

# Avaliação Nutricional de Idosos Internados no CHS: perfil nutricional à internação e correlação com escala de depressão e mini-mental

Monica Ayres de Araújo Scattolin<sup>1</sup>, Gisele Nardi Avelar<sup>2</sup>, Jullyana Chrystina Ferreira Toledo<sup>2</sup>, Francylly Wisniesk Yamamoto<sup>2</sup>, Eliani Reiko Alves<sup>2</sup>, Vicente Spinola Dias Neto<sup>3</sup>

## RESUMO

Pesquisas demonstram a associação entre má nutrição e maior tempo de internação, mortalidade ou taxas de re-internação em idosos. Objetivo: Caracterizar a população geriátrica da Enfermaria do Hospital Leonor Mendes de Barros - Conjunto Hospitalar de Sorocaba quanto ao seu status nutricional. Material e Método: Em uma amostra randomizada de 51 pacientes com mais de 60 anos, foram coletados dados antropométricos e aplicados os instrumentos Mini-Avaliação Nutricional e as escalas de depressão geriátrica e Mini – Avaliação Mental (MAM). Resultados: A idade média encontrada foi de 69,8 anos sendo 31 (61%) homens, 42 (82%) aposentados. Foram detectados 13 (25%) pacientes desnutridos, 22 (44%) em risco de desnutrição e 16 (31%) fora deste risco. Em relação à depressão, 31 (61%) dos idosos constituem grupo no qual uma maior investigação desta patologia será necessária. Já na aplicação do MAM, 11 (22%) pacientes não atingiram a nota de corte. Foi encontrada relação significativa entre depressão e desnutrição na referida amostra. Conclusão: As características apresentadas alertam para a necessidade contínua de aperfeiçoamento dos profissionais de Saúde para que no tratamento do idoso com estado geral comprometido, a preocupação com a nutrição, e a qualidade de vida, não fique relegada a uma posição de menor destaque.

**Descritores:** Estado Nutricional, Hospitalização, Idoso.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.7, n.1. p. 15 - 20, 2005

## INTRODUÇÃO

A má nutrição, caracterizada tanto pela desnutrição como pela obesidade, é um achado comum na prática clínica e sua influência nas taxas de morbimortalidade vem sendo cada vez mais explorada e sustentada por uma gama de estudos bem conduzidos<sup>1,2,3</sup>.

Nos países em desenvolvimento, o problema da nutrição como base para a saúde é mais complexo, pois há sobreposição de duas situações aparentemente paradoxais, mas que se examinadas com

adequada profundidade, mostram suas raízes na desinformação e na péssima qualidade de vida da população: as doenças secundárias à deficiência nutricional e as enfermidades crônicas degenerativas<sup>4</sup>.

No Brasil, o baixo peso representa um problema grave para o grupo dos idosos. Cerca de um milhão e trezentos mil idosos não apresentam peso adequado. Os idosos de baixa renda são os que mais sofrem. Mais de 25% dos idosos com renda domiciliar per capita inferior a meio salário mínimo apresentam baixo peso em comparação com os idosos cuja renda excede a dois salários mínimos. A frequência de baixo peso para homens é de 20.7% no grupo dos idosos e para as mulheres é de 17%<sup>5</sup>.

As pesquisas demonstram a associação entre má nutrição e maior tempo de internação, mortalidade ou taxas de re-internação. Variáveis nutricionais costumam ser o melhor preditor de morte em uma mesma população em um ano após internação<sup>5</sup>.

No entanto, muitos dos profissionais especialistas na área de nutrição clínica concordam que, no tratamento do idoso com estado geral comprometido, muitas vezes a preocupação com a nutrição e a hidratação fica relegada a uma posição de menor destaque na lista de prioridades de avaliação e tratamento. O risco de desnutrição perante as patologias já estabelecidas e diagnosticadas é avaliado como menos urgente.

A necessidade da avaliação e intervenção é particularmente crucial para o paciente geriátrico. Os fatores que contribuem para o estado de nutrição da população idosa atuam de forma sinérgica, podendo ser agrupados em:

a) maior vulnerabilidade biológica: pluripatologia e diminuição da reserva funcional

b) Isolamento, solidão e perda do status social: os problemas de saúde são muitas vezes agravados pela situação de abandono a que estão submetidos, com uma redução do suporte familiar e comunitário.

1 - Residente em Pediatria da UNIFESP

2 - Acadêmico(a) do Curso de Medicina - CCMB/PUC-SP

3 - Professor do Departamento de Medicina CCMB/PUC-SP

Recebido em 23/08/2004. Aceito para publicação em 07/10/2004.

c) pobreza <sup>5</sup>

A demanda dos idosos por serviços de saúde é elevada, sendo a própria assistência a esse grupo etário muito complexa. Os gastos são aproximadamente o quádruplo das outras faixas etárias.

Para o idoso com uma diminuição de autonomia e independência funcional reduz-se a possibilidade de autocuidado prejudicando o cumprimento de suas necessidades básicas como alimentação e higiene. Fica estabelecido um ciclo vicioso que resulta em prejuízo da saúde em seu sentido mais amplo.

Em 1999, Vetta e colaboradores avaliaram como a desnutrição pode levar a uma baixa qualidade de vida em idosos <sup>6</sup>. Quando pacientes não se alimentam por períodos prolongados podem sofrer consequências significativas que incluem irritabilidade, ansiedade, depressão, falta de concentração, dificuldade para a compreensão das explicações clínicas.

A desnutrição proteico-energética vem sendo associada ao desenvolvimento de úlceras de decúbito, função imune alterada, disfunção cognitiva, anemia e quedas <sup>7</sup>.

A perda involuntária de peso pode ser resultado de vários fatores como depressão, doenças e traumas. A idade avançada tem sido associada com a desregulação do apetite e sede. Muitos idosos não sentem sede e desidratam. Quando se comparam homens jovens e velhos frente a uma dieta de baixas calorias, ambos perdem peso similarmente. Entretanto, depois de retomada a dieta ideal, os homens jovens recuperam rapidamente o peso perdido e os mais velhos têm a tendência de manter o baixo peso.

A hospitalização para os mais velhos é um período de marcante instabilidade. Em estudo norte-americano pelo American Journal of Clinical Nutrition, 48% dos pacientes internados que apresentavam má nutrição, apresentaram também longos períodos de internação. A probabilidade da má nutrição aumentar com a hospitalização foi de 69% <sup>8</sup>.

Vários fatores podem ser citados como responsáveis: falta de familiaridade com os alimentos oferecidos, iatrogenia (medicamentosa ou não) entre outros <sup>9</sup>.

Para o paciente internado a dieta é uma terapia coadjuvante ao tratamento clínico prescrita após avaliação dos déficits do passado e necessidades futuras, fornecendo ao paciente nutrientes necessários da forma mais adequada possível à doença, condições físicas, hábitos alimentares e aspecto psicológico <sup>8</sup>.

A abordagem multidimensional é reconhecida

hoje como a pedra fundamental para avaliação de pacientes geriátricos <sup>10,11</sup>. Focalizando-se a saúde e não a doença procura-se, além de se identificar o risco de morte ou incapacitação, determinar os benefícios de um acesso terapêutico integrado. Nessa visão a importância da avaliação integrada do status nutricional é primordial.

O presente trabalho baseia-se neste conceito para realizar uma análise descritiva do perfil nutricional da população idosa internada no Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

### OBJETIVOS

O presente estudo teve por objetivos:

1. Determinar e caracterizar a população geriátrica da Enfermaria do Hospital Leonor Mendes de Barros - Conjunto Hospitalar de Sorocaba quanto ao status nutricional determinando aqueles que apresentam status nutricional comprometido.

2. Estabelecer a relação entre status nutricional e os indicadores: capacidade funcional, escala de depressão geriátrica e Mini – Avaliação Mental produzindo um panorama das características dos pacientes com mais de 60 anos atendidos pelo CHS.

### METODOLOGIA

Foram selecionados no período de junho de 2003 a fevereiro de 2004 de maneira randomizada e seguindo os critérios de inclusão e exclusão a seguir mencionados 51 pacientes com mais de 60 anos de idade internados no Hospital Leonor Mendes de Barros – CHS. A inclusão de sujeitos ocorreu de maneira homogênea durante o período descrito, independentemente da especialidade de internação. Os pacientes participantes desse estudo atendiam aos seguintes requisitos:

- Idade igual ou superior a 60 anos.
- Homem ou mulher.
- Manifestar interesse em participar do estudo.
- Encontrar-se internado no Conjunto Hospitalar de Sorocaba por um período mínimo de três dias.
- Estar consciente e capaz de contactar verbalmente.

Estão excluídos do estudo pacientes com alimentação por sonda nasogástrica ou enteral. Em um primeiro contato foi esclarecido quanto aos objetivos do estudo, garantindo às pessoas o direito de não participação e anonimato das informações fornecidas. O consentimento informado foi obtido com os pacientes ou com parentes dos criticamente enfermos ou demenciados.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos pacientes com mais de 60 anos internados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba no período de junho de 2003 a fevereiro de 2004

		N = 51
<b>Idade</b>	<b>60-65 Anos</b>	14 (27%)
	<b>66-70 Anos</b>	17 (33%)
	<b>71-75 Anos</b>	10 (20%)
	<b>76-80 Anos</b>	7 (14%)
	<b>81-85 Anos</b>	3 (6%)
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	31 (61%)
	<b>Feminino</b>	20 (39%)
<b>Cor</b>	<b>Branca</b>	38 (74%)
	<b>Parda</b>	4 (8%)
	<b>Negra</b>	8 (16%)
	<b>Amarela</b>	1 (2%)
<b>Estado Civil</b>	<b>Casado(a)</b>	28 (55%)
	<b>Viúvo(a)</b>	16 (31%)
	<b>Separado</b>	5 (10%)
	<b>Solteiro</b>	2 (4%)
<b>Aposentado</b>	<b>Sim</b>	42(82%)
	<b>Não</b>	9 (18%)
<b>Religião</b>	<b>Católico</b>	38 (74%)
	<b>Evangélico</b>	6 (12%)
	<b>Protestante</b>	3 (6%)
	<b>Outros</b>	4 (8%)
<b>Escolaridade</b>	<b>Analfabeto</b>	15 (29%)
	<b>Sabe ler/escrever</b>	18 (35%)
	<b>Primário Completo</b>	12 (24%)
	<b>Ginásio</b>	5 (10%)
	<b>Superior</b>	1 (2%)
<b>Cidade de Origem</b>	<b>Sorocaba</b>	17 (33%)
	<b>Outras</b>	34 (67%)
<b>Renda Familiar em salários mínimos (SM)</b>	<b>Menos de 1 SM</b>	1 (2%)
	<b>1 a 2 SM</b>	23 (45%)
	<b>2 a 3 SM</b>	13 (25%)
	<b>3 a 4 SM</b>	6 (12%)
	<b>4 a 5 SM</b>	6 (12%)
	<b>mais de 5 SM</b>	2 (4%)

A avaliação prosseguiu na ordem a seguir apresentada:

1. Obtenção com o paciente ou acompanhante de dados sociodemográficos, hábitos e vícios e presença das doenças mais prevalentes.

2. Aplicação dos questionários de Mini-avaliação Nutricional<sup>11</sup> Escala de Depressão Geriátrica<sup>12</sup> e Mini-Mental<sup>13</sup>.

3. Consulta ao prontuário médico com anotação de resultados de exames existentes, prescrição dietética e medicamentosa, diagnósticos existentes e outros dados que sejam considerados relevantes.

Os dados foram computados em planilha do programa Excel e testes estatísticos foram aplicados com o uso dos programas Epi Info6 e Biostat 2.0.

## RESULTADOS

A tabela 1 resume as características sociodemográficas da amostra. A idade média foi de 69,8 anos.

Os pacientes foram questionados sobre a presença de situações de alta prevalência nessa faixa etária como hipertensão arterial ou doenças do coração. As respostas são indicadas na tabela 2. É importante

**Tabela 2.** Perfil das doenças e comportamentos de risco declarados por idosos com mais de 60 anos internados no Conjuntos Hospitalar de Sorocaba no período de junho de 2003 a fevereiro de 2004.

		N = 51	
<b>Doença do Coração</b>	Sim	21	(59%)
	Não	30	(41%)
<b>Hipertensão Arterial</b>	Sim	29	(57%)
	Não	22	(43%)
<b>Anemia</b>	Sim	7	(14%)
	Não	44	(86%)
<b>Diabetes Melitus</b>	Sim	16	(32%)
	Não	35	(68%)
<b>Dor</b>	Sim	34	(64%)
	Não	17	(36%)
<b>Etilismo</b>	Sim	14	(27%)
	Não	37	(73%)
<b>Drogas</b>	Sim	4	(8%)
	Não	92	(47%)

salientar que essas respostas refletem a percepção individual dos pacientes sobre as doenças que os acometiam no momento da entrevista e não necessariamente se refletem em diagnósticos médicos. A tabela 2 apresenta ainda os índices de comportamentos de risco, como tabagismo, etilismo e drogas ilícitas.

Quanto à alimentação, 84% (43) dos idosos referiram estar em dieta sólida e 15% (8) em dieta líquida. Do total, 18 (35%) afirmaram estar sem problemas para se alimentar. Nos 33 (65%) restantes, os sintomas responsáveis pela diminuição da ingestão nas últimas semanas foram citados na seguinte frequência: dores em geral ou específicas-16, náuseas-14, vômitos-11, obstipação-11, diarreia-3, feridas na boca-4, boca seca-11, estar sem apetite-8, mudanças no sabor-5 e mudanças no cheiro-2. Em média, <sup>2,6</sup> sintomas foram apontados como responsáveis por uma alimentação insuficiente.

Em relação à capacidade funcional, as atividades realizadas nesse último mês foram assim classificadas:

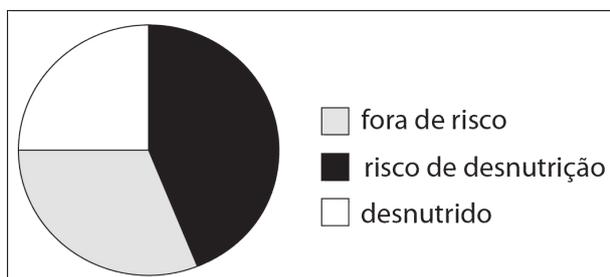
- Normais, sem limitações para 27 (52%) dos entrevistados.
- Não como de costume, mas era capaz de ter ati-

dades quase normais (pouco menor) – 3 (6%)

- Não como de costume — não se sentia disposto para a maioria das atividades, mas ficava na cama ou sentado apenas uma pequena parte do dia (menos que meio dia)-8 (16%).
- Não como de costume — era capaz de exercer poucas atividades e ficava na cama ou sentado a maior parte do dia – 8 (16%).
- Não como de costume — ficava o dia todo sentado ou na cama-5 (10 %).

A aplicação do MiniMental revelou uma pontuação média de 20,59 e moda de 23 pontos. O valor de corte de 17 é o adotado para populações com menos de 4 anos de escolaridade, para os demais este valor é de 24. Por este conceito, 11 (22%) pacientes não atingiram a respectiva nota de corte, sendo que destes apenas 1 apresentava escolaridade maior que 4 anos de duração.

Em relação a escala de Depressão, o valor médio foi de 7,64 com moda de 7 pontos. Consideramos para a referida escala um valor maior que 5 como de suspeita de depressão. Nesses termos, 20 (39%) idosos se encontravam fora de risco e 31 (61%) constituem um grupo no qual uma maior investigação se faz necessária.



Desnutrição	Depressão		Total
	Fora de Risco	Em Risco	
Fora de Risco	10	6	16
Risco	6	16	24
Desnutrido	3	10	13
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>32</b>	<b>51</b>

Especificamente sobre a avaliação nutricional, a aplicação do teste Mini-Avaliação Nutricional classificou a amostra conforme o gráfico.

Foram detectados 13 (25%) pacientes desnutridos, 22 (44%) em risco de desnutrição e 16 (31%) fora deste risco. A avaliação do Índice de Massa Corpórea determinou um índice de baixo peso (<18,0) em 1 sujeito da amostra, peso normal (18,0 a 24,9) em 20 sujeitos (39%), sobrepeso (25-29,9) em 21% dos sujeitos e obesidade (>30) em 9 (17%) participantes.

A análise comparativa entre os resultados das escalas demonstrou uma associação significativa entre depressão e desnutrição com  $p$  de 0,040 e teste de Qui-quadrado de 6.42 com distribuição conforme o quadro a seguir. Observa-se que a proporção de desnutridos é maior entre o grupo dos classificados como deprimidos.

A chance de não ser deprimido é 2,17 vezes maior entre aqueles que não apresentam desnutrição, com um índice de confiabilidade de 95% e  $p=0,03$ .

### DISCUSSÃO

Uma das formas de se conhecer o perfil de alimentação e nutrição dos idosos é a partir de pesquisas utilizando tanto a antropometria para diagnóstico do estado nutricional, quanto à aplicação de inquéritos de consumo de alimentos para conhecer o padrão alimentar deste grupo etário. Para pacientes internados essa pesquisa nutricional, tem papel de destaque, por contribuir para a melhora do paciente e para um tempo menor de internação.

A maioria dos pacientes hospitalizados depende não de uma provisão de alimentação enteral ou parenteral, ou ainda de suplementos nutricionais, mas sim da adequada provisão de comida<sup>14</sup>. No entanto, o item nutrição é raramente incluído nos programas de screening de idosos internados. Este screening é importante para distinguir entre a deterioração do estado geral devido a uma patologia ou um déficit nutricional.

Finch et al determinou que entre a população idosa, 3 por cento dos homens e 6 por cento das mulheres estão abaixo do peso esperado, com esses valores aumentando para 16 e 15 por cento respectivamente em pacientes moradores em instituições asilares e similares<sup>15</sup>.

Nossa pesquisa apresentou uma porcentagem de 25% de idosos desnutridos, o que aponta primeiramente para a característica do hospital pesquisado. O Conjunto Hospitalar de Sorocaba, devido a sua natureza de hospital terciário de referência para a região que se insere, atende usuários com quadros

clínicos, complicações e/ou associações de afecções graves. Ao mesmo tempo, não seria errado suspeitar, a partir da análise dos dados coletados, que a falta de um controle de aporte nutricional rigoroso, seja um dos responsáveis pelas altas taxas de desnutrição.

Essas considerações, no entanto só revalidam a afirmação de que um aporte nutricional otimizado, esta diretamente ligado a um melhor prognóstico.

O reconhecimento de que os doentes apresentam requerimentos nutricionais específicos já foi ressaltado ao longo da história. Hipócrates descreve em seus escritos uma dieta para os agudamente enfermos constituída de cereais, trigo e água. Tal regime era baseado na teoria dos humores que durou anos a fio. Baseado nesta teoria Galeno defendeu o conceito de jejum para os com febre e alimentação para os resfriados. Foi só no século 19 que o Dr. Robert Graves, famoso pela descrição da tireotoxicose, descreveu que talvez a alta mortalidade por febre tifóide tivesse alguma relação com o tratamento de restrição alimentar e inverteu essa política. Suas declarações a esse respeito foram: “Vocês não podem permitir que seus pacientes enfrentem as terríveis conseqüências da fome porque eles não podem por nutrientes”. Os bons resultados de seu tratamento foram logo reconhecidos. Florence Nightingale, anos depois escreveu em seus diários “... como regra geral em relação à dieta dos pacientes, considere, lembre-se o quanto o paciente se alimentou e o quanto ele deveria ter se alimentado”<sup>16</sup>.

Esperamos que os dados expostos neste trabalho sirvam de reflexão para que mesmo em tempos de equipamentos sofisticados e tecnologias avançadas princípios básicos como os expostos por Graves e Florence Nightingale recebam a sua devida atenção.

### CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a incidência de desnutrição, e o risco desta, em idosos internados é alta, assim como aponta a literatura.

A relação desnutrição e depressão deve alertar os profissionais de Saúde deste serviço, para uma terapêutica paralela à doença que causou a internação. O médico deve aumentar o relacionamento com o Serviço de Nutrição, pois as necessidades de seu paciente exigem isto. O reconhecimento de um status nutricional alterado e a intervenção precisa a partir deste, são fundamentais para um atendimento de excelência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baxter YC. Avaliação nutricional do cardiopata. *Rev Soc Cardiol Est Sao Paulo* 1997;3(3):123-9.
2. Bistrrian BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *J Am Med Assoc* 1976; 235:1567-70.
3. Warterlow JC. Protein-energy malnutrition: the nature and extent of the problem. *Clin Nutr* 1997;16(Suppl):3-9.
4. Batista RS. Nutrição e saúde, novas perspectivas. *J Bras Med* 1995;69(2):136-44.
5. Coutinho DC, Leão MN, Fecine E. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. Brasília: INAN; 1991.
6. Vetta F, Ronzoni S, Taglieri G, Bollea MR. The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. *Clin Nutr* 1999;18(5):259-67.
7. Morley JE. Nutrition assessment is a key component of geriatric assessment. In: Vellas B, Garry PJ, Guigoz Y, eds. *The mini nutritional assessment*. 3rd ed. New York: Serdi; 1997.
8. Weinsier RL, Hunker EM, Krumdieck CL, Butterworth CE Jr. Hospital malnutrition. A prospective evaluation of general medical patients during the course of hospitalization. *Am J Clin Nutr* 1979;32(2):418-26.
9. Silva CC, Costa RP, Magnoni CD. Características das dietas hospitalares. *Rev Soc Cardiol Est Sao Paulo* 1997;7(4):458-64.
10. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342:1032-6.
11. Ottery FD. Instruments of proactive assessment and intervention in the context of outcomes based research and clinical care. In: *Improving Clinical Practice with Nutrition in a Managed Care Environment*. Report of Seventeenth Ross Roundtable on Medical Issues. Columbus, Ohio, 1997. p.32
12. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83;17(1):37-49.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3):189-98.
14. Sullivan DH, Walls RC, Lipschitz DA. Protein-energy malnutrition and the risk of mortality within 1 y of hospital discharge in a select population of geriatric rehabilitation patients. *Am J Clin Nutr* 1991;53:599-605.
15. Kumanyika SK, Tell GS, Shemanski L. Dietary assessment using a picture-sort approach. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(Suppl):1123S-9S.
16. Kinney JM, Allison S. Nutrition and ageing. *J Gastroenterol* 2002;5(1):1-3.