (FAM), triagem e avaliação nutricional.

Dada a prevalência de desnutrição, tornam-se necessárias estratégias para identificar sistematicamente, prevenir, e tratar a desnutrição no tanto no ambiente hospitalar, como no pós-alta⁵.

Considerando o número alarmante de idosos desnutridos hospitalizados, cabe ao profissional de saúde, especialmente ao nutricionista, estabelecer critérios de diagnóstico do estado nutricional, visando a intervenção e a reabilitação do paciente idoso³². Nesse contexto, nos hospitais é imprescindível o cuidado com o paciente idoso pelas equipes multiprofissionais. Com a padronização das condutas de acordo com o processo fisiopatológico, é possível contribuir para a recuperação do estado nutricional, em consequência haverá a melhora do prognóstico, a redução do tempo de internação do paciente e da taxa de mortalidade⁵⁰.

REFERÊNCIAS

- Segalla R, Spinelli, RB. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados na Sociedade Beneficente Jacinto Godoy, em Erechim, RS. *Perspectiva, Erechim*. 2011; 35 (129):189-201
- Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Asciutti LSR, Cavalcanti AL. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos Brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, 2009; 11 (6): 865-77.
- Felix LN, Souza EMT. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. *Rev. Nutr. Campinas*. 2009;22(4):571-80.
- Guedes ACB, Gama CR, Tiussi ACR. Avaliação nutricional do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN). *Com. Ciências Saúde*. 2008; 19 (4):375-84.
- LIM SL, Daniels.Reply – Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr*. 2012; 32(2013):489–90.
- Gomes RC, Pinto CS, Soar C. Prevalência de desnutrição em idosos institucionalizados. Universidade do Vale do Paraíba – UNIVAP. São José dos Campos, SP, 2011. XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba.
- Miranda RNA, Salgado NA, Almeida TTG, Silva TCS, Maciel AP. Métodos de avaliação para a detecção de Desnutrição em idosos Hospitalizados atendidos pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, Belém/PA. Instituição: Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFGPA. 2012.
- Aquino RC. Fatores associados ao risco de Desnutrição e desenvolvimento de Instrumentos de Triagem Nutricional. Tese [Doutorado em Saúde Pública] Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, SP. 2005.
- Colembegue JP, Conde SR. Uso da Mini avaliação Nutricional em idosos institucionalizados. *Scientia Medica (Porto Alegre)*. 2011; 21(2):59-63
- Morais FTD, Campos IC, Lessa NMV. Diagnóstico Nutricional em idosos hospitalizados. *Rev Digital Nutr Nutr Gerais, Ipatinga*. 2010; 4(7):637-51. Disponível em: http://www.unilestemg.br/nutrigerais/downloads/artigos/volume4/educac_07/diagnostico-nutricional.pdf.
- Rezende JFB, Oliveira VS, Kuwano EA, Leite APB, Rios I, Dórea YSS, Chaves VL. Prevalência da desnutrição hospitalar em pacientes internados em um hospital filantrópico em Salvador (BA), Brasil. *R. Ci. Méd. Biol*. 2004; 3(2):194-200
- Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Paes-Barbosa FC, Ceconello I, Waitzberg DL. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Rev. Nutr*. 2008; 21(5): 553-61.
- Menezes TN, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(2):169-75.
- Kondrup J, Alisson SP, Elia M, Vellas B, Plauyh M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*. 2003; 22(4):415–21.
- Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev. Nutr*. 2005; 18(6):765-75.
- Magnoni D, Cukier C, Oliveira PA. Nutrição na terceira idade. Sarvier, 1º Ed., São Paulo, 2005. p.24.
- Duchini L, Jordão AF, Brito TT, Diez-García RW. Avaliação e monitoramento do estado nutricional de pacientes hospitalizados: uma proposta apoiada na opinião da comunidade científica. *Rev. Nutr*. 2010; 23(4):513-22
- Padilha LM; Bastos NM; Micheli ET; Maraschin T. Avaliação do nível assistencial nutricional em pacientes adultos internados no hospital de clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2008; 28(3): 158-61
- Projeto diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Triagem e avaliação do estado nutricional. Autoria: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia. 2011.
- Najas M, Yamatto TH. Nutrição na maturidade: Avaliação do estado nutricional do idoso. *Nestlé Nutrition*. Maio, 2008.
- Campos SH, Boog MCF. Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes. *Rev. Nutr., Campinas*. 2006; 19 (2): 145-55.
- Cuppari L. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM. Nutrição Clínica no Adulto. Editora Manole, 2º ed, São Paulo,2005. p 101
- Farinea N, Ricalde SR, Siviero J. Perfil nutricional e antropométrico de idosos participantes de um grupo de ginástica no município de Antônio Prado – RS. *RBCEH, Passo Fundo, set./dez*. 2010.
- SABE – Saúde, Bem- Estar e envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: Uma abordagem inicial. Lebrão ML; Duarte YAO. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p 96.
- Franco JB, Morsolletto RHC. Perfil nutricional de pacientes hospitalizados em um hospital público

CONCLUSÃO

Ao longo do trabalho identificou-se um número reduzido de estudos que utilizam parâmetros antropométricos atualizados para a população idosa e uma prevalência elevada de idosos desnutridos em hospitais.

Dentre os poucos estudos, a maioria emprega parâmetros inadequados para classificar o estado nutricional de idosos, o que pode subestimar a prevalência de desnutrição neste grupo.

A implantação da triagem e avaliação nutricional específica para o paciente idoso, indicando o risco de desnutrição, é fundamental para a intervenção eficiente e eficaz nesse grupo. A equipe multiprofissional deve está capacitada para a aplicação do protocolo de avaliação do estado nutricional. Assim, é possível contribuir para uma redução na prevalência de idosos desnutridos em leitos hospitalares.

Desta forma, há necessidade de atualização dos nutricionistas no que tange a triagem e avaliação do estado nutricional na população idosa, visando desmistificar a desnutrição como processo natural do envelhecimento.

- do município de Ituiutaba, Minas Gerais *Rev Bras Nutr Clin.* 2012; 27(3):187-92.
26. Garcia ANM, Romani SAM, Lira PIC. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: Um estudo comparativo. *Rev. Nutr. Campinas.* 2007;20(4): 371-78.
27. Azevedo LC, Medina F, Silva AA, Campanella ELS. Prevalência de desnutrição em um hospital geral de grande porte de Santa Catarina/Brasil. *Arq Catarinenses Med.* 2006; 29 (4): 311-20.
28. Otero UB, Rozenfeld S, Gadelha AMJ e Carvalho Sá M. Mortalidade por desnutrição em idosos, Região Sudeste - 1980 a 1997. Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(2):141-58.
29. Cardoso EIM. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos Institucionalizados, estudo de caso avaliação de intervenção. Tese de licenciatura [Doutorado em Ciências da Nutrição]. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, 2007.
30. Segalla R, Spinelli RB. Análise Nutricional para realizar atenção a idosos de uma Instituição de Longa Permanência, no Município de Erechim-RS. *Rev Eletrônica de Ext da URI Vivências.* 2012;8 (4): 72-85. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_014/artigos/artigos_vivencias_14/n14_07.pdf.
31. Camelo AA, Estado Nutricional de Idosos em um Hospital Público de Rio Branco, Acre, 2006-2007. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Universidade de São Paulo; 2010.
32. Marchini JS, Ferrioli E, Moriguti JC. Suporte nutricional no paciente idoso: Definição, diagnóstico, avaliação e intervenção. *Simpósio Nutrição Clínica.* Ribeirão Preto, 1998.
33. Oliveira K. Fatores de risco que afetam o estado nutricional de indivíduos institucionalizados: Uma revisão bibliográfica. Fundação Universidade de Blumenau; 2011.
34. Silva TAA, Junior AF, Pinheiro MM, Szejnfeld VL. Sarcopenia associada ao envelhecimento: Aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Rev Bras Reumatol.* 2006; 46 (6): 391-97.
35. Crestani N, Bieger P, Kik RME, Dias RL, Alscher S, Lienert RSC. Perfil nutricional de pacientes adultos e idosos admitidos em um hospital universitário. *Rev Ciência & Saúde.* 2011;4 (2):45-49.
36. Beghetto MG. Estado Nutricional como Preditor de morte, infecção e permanência hospitalar. Tese [Doutorado em epidemiologia] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.
37. Sousa FC, Neto MHM. Desnutrição: Inter-relações entre os aspectos celulares e sociais; 2007. *Arq Mudi.* 2007; 11(1):41-58
38. Maciel JRV, Oliveira CJR, Tada CMP. Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. *Rev. Nutr., Campinas.* 2008; 21(4):411-21.
39. Silva MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Rev Bras Cancerol.* 2006; 52(1): 59-77.
40. Santos VA, Abreu SM. Impacto da desnutrição no paciente adulto hospitalizado. *Rev Enferm UNISA.* 2005; 6: 99-103.
41. Ferreira IT. Desnutrição no internamento hospitalar Implicações econômicas. Faculdade de Ciências da Nutrição da Universidade do Porto. Porto, 2009.
42. Mello ED, TexeiraLB, Beghetto MG, Luft VC. Desnutrição Hospitalar cinco anos após a IBRANUTRI. SBNPE-Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Hospital das Clínicas de Porto Alegre. *Rev Bras Nutr Clin.* 2003; 18(2):65-9.
43. Waitzberg DL, Caiffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*, 2001.
44. Sousa VMC; Guariento ME. Avaliação do Idoso Desnutrido. Campinas, SP. *Rev Bras Clin Med.* 2009; 7:46-49.
45. Correia JRS. Desnutrição Hospitalar em Idosos num Departamento de Ortofisiatria. Porto. Tese em licenciatura [Doutorado em ciência da nutrição].- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade de Porto; 2003.
46. Sousa TA. Associação entre diagnóstico prospectivo e retrospectivo do estado nutricional e a evolução clínica de pacientes internados em um hospital universitário. Uberlândia. Dissertação [Mestre em Ciências da Saúde] - Universidade Federal de Uberlândia, 2010.
47. Panissa CO, Vassimon HS. Risco de desnutrição de idosos hospitalizados: avaliando ingestão alimentar e antropometria. *Demetra.* 2012; 7(1); 13-22.
48. Pala D, Silva LF, Bastos AQA, Silva WM, Nemer ASA. Perfil nutricional de idosos hospitalizados. *Rev Bras Nutr Clin.* 2011; 26 (4):227-33.
49. Scattolin MAA, Avelar GN, Toledo JCF, Yamamoto FW, Alves ER, Neto VCD. Avaliação Nutricional de idosos internados no CHS: perfil nutricional à internação e correlação com escala de depressão e mini mental. *Rev. Fac. Ciênc. Méd.* 2005;7(1):15-20.
50. Cavaleiro IFR. Tratamento dietético da desnutrição primária grave em populações de países menos favorecidos sócio- economicamente. Faculdade de Ciências da Alimentação e Nutrição Universidade do Porto, 2010.

Submissão: 01 de julho de 2013

Aprovado para publicação: 13 de agosto de 2013