

PERFIL NUTRICIONAL E CLÍNICO DE IDOSOS HOSPITALIZADOS
NUTRITIONAL AND CLINICAL PROFILE OF HOSPITALIZED ELDERLY PEOPLE

Amanda Castelo Alves¹

Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão²

RESUMO: O envelhecimento pode ser acompanhado com mudanças, condições socioeconômico, ambiente familiar e nas condições de saúde. A demência tem sido um dos fatores que pode promover debilidade no estado nutricional, porque afeta a autonomia do idoso. Diante disso, este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil nutricional e clínico de idosos hospitalizados e hábitos alimentares. Tratou-se de estudo de campo descritivo, transversal e quanti-qualitativo, realizado no Hospital da Grande Vitória (ES) e que apresenta uma amostra de 61 indivíduos, com idade igual ou superior a 60 anos. O estado nutricional foi avaliado a partir dos dados antropométricos e da avaliação subjetiva global e clínica dos idosos. No que concerne aos aspectos éticos somente participaram da pesquisa os pacientes que assinaram o termo de compromisso livre e esclarecido, o referido projeto foi enviado ao comitê de ética do Centro Universitário Salesiano (CAAE: 70930423.3.0000.5068). Os dados foram apresentados a partir de estatística descritiva. Observou-se que a maioria dos idosos estavam eutróficos (52,5%) e relatam que não houve perda de peso nos últimos meses. A comorbidade mais prevalente entre esses foram as doenças cardiovasculares (37,7%). As alterações no estado nutricional e da capacidade funcional de idosos é comum em ambiente hospitalar, portanto, faz-se necessário que a avaliação desses parâmetros seja realizada em rotina nutricional a fim de prevenir o declínio das condições clínicas dos idosos.

Palavras-chave: Estado nutricional; idosos hospitalizados; triagem clínica nutricional.

ABSTRACT:

Aging can be accompanied by changes, in socioeconomic conditions, family environment and health conditions. Dementia has been one of the factors that can promote weak nutritional status, because it affects the autonomy of the elderly. Therefore, this work aimed to evaluate the nutritional and clinical profile of hospitalized elderly people and eating habits. This was a descriptive, cross-sectional and quantitative-qualitative field study, carried out at Hospital da Grande Vitória (ES) and which presents a sample of 61 individuals, aged 60 years or over. The nutritional status was assessed based on anthropometric data and the subjective global and clinical assessment of the elderly. Regarding ethical aspects, only patients who signed the free and clear commitment form participated in the research. The aforementioned project was sent to the ethics committee of the Centro Universitário Salesiano (CAAE: 70930423.3.0000.5068). Data were presented using descriptive statistics. It was observed that the majority of elderly people were eutrophic (52.5%)

¹ Graduanda do Curso de Nutrição do Centro Universitário Salesiano (Amanda.alves@souunisales.com.br).

² Mirian Patrícia Castro Pereira Paixão, Nutricionista, Doutora em Ciência e Tecnologia de Alimentos, Mestre em Ciências fisiológicas, Professora do curso de Nutrição do Unisales (mpaixão@souunisales.com.br).

and reported that there had been no weight loss in recent months. The most prevalent comorbidity among these was cardiovascular diseases (37.7%). Changes in the nutritional status and functional capacity of the elderly are common in a hospital environment, therefore, it is necessary that the assessment of these parameters is carried out in a nutritional routine in order to prevent the decline in the clinical conditions of the elderly.

Keywords: Nutritional status; insanity; hospitalized elderly people; nutritional clinical screening.

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações orgânicas que podem resultar em redução da capacidade de manutenção homeostática, ocasionando uma série de complicações à saúde, que comprometem diversas esferas, como às funções executivas, a memória e a perda cognitiva, é demência que predispõe o aparecimento de doenças neurodegenerativas. Representando um desafio para a saúde pública de como promover saúde e bem-estar a esses indivíduos (CASTRO,2009).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo 2010, demonstram um aumento da população com 65 anos ou mais era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. A Região Norte apresentou nos últimos 20 anos no número de idosos elevado, mostrou-se bem jovem com relação às regiões sudeste e sul que apresentam na sua população total um maior número de idosos, em 2010 com um percentual de 8,1% da população idosa com 65 anos (IBGE, 2013).

No Brasil, a questão do envelhecimento é amparada pela Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.842/1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), o artigo 1º da PNI, diz que: “a Política Nacional do Idoso (PNI) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. No Espírito Santo dispõe sobre a política Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDDIPI), que assegura os mesmos direitos a participação na sociedade, avaliação e implementação de políticas, planos e programas (BRASIL,2016).

O aumento da longevidade traz importantes implicações e desafios para a vida econômica e social das comunidades. Crescem as necessidades de ofertar políticas públicas voltadas para o idoso, de estruturar programas de assistência social e cultural, da criação de estabelecimentos que ofereçam produtos de consumo e atividades de lazer voltado para este grupo, para que se possibilite a inserção do idoso na comunidade (BURLÁ *et al.*,2013).

Em paralelo, a debilitação do idoso, principalmente com a demência, associada a diversos outros fatores como a mudança de status socioeconômico, repercute no ambiente familiar, contribuindo para o abandono, a rejeição da família e, conseqüentemente, a busca por hospitalização ou uma instituição de longa permanência. E isso contribui para perda de peso, que pode também causar várias infecções e falências respiratórias e cardiovasculares (CARDOSO,2018).

Nos últimos anos, houve um aumento nas pesquisas sobre essa variável, cerca de 46,8 milhões de pessoas no mundo podem desencadear um quadro de demência, estima-se em 74,7 milhões em 2030 e a 131,5 milhões em 2050. Sendo assim, novos casos de demência a cada ano no mundo é de quase 9,9 milhões, o que significa um diagnóstico a cada três segundos (PRINCE *et al.*, 2015).

Na população idosa, o declínio cognitivo é um dos aspectos mais afetados, podendo apresentar relação com a diminuição da capacidade funcional. Portanto, ficar atento à nutrição é crucial em relação às mudanças fisiológicas que surgem com a idade e o surgimento de condições crônicas como obesidade, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, dentre outros fatores de risco importantes para o desenvolvimento da doença de Alzheimer (MENDES *et al.*, 2016).

Em idosos com demência apresentam perda ponderal importante e são inúmeras as hipóteses que explicam a perda de peso nesses casos: atrofia do córtex temporal mediano e elevado gasto energético, levando a redução da massa muscular, perda da autonomia e dependência funcional, além de riscos de quedas, úlceras de decúbito e infecções (MACHADO *et al.*, 2009).

O estado nutricional inadequado pode afetar o estado geral e o bem-estar do paciente, influenciando na evolução da demência. Devido os transtornos neurológicos graves comuns que alteram os mecanismos e as capacidades cognitivas e motoras, é necessário para uma dieta adequada e balanceada trazer mais qualidade de vida e autonomia ao indivíduo (FERREIRA *et al.*, 2014).

Pode se observar ainda, alterações relacionadas com a diminuição da produção de saliva, assim como uma higiene e saúde oral apresentam déficit (ausência de peças dentárias e/ou próteses desajustadas) que influenciam negativamente a mastigação e/ou a deglutição (CENDRON *et al.*, 2016).

A temperatura em que os alimentos são consumidos é importante, temperaturas muito quentes ou muito frias devem ser evitadas porque pode haver mais sensibilidade térmica em função de mudanças que ocorrem nos tecidos da área bucal com o passar dos anos (CABRAL *et al.*, 2022).

Aproximadamente 90% dos pacientes com demência vão desenvolver problemas relacionados a alimentação, como disfagia, incapacidade de comer sozinho e recusa alimentar (DE MEDEIROS *et al.*, 2016).

Segundo sua classificação, qualquer dificuldade no transporte do alimento da boca ao estômago é causada por alterações na cinética da deglutição. Associado a uma dieta desajustada no que se refere viscosidade de alimentos sólidos ou líquidos espessos, o que dificulta a ingestão alimentar e hídrica (CICCARELLI, 2016).

Em pacientes hospitalizados, por sua vez, o estado nutricional também é afetado pela combinação de fatores inerentes à condição do indivíduo e ao seu tratamento, tais como: inatividade física, perda de apetite, deficiência na oferta e ingestão de alimentos e fatores psicológicos, além de negligência das equipes de saúde. É comum, com prognóstico da doença e o aumento período de internação hospitalar e desnutrição desse indivíduo (CENDRON *et al.*, 2016).

De acordo com Ministério da Saúde, são estabelecidas recomendações, pautadas em mudanças de estilo de vida visando a prevenir e minimizar a prevalência mundial das doenças crônicas não transmissíveis. (OLIVEIRA,2006).

Observa-se que o estresse oxidativo é caracterizado pelo desequilíbrio na relação entre o sistema oxidante e as defesas antioxidantes do organismo, com aumento do primeiro. É produzido por radicais livres, ou seja, moléculas que contêm um ou mais elétrons desemparelhados. Assim, os antioxidantes podem intervir em quaisquer dos três estágios do processo de oxidação: iniciação, propagação ou término (GEMELLI *et al.*, 2013).

Atenta-se para a importância das mudanças alimentares, mantendo o equilíbrio com uma alimentação rica em fibras e micronutrientes como vitamina E, vitamina C, vitaminas do complexo B12, B6 e ômega 3, que podem contribuir para diminuição dos riscos de doenças degenerativas (DE SOUZA,2021).

Segundo RIULLI (2020) é comum que idosos realizem poucas refeições ao dia, ou as substitua por alimentos mais práticos e de pouca densidade nutricional, especialmente em micronutrientes, como muitos dos industrializados, por múltiplos fatores, como residir sozinhos, problemas odontológicos, disfagia, baixa renda, depressão, dentre outros. Esse hábito alimentar dificilmente garante uma ingestão adequada.

Estudos apontam que a suplementação combinada de antioxidantes, tem sido utilizada para reduzir a incidência da demência. Ainda, nutrientes como ácido fólico pode contribuir para determinação da quantidade do caráter e funcionamento de neurotransmissores que alteram os processos cerebrais (RIULLI, 2020).

Além disso, a vitamina E foi relacionada com menor taxa de morte neuronal induzida pela proteína A em cultura de células hipocampo e corticais. Sendo assim, reduzir o risco ou impedir a instalação das demências, embora os trabalhos ainda se mostrem conflitantes (MACHADO, 2009).

Nesse sentido, compreender esses fatores auxiliam no diagnóstico e no manejo de idosos com esses problemas. Diante desse panorama é muito importante antropometria e a triagem nutricional como um método não invasivo, de fácil execução, de baixo custo operacional, seguro e que tem valor preditivo acurado para identificar populações em risco nutricional (CONFORTIN *et al.*, 2019).

O impacto dessa doença causa prejuízos econômicos, sociais, psicológicos, financeiros para os cofres públicos e para as empresas privadas, tendo também enorme impacto na saúde e qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2017).

A triagem para avaliar o indivíduo, associada à identificação do estado nutricional garante o diagnóstico precoce da desnutrição e favorece o tratamento efetivo, assegurando assim a diminuição dos gastos com saúde e reduzindo a permanência hospitalar do paciente hospitalizado, trazendo benefícios para a instituição e para o familiar, já que esse paciente apresenta uma necessidade de acompanhamento e cuidado. Devido ao paciente não conseguir manter sua autonomia (ROSA *et al.*, 2019).

A desnutrição e as carências nutricionais provocam a diminuição da imunidade, agravando, conseqüentemente, o risco de infecções, hipoproteinemia e edema, bem como a diminuição de cicatrização de feridas, ampliando o tempo de permanência e, como resultado o aumento dos custos hospitalares, dentre outros efeitos (FERREIRA *et al.*, 2014).

Existem diversos aspectos que intervêm diretamente na desnutrição hospitalar, como a aprovação da dieta, patologia, inapetência, ausência do paladar, incapacidade da ingestão de alimentos ou má-absorção, o próprio ambiente hospitalar e até mesmo quadros demenciais (CARDOSO, 2018).

O tratamento é dividido quanto à definição se a doença é primária, secundária, ou associada a outras enfermidades. Disponível atualmente permite basear a estratégia terapêutica em três pilares: melhorar a cognição, retardar a evolução e tratar os sintomas e as alterações de comportamento. A prioridade do tratamento é identificar e tratar as intercorrências clínicas que possam agravar o estado de saúde geral do idoso (CASTRO, 2009).

Devido o conseqüente comprometimento cognitivo e das atividades diárias, é importante que familiares e cuidadores também tenham acesso a acompanhamento multidisciplinar, devido a alteração na rotina que a doença acarreta ao paciente, aos familiares e à sociedade (RIULLI, 2020).

Dessa forma, é necessário o desenvolvimento de políticas que auxiliem a população a ter um envelhecimento positivo, saudável e ativo, e que rompam estereótipos responsáveis por limitar a participação social desse grupo. Como um exemplo de política que fortaleça o envolvimento dos idosos, pode-se citar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), que visa garantir a participação da sociedade como um todo, a partir das atividades propostas por ela (BRASIL, 2015).

Diante do exposto acima, o presente estudo objetivo avaliar o perfil nutricional e clínico de idosos hospitalizados, Vitória/ES.

2. METODOLOGIA

2.1. DESENHO DO ESTUDO

Este estudo é caracterizado como quanti-qualitativo pois envolveu mensuração de variáveis pré-determinadas e análise objetiva de dados coletados, buscando compreender o comportamento do indivíduo diante das situações em estudo. O Tamanho amostral foi definido por conveniência, no qual foram selecionados 60 indivíduos de ambos os sexos. As coletas amostrais deram início no mês de setembro e seguiu-se até outubro de 2023.

Os voluntários foram selecionados no Hospital da Grande Vitória - Cidade Alta. Todos os inscritos, residentes na Grande Vitória (ES) foram convidados a participar, sendo informados do objetivo deste estudo e que era avaliar o benefício da triagem para analisar a influência da demência no diagnóstico do seu estado nutricional e como esse fator impacta diretamente na permanência do paciente no nosocômio.

Foram estabelecidos como critério de inclusão neste estudo as seguintes características, indivíduos idosos com idade igual ou superior a 60 anos que estão hospitalizados (fazem acompanhamento em hospital ou estão internados na unidade de terapia intensiva (UTI) e, sendo do sexo feminino ou masculino), que estiveram dispostos a participar do estudo. Foram excluídos da amostra pessoas que não atenderem o critério de inclusão, mas obterão todos os benefícios que podem ser ofertados por este estudo aos seus voluntários.

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética. Só participarão do estudo aqueles, que ao serem orientados sobre os objetivos, concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os atendimentos foram realizados no Hospital, no qual foi realizada avaliação do estado nutricional e a influência da demência na alimentação, podendo desencadear a desnutrição ou agravo de outras comorbidades. Para a avaliação do estado nutricional dessa pesquisa foram utilizados, como instrumento de coleta de dados, a avaliação subjetiva global (questionário) e a avaliação objetiva (antropométrica).

2.2. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Centro Universitário Salesiano (UniSales) e aprovado sob o CAAE: 70930423.3.0000.5068. A pesquisadora manteve o sigilo dos dados coletados, bem como a utilização destes, exclusivamente com finalidade científica. Os indivíduos que participantes do estudo, foram informados sobre os procedimentos, os possíveis desconfortos e riscos, antes de assinar o formulário de consentimento, onde a pesquisadora se comprometeu em manter a confidencialidade dos dados coletados e a utilizá-los apenas para fins científicos, segundo determina a Resolução 196 e 466 do Conselho Nacional de Saúde de 2012 (BRASIL, 2012).

2.3. COLETA DE DADOS

2.3.1 Variáveis Clínicas e Sociodemográficas

Para realizar a avaliação das principais variáveis sociodemográficas foi aplicado um questionário, no qual foram abordadas perguntas sobre: sexo, idade, escolaridade, estado civil, condição socioeconômica, local de moradia e religião (ABEP, 2021). Foram aplicados pelo examinador a avaliação e as informações obtidas estarão sobre confidencialidade (DUARTE *et al.*, 2021).

2.3.2. Aplicação da Avaliação Subjetiva Global: Mini-Exame do Estado Mental (MNA)

Um questionário de avaliação subjetiva conhecido como MNA foi aplicado, no qual as respostas necessárias foram coletadas com responsável pelo paciente, se o participante estivesse inapto de responder. A triagem avalia a orientação temporal e espacial, memória, atenção e aritmética, linguagem e habilidades. Foram considerados os seguintes pontos para caracterizar o comprometimento cognitivo, e o estado nutricional do entrevistado. Sendo assim, foi considerado normal se o resultado estiver entre 12 e 14 pontos, entre 8 e 11 pontos, esse paciente foi considerado que está em risco de desnutrição. Por fim, um paciente é considerado desnutrido se a pontuação estiver entre 0 e 7 conforme quadro 1 (Araújo, 2020).

2.3.3 Aplicações da Avaliação Subjetiva: EDG – Escala de Depressão Geriátrica

Um questionário de avaliação subjetiva conhecido como EDG foi aplicado, no qual as respostas necessárias foram coletadas do responsável pelo paciente, se o participante estivesse inapto de responder. Este instrumento tem como finalidade detectar casos de possível depressão. Este é um nível de triagem, não um nível de diagnóstico, onde não se destina a diagnosticar; mas para acompanhar. Para verificar se o entrevistado apresenta sinais de depressão. Uma pontuação superior a 5 pontos requer uma análise mais aprofundada de acordo com os critérios do DSM IV, pois é uma pontuação indicativa de depressão. Foram considerados 0 a 5 pontos o estado nutricional normal, já 6 a 10 pontos depressão leve e de 11 a 15 pontos depressão severa, conforme quadro 2 (ERTAN FS *et al.*, 2005).

2.3.4 Avaliação do Estado Nutricional

Para a avaliação antropométrica da população estudada, foram realizadas as aferições como de altura, estimativa de peso altura do joelho.

Estimativa de Altura - A altura para idosos que estão impossibilitados de permanecer na posição ereta foi realizada por meio de fórmulas estimadas, que utilizam o comprimento do braço, da tíbia e altura do joelho ao calcanhar. (JAIME *et al.*, 2011)

Peso - O peso foi considerado uma medida vetorial visto que apresenta intensidade, direção e sentido, sendo o produto da massa de um corpo e a aceleração da gravidade exercida sobre ele, embora não deva ser utilizado unicamente para diagnóstico, visto que alterações como edema e desidratação podem camuflar a verdadeira condição do paciente. O espaço físico onde ocorreu a coleta dos dados foi cuidadosamente escolhido, observando-se a regularidade das paredes e do piso para que não interferem nos resultados (GARCIA,2007).

Circunferências - As circunferências do braço, cintura e panturrilha foram medidas para todos os participantes. Todas as medições foram feitas com fita inelástica da marca Sanny. Para aferição, deve-se medir o ponto médio do ombro e do cotovelo. Após marcar o ponto central, foi realizada aferição com paciente em um ângulo de 90º graus. Tomando cuidado para não prender a pele do indivíduo (JAIME *et al.*, 2011).

O cálculo do IMC (índice de massa corporal) também foi utilizado para realizar diagnóstico dos indivíduos participantes da pesquisa. O valor obtido foi analisado através dos percentis validados, considerando o sexo e a idade do participante (GARCIA,2007). Após a avaliação, o diagnóstico antropométrico foi traçado por meio de cálculos dos resultados obtidos nas aferições, considerando os percentis. Para avaliar o público escolhido e relacionar com estado nutricional (quadro 1).

Quadro 1 – Classificação do IMC para idosos, segundo Lipschitz (1994).

CLASSIFICAÇÃO	IMC (Kg/m ²)
Menor que 22	Magreza
22 –27	Eutrofia
Maior que 27	Excesso de Peso

Fonte: PAZ (2020, p. 115).

2.3.5 Análises de Resultados

Os dados antropométricos foram apresentados a partir de estatística descritiva, no qual as variáveis numéricas/quantitativas foram apresentadas a partir da média, desvio padrão, mínimo e máximo. Os dados qualitativos foram apresentados a partir de frequência absoluta e relativa. Os resultados foram analisados com o auxílio do Excel Versão 2303 Build 16.0.16227.20202) 64 bits.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da coleta de dados 61 pacientes, sendo hospitalizados em enfermarias com tratamento de diversas comorbidades. Identificou-se que a maioria se encontrava com idade média 60 anos \pm 102 anos ou mais, sendo a maioria dos participantes do sexo feminino (57,3%). Evidenciou-se que a renda familiar dos voluntários é entre 1 e 2 salários-mínimos com entre 98,3% indivíduos e que, conforme sua ocupação/profissão, a maioria dos respondentes são aposentados. Sobre a residência local dos referidos pacientes está em destaque Vila – Velha e Vitória (Tabela 1).

Tabela 01 - Variáveis sociodemográficas em pacientes hospitalizados

Variáveis	Nº de Idosos	%
Sexo		
Feminino	35	57,4
Masculino	25	41
Outros	1	1,6
Profissão		
Aposentada (o)	61	100
Renda mensal		
1 a 2 salários-mínimos	60	98,4
5 ou mais	1	1,6
Residência		
Cariacica	12	19,7
Guarapari	4	6,5
Serra	9	14,7
Vila - Velha	13	21,3
Vitória	13	21,3
Outras cidades do ES	10	16,4

Fonte: Elaboração própria, 2023.

O estudo revelou que a com idade média de idade dos pacientes em terapia hospitalar foi de \pm anos com mínima de 60 e máxima de 102 anos, onde ou mais, sendo a maioria dos participantes do sexo feminino. Resultados semelhantes foram encontrados por estudos de PETROIANU *et al* (2010).

Os aspectos clínicos observados na triagem realizada, constatou-se que as doenças cardiovasculares são as mais prevalentes neste grupo (37,7 %). Os respondentes, em sua grande maioria, afirmaram que utilizam medicação e mantem o tratamento (100%), sendo a maioria a medicação de uso contínuo (72,21%) o mais incidente (Tabela 2).

Tabela 2 - Aspectos clínicos em pacientes hospitalizados

Variáveis	N°	%
Comorbidades		
DM	10	16,4
HAS/ Cardíacas	23	37,7
Câncer	12	19,7
Gastrointestinal	1	1,6
Outro	18	29,5
Faz uso de medicação		
Sim	61	100
Se sim, qual medicação		
Antidiurético	6	9,8
Anti-inflamatório	6	9,8
Anti-hipertensivos	20	32,8
Outros	44	72,2
Acompanhante		
Sim	61	100
Necessita de auxílio		
Sim	61	100

Fonte: Elaboração própria, 2023.

As comorbidades associadas mais comuns no presente estudo foram semelhantes ao encontrado por ROSA *et al* (2019), no qual a hipertensão arterial sistêmica (HAS), com prevalência em ambos os públicos pesquisados de 37,7 %, seguida do câncer com 19,7% e do diabetes mellitus com 16,4%.

Vale ressaltar que a presença, principalmente de HAS é uma das principais causas do surgimento de doenças neurológicas de etiologia vascular. No Brasil, essas patologias representam a principal causa de mortalidade, hospitalizações, amputações, perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas (MACHADO *et al.*, 2011).

Em concordância com os achados desta pesquisa, a fim de se avaliar o estado nutricional dos idosos, utilizou-se os dados antropométricos dos pacientes hospitalizados para a classificação do índice de massa corporal, que é indispensável para triagem desses pacientes, no entanto, não avalia separadamente os compartimentos corporais ou a distribuição de gordura corporal.

A transição demográfica, advinda do envelhecimento populacional, está diretamente relacionada com a transição epidemiológica, em que aumenta o número de DCNT e diminuem os casos de doenças infecciosas e parasitárias. Segundo Chaimowicz, as doenças mais frequentes nos idosos atuais são os acidentes vasculares cerebrais, fraturas após quedas, insuficiência cardíacas e/ou pulmonares, diabetes mellitus e Alzheimer (GARCIA, 2007).

Na avaliação antropométrica (Tabela 3), evidenciou-se que o índice de massa corporal dos IMC dos idosos apresentou a maioria foi classificado como eutrófico (52,5%). Em relação às mudanças de peso nas últimas duas semanas antecedentes à aplicação do questionário, foi possível inferir que 52,4% afirmaram que não

perderam peso nos últimos 3 meses. Segundo o exame físico da avaliação subjetiva, 55,7% das pessoas disseram que tiveram diminuição moderada ingesta, dos voluntariados (63,9%) relatou que consegue ter mobilidade normal, enquanto (27,9%) necessita de auxílio. Cerca de (86,9%) dos referidos pacientes relataram que sofreram por estresses psicológicos/doença aguda, mesmo assim informaram que não se trata de problemas neurológicos, a piora do quadro e devido a situações adversas.

Tabela 3 - Avaliação do Estado nutricional dos pacientes hospitalizados

Variáveis	N°	%
Baixo Peso	17	27,9
Eutrofia	32	52,5
Sobrepeso	12	19,7
Total	61	100,0
Mudanças de peso nas últimas 2 semanas		
Perda de peso	29	47,54
Sem mudanças no peso	32	52,45
Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta ou deglutir?		
Diminuição severa da ingesta	6	9,8
1 = diminuição moderada da ingesta	34	55,7
2 = sem diminuição da ingesta	20	32,8
Perda de peso nos últimos três meses		
0 = superior a três quilos	2	3,3
1 = não sabe informar	17	27,9
2 = entre um e três quilos	11	18,0
3 = sem perda de peso	31	50,8
Mobilidade		
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas	5	8,2
1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa	17	27,9
2 = normal	39	63,9
Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?		
Sim	53	86,9
Não	8	13,1
Problemas neuropsicológicos		
0 = demência ou depressão	4	6,6
1 = demência leve	20	32,8
2 = sem problemas psicológicos	37	60,7

Fonte: Elaboração própria,2023.

Assim, sua utilização é limitada para indivíduos hospitalizados, pois é necessário ocorrer uma perda ponderal significativa para alterar os valores de IMC. Segundo a classificação do IMC os indivíduos foi de eutrofia a com percentual de 52,5%, seguida com baixo peso 27,9%. Corroborando com o estudo de Machado *et al.*, (2010). Essas alterações devem-se a vários fatores como doenças relacionadas ou pelo processo de envelhecimento, ocorrendo mudanças na composição corporal, levando assim um aumento de tecido adiposo e redução de tecido muscular levando assim um aumento de tecido adiposo e redução de tecido muscular.

Associada à deficiência de micronutrientes é um problema em idosos com saúde debilitada. Dos participantes 100% relatou estar com acompanhe-te em nosocômio, o que possibilita mais auxílio ao paciente, pois essa informação é importante para cuidadores e profissionais da saúde que atuam em instituições que atendem idosos de diferentes níveis. (LEITE *et al.*, 2012).

A avaliação subjetiva MNA é uma importante ferramenta para a detecção de déficit cognitivo que vem sendo amplamente difundida e empregada sobretudo em estudos populacionais no mundo todo. Cabe ressaltar que os resultados obtidos através do teste se limitam a indicar a necessidade de uma avaliação mais detalhada para o diagnóstico de possíveis perdas cognitivas (SAAVEDRA *et al.*, 2016). De acordo com dados cerca de 52,4% afirmaram que não perderam peso nos últimos 3 meses. Entretanto, segundo a avaliação, 55,7% das pessoas disseram que tiveram diminuição moderada ingestão, dos voluntariados (63,9%).

Devem ser consideradas estratégias para melhorar o consumo da alimentação hospitalar em pacientes idosos. Isso inclui cardápios mais apropriados que vão ao encontro dos hábitos do idoso de realizar refeições pequenas e frequentes, estimular a presença de acompanhantes treinados para ajudar os pacientes a se alimentarem e o uso de alimentação com alta densidade calórica (PAIVA, 2018).

A Tabela 4 demonstra a classificação em relação a escala de depressão geriátrica e como o estresse metabólico pode influenciar em relação a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados que participaram da pesquisa. A respeito dos resultados 100% dos integrantes do estudo afirmaram que houve mudanças neurológicas em relação a perspectiva de vida no último mês, devido ao quadro clínico hospitalizado pode trazer uma piora para o referido público.

Tabela - 4 Caracterização dos idosos hospitalizados em relação a Escala de Depressão e Geriatria

Variáveis	N°	%
Você está basicamente satisfeito com sua vida		
Sim	61	100
Você deixou muitos de seus interesses e atividades		
Sim	61	100
Você sente que sua vida está vazia?		
Sim	1	1,6
Não	59	96,7
Você se aborrece com frequência?		
Não	61	100
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?		
Sim	52	85,2
Não	6	9,8
Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?		
Sim	4	6,6
Não	56	91,8
Você se sente feliz a maior parte do tempo?		
Sim	1	1,6
Não	58	95,1

Continua

Tabela - 4 Caracterização dos idosos hospitalizados em relação a Escala de Depressão e Geriatria

Você sente que sua situação não tem saída?		
Não	61	100
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?		
Sim	1	1,6
Não	52	85,2
Você acha maravilhoso estar vivo?		
Sim	58	95,1
Não	2	3,3

Fonte: Elaboração própria, 2023.

A escala de depressão geriátrica de depressão geriátrica (EDG), possibilita verificar que pelo percentual obtido pela avaliação cerca de 100%, apresenta algum problema psicológico. Sintomas de depressão e de ansiedade também estão associados a deterioração da memória e de outras funções cognitivas, ocorre por causas secundárias ao envelhecimento, como alterações fisiológicas e nutricionais, fatores socioeconômicos, patologias e outras condições clínicas associadas, que trazem consequências significativas, refletem negativamente na hospitalização, independente do diagnóstico inicial e afetam a qualidade de vida (PETROIANU *et al.*, 2010).

Foi observado o aumento redução da ingesta com (55,7%), onde o consumo mesmo com a perda cognitiva está com percentual de 100%. As presentes alterações nas dietas e relacionada as múltiplas comorbidades dos referidos entrevistados. Os entrevistados se mostraram bastante participativos durante o momento da triagem, quando não podiam ou sabiam responder as informações a atenção era voltada ao acompanhante, porém nos momentos muitos não estavam nas enfermarias, conforme observa-se na tabela 5.

Tabela 5 – Anamnese clínica nutricional de pacientes hospitalizados

Variáveis	Nº	%
Aceitação da Dieta ofertada		
Menos que o habitual	34	55,7
Sem alteração	24	39,3
Mais que o habitual	2	3,23
Alimentação ofertada no hospital		
Café da manhã	61	100
Almoço	57	93,5
Lanche da Tarde	60	98,34
Jantar	61	100
Ceia	58	95
Prescrição Dietética		
Continua		

Tabela 5 – Anamnese clínica nutricional de pacientes hospitalizados

Via Oral	57	93,4
Enteral	4	6,5
Dieta prescrita		
Dieta Oral Livre	9	14,75
Dieta Oral DM	7	11,475
Dieta Oral Hipossódica	16	26,22
Dieta Enteral	4	6,55
Dieta Oral para IRC	11	18,03
Dieta Zero	1	1,639
Dieta Oral DM Hipossódica	1	1,63
Dieta Oral DM Hipossódica IRC	1	1,63
Dieta Oral Pastosa	2	3,27
Dieta Oral Branda	9	14,75

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Através dos dados da prescrição dietoterápica foi verificado que a maior parte do consumo alimentar da enfermagem dos idosos foi pela via oral em 93,4% e uma parcela desses pacientes faz uso de dietas adequadas as comorbidades. A maioria dos pacientes possuía um IMC dentro da faixa da normalidade.

Os dados também mostram que grande parte dos pacientes tem significativa perda ponderal não intencional previamente à internação. Quando esses pacientes são corretamente identificados, foi observado sem alteração de peso em 52,4% dos pacientes internados na enfermagem (CONFORTIN *et al.*, 2019).

Considere a associação entre perda cognitiva de peso e comprometimento alimentar na perspectiva do paciente internado, podem ser diretamente afetados por comprometimento alimentar devido à confusão e dificuldade em realizar tarefas relacionadas à alimentação, resultando em ingestão nutricional inadequada. Isso leva à ingestão nutricional insuficiente, levando a desnutrição (CARDOSO,2018).

O manejo nutricional nessas disfunções é importante, os hábitos e preferências alimentares devem ser abordados, bem como a ingestão de líquidos. A alimentação deve ser adequada à condição física de cada indivíduo, nutricionalmente completa e fornecer alimentos com alto teor de fibras, como frutas, verduras, grãos e cereais. A ingestão de líquidos também deve ser incentivada (PETROIANU *et al.*, 2010).

Em relação ao uso de medicações, os fatores fisiológicos são mais relevantes, pois contribuem para as dificuldades alimentares em pacientes hospitalizados. O uso de medicamentos, reações alergênicas, dor relacionada à doença, náuseas e vômitos. Os níveis séricos de certos eletrólitos devem ser monitorados diariamente porque muitos medicamentos usados no hospital (por exemplo, anti-hipertensivos) apresentam interações-droga nutrientes medicamentosas graves nesses pacientes, resultando em perda de apetite (PAIVA,2018).

Fatores genéticos podem estar envolvidos no início da perda cognitiva e na taxa de sua progressão. Por exemplo, a contribuição de alelos específicos dos genes da apolipoproteína E e da butirilcolinesterase K, bem como de mutações no cromossoma 12, para o aparecimento deste tipo de demência tem sido bem documentada. Portanto, pode haver uma predisposição genética para o desenvolvimento de outros tipos de demência. Nestes casos, fatores ambientais, como a realização de atividades físicas ou mentais, podem alterar apenas parcialmente o curso da doença (PETROIANU *et al.*, 2010).

A falta de macronutrientes na alimentação desses pacientes impacta diretamente com sistema imunológico, causando danos oxidativos, saúde neuronal abalada, intervindo nas suas vias metabólicas, doenças cerebrovasculares, diminuem os níveis de colesterol sérico e inflamação sistêmica e inibem a agregação plaquetária. Devido há deficiência do grupo etário também é alta a prevalência dos défices de vitaminas do complexo B, vitamina D e antioxidantes (PAIVA, 2018).

O tempo médio de permanência hospitalar dos pacientes deve ser levado em consideração, uma vez que esse indivíduo está fora de convívio social e cultural, isso se justifica, pois os distúrbios neurológicos representam uma patologia crônica e os indivíduos que os possuem necessitam, na maioria das vezes, permanecerem por um maior período no ambiente hospitalar para realização de exames diagnósticos, ajustes das medicações, dentre outras causas, e para redução dos sintomas associados visando assim melhora do quadro clínico (FERREIRA, *et al.*, 2014).

Dado o seu possível papel na demência, torna-se ainda mais pertinente assegurar um bom estado nutricional da população, prevenindo estados de déficit e excesso. Desta forma, é plausível que o nutricionista possa desempenhar um papel na prevenção da demência através da intervenção no controle, tratamento e prevenção dos fatores de risco vascular, ao longo da vida, nomeadamente a nível dos Cuidados de Saúde Primários

Não foram coletadas nesse estudo informações acerca do consumo de álcool entre os indivíduos, bem como acerca da exposição a outros fatores de risco para déficit cognitivo, tais como tabagismo, transtornos do sono, síndromes metabólicas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As alterações no estado nutricional e da capacidade funcional de idosos é comum em ambiente hospitalar, portanto, faz-se necessário que a avaliação desses parâmetros seja realizada em rotina nutricional a fim de prevenir o declínio das condições clínicas dos idosos. Observou-se que a maioria dos idosos estavam eutróficos (52,5%) e também relatam não ter apresentado perda de peso nos últimos meses. A comorbidade mais prevalente entre esses foram as doenças cardiovasculares (37,7%).

Assim o acompanhamento nutricional para beneficiar o estado nutricional dos pacientes e conseqüentemente contribuir para a progressão do tratamento e até mesmo favorecer a diminuição do tempo de internação, conseqüentemente diminuindo custos do hospital.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Brasil** - ABEP.

São Paulo: ABEP, 2020. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 05 maio. 2023.

ARAÚJO, R. G. et al. Mini avaliação nutricional em idosos internados em hospital escola da Paraíba / Mini nutritional evaluation in elderly included in school hospital of Paraíba. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n. 5, p. 11378–11388, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n5-001.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.: il. Acesso em: 29 abril. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que revê a Resolução 196/96 e aprova novas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS/MS, 2012.

CABRAL, H. L. T. B. et al. **Geriatría e gerontologia: aspectos biopsicossociais** – volume 2. 1. ed. Campos dos Goytacazes: Encontrografia, 2022. DOI: <https://doi.org/10.52695/978-65-5456-013-9>.

CENDRON, G. et al. ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS HOSPITALIZADOS. **Revista Da Graduação**, [S. l.], v. 9, n. 1, 2016.

CICCARELLI, P. A.; MATTOS, E. B. T. Nutrição enteral em idosos com demência em cuidados paliativos. **Revista Bioética**, v. 29, n. 2, p. 427–436, abr. 2021.

CONFORTIN, S. C. et al. Indicadores antropométricos associados à demência em idosos de Florianópolis – SC, Brasil: Estudo EpiFloripa Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(6), p. 2317–2324, jun. 2019.

COSTA, K. M. S. M. et al. perfil antropométrico, funcional e cognitivo de idosos não institucionalizados. **Revista brasileira de pesquisa em ciências da saúde**, v. 3, n. 2, p. 28–35, 29 mar. 2017.

DE MEDEIROS, G. E et al. Perfil nutricional de idosos portadores de Alzheimer atendidos em homecare. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 52, n. 4, 2016.

BALBINO, C. de S. A influência da alimentação no tratamento da doença de alzheimer / The influence of food in the treatment of alzheimer's disease. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 10279–10293, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n3-055. Disponível em:

MARQUES, L.D.S.; SILVA, B.Y.C. CARACTERIZAÇÃO NUTRICIONAL, DIETÉTICA E SOCIOECONÔMICA DE PORTADORES E NÃO PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Instituto Federal do Ceará – Ifce – Limoeiro do Norte (Ce), Brasil., v. 39, n. 2, p. 323-338, jun. 2015. Disponível em:

https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/876/pdf_627 Acesso em: 20 fev. 2023.

FERREIRA, L. S. et al. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 247–251, mar. 2014.

GARCIA, A. N. DE M.; ROMANI, S. DE A. M.; LIRA, P. I. C. DE. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 4, p. 371–378, jul. 2007.

GEMELLI, T.; et al. Estresse Oxidativo como Fator Importante na Fisiopatologia da Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 67-78, 2013. DOI: 10.25061/2527-2675/ReBraM/2013.v16i1.43.

INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride. Washington (DC): **National Academy Press; 1997**.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 6, p. 809–824, nov. 2011. Acesso em: 29 abril. 2023.

LEITE, L. E. DE A. et al. Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 365–380, 2012.

LIMA, D. F. et al. Fatores que dificultam a alimentação por via oral do idoso hospitalizado. **Enfermería Global**, v. 16, n. 4, p. 429-464, 2017. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/271841/217241>. Acesso em: 17 mai. 2022.

MACHADO, J. et al. Estado nutricional na doença de Alzheimer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 2, p. 188–191, 2009.

MENDES, L P; .et al. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar em pacientes com doença de Alzheimer. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, ISSN-e 2236-5362, ISSN 1517-0276, Vol. 14, Nº. 2, 2016 (Ejemplar dedicado a: EM CONSTRUÇÃO), págs. 502-515.

OLIVEIRA, D.; GORETTI, L.; PEREIRA, L. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 10, n. 1, p. 91–96, 2006.

PADOVANI, R. M. et al. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 6, p. 741–760, nov. 2006. Acesso em: 20 abril. 2023.

PAIVA, I; CARDOSO, S. A. **Nutrição e Alimentação na Prevenção e Terapêutica da Demência**. 2018.

PAZ, R. C. MANUAL DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL. **Portal de Livros Abertos da Editora JRG**, v. 4, n. 4, p. 01-152, 2020.

PETROIANU, A. et al. Atividade física e mental no risco de demência em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. J. bras. psiquiatr., 2010 59(4), p. 302–307, 2010.

PRINCE, M.; WIMO, A.; GUERCHET, M.; ALI, G.-C.; WU, Y.-T. & PRINA, M. (Alzheimer's disease International. *World Alzheimer 2015: the global impact of dementia*. **Alzheimer's Disease International (ADI)**, London, 1-87.

RIULLI, E.; PIRES, C. R. F.; CEZAR, T. C. M. Food as a protective factor against Alzheimer's disease. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e4259108895, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8895.

ROSA, É. P. C et al. Risco e evolução do estado nutricional de adultos e idosos hospitalizados com distúrbios neurológicos. **Nutr. clín. diet. hosp**, p. 46-53, 2019.

SAAVEDRA, L. P. J et al. Estado nutricional e consumo alimentar de ácidos graxos eicosapentaenóico e docosahexaenóico associados à função cognitiva em idosos. **Uningá Review**, v. 28, n. 2, 2016.