

## **Cuidado nutricional ao idoso acamado no ambiente domiciliar: Um relato de caso**

*Cuidado nutricional ao idoso acamado no ambiente domiciliar: Um relato de caso*

Sueli Brozeguini

Orientadora: Luciene Rabelo

### **Resumo**

O envelhecimento tem sido considerado como desafio global de saúde pública, traz consigo doenças degenerativas da idade e redução das capacidades fisiológicas que pode desencadear uma maior vulnerabilidade levando até a morte. Sobre tudo os muito idosos, são mais vulneráveis à maioria das doenças da atualidade devido a uma série de fatores incluindo queda de imunidade, diminuição da capacidade funcional e ao próprio envelhecimento. Uma maior preocupação são com os idosos dependentes de cuidadores ou em condições de internações, especialmente os acamados domiciliados. A manutenção de um estilo de vida não saudável pode comprometer a saúde do idoso. É preciso trabalhar a melhoria da prevenção primária com intervenções para reduzir o risco nutricional e a secundária para detecção precoce de doenças e as condições de tratamento viabilizando a reabilitação. O baixo peso excessivo da população é apontado como fator mais fortemente associado à mortalidade do que o excesso de peso. Diante dessa perspectiva o papel da nutrição é muito importante tanto precoce como tardia no retardo ou modulação do processo nutricional para cada idoso. No estado nutricional os idosos apresentam maior risco nutricional devido à comorbidades, alterações do sistema digestivo, perda funcional e materiais para seu cuidado, risco baixo de suporte social e declínio cognitivo. O presente estudo objetivou no acompanhamento do cuidado nutricional ao idoso acamado, na verificação dos impactos evidenciados e discussão na orientação dos cuidados ao idoso acamado como proposta de oferecer mudanças ao cuidador do idoso, verificação dos efeitos que a assistência dos profissionais domiciliares e de nutrição pode trazer para efetivas melhoras da qualidade de vida do idoso e identificar os métodos avaliativos e tratamento através da nutrição evidenciando os resultados. Trata-se de um estudo de caso experiencial de caráter exploratório, descritivo que se enquadra como abordagem qualitativa e quantitativa, que utilizou a modalidade da realidade provisória, não generalizável e temporal do caso de estudo. No que compete aos aspectos éticos, após a explanação sobre o estudo concordaram em participar, e oficializaram o preenchimento do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde deixando, claro os objetivos, benefícios e dúvidas do caso do estudo. A coleta de dados se fez de forma secundária proveniente de prontuários cedido, pela equipe dos profissionais multidisciplinares e por acompanhamento das visitas realizadas para abordagem nutricional ao idoso acamado no âmbito domiciliar, análise estatística e resultados se deu através do software Microsoft Excel e explanado os resultados numa evolução parcial ou total garantindo a reabilitação do idoso para um envelhecimento ativo e saudável e objetivando adequar o mais breve suas funções alteradas.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, idoso, cuidadores e acompanhamento nutricional.

## **Abstract**

*Aging has been considered a global public health challenge, bringing with it degenerative diseases of age and reduced physiological capacities that can trigger greater vulnerability, leading to death. Above all, the very elderly are more vulnerable to most of today's diseases due to a series of factors including reduced immunity, decreased functional capacity and aging itself. A greater concern is with the elderly dependent on caregivers or in conditions of hospitalization, especially the bedridden at home. The maintenance of an unhealthy lifestyle can compromise the health of the elderly individual. It is necessary to work to improve primary prevention with interventions to reduce nutritional risk, and secondary to early detection of diseases and treatment conditions, enabling rehabilitation. Excessive underweight in the population is identified as a factor more strongly associated with mortality than overweight. From this perspective, the role of nutrition is very important both early and late in delaying or modulating the nutritional process for each elderly person. In terms of nutritional status, the elderly are at greater nutritional risk due to comorbidities, changes in the digestive system, loss of functionality and materials for their care, low risk of social support and cognitive decline. The present study aimed to monitor nutritional care for the bedridden elderly, verify the impacts evidenced and discuss the orientation of care for the bedridden elderly as a proposal to offer changes to the caregiver of the elderly, verifying the effects that the assistance of home and nutrition professionals can bring for effective improvements in the quality of life of the elderly and to identify the evaluation methods and treatment through nutrition, showing the results. This is an exploratory, descriptive, experiential case study that fits a qualitative and quantitative approach, which used the modality of provisional, non-generalizable and temporal reality of the case under study. With regard to ethical aspects, after explaining the study, they agreed to participate, and formalized the filling out of the Free and Informed Consent Term (TCLE), in accordance with Resolution 466/12 of the National Health Council, making the objectives clear, benefits and questions of the case study. Data collection was done in a secondary way from medical records provided by the team of multidisciplinary professionals and by monitoring the visits made to nutritionally approach the bedridden elderly at home, statistical analysis and results were carried out using the Microsoft Excel software and the results were explained in a partial or total evolution, guaranteeing to rehabilitate the elderly for an active and healthy aging aiming to adapt their altered functions as soon as possible.*

**Keywords:** *Aging, elderly, caregivers and nutritional monitoring.*

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional crescente e acelerado é uma realidade mundial. Principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que a região Sudeste foi a que teve maior envelhecimento. No Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. O censo de 2000 teve como informação que 15,5 milhões de brasileiros possuíam 60 anos ou mais, sendo a maioria mulheres, viúvas, com baixa escolaridade e renda (GARRIDO, R; MENEZES, P.R, 2011).

Segundo projeções feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) à partir do último Censo de 2010, e revisadas em 2014, no ano de 2050 os idosos acima de 65 anos ultrapassarão o número de 48 milhões sendo a maior proporção de mulheres (IBGE, 2010; MAGNONI, D et al. 2005). Chama também a atenção o crescimento exponencial dos chamados muito idosos (pessoas acima de oitenta anos, aumentou 47,8%) que serão mais de 13,5 milhões. Como algumas das causas do aumento dessa população podemos citar a melhora das condições de assistência, diagnóstico, tratamento, saneamento básico e da saúde pública em geral.

Há uma estimativa que a população mundial de idosos aumentará mais de 300% nos próximos 50 anos, chegando a quase dois bilhões em 2050. No Brasil, as projeções mostram que, no ano de 2025, terá 32 milhões de pessoas idosas, colocando o país na sétima posição mundial em contingente de idosos (IBGE, 2012).

Em termos populacionais, as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontam que a maior população de idosos no Brasil está localizada nos Estados de São Paulo (7,2 milhões), Minas Gerais (3,4 milhões) e Rio de Janeiro (2,9 milhões), Estados do Sul e Sudeste têm as maiores proporções de idosos, seguindo esta linha da região Sudeste, tem-se a estimativa que a população idosa no Espírito Santo poderá chegar a um milhão em 2038. Na mesma linha de estimativas do IBGE apontam que 14% da população brasileira têm mais de 60 anos (IBGE, 2019).

A transição demográfica no Brasil apresenta acelerada evolução, com taxa de natalidade decrescente e aumento da população de idosos. Juntamente com a transição demográfica acontece a transição epidemiológica, ainda incompleta, sendo observada atualmente a convivência entre as doenças infecto contagiosas e as doenças crônicas degenerativas, como as cardiovasculares, pulmonares, neoplasias e transtornos mentais, somadas às causas externas como o crescente aumento da violência urbana. O aumento da expectativa de vida também está relacionado com a transição epidemiológica devido à diminuição de morte por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas, sendo estas as principais causas de morbimortalidade mundial (MAGNONI, D et al, 2005).

A população idosa sobre tudo os muitos idosos, são mais vulneráveis à maioria das doenças da atualidade devido a uma série de fatores incluindo a queda da imunidade, a diminuição da capacidade funcional e ao próprio envelhecimento do organismo. Essa população apresenta mais problemas de saúde e maior coeficiente de internação que a população geral (GARRIDO, R; MENEZES, P.R., 2011). “É preciso trabalhar a melhoria da prevenção primária com intervenções para reduzir o risco nutricional e a secundária para detecção precoce das doenças e tratamento e as condições de tratamento viabilizando a reabilitação” (COELHO, A.C., FAUSTO M.A., 2002).

Uma maior preocupação são com os idosos dependentes de cuidadores ou em condições de internações, especialmente os acamados. Além disso, a manutenção de um estilo de vida não saudável também pode comprometer a saúde dos indivíduos. O novo perfil epidemiológico decorrente do processo de modernização está associado à redução dos níveis de atividades físicas, que vão impactar nas quedas e também na alteração dos hábitos alimentares, sendo

estes alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas ou degenerativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O envelhecimento populacional tem sido considerado como um desafio global de saúde pública, uma vez que traz consigo doenças relacionadas ao aumento da idade, além de reduzir as capacidades fisiológicas, o que pode desencadear maior vulnerabilidade, levando à morte. Outro aspecto observado neste processo de envelhecimento é o desenvolvimento de doenças crônicas, decorrente da manutenção de hábitos de vida não saudáveis ao longo dos anos. De acordo com a World Health Organization (WHO), as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, câncer e doenças pulmonares são doenças crônicas responsáveis por três em cada cinco mortes no mundo (WORLD HEALTH, 2014).

A manutenção de hábitos alimentares inadequados na população de idosos pode desencadear dois grandes problemas de saúde: a ingestão insuficiente e decadente de nutrientes essenciais devido as perdas sensoriais, dificuldade para mastigar ou engolir, associadas a outras doenças crônicas ou agudas, que pode levar o indivíduo a desnutrição; o sobrepeso e obesidade, devido ao acúmulo anormal e excessivo de gordura no organismo e que pode ter efeitos deletérios à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No país atualmente coexistem uma prevalência de doenças transmissíveis e crônicas degenerativas em função da mudança do perfil epidemiológico da população. A preocupação ainda está com o desafio da mortalidade infantil e doenças crônicas infecciosas, que não tem desenvolvido de maneira satisfatória estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônicas degenerativas e suas complicações. Assim, o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida causam o incremento de doenças crônicas e de incapacidades que requerem atenções mais efetivas. Outro aspecto muito importante a ser considerado em relação à saúde do idoso é o estado nutricional; segundo Otero (2002), o distúrbio nutricional mais importante a ser observado entre eles é a desnutrição-proteica (DEP), associada ao aumento da mortalidade e susceptibilidade às infecções e a redução da qualidade de vida. O baixo peso excessivo da população idosa é apontado como o fator mais fortemente associado à mortalidade do que o excesso de peso (BUENO, J.M., DUARTE, H.S; et al., 2008).

A relevante prevalência da obesidade deve ser considerada, devido à sua associação com os distúrbios psicológicos, sociais, aumento do risco de morte prematura, diabetes, de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, de doenças cardiovasculares e do câncer. Diante dessa perspectiva a compreensão do papel da nutrição é muito importante tanto precoce como tardia no retardo ou modulação do processo de envelhecimento e na promoção do estado nutricional adequado para cada idoso (AUSMAN, 2003).

Assim sendo possível buscar fatores que interferem no consumo alimentar e no estado nutricional do idoso. De maneira complementar, discutem-se os aspectos de maior relevância dos principais problemas nutricionais na atualidade que afetam esses indivíduos com senilidade. Os fatores que acometem o consumo alimentar do idoso: Fatores socioeconômicos, Fatores psicossociais, Alterações fisiológicas e Efeitos secundários de medicamentos (CAMPOS M.T.F.S., MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. (2000); ROSENFELD, S., 2003).

Nos *Fatores socioeconômicos*: o baixo poder aquisitivo é muito prevalente na população idosa brasileira, gerando uma condição financeira desfavorável e impactando no estado nutricional considerando a aquisição de gêneros de custo mais baixo e de qualidade inferior. A ingestão inadequada de nutrientes constitui risco nutricional, principalmente em idosos (HARRIS, 2012). Segundo Florentino (2002), pode se identificar diversas formas de consumo alimentar em função

da renda; quanto mais elevada a renda, maior a variedade e o poder de aquisição de gêneros alimentícios; Nos *Fatores psicossociais*: de acordo com Florentino (2002), a alimentação do idoso é também influenciada pelas desordens afetivas, isolamento social, ausência de papel social, imagem corporal distorcida, perdas cognitivas, baixa autoestima, condições físicas e depressão. A perda do apetite e a recusa ao alimento podem ser indicativas de problemas de saúde, contribuindo para a deterioração do estado nutricional no idoso. Paralelamente a ansiedade pode estar relacionada a excessivo consumo alimentar, com conseqüente aumento de peso; Nas *Alterações fisiológicas*: no idoso são comuns as perdas sensoriais. O sistema sensorial pode deteriorar-se em função de uma variedade de fatores, incluindo o próprio envelhecimento, determinadas enfermidades, uso de medicamentos, intervenções cirúrgicas e exposição ambiental. A estimulação sensorial diminuída pode também causar prejuízo a alguns processos metabólicos uma vez que as secreções salivares, gástricas e pancreáticas são induzidas pelo sistema sensorial; Os *Efeitos secundários de medicamentos*: Os idosos por apresentarem múltiplas enfermidades e, portanto, utilizam mais quantidades de medicações. A maioria dos idosos consome pelo menos um medicamento, sendo que um terço deles requer cinco ou mais drogas simultaneamente. O uso de medicamentos varia conforme a idade, o sexo, as condições de saúde e outros fatores de natureza social, econômica ou demográfica. Essa prática tem gerado, atualmente, preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos, benéficos ou indesejáveis. O uso de vários tipos de fármacos concomitantemente por idosos aumenta a incidência de interações medicamentosas, efeitos colaterais e complicações por uso inadequado dos fármacos (ROSENFELD, 2003).

Os distúrbios nutricionais no envelhecimento como sobrepeso e subnutrição, em estudo feito por Lolio (1991), o sobrepeso e a obesidade são mais incidentes em mulheres entre 65 e 74 anos de idade do que em homens nessa faixa etária. Os dados neste estudo apontam 40% das mulheres idosas com sobrepeso e 22,2% com obesidade.

Estes dados são preocupantes, visto que a obesidade influencia adversamente a pressão arterial sistêmica, o metabolismo da glicose e os lipídeos sanguíneos podendo propiciar o surgimento de algumas enfermidades crônicas degenerativas e conseqüentemente a redução da capacidade funcional. Embora diversos estudos de pesquisa mostrem que o alto IMC atua como fator protetor do risco de mortalidade em indivíduos acima de 70 anos, ainda não há dimensão do impacto do sobrepeso e da obesidade na longevidade (HARRIS, 2002).

Na subnutrição, a magreza excessiva tem sido mais associada à mortalidade na população idosa do que o excesso de peso. A prevalência de magreza é mais acentuada nas últimas faixas de idade com ligeira predominância no sexo feminino (LOLIO, C.A., LATORRE, M.R.D.O, 1991).

Nos fatores de risco que influenciam para a má nutrição em idosos, destacam-se: a depressão, pobreza, problemas mentais, desidratação, incapacidades físicas, pequena variedade de alimentos ingeridos, enfermidades que elevam as necessidades nutricionais ou interferem na utilização dos nutrientes, falta de exposição solar, redução de paladar, problemas orais (boca seca, infecção, dentaduras não ajustadas, deglutição) e o uso de fármacos. Entre algumas causas secundárias da desnutrição incluem-se a anorexia que a elevam e má absorção crescente por doenças intestinal (HARRIS, 2012).

O grupo idoso é de extrema fragilidade e necessita de mais atenção em relação aos cuidados nutricionais, tendo em vista a situação brasileira no que concerne as graves alterações nutricionais observadas nesse grupo etário. É fundamental que os fatores de risco para a subnutrição sejam concretamente identificados e minimizados e, as necessidades dos grupos fragilizados sejam atendidas de maneira satisfatória (HARRIS, 2002).

As equipes multidisciplinares do Serviço de Atenção Domiciliar ou Programas de Atendimento em casa, efetuados por unidades médicas no processo do cuidado, observa as várias queixa acerca de cuidados aos idosos acamados e dependentes e ou debilitados, impossibilitados de se locomover até as unidades de saúde que necessitam de reabilitação e cuidado nas áreas: medicamentosas, lesão por pressão ou medidas de prevenção, déficits motores e respiratórios, bem como, em casos de desnutrição e desidratação, dificuldades de deglutição e de comunicação e aspectos psicoemocionais fragilizados nos idosos restritos ao leito, todo este contexto interferindo, em sua qualidade de vida e evoluindo para pneumonias aspirativas, desnutrição e desidratação, quadros de infecção, assim a necessidade de complementar a equipe multidisciplinar implantada nas redes de saúde, com isso o intento de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e a permanência por internação, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida e promovendo bem estar a pessoa idosa (COELHO, A.K.; FAUSTO, M.A., 2002).

O termo saúde passou por várias interpretações, ao longo dos tempos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 formulou conceitos de que a saúde seria o mais completo estado bem estar físico, mental, e social e não apenas a ausência de doenças, que ainda hoje são prevalentes. Esse conceito é muito abrangente. O mais completo estado de bem estar sugere a existência de diferentes graus de bem estar, considerando o aspecto subjetivo, relacionado às diferentes épocas da vida de cada indivíduo, ao estado emocional do momento, assim como a cultura dos povos, de acordo com seus valores espirituais. A capacidade de cada povo em ser atendida em suas aspirações tem conotação socioeconômica relacionada ao seu desenvolvimento. Além disso, o conceito de bem estar tem a ver com a percepção de cada pessoa sobre o funcionamento do seu corpo (OTERO, U.B., et al., 2002).

A definição poderia ser o mais completo reflexo do conjunto de todas as funções fisiológicas, mantendo-se a capacidade de ajustar a autorregulação do meio interno aos estímulos e agressões do ambiente animado e inanimado. O bem estar, por ser subjetivo, permitiria conviver como, por exemplo, as doenças crônicas do tipo diabetes mellitus, hipo ou hipertireoidismo entre outras (OTERO, U.; et al. 2002).

O envelhecimento da população e as novas demandas de cuidado ao idoso; é uma realidade de ordem mundial e que, atualmente vem ocorrendo em um ritmo muito acelerado, acarretando novas demandas. Os problemas gerados na saúde dos idosos são frequentes e crônicos e podem requerer intervenções onerosas e com tecnologias complexas. A estimativa é de que o custo de cuidado ao idoso é alto, que pode ou que seja equivalente a três de outros grupos etários. Em muitos países consideravelmente envelhecidos espera-se para as próximas décadas que a população economicamente ativa não seja capaz de gerar recursos para a sustentação de idosos. A esperança é que as famílias e a comunidade assumam mais responsabilidades pelos seus idosos, principalmente quando estes venham apresentar algum problema que tenha resultado de sua autonomia e independência. Pode-se notar que o Brasil dispõe ainda de números insuficiente de profissionais capacitados (SIMÕES, 2016).

A radical transformação ocorrida no padrão demográfico brasileiro constitui uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade brasileira, com reduções na taxa de crescimento populacional e as alterações a estrutura etária, o que implicou no crescimento mais lento de crianças e de adolescentes, paralelo a este fato, ao aumento da população em idade ativa e da população idosa (SIMÕES, 2016).

A mudança do perfil etário da população brasileira, tem nos apresentado um acentuado crescimento do grupo de pessoas com mais de 75 anos ou mais de idade. Onde as mulheres são

a maioria nesse grupo. Estima-se que 10 a 25% dos idosos acima de 65 anos e 46% daqueles acima dos 85 anos, que vivem na comunidade, são pessoas frágeis. Nas equipes médicas em gerontologia e geriatria o termo fragilidade serve para indicar uma condição que possui maior prevalência nas pessoas mais idosas, do sexo feminino, predispondo a um maior risco de eventos adversos, como a queda, e conseqüentemente a hospitalização, declínio na sua funcionalidade com possibilidade de institucionalização e morte (LIMA, COSTA, M.F.; CAMARANO, A.A., 2009).

A definição com que os profissionais de geriatria, concordam, em um estudo brasileiro sobre as definições de fragilidade em idosos, apontou como uma condição multifatorial de vulnerabilidade possuindo o idoso, diversas patologias e necessidade de uso de várias medicações e algum nível de dependência funcional e cognitiva. Consideram possibilidade de prevenção, identificação e tratamento dos sintomas, mas que leva à maior morbidade e mortalidade. Sendo a detecção precoce da fragilidade é determinante para intervenções precoces e, portanto, previne situações de maior debilidade física e funcional (LIMA, COSTA, M.F.; CAMARANO, A.A., 2009).

Os fatores contextuais incluem avaliação dos cuidadores, avaliação socio familiar e a avaliação ambiental. A avaliação da saúde física e mental do cuidador é considerada fundamental na avaliação multidimensional do idoso. O cuidado de longa duração é uma demanda crescente para as famílias brasileiras e, na sua imensa maioria, é realizado no domicílio do paciente. (RAMOS, 2002).

Para Camarano (2009), no Brasil “a certeza da continuação nos ganhos de vida vividos e acompanhado pela incerteza a respeito das condições de saúde, de renda e apoio que experimentarão os longevos”. Cerca de 100.000 mil idosos fazem se residentes em instituições de longa permanência no Brasil, representando menos de 1% da população idosa, ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, na qual essa proporção chega de 10 a 15% dos idosos (CAMARANO, 2009).

O cuidador de idosos usualmente é um familiar, do sexo feminino e, muitas ou na maioria das vezes, é também idoso. Na sua maioria são pessoas muito pouco qualificadas, que assumiram o papel de cuidador pela disponibilidade, necessidade, instinto ou vontade. Também é frequente encontrarmos cuidadores idosos, que muitas vezes são tão ou mais frágeis que os idosos que estão sendo por eles cuidados. Apresentam fragilidades orgânicas e emocionais, vivenciando um alto nível de estresse e demandando mais atenção que o próprio paciente (RAMOS, 2002).

Nos EUA estudos mostram que aproximadamente 35% dos cuidadores tinham 65 anos ou mais e quase 10% deles tinham mais de 75 anos. No Brasil, a realidade não se faz muito diferente, com o agravante dos altos índices de analfabetismo. Além disso, muitos idosos vivem em condições precárias, e tendo a aposentadoria como única fonte de renda para todo o grupo familiar (DUARTE, J.E.; *et al.*, 2009).

A opção pela categoria de profissionais para cuidar do idoso, se faz necessário, em face da situação de desamparo em que eles se encontram, no sentido de facilitar o atendimento imediato das suas necessidades básicas, quando estão doentes e, ou fragilizados. O aumento expressivo e progressivo da população idosa impõe o resgate do papel do “cuidador”. A complexidade cada vez maior da organização das sociedades reforça a necessidade de preparo e aprendizado específicos para exercer esse papel. Nesta expectativa espera-se que o cuidador possua atividade profissional condizente com a capacidade de desenvolver ações de ajuda naquilo que o paciente idoso não pode mais fazer por si só. Esse cuidador assumirá a

responsabilidade de dar apoio e ajuda para satisfazer às necessidades, visando à melhoria da condição de vida de quem necessita de cuidado diferenciado, temporário ou em algumas vezes chegando até ser definitivo. O cuidador nem sempre é membro da família e a sua presença no ambiente familiar implica reconhecer valores de respeito e discricção, para não interferir na dinâmica familiar (DUARTE, YAO; Diogo M.J.D., 2005).

O preparo de cuidadores exige a definição de uma base conceitual norteadora dos valores e princípios filosóficos, que podem ser reconhecidos pelos seguintes pressupostos: o cuidado humano ou o “autocuidado” representa a essência da condição humana. O “cuidar do idoso” sempre representa com condição temporária e circunstancial, à medida que o “idoso” está impossibilitado de se cuidar; o “cuidador” é uma pessoa envolvida no processo de “cuidar do outro”, especialmente em relação ao idoso, com quem vivencia uma experiência contínua de aprendizagem e que resulta na descoberta de potencialidades mútuas. É nessa relação íntima e humana que se revelam potenciais, muitas vezes encobertos, do idoso e do cuidador. O idoso se sentirá capaz do autocuidado e reconhecerá suas reais capacidades; o cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação (DUARTE, J.E.; *et al.*, 2009).

A dimensão sociofamiliar é fundamental na avaliação multidimensional do idoso. A família constitui-se na principal instituição cuidadora de idosos dependentes, assumindo todo o cuidado de longa duração. Entretanto, a transição demográfica atinge diretamente essa “entidade”, reduzindo drasticamente a sua capacidade de prestar apoio a seus membros idosos. A redução da taxa de fecundidade trouxe profundas modificações na estrutura familiar. O número de filhos está cada vez menor e as demandas familiares são crescentes, limitando a disponibilidade tanto dos pais de cuidar de seus filhos quanto dos filhos de cuidar de seus pais. Por sua vez, o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, a valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais contribuem para as modificações nos arranjos domiciliares (SAMPAIO, L.R. 2004).

Essas mudanças sócio demográficas e culturais têm repercussões importantes na sua capacidade de acolhimento das pessoas com incapacidades, que historicamente dependiam de apoio e cuidado familiar. A própria modificação nas dimensões das habitações limita as possibilidades de cuidado adequado a pessoas com grandes síndromes geriátricas, como a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfinteriana. Essa fragilização do suporte familiar deu origem à outra grande síndrome geriátrica, a insuficiência familiar, cuja abordagem extremamente complexa (Ministério da Saúde, SAS. 2010)

Dessa forma, a composição familiar e o risco psicossocial na esfera familiar devem ser investigados detalhadamente. Deve-se estar atento aos indicadores de violência domiciliar, abuso e maus-tratos contra a pessoa idosa. Lesões corporais inexplicadas, descuido com a higiene pessoal, demora na busca de atenção médica, discordâncias entre a história do paciente e a do cuidador, internações frequentes por não adesão ao tratamento de doenças crônicas, ausência do familiar na consulta ou recusa as visitas domiciliares são extremamente sugestivos de violência familiar (FALEIROS, 2005).

A rede de apoio ou suporte social é decisiva para o envelhecimento saudável. A capacidade de socialização e integração social é considerada fator protetor da saúde e bem estar. Participação em clubes de terceira idade, centros comunitários, associação de aposentados, centros-dia, e organizações de voluntários devem ser estimuladas em todo idoso (RAMOS, 2002).

A avaliação ambiental também é considerada essencial. As áreas de locomoção, iluminação, quarto de dormir, banheiro, cozinha e escada devem ser organizadas; 25% dos idosos caem dentro de suas próprias casas pelo menos uma vez por ano. A interação de fatores intrínsecos e extrínsecos ou ambientais está presente na maioria das quedas. Entre os diversos fatores causadores de quedas em idosos, destacamos a especificação inadequada de materiais de acabamento do piso, que por muitas vezes é feita sem considerar a necessidade específica de quem vai utilizar esse espaço. Partindo desse fato, as pessoas idosas devem se beneficiar de intervenções no planejamento de ambientes que compensem as suas perdas funcionais. Assim, considera-se de fundamental importância que os espaços físicos sejam aprimorados, aumentando suas qualidades funcionais, em conformidade com as necessidades dos usuários que viverão ali. Acreditando que a ideia do espaço para todos, possa ser uma ferramenta a ser incorporada ao processo de criação, onde a segurança e a acessibilidade passam a ser fatores relevantes (VIDIGAL; CASSIANO., 2009).

O presente estudo tem por objetivo contribuir nas orientações e na verificação dos efeitos que a assistência domiciliar trouxe ao idoso, e na verificação dos impactos que foram evidenciados na qualidade de vida do idoso debilitado ou acamado e os benefícios que a terapia pode trazer a vida do idoso que sofre traumas provenientes do envelhecimento. Este estudo, portanto tem por objetivo geral contribuir no estado nutricional do idoso discutindo e enfatizando os principais aspectos relacionados ao estado nutricional, com ênfase nos indicadores e critérios de avaliações apropriados para o idoso em questão, considerando-se as modificações inerentes ao processo de envelhecimento.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de caso experiencial de caráter exploratório, descritivo que se enquadra como abordagem qualitativa e quantitativa, que utilizou da modalidade da realidade provisória, não generalizável e temporal do caso em estudo. Teve início em março de 2021 com a escolha do tema e terminou em novembro de 2021. Este estudo foi realizado com uma casuística de 82 anos de idade, do sexo feminino. Por meio do acompanhamento das visitas e consultas realizadas pela equipe de multiprofissionais no domicílio, localizado em Vitória - ES; foram analisados os dados postados nos prontuários de outubro de 2019 a novembro de 2021, com a casuística devidamente acompanhada.

Ressaltando que após a explanação sobre o estudo os sujeitos concordaram em participar, e oficializaram o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde deixando, claro os objetivos, benefícios e dúvidas referentes à pesquisa.

A realização da abordagem nutricional do estudo foi por acompanhamento das consultas realizadas pela equipe multidisciplinar no ambiente domiciliar. Com o objetivo de compreender o estado nutricional da casuística em questão, foram coletados dados antropométricos: o peso, e alturas utilizadas: AJ (altura do joelho), CB (circunferência de braço), CP (circunferência de panturrilha), para medir a Circunferência da Panturrilha (CP) e do Braço (CB), foi utilizada a trena antropométrica da marca Sanny pertencente à nutricionista. Junto à análise dos exames bioquímicos. Os dados deste estudo são secundários provenientes de prontuários da casuística. A análise dos dados qualitativos teve descrição a partir de frequência absoluta e relativa.

A análise estatística dos dados foi exportada para o software Microsoft Excel para cálculo da média e expostos por meio de tabela e análise dos resultados.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns estudiosos têm a antropometria, como indicador antropométrico com essencial na avaliação nutricional geriátrica, entretanto algumas alterações que ocorrem com o envelhecimento podem comprometer a determinação de um diagnóstico antropométrico acurado e preciso, caso cuidados específicos não sejam tomados no sentido de neutralizar ou amenizar o efeito dessas alterações sobre a avaliação, (NAJAS, M.S. 2005).

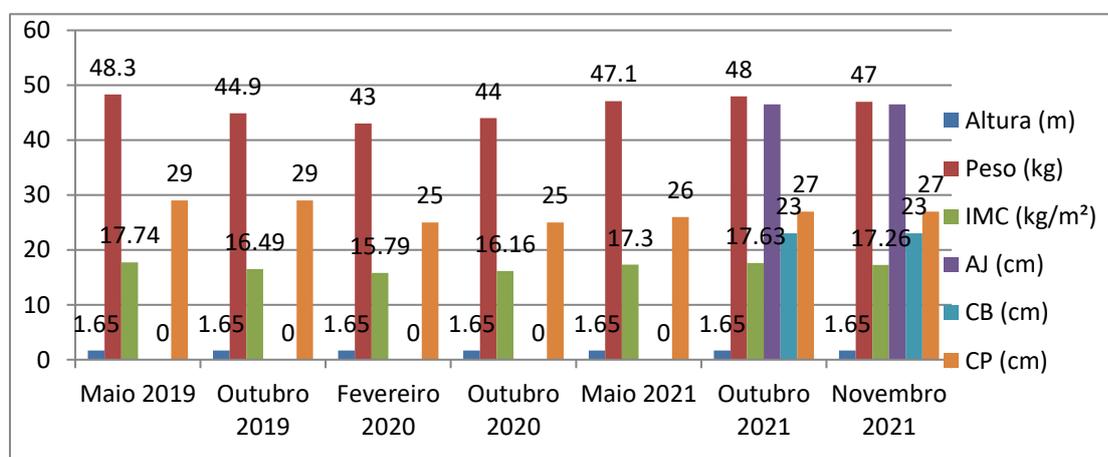
**Quadro 1.** Dados antropométricos fornecidos através dos prontuários nos anos de 2019, 2020 e 2021.

Parâmetros Antropométricos							
	Maio 2019	Outubro 2019	Fevereiro 2020	Outubro 2020	Maio 2021	Outubro 2021	Novembro 2021
Altura (m)	1,65	1,65	1,65	1,65	1,65	1,65	1,65
Peso (kg)	48,3	44,9	43	44	47,1	48	47
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	17,74	16,49	15,79	16,16	17,3	17,63	17,26
AJ (cm)	-	-	-	-	-	46,5	46,5
CB (cm)	-	-	-	-	-	23	23
CP (cm)	29	29	25	25	26	27	27

Fonte: elaboração própria.

Para caracterização do estudo foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, peso e estatura para calculo do índice de Massa Corporal (IMC). O IMC foi calculado com as medidas de peso e altura de acordo com a seguinte fórmula:  $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$ . O IMC nos Idosos em alguns estudos sugerem pontos de corte mais altos, pois os idosos necessitariam de uma reserva maior a fim de prevenir a desnutrição. Os IMC adotados para classificação do estado nutricional do idoso a partir do índice de massa corpórea utilizam-se os pontos de corte igual desnutrição e magreza ( $IMC < 22$ ), eutrofia ( $IMC 22-27$ ) e obesidade ( $IMC > 27$ ), fonte: adaptado de LIPSCHITZ (1994).

**Gráfico 1.** Dados antropométricos dos anos de 2019, 2020 e 2021.



Fonte: elaboração própria.

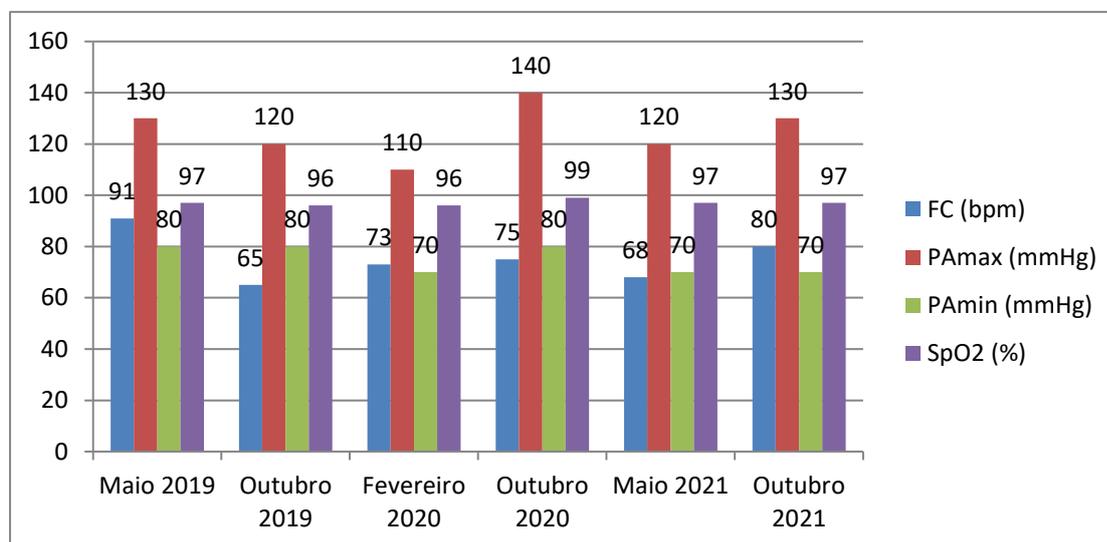
O IMC é um bom indicador do estado nutricional do idoso e consiste em uma medida secundária obtida através de duas medidas primárias: o peso (Kg) dividido pela estatura (m) ao quadrado. Em 2021, com o retorno dos profissionais, foi sugerido pela equipe multidisciplinar, a introdução de suplementação hipercalórica e hiperproteica, devido o estado de desnutrição, evidenciado pela IMC, (IMC=15,79) no ano de 2020. É possível perceber uma melhora do seu quadro nutricional a partir de 2021 com ganho de peso, desta forma a equipe multidisciplinar contribuiu significativamente para melhora do estado nutricional da paciente, (YAMATTO, T.H. 2007)

**Quadro 2.** Sinais vitais coletado dos prontuários nos anos de 2019, 2020 e 2021.

Sinais Vitais						
	Maio 2019	Outubro 2019	Fevereiro 2020	Outubro 2020	Maio 2021	Outubro 2021
<b>FC (bpm)</b>	91	65	73	75	68	80
<b>PAmáx (mmHg)</b>	130	120	110	140	120	130
<b>PAmín (mmHg)</b>	80	80	70	80	70	70
<b>SpO2 (%)</b>	97	96	96	99	97	97

Fonte: elaboração própria.

**Gráfico 2.** Sinais vitais recolhidos através de prontuários nos anos de 2019, 2020 e 2021.



Fonte: elaboração própria.

Os sinais vitais foram mantidos dentro dos padrões de referências, distanciando possíveis doenças crônicas não transmissíveis de acordo com a OMS.

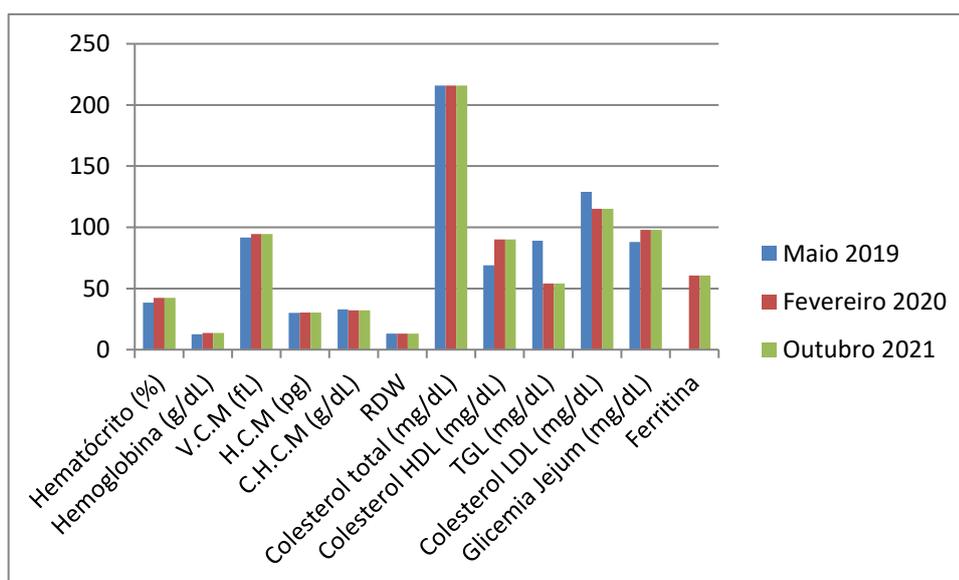
**Quadro 3.** Dados bioquímicos recolhidos através de exames dos anos de 2019, 2020 e 2021.

Exames Bioquímicos			
	Maio 2019	Fevereiro 2020	Outubro 2021
Hematócrito (%)	38,3	42,3	42,3
Hemoglobina (g/dL)	12,6	13,6	13,6
V.C.M (fL)	91,7	94,42	94,42
H.C.M (pg)	30,2	30,36	30,36
C.H.C.M (g/dL)	32,9	32,15	32,15
RDW	13,1	13	13
Colesterol total (mg/dL)	216	216	216
Colesterol HDL (mg/dL)	69	90	90
TGL (mg/dL)	89	54	54
Colesterol LDL (mg/dL)	129	115,2	115,2
Glicemia Jejum (mg/dL)	88	98	98
Ferritina	-	60,5	60,5

Fonte: elaboração própria.

Nos exames bioquímicos de acordo com Zaninelli (2021), o colesterol contribui para a dissolução das gorduras e desempenha funções importantes nas células, porém seus níveis elevados no sangue estão diretamente ligados a maiores índices de doenças cardiovasculares. Já os triglicerídeos fazem parte do armazenamento energético. O colesterol total é resultante da soma de HDL + LDL + VLDL, no gráfico 3 demonstra os níveis de colesterol total elevado desde a primeira etapa de estudo até a última.

**Gráfico 3.** Dados bioquímicos dos anos de 2019, 2020 e 2021.



Fonte: Elaboração própria

Para Zaninelli (2021), o HDL também conhecido como colesterol bom exerce uma proteção dos vasos contra a formação de placas de gordura, a também chamada arteriosclerose, assim quanto maior seus níveis de disposição no sangue melhor o VLDL, o HDL e o LDL que permite o transporte de colesterol e triglicérides no sangue como está demonstrado no gráfico 3, da paciente durante o estudo.

#### **4. CONCLUSÃO**

A avaliação do estado nutricional no idoso acamado não é uma tarefa simples, demandando primeiramente de um conhecimento amplo por parte do nutricionista e multiprofissionais e ainda das técnicas existentes na literatura, além de experiência em suas utilizações. Portanto a avaliação nutricional do idoso necessita ser realizada a partir de uma associação de indicadores, tendo em vista que cada um apresenta limitações, as quais devem ser complementadas.

A antropometria do paciente do paciente que não deambula faz uso de diversas estimativas que dependem da prática do avaliador, da memória do paciente ou cuidador, como no caso do peso usual do avaliado e das quantificações alimentares. Há falta de parâmetros específicos para população idosa. Este tipo de paciente é prejudicado pela aferição de peso, altura e demais medidas pela ausência de deambulação, além de características próprias do acamamento.

A investigação do consumo alimentar também é dificuldade por depender da memória, escrita ou pesagem, que podem estar prejudicadas com o avançar da idade e a própria senescência. O idoso possui mais uma variedade de situações que dificulta a avaliação nutricional, com o uso de diversos medicamentos que afetam a função muscular, além das polineuropatias. A polifarmácia pode influenciar também a interpretação dos exames bioquímicos, dos sinais clínicos e seus sintomas.

O diagnóstico nutricional é necessário para o estabelecimento da conduta dietoterápica e esta, quando bem executada exerce papel fundamental na prevenção da desnutrição e nas consequências desta, para o idoso, como o surgimento de comorbidades. O ideal para avaliação nutricional é a combinação de vários dos métodos descritos, não sendo aconselhável a eleição de apenas um. O essencial é que o profissional tenha segurança de seleção dos métodos utilizados para definir o diagnóstico e as necessidades nutricionais do idoso.

## 5. REFERÊNCIAS

AUSMAN L.M, RUSSEL R.M. Nutrição do Idoso. In Shils M.E., Olson J.A., Shilke M, Ross A.C. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. 9ª ed. São Paulo: Manole, 2003. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/abccad19.pdf> >acesso em 17 de nov. 2020.

BUENO J.M.; DUARTE, H.S; et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, p. 1237-1246, 2008. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/abccad19.pdf> >acesso em 17 de nov.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. **Caderno da Atenção Básica** nº. 19. Brasília. DF p.192.2019. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/abccad19.pdf> >acesso em 17 de nov. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2010. [online] Disponível em URL: <http://dab.saude.gov.br/bvs/atencaobasica.php> >acesso em 17 de nov. de 2020.

CAMARANO, A.A. **Características das instituições de longa permanência para idosos**. Brasília: IPEA; Presidência da Republica, 2007. <http://dab.saude.gov.br/bvs/atencaobasica.php> >acesso em 17 de nov. de 2020.

CAMPOS M.T.F.S., MONTEIRO J.B.R., ORNELAS A.P.R.C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista Nutrição** 2000; 13(3): 157-165. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php> >acesso em 17 de nov. de 2020.

COELHO, A. K.; FAUSTO, M. A. Avaliação pelo nutricionista. In: MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Rev. Inter 2002; p. 121-156.

CORRAL, L.R. Epidemiologia da terceira idade no Brasil. In: MARAGNONI, D.; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P. A. **Nutrição na terceira idade**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2010. P. 3 - 13, 2010.

DUARTE, JE; MELO, R.V.; AZEVEDO, R. A. Cuidando do cuidador. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte (COOPMED), 2009. cap 26, p. 371-379.

DUARTE, YAO, Diogo M.J.D. **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu; 2005. 630 p.

FALEIROS, V.P. Violência contra a pessoa idosa, ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Universa. 2007, 394 p.

FLORENTINO AM. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: Frank AA., Soares E.A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo, Atheneu: 2002; p. 3-11.

GARRIDO R, MENEZES P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira Psiquiatria**, 2002; 24: 3-6. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php> acesso em 17 de nov. de 2020.

HARRIS, N.G. **Nutrição no envelhecimento**. In: Mahan L.K., Scyth Stump S. Krause: Alimentos. Nutrição e Dietoterapia, 10ª ed. – São Paulo Roca, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, Anuário estatístico do Brasil. 2019. Vitória, ES. 2019. Disponível: <http://www.sidra.ibge.gov.br/censodemografico>. Acesso em: 17/11/2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2011. Brasília. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17/11/2020.

LIMA. COSTA, M.F.; CAMARANO, A.A. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil; In MORAES, E. N. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte. (COOPMED); 2009; cap.1, p.3-19.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, 21(1): 55-67, 1994

LOLIO C.A, LATORRE, MRDO. Prevalência de obesidade em localidade do Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**. 1991; (25) 33-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> > acesso em 17 de nov de 2020.

MAGNONI, D., CUKIER, C.; OLIVEIRA, P. A. **Nutrição na Terceira Idade**. São Paulo: Sarvier, 2010.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, p. 54-66, 2011.

NAJAS MS, NEBULONI C.C. Avaliação Nutricional In: Ramos LR, Toniolo Neto J. Geriatria e Geontologia. Barueri: Manole; 2005. 1ª ed. p 299.

NAJAS MS, PEREIRA FAI. Nutrição em Gerontologia. IN: Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005. 1180-1187.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial de Saúde. Nova Iorque/Genova: OMS/WHO; 2015. <http://www.scielo.br/scielo.php> > acesso em 17 de nov de 2020.

OTERO U.B., ROSENFELD S., GADELHA A.M.J., CARVALHO M.S. Mortalidade por desnutrição em idosos, Região Sudeste do Brasil, 1980-1997. **Revista Saúde Pública** 2002; 36(2) 141-148.

PRODRABSKY, M. Nutrição e Envelhecimento. In Mahan K.L, Arlin M.T., Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13ª ed. RJ: Roca, 2012.

RAMOS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologia*, 2002; 4(7): 156-175.

ROSENFELD S. Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre idosos: uma revisão caderno de saúde pública, 2003; 19(3): 717-724.

SAMPAIO, L.R. Nutrição e Envelhecimento: Como garantir qualidade de vida daqueles que envelhecem. **Revista Nutrição em pauta**. [Internet] acesso em 17/11/2020. Disponível em: <https://nutricaoempauta.com.br/>

SIMÕES, C.CS. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos do processo de envelhecimento da população. 2016; IBGE.

TAVARES E.L., Anjos L.A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultado da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). **Caderno Saúde Pública**, 1999; 15(4) 759-768.

YAMATTO, T.H. Avaliação Nutricional. In: Toniolo Neto J, Pintarelli VL, Yamatto TH. A beira do leito: Geriatria e Gerontologia na prática Hospitalar. Barueri: Manole; 2007. P 2

VIDIGAL, M. J. M.; CASSIANO, J. G. Adaptação ambiental. In: MORAES, E.N. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: (COOPMED), 2009. cap. 8, p. 125-137.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WORD), Physical status: The use and interpretation of anthropometry. World Health Organization, Geneva, 2010 - 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [acesso em 15 jan. 2018]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf)

ZANINELLI, Daniele C. Tokars. Colesterol e Triglicerídeos. **Endocrinologia Curitiba**. (2021) Disponível em: < <http://www.endocrinologiacuritiba.com.br/Areas-de-Atuação/colesterol-e-triglicerideos.html> > Acesso em: 16 de dez de 2021.

## APENDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante.

A presente pesquisa tem objetivo avaliar o estado nutricional do idoso acamado no ambiente domiciliar: um relato de caso de uma casuísta residente em Vitória - ES.

Eu, \_\_\_\_\_ afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus, tendo como finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa, e ainda contribuir para a produção de conhecimento científico. Fui informado (a) esclarecido (a) de que os usos de informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, estando ciente que na publicação dos resultados desta pesquisa, minha identidade no mais rigoroso sigilo. Fui informado (a) da garantia de receber esclarecimento acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. Sendo assim, consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento. Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável Luciene Rabelo Pereira, através do telefone (27) 3331-8500.

Atenciosamente, Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Aluno (a)

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável