

# Desnutrição no paciente idoso: um relato de caso

## Malnutrition in elderly patient: a case report

Marcela Pinheiro Marques<sup>1</sup>, Renata Costa Fortes<sup>2</sup>

### Resumo

A desnutrição protéico-calórica é o distúrbio nutricional mais importante observado nos idosos. Trata-se de um problema multinutricional secundário à deficiência de um ou mais nutrientes essenciais, caracterizado por distúrbios clínicos causados por vários graus de deficiência. Está associada ao aumento da mortalidade, da susceptibilidade às infecções e à redução da qualidade de vida. É apresentado um caso de paciente idoso de 78 anos, do sexo masculino, desnutrido, admitido com relato de hiporexia, diarreia, vômitos, dispnéia e perda ponderal de 12kg no período de 2 meses anteriores à internação. O paciente evoluiu com piora da hiporexia, manteve episódios de diarreia e precisou passar a ser alimentado por dieta via enteral. Foi constatada, ainda, fraqueza, cansaço, dificuldade para deambular e perda de peso durante a internação. O caso merece destaque porque esse distúrbio nutricional, muito frequente na prática hospitalar, muitas vezes é visto, erroneamente, como parte do processo normal de envelhecimento e, assim, ignorado.

**Palavras-chave:** Idoso, saúde do idoso, estado nutricional, desnutrição.

### Abstract

Protein-energy malnutrition is the most important nutritional disorder seen in the elderly. This is a minor multi-nutritional problem of deficiency of one or more essential nutrients, characterized in clinical disorders caused by varying degrees of disability. It is associated with increased mortality, susceptibility to infection and reduced quality of life. A case of a 78-year-old male malnourished patient is presented, he was admitted with reports of appetite loss, diarrhea, vomiting, dyspnea and a weight loss of 12 kg within 2 months prior to admission. The patient developed worsening of appetite loss; he kept episodes of diarrhea and had to be fed via enteral diet. It has been found, yet, weakness, fatigue, difficulty in walking and weight loss during hospitalization. The case deserves mention because this nutritional disorder is very common in hospital practice, it is often seen, wrongly, as part of the normal aging process and ignored.

**Keywords:** Aging. Health of the elderly. Nutritional status. Malnutrition.

1 – Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

2 – Professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

## Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Uma série de fatores associados, entre os quais o melhor controle das doenças transmissíveis, a contenção de afecções crônicas, o surgimento de novas drogas, a melhora das condições sanitárias e a redução da fertilidade, têm favorecido o aumento da expectativa de vida das populações. O Brasil segue essa tendência mundial, apresentando um crescimento do número de idosos bastante acelerado, em conformidade com as estatísticas que mostram que a faixa etária com maior crescimento nos países em desenvolvimento é acima de 60 anos (IBGE, 2008; NEVES, 2010).

Por outro lado, o envelhecimento humano é marcado por alterações fisiológicas que ocorrem de maneira diferenciada, em maior ou menor intensidade, em todos os aparelhos e sistemas (LOURENÇO, 2008). O idoso (60 ou mais anos) apresenta peculiaridades relacionadas com o processo de envelhecimento, como: redução progressiva da altura, de um a dois cm por década; ganho progressivo de peso e IMC até em torno de 65 a 70 anos, diminuindo a partir de então; alterações da composição corporal, com redistribuição de gordura, que diminui a nível periférico e aumenta no interior do abdome, e redução da massa magra (ACUNA; CRUZ, 2004).

A população idosa é particularmente propensa a problemas nutricionais devido a fatores relacionados com as alterações fisiológicas e sociais, ocorrência de doença crônica, uso de várias medicações, problemas na alimentação (comprometendo a mastigação e deglutição), depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional (LEITE-CAVALCANTI et al., 2009).

A perda de peso involuntária, redução do apetite e caquexia são comuns na população geriátrica, de forma que a anorexia é a principal causa de desnutrição no idoso. Essa anorexia é de etiologia multifatorial, englobando doença

sistêmica, iatrogenia e fatores psicossociais. Os receptores gustativos e olfativos têm sua função diminuída com o envelhecimento, comprometendo a qualidade estimulante do apetite contida nos alimentos. Também se observa lentificação do esvaziamento gástrico, com o aumento da saciedade (estado que se segue a uma refeição no qual a fome encontra-se inibida) e da saciação (processo de regulação que ocorre durante a alimentação, que inibe a ingestão de mais alimento). Estas alterações decorrentes do processo fisiológico de envelhecimento comprometem a ingestão de nutrientes, podendo levar à desnutrição (ACUNA; CRUZ, 2004).

As alterações do estado nutricional contribuem para aumento da morbi-mortalidade. Assim sendo, a desnutrição predispõe a uma série de complicações graves, incluindo tendência à infecção, deficiência de cicatrização de feridas, falência respiratória, insuficiência cardíaca, diminuição da síntese de proteínas a nível hepático com produção de metabólitos anormais, diminuição da filtração glomerular e da produção de suco gástrico (OMS, 2000; ACUNA; CRUZ, 2004).

No contexto acima exposto, se julga importante expor um relato de caso que ilustre o perfil do paciente idoso desnutrido.

## Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 78 anos, lavrador, natural do Tocantins, residente em área rural. Procedente de um hospital particular do Distrito Federal, foi admitido no pronto socorro de um hospital público em 08/07/14 e encaminhado para a enfermaria na Clínica Médica em 09/07/14, devido alteração em radiografia torácica. Foi convidado a participar do presente estudo no dia 12/07/2014 e teve sua aceitação confirmada pela assinatura do TCLE por sua filha.

### Histórico do quadro clínico

Na primeira entrevista a informante referiu que o paciente, há 2 meses, começou a apresentar quadro de tosse seca, mais intensa pela noite, acompanhada de hiporexia, diarreia, vômitos, dispnéia, edema em membros inferiores (MMII) de crescimento gradual e perda ponderal de 12kg no período. Há 3 semanas informou remissão da tosse, mas persistência da dispnéia e piora do edema. Há 1 semana foi reavaliado por equipe médica que devido à alteração radiológica pulmonar iniciou antibióticoterapia. Há 2 dias foi identificada arritmia cardíaca. Atualmente o paciente também referiu esforço urinário, negando disúria, colúria e hematúria.

Acompanhante negou comorbidades, cirurgias prévias, quadro semelhante anterior, alergias alimentares e medicamentosas. Por outro lado, referiu que o paciente é ex tabagista há 15 anos, tendo fumado por aproximadamente 40 anos.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, hipocorado, hidratado, desnutrido, sem esforço respiratório, afebril, com abdômen plano, sem abaulamentos ou retrações; sem sinais de irritação peritoneal; ausência de dor à palpação superficial e profunda; sem massas ou visceromegalias palpáveis e maciez hepática preservada. O exame das extremidades mostrou edema em MMII (conforme fotografia abaixo) compressivo, mole, indolor, sem sinais flogísticos, mais acentuado à direita, atingindo até terço proximal das pernas.

**Foto 1-** Edema em membros inferiores (Fonte: os autores).



A seguir os dados de exames laboratoriais prévios à internação:

**Quadro 1 - Exames laboratoriais (07/07/14)**

Dados bioquímicos	Resultados	Interpretação
Glicose	108 mg/dL	Aumentada
Ureia	59,0 mg/dL	Aumentada
Potássio	4,1 mEq/L	Normal
Creatinina	1,1 mg/dL	Normal
Albumina	3,3 g/dL	Abaixo
Hemoglobina	13,2	Normal
Hematócrito	40,3%	Abaixo
Leucócitos	$5,6 \times 10^3$	Normal
HIV	Não reagente	Ausente

Um parâmetro que merece destaque, diante da condição de desnutrição é a albumina. Apesar da limitação decorrente da meia vida prolongada, interferindo na detecção de alterações agudas do estado nutricional, e de sofrer alterações por diversas outras razões não-nutricionais, os níveis séricos de albumina são fortemente relacionados com aumentos na morbidade (tempo de internação prolongado, cicatrização deficiente de feridas) e da mortalidade. Por isso, é uma das variáveis mais frequentemente utilizadas para compor índices prognósticos, sendo também considerada o melhor índice isolado de predição de complicações (ACUNA; CRUZ, 2004). Esse parâmetro estava abaixo do nível normal no paciente em estudo.

História diagnóstica a ser investigada, de acordo com prontuário:

- Pneumonia?
- Síndrome consumptiva - Neoplasia? TB?
- Arritmia cardíaca?
- Insuficiência cardíaca congestiva?
- Hiperplasia prostática benigna?

#### *Primeira avaliação nutricional*

Os objetivos da avaliação do estado nutricional são: identificar os pacientes com risco aumentado de apresentar complicações associadas ao estado nutricional, para que possam receber terapia nutricional adequada, bem como monitorar a eficácia da intervenção dietoterápica (ACUNA; CRUZ, 2004). Abaixo estão os principais resultados da avaliação nutricional:

**Quadro 2 - Resultado da avaliação nutricional (12/07/2014)**

<b>Parâmetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Diagnósticos</b>
Índice de Massa Corporal*	15,9 Kg/m <sup>2</sup>	Magreza
Mini Avaliação Nutricional (ANEXO 1)	12,5 pontos de um máximo de 30 pontos	Desnutrição
Perímetro braquial **	19 cm	Desnutrição grave
Circunferência da panturrilha***	18 cm	Desnutrição

\*Lipschitz (1994); \*\*Blackburn e Thornton (1979); \*\*\*Chumlea e Cols, 1995)

O índice de massa corporal (IMC) é a medida antropométrica mais utilizada para avaliação do estado nutricional, já que é de fácil aplicabilidade, baixo custo e pouca diferença entre avaliadores, e pode identificar desde desnutrição a obesidade mais grave. No entanto, essa medida é muito questionada, inclusive no idoso, uma vez que não distingue o peso associado ao músculo ou à gordura corpórea, de forma que torna-se importante investigar outras medidas da composição corpórea do paciente para um correto diagnóstico nutricional e uma maior eficiência nas intervenções nutricionais (SANTOS et al., 2014). De acordo com a análise desse parâmetro o paciente apresenta magreza.

Segundo o estudo de Santos e Sichieri (2005), o perímetro braquial tem sido sugerido como indicador substituto do IMC ou medida adicional para avaliação do estado nutricional de populações. Já a circunferência da panturrilha foi relatada por Acuna e Cruz (2004) como a medida mais sensível de massa muscular no idoso, sendo superior à circunferência do braço. Por outro lado, a Mini Avaliação Nutricional (MAN) foi desenvolvida para avaliar o risco de desnutrição especificamente em idosos e identificar aqueles que possam se beneficiar de intervenção precoce (ACUNA; CRUZ, 2004). Esta medida é referência de sucesso no acompanhamento da evolução clínica e da intervenção nutricional de programas

nutricionais educacionais para essa população (ARAÚJO et al, 2011).

Diante do exposto, além do IMC foram adotadas as medidas de perímetro braquial, circunferência da panturrilha e a MAN também foi aplicada. Os resultados destes parâmetros utilizados apoiam o diagnóstico nutricional de desnutrição.

Alguns achados que merecem destaque da aplicação da MAN no caso do paciente em questão são a perda ponderal intensa (20% do

peso usual – PU) em 2 meses, diminuição importante na ingestão alimentar, bem como redução da independência.

O exame físico mostrou vários sinais de depleção nutricional, tais como pele fina e seca, depleção severa de gordura subcutânea e de tecido muscular, bem como a presença de edema em membros inferiores, já citada, reforçando o diagnóstico de desnutrição. A fotografia abaixo comprova alguns desses sinais (depleção de tórax, regiões supra e infraclavicular e deltoide anterior).

**Foto 2** – Sinais de depleção nutricional (Fonte: os autores)



A anamnese alimentar, por sua vez, mostrou principalmente uma dieta monótona, pouco fracionada (3 refeições ao dia), pobre em frutas e verduras, conseqüentemente com baixa oferta de

vitaminas, minerais e fibras, além de baixo consumo também de líquidos. A ingestão hídrica diária relatada foi inferior a 1 litro. Abaixo está descrito o consumo habitual de um dia:

**Quadro 3** – Consumo habitual de um dia

Refeição	Alimento	Medida caseira
Desjejum	Cuscuz com leite integral	1 prato raso
	Café com leite integral	1 xícara
Almoço	Abóbora cozida	1 colher de sopa
	Frango assado	1 asa
	Arroz branco	2 colheres de servir
	Feijão	1 concha média
Jantar	Abóbora cozida	1 colher de sopa
	Frango assado	1 coxa
	Arroz branco	2 colheres de servir
	Feijão	1 concha média

A partir da admissão, foi ofertada uma dieta via oral, de consistência pastosa e característica obstipante, isenta de lactose, hiperprotéica, hipercalórica, fracionada em 06 refeições ao dia, associada a um suplemento alimentar industrializado, hipercalórico, nutricionalmente completo, com vitaminas e minerais essenciais e adição de prebiótico, **isento de lactose e glúten**, com a finalidade de favorecer aporte nutricional e melhora da função intestinal.

No entanto, o paciente evoluiu com hiporexia, manteve episódios de diarreia e precisou passar a ser alimentado por sonda nasointestinal. Passou a receber, então, uma dieta industrializada, com elevada densidade calórica, hiperprotéica, enriquecida com vitaminas antioxidantes e contendo fibras.

Durante a visita nutricional foi constatada fraqueza, cansaço, dificuldade para deambular, piora do edema em MMII e uma nova avaliação antropométrica mostrou perda de 0,5Kg durante a internação, mantendo assim o diagnóstico de desnutrição grave.

## Discussão

O distúrbio nutricional mais importante observado nos idosos é a desnutrição protéico-calórica, um problema multinutricional secundário à deficiência de um ou mais nutrientes essenciais e caracterizada por distúrbios clínicos causados por vários graus de deficiência. A desnutrição protéico-calórica está associada ao aumento da mortalidade e da susceptibilidade às infecções e à redução da qualidade de vida. Entretanto, esse distúrbio muitas vezes é visto, erroneamente, como parte do processo normal de envelhecimento, sendo com freqüência ignorada (SULLIVAN; SUN; WALLS, 1999; OTERO et al.,

2002). Nesse sentido, pacientes idosos necessitam de avaliações nutricionais periódicas, particularmente durante hospitalizações (GORZONI; PIRES, 2006).

Idosos desnutridos apresentam características próprias e demandam ações preventivas para reduzir complicações e perdas funcionais, a serem desenvolvidas pela equipe de assistência hospitalar. Igualmente, diagnósticos precoces e tratamentos para idosos podem evitar hospitalização em muitos casos. Sabe-se que o processo de envelhecimento demográfico está em evolução e esses cuidados e procedimentos serão cada vez mais freqüentes e necessários nos hospitais (GORZONI; PIRES, 2006).

O risco de morrer no Brasil por desnutrição, durante a velhice, apresenta tendência crescente, relacionado a problemas sociais e desigualdades no acesso a alimentação adequada. A má nutrição no idoso pode estar associada ainda a alterações fisiológicas do envelhecimento, a condições sócio-econômicas, a doenças que diminuem o apetite e absorção dos alimentos e a interação com medicamentos, já que os fármacos podem afetar a ingestão e o metabolismo de nutrientes. Importante destacar também como causas da desnutrição no idoso o desconhecimento sobre o preparo dos alimentos e a nutrição adequada, problemas dentários, limitações físicas, dificuldade de visão e deambulação, tremores, isolamento social, depressão, problemas mentais e alcoolismo e tudo isso deve ser considerado na definição da linha de cuidado a ser estabelecida pela equipe de saúde para esta população (REZENDE et al., 2010).

## Referências

ACUNA, Kátia; CRUZ, Thomaz. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 48, n. 3, 2004.

ARAÚJO, Maria Antônia Ribeiro; LIMA, Laís da Silva; CARDOSO ORNELAS, Graziela; LOGRADO, Maria Héliida Guedes. Análise comparativa de diferentes métodos de triagem nutricional do paciente internado. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 331-342, 2011.

GORZONI, Milton Luiz; PIRES, Sueli Luciano. Idosos asilados em hospitais gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População brasileira envelhece em ritmo acelerado**. 2008. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php)

LEITE-CAVALCANTI, Christiane; RODRIGUES-GONÇALVES, Maria da Conceição; RIOS-ASCIUTTI, Luiza Sonia et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

LOURENÇO, Roberto Alves. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2008.

NEVES, Danusa; PETRA, Ingrid; AZEVEDO, Rosângela; PETRA, Selma. Home attendance: a reflection on vocational training from the perspective of policies directed to the elderly. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 2, n. 3, p. 1165-1180, 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior e suas equipes auxiliares**. Genebra, 2000.

OTERO, Ubirani Barros; ROZENFELD, Suely; GADELHA, Angela Maria Jourdan; CARVALHO, Marília Sá. Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980-1997. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2002.

REZENDE, Edna Maria; SAMPAIO, Barbosa Machado; ISHITANI, Lenice Harumi et al. Mortalidade de idosos com desnutrição em Belo Horizonte, Minas Gerais,

Brasil: uma análise multidimensional sob o enfoque de causas múltiplas de morte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, 2010.

SANTOS, Débora Martins dos; SICHIERI, Rosely. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 163-168, 2005.

SANTOS, Kleyton Trindade; SANTOS JÚNIOR, José Carlos Cândido dos; ROCHA, Saulo Vasconcelos et al. Indicadores antropométricos de estado nutricional como preditores de capacidade em idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 3, p. 181-185, 2014.

SULLIVAN, Dennis H.; SUN, Suzy; WALLS, Robert C. Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, n. 281, p. 2013-2019, 1999.