

## FATORES QUE CONDICIONAM O ESTADO DE DESNUTRIÇÃO DO IDOSO

Fernanda Pires DUTRA<sup>1</sup>  
Natalia Benites dos SANTOS<sup>2</sup>  
Tamara Eugenia Braga DEIZEPPI<sup>3</sup>  
Rosana Mara Rulli ABBUD<sup>4</sup>

### RESUMO

A transição demográfica da população brasileira aumentou significativamente o número de idosos, sendo necessário o conhecimento dos fatores que agravam o processo de envelhecimento, acarretando uma má nutrição do organismo, tornando-o vulnerável a outras patologias. A desnutrição é influenciada por diversos condicionantes que vão desde alterações fisiológicas, naturais ou associadas a doenças e ao uso de medicamentos, bem como a condição socioeconômica prejudicando a aquisição e a ingestão dos alimentos, porém, muitas vezes seu diagnóstico é atribuído a outros problemas contribuindo para a deterioração do corpo. Para identificar a desnutrição se faz necessário o uso da avaliação nutricional, podendo ser realizada por meio de três métodos, sendo eles: avaliação antropométrica, mini avaliação nutricional e avaliação subjetiva global. Através desses agravantes, destaca-se a importância do profissional nutricionista na prevenção e manutenção do estado nutricional adequado do idoso através de um planejamento dietético que inclua uma alimentação com maior aporte energético. Este estudo tem por objetivo avaliar os fatores que condicionam a desnutrição na população idosa colaborando com os profissionais na melhoria da saúde desta população.

Palavras-chave: Idoso. Desnutrição. Nutrição. Saúde. Nutricionista.

### INTRODUÇÃO

Conforme consta no Estatuto do Idoso, são idosos no Brasil, os indivíduos com faixa etária igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça e ideologia.

O constante crescimento desta população no Brasil nas últimas décadas requer atenção dos profissionais da saúde pública, visto que esta apresenta um ritmo maior de crescimento em relação aos outros grupos etários, tornando uma tendência o envelhecimento populacional, não podendo os países dele se esquivar, uma vez que se faz presente até mesmo nos países mais desenvolvidos.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que significa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo Projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, este grupo no país

---

<sup>1</sup> Graduanda em Nutrição, Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul – FUNEC, fernandapiresdutra@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduanda em Nutrição, Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul – FUNEC, nathaliahta@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduanda em Nutrição, Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul – FUNEC, tamara\_deizeppi@hotmail.com

<sup>4</sup> Nutricionista UNIMEP, Especialista em Saúde Pública, Metodologia e didática, Docente das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul – FUNEC, rosana.rulli@hotmail.com

deverá ter aumento em quinze vezes, enquanto a população total, em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando em 2025 cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.

Os problemas sociais e econômicos dos idosos interferem no estado nutricional. Frequentemente, a maior dificuldade de garantir o acesso à assistência social e à saúde está entre aqueles de baixa renda que dependem do serviço público.

Os hábitos alimentares dos idosos mudam principalmente com relação aos fatores de desintegração social como isolamento, condições financeiras e falta de transporte adequado para melhor atendê-los, fazendo com que percam a preocupação consigo, deixando de se alimentar de forma adequada a sua necessidade nutricional.

A desnutrição é caracterizada pela ingestão de uma dieta insuficiente, não suprimindo as necessidades energéticas do organismo, contribuindo para o desequilíbrio de nutrientes, ou pode decorrer de alguma patologia que implica na absorção.

Os profissionais de saúde frequentemente negligenciam a desnutrição protéica calórica (DPC). Tanto as mudanças fisiológicas produzidas pela idade quanto às relacionadas às condições de vida e dos recursos financeiros contribuem para o problema (WELLMAN; KAMP, 2013, p. 451).

Salientam Pfrimer e Ferriolli (2008) que a ingestão inadequada constitui um fator de risco nutricional no que se refere tanto à obtenção quanto ao preparo dos alimentos pelas pessoas idosas.

Frente a essas necessidades, é necessário maior atenção, sensibilização e conhecimento das interferências tanto físicas como psicológicas e nutricionais que podem condicionar o agravamento à saúde e uma má qualidade de vida.

## **METODOLOGIA**

Este estudo foi desenvolvido através de pesquisa qualitativa, por fontes encontradas na literatura já existente. Foram realizadas pesquisas bibliográficas por meio dos livros dispostos pela biblioteca da Funec e nas bases de dados da Scielo, onde foram avaliados artigos originais e de revisão sobre o tema.

## **CONCEITO DE ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento é considerado um fenômeno natural devido à ocorrência de processos de retardamento orgânico e operacional inevitável do corpo e da mente, não decorrentes de doenças, mas sim, de longos anos de vida exercidos com trabalho e afazeres cotidianos.

Entende-se que o envelhecimento é marcado por uma crescente vulnerabilidade e fragilidade por parte dessas pessoas, e isto as leva muitas vezes ao isolamento por receio de serem empecilhos na vida das pessoas mais próximas.

Entre todas as definições existentes, cremos que a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que determinam por levá-lo à morte (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO; GARCIA, 2006, p. 311-16).

Entende-se que levar uma vida saudável, ter uma alimentação adequada, praticar exercícios físicos, controlar o estresse e ter o apoio psicológico constante são fatores que auxiliam num envelhecimento positivo, podendo retardar ou até mesmo minimizar os efeitos do tempo.

### **Características gerais do envelhecimento**

São várias as manifestações da velhice, visto que estas afetam principalmente a aparência física, devido ao surgimento de rugas na pele, cabelos grisalhos, as bochechas se enrugam e embolsam, o surgimento de manchas na pele e vários outros sinais de expressão.

O indivíduo passa a utilizar recursos protéticos, como próteses dentárias, óculos, fones auriculares, etc. Mentalmente também ocorrem mudanças mais difíceis de avaliar e padronizar, mas que caracterizam um indivíduo “diferente” do adulto ou do jovem. Endocrinamente há relação evidente da função sexual, caracterizada pelo climatério e menopausa. Laboratorialmente, há diminuição da tolerância glicídica, redução das funções renal e respiratória, queda do índice cardíaco e da força muscular, como também é menor a velocidade de condução neural. Ocorre redução – às vezes sutil – da acuidade sensorial, seja visual, auditiva, gustativa ou olfativa, como também a capacidade de isoimunidade, mas havendo exagero da capacidade de reação auto-humanitária (DOUGLAS, 2006, p. 981).

Nota-se, portanto, que existem várias alterações presentes no corpo humano por conta da velhice, devendo-se tomar todas as precauções cabíveis para que os idosos se sintam cada vez mais acolhidos, visto que o desgaste é inevitável e irreversível.

### **Características gerais de desnutrição no envelhecimento**

De acordo com Rezende et al. (2010), os distúrbios nutricionais têm um grande destaque dentre os problemas clínicos mais usuais em idosos, onde a desnutrição proteico-calórica é um problema multinutricional, secundário à deficiência de um ou mais nutrientes

essenciais e caracterizados por distúrbios clínicos. O termo conglomerada dois tipos, sendo eles: marasmo que é a má nutrição quantitativa, hipocalórica global ou calórica e subnutrição, que se caracteriza pela falta de calorias e proteínas e Kwashiorkor que é a má nutrição qualitativa predominantemente proteica que, em estados mais graves, pode acarretar distúrbios metabólicos diversos, além do elevado número de mortes pelo qual é responsável todos os anos. A desnutrição proteico-calórica (DPC) é responsável pelo agravamento de doenças já em atividade, uma vez que torna maior a susceptibilidade a infecções e eleva o risco para outras morbidades, diminuindo espantosamente a qualidade de vida.

Para Wellman e Kamp (2013, p. 451), “[...] alguns sintomas de DPC são muitas vezes atribuídos a outras condições o que pode levar a um diagnóstico errado. Os mais comuns são confusão mental, fadiga e fraqueza”.

Outra característica da desnutrição no envelhecimento é a carência de micronutrientes que exercem o papel fundamental na nutrição do idoso, sendo que a deficiência destas vitaminas e minerais prejudica a resposta imunológica do organismo humano, tornando-o mais suscetível a infecções e inflamações.

### **Condição socioeconômica**

A ingestão alimentar está fortemente associada às relações sociais na velhice contribuindo de maneira significativa para a perda de peso não planejada.

Segundo Pfrimer e Ferriolli (2008), a pobreza e o isolamento são os maiores fatores de risco nutricional, sendo que a ausência de um papel social contribui para depleção da saúde. Estes mesmos autores sugerem ainda que a depressão também pode comprometer a ingestão reduzida de nutrientes.

O convívio com familiares e amigos torna as refeições mais agradáveis, porém a solidão predispõe à falta de preocupação com a alimentação, desde o preparo até a ingestão, realizando o consumo inadequado em quantidade e qualidade de nutrientes, comprometendo a nutrição do organismo.

Para Papalia e Feldman (2013), a morte de entes queridos no envelhecimento tardio indica mudanças na vida social, estas podem afetar os relacionamentos pessoais e a condição econômica com a perda de amigos e às vezes de renda, podendo tornar o idoso suscetível à falta de apetite e prazer ao lembrar-se das refeições realizadas junto à família e amigos.

Aposentar-se, para alguns indivíduos, é um momento de adaptação em uma sociedade capitalista e predominantemente produtiva. Exposto a esta condição eles se tornam o grupo mais vulnerável à desigualdade social devido a serem menos produtivos.

Alvarenga et al. (2009) sugerem que para a grande maioria de idosos brasileiros, a aposentadoria é vista como uma condição socioeconômica inadequada, reduzindo a qualidade de vida. A renda muitas vezes é comprometida com remédios e assistência médica, prejudicando o acesso aos alimentos que não serão obtidos em quantidades necessárias.

Para Wellman e Kamp (2013, p. 451), “[...] idosos com baixa renda que apresentam dificuldades de mastigar e engolir carnes, que fumam ou que fazem pouca ou nenhuma atividade física apresentam maior risco de desenvolver a DPC.

### **Avaliação Nutricional**

Segundo Kamimura et al. (2014, p.111), “[...] A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada, de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo.”

A avaliação dos hábitos alimentares representa a investigação do consumo alimentar. Em geral, é mais produtivo questionar o idoso quanto ao que ele habitualmente consome, podendo ser utilizado o questionário de história alimentar. Esse é mais preciso que o recordatório de 24 horas, especialmente entre aqueles que apresentam dificuldade de memorização de informações recentes (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008, p. 437).

Para um diagnóstico preciso, faz-se necessária a realização de um conjunto de métodos, não se podendo ficar adstrito a apenas um.

Conforme Kamimura et al. (2014), os métodos incluem a história dietética do paciente, na qual ele deve relatar seu hábito alimentar, aversões, preferências alimentares, como são realizadas as refeições e apetite. A avaliação antropométrica permite o diagnóstico da composição corporal e deve ser obtida através das aferições das quatro pregas cutâneas: bicipital, tricípital, subescapular e suprailíaca, sendo que a soma destas resultam na porcentagem de gordura corporal.

O exame físico identifica a desnutrição proteico-calórica, sendo necessário para tal diagnóstico avaliar os cabelos, olhos, boca, glândulas, pele, unhas, tecido subcutâneo, tórax, sistema musculoesquelético, sistema nervoso e sistema cardiovascular.

Para Pfrimer e Ferriolli (2008, p. 438), “[...] a avaliação antropométrica é um método não invasivo, de baixo custo, fácil de ser aplicado e seguro, considerado um forte preditor de doença, na identificação do prejuízo da funcionalidade e da mortalidade.”

Segundo Pfrimer e Ferriolli (2008), o peso é correspondente à soma de todos os elementos de cada nível da composição corporal e as mudanças refletem o desequilíbrio entre a ingestão de nutrientes. Aquele deve ser medido através de balanças, no entanto, se os idosos apresentarem dificuldade para caminhar ou para levantar-se da cama, devem ser usadas balanças de base larga com profissional sempre próximo ao idoso. Caso, por algum motivo, não se puder realizar a pesagem, pode-se estimar o peso com a utilização de fórmulas de estimativa de peso.

Conforme Pfrimer e Ferriolli (2008), a altura dos pacientes é medida através de estadiômetro e uma das principais alterações na altura é o encurtamento, que ocorre pela redução dos discos vertebrais e achatamento das vértebras, acentuação da cifose dorsal, lordose e escoliose. Caso não consiga realizar a medida, deverá ser feita através da altura do joelho. Outra possibilidade é utilizar a envergadura que é realizada com os braços estendidos em ângulos de noventa graus em relação ao corpo. A circunferência é a medida relacionada à distribuição da gordura corporal, sendo a mais utilizada a da cintura e a do quadril. Há também a circunferência do braço, que expressa tanto a gordura subcutânea, quanto músculo; a circunferência da panturrilha que analisa a proeminência da musculatura e a circunferência do punho, utilizada para medir a massa óssea.

Para Kamimura et al. (2014), as interpretações de parâmetros bioquímicos permitem complementar o diagnóstico, sendo necessário um hemograma completo que mostre os índices de células vermelhas que poderão definir o diagnóstico de anemias, bem como contagem de linfócitos que avaliará a competência imunológica e proteínas plasmáticas que confirmarão a desnutrição proteico-calórica.

Existem outros testes de avaliação que também complementam a avaliação nutricional.

Segundo Souza e Guariento (2009), para a identificação da desnutrição foi desenvolvida a Mini Avaliação Nutricional (MAN). O instrumento apresenta avaliação antropométrica, aspectos relacionados à ingestão de porções de leite e derivados, água, vegetais e frutas, a quantidade de refeições, bem como a ingestão diminuída por falta de apetite ou problemas digestivos, a presença de escaras ou lesões na pele, uso de medicamentos, aspectos psicológicos, condição física referente à mobilidade e tipo de residência. Para os profissionais, é considerado eficiente, não invasivo e permite uma rápida intervenção nutricional.

Para Kamimura et al. (2014), a avaliação global subjetiva também é utilizada como um método para pacientes hospitalizados no pós-operatório. Esta é baseada na história clínica

a qual leva em consideração a redução de peso, ingestão dietética, presença de sintomas gastrointestinais, capacidade funcional e o exame físico que se baseia na presença de edemas, perda muscular e perda de gordura subcutânea. Ao final da avaliação, o profissional classifica os pacientes em bem nutridos, desnutridos leve/moderados ou desnutridos graves.

## **ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS**

Segundo Wellman e Kamp (2013), há um declínio neurológico afetando a cognição, equilíbrio, reações, coordenação, locomoção, sensações e atividades cotidianas sendo que esse comprometimento pode ser maior em alguns idosos e menores em outros, mas sabe-se que a maioria dos neurônios não perdem suas funções sem a presença de patologias. Problemas de memória também podem ocorrer e não estão relacionados à demência ou doença, mais sim a fatores ambientais, estresse, exposição química e dieta inadequada. A deficiência do sistema nervoso central mesmo sendo leve prejudica a ingestão e deglutição, tornando o idoso vulnerável à desnutrição.

Para Pfrimer e Ferriolli (2008), o estado da saúde oral pode ser afetado devido aos cuidados impróprios, favorecendo o desenvolvimento de cáries dentais e conseqüentemente a perda dos dentes, sendo necessário o uso de próteses, porém, quando estas são usadas, são responsáveis por diminuir a eficiência da mastigação restringindo para o idoso alimentos como carnes, frutas e vegetais, levando à ingestão inadequada de vitamina E, C e fosfato bem como de ferro e betacarotenos. Outra intercorrência comum é a xerostomia caracterizada pela diminuição da saliva que contribui para processos digestivos, prevenção de cáries, doenças periodontais e lubrificação das mucosas, porém encontra-se reduzida no envelhecimento acometendo os processos de deglutição e mastigação devido ao sintoma de boca seca.

Para Wellman e Kamp (2013), as perdas sensoriais parecem ser particularidades e prejudicam a ingestão de alimentos, sendo a genética o meio ambiente e o estilo de vida desencadeadores da redução da capacidade sensorial. A deficiência do paladar ou disgeusia e odor (hiposmia) pode ser causada por vários condicionantes ou pelo processo de degeneração do envelhecimento, sabe-se que o número de papilas gustativas na língua e de terminações nervosas está reduzido na velhice, esta condição torna o idoso susceptível à falta de prazer para comer e de apetite, o que desencadeia um risco para a saúde do idoso prejudicando processos metabólicos, secreções salivares, ácidos gástrico e pancreático, pois estes são estimulados pelo paladar e olfato.

Alguns medicamentos podem reduzir o paladar: Anti-hipertensivos: hidroclorotiazida, captopril, enalapril, diltiazem, propranolol;

Vasodilatadores: dipiridamol e nitratos; Anti-parkinsonianos: baclofen e levodopa; Broncodilatadores: albuterol, terbutalina e flunisolide. (FORMIGONI; BALBANI; FORMIGONI, 2006, p. 604).

Garcia e Curiati (2006, p.311) “[...] sugerem que o menor fluxo salivar pode ser exacerbado por doenças como quadros depressivos ou por medicamentos, cujo exemplo mais comum é representado pelos anticolinérgicos.”

Para Marucci, Alves e Gomes (2013, pág. 463), além da xerostomia, o idoso pode apresentar sialorreia, que é a perda involuntária de saliva pela boca. Ela pode ocorrer devido a problemas neuromotores, causados por trauma, paralisia cerebral, ressecção cirúrgica ou por radioterapia.

Algumas patologias levam à perda ponderal e significativa de peso como a Doença de Alzheimer e de Parkinson, pois a maioria dos idosos acometidos apresentam desnutrição. O Alzheimer é um distúrbio degenerativo e progressivo que resulta na perda da memória.

O estado nutricional vai se comprometendo conforme a progressão da doença. Machado et al. (2009) enfatizam que surgem dificuldades para realizar a mastigação e deglutição dos alimentos, bem como para se deslocar para preparar e consumir as refeições, há mudanças no comportamento tornando os idosos mais lentos e distraídos durante a refeição, prejudicando a ingestão adequada. A doença de Parkinson é caracterizada pela perda das células cerebrais que produzem dopamina, substância responsável pela atividade muscular, afetando o movimento voluntário.

Para Barbosa e Gonçalves (2006), a síndrome parkinsoniana leva o indivíduo à redução de movimentos também chamada de hipocinesia, podendo se manifestar por deficiência da expressão facial e da deglutição automática da saliva, contribuindo para a sialorreia.

Para Pfrimer e Ferriolli (2008), o estado de desidratação é influenciado pela disfunção cerebral e diminuição da sensibilidade dos osmorreceptores que podem reduzir a sensação de sede, este estado pode agravar quando o idoso faz o uso de diuréticos e laxantes.

Segundo Garcia e Curiati (2006), várias mudanças ocorrem no trato gastrointestinal. No estômago, a principal modificação que acomete o idoso é o declínio na secreção ácida também conhecida como acloridria, devido à atrofia da mucosa e redução de células parietais. Nesta secreção, o fator intrínseco é o constituinte responsável pela absorção de vitamina B12, pois com a produção de suco gástrico diminuído, a absorção de vitamina B12 estaria comprometida favorecendo o desenvolvimento de anemia perniciosa e a deficiência de ferro, pois este micronutriente é absorvido apenas em pH adequado. O esvaziamento gástrico é

influenciado pela idade tornando-o mais lento, prejudicando a digestão, retardando a biodisponibilidade de drogas, contribuindo para o aumento da saciedade após a ingestão de alimentos reduzindo a fome podendo resultar em obstipação.

De acordo com Pfrimer e Ferriolli (2008), a má absorção e má digestão não são induzidas pelo envelhecimento normal e sim o uso de medicamentos a longo prazo pode prejudicar na digestão, na absorção e no metabolismo de nutrientes.

## **NECESSIDADES NUTRICIONAIS PARA OS IDOSOS**

As primeiras recomendações nutricionais foram estabelecidas pela RDA (Recomendação Dietética de Ingestão ou Recommended Dietary Allowance) em 1941, após a Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, surgiu a necessidade de se estabelecer recomendações de ingestão alimentar para indivíduos saudáveis e se estabeleceu, em 1989, juntamente com a FAO (Food and Agriculture Organization) e OMS (Organização Mundial da Saúde), as chamadas DRI (Ingestão Alimentar de Referência ou Dietary Reference Intakes). As DRI para idosos foram classificadas por idade, de 51 a 70 anos e acima de 70 anos. A RDA, que continua sendo um dos componentes da DRI, é definida como a quantidade do nutriente suficiente para atender à necessidade de aproximadamente 97% a 98% dos indivíduos saudáveis de um grupo em determinado estágio de vida e gênero (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008, p. 451).

Conforme Pfrimer e Ferriolli (2008), a recomendação de energia pela RDA de 1989, para homens com mais de 51 anos é de 2.300 Kcal e para mulheres 1900 Kcal. Para a proteína é de 0,8 a 1,0g por Kg de peso em idosos saudáveis, sem doenças renais. A RDA de proteína é de 56g para homens e 46g para mulheres, em casos de alterações na função renal a dieta deve ser adequada para a doença. A quantidade de gordura é a mesma recomendada para adultos saudáveis, alimentos ricos em ácidos graxos, monoinsaturados e polinsaturados podem ser prescritos na dieta, como peixe, óleos e castanhas. A gordura total da dieta deve estar entre 25% e 30% do valor energético total e a gordura saturada não deve exceder a 3% da gordura total. A ingestão de ômega 3 deve ser de 0,6 a 1,0 g/dia, e a de ômega 6 de 5 a 10 g/dia.

De acordo com Pfrimer e Ferriolli (2008), a recomendação de ingestão adequada (AI) de cálcio para indivíduos saudáveis é de 1200 mg para homens e mulheres de 51 a 70 anos ou acima dos 70 anos. Para a vitamina A, é de 900 µg para homens e 700 µg para mulheres de 51 a 70 anos e acima de 70 anos. Para a vitamina C, a recomendação pela RDA é de 90 mg para homens e 76 mg para mulheres acima dos 50 anos. Pela RDA, a recomendação de ferro é de 8 mg para mulheres e homens de 51 a 70 anos e acima dos 70 anos. A recomendação de zinco é de 11 mg para homens e 8 mg para mulheres acima de 51 anos.

Segundo Lima et al. (2013), a recomendação de vitamina B<sup>12</sup> pela DRI é de 2,4 µg para homens e mulheres entre os 50 a 70 anos e acima dos 70 anos. Para a vitamina D, pela RDA, é de 20 µg/dia para homens e mulheres entre os 50 a 70 anos ou acima de 70 anos.

Conforme Franceschini et al. (2014), a recomendação da ingestão adequada (AI) para fibras totais para homens com 51 anos ou mais é de 30g e mulheres com idade de 51 anos ou mais é de 21g.

### **Planejamento dietético**

A alimentação consumida pelos idosos deve ser totalmente planejada desde a forma de preparo até o consumo. São analisadas todas as características gerais, como por exemplo, se a pessoa possui prótese dentária, se é portadora de disfagia e/ou xerostomia e se tem capacidade digestiva diminuída, entre outras.

A partir das características gerais já especificadas, devemos fazer um planejamento dietético, ou seja, especificar o tipo de alimentação e o modo de preparo para cada alimento. Para idosos sem arcada dentária é recomendado alimentos com consistência macia ou pastosa, ou bem cozidos, devendo sempre se ater à cocção a vapor, uma vez que este método preserva todas as características organolépticas dos alimentos, obtendo um maior aproveitamento de todos os seus nutrientes.

Segundo Pfrimer e Ferriolli (2008), os idosos podem apresentar uma diminuição da cognição, tornando-se incapazes de compreender e memorizar as orientações, neste caso é de extrema importância que a família ou o cuidador, que é o responsável por eles, também participem das visitas aos médicos para estarem cientes de todas as recomendações necessárias, assim como estimularem, durante as refeições, os hábitos de visualização e aromatização dos alimentos preparados de forma especial caso a caso. É necessário também que o ambiente onde serão feitas as refeições sejam livres de ruídos como, por exemplo, televisões, rádios e diálogo de várias pessoas ao mesmo tempo, pois, ajuda na não distração do mesmo.

Para Pfrimer e Ferriolli (2008), pacientes com Alzheimer apresentam agnosia, que consiste na incapacidade de reconhecer o objeto pelas sensações sensoriais como, visão, audição e tato. Recomenda-se que devem tocar, cheirar e assim iniciar a refeição, conseguindo identificar o alimento. Deve-se evitar a ingestão de líquidos 30 minutos antes ou durante as refeições, pois este ato prejudica a ingestão e pode fazer com que eles se alimentem

menos. É importante evitar a monotonia, variar os alimentos, usar temperos suaves, evitando os picantes e usar a criatividade para elaborar pratos coloridos para chamar a atenção.

Outra observação do planejamento dietético é a utilização de utensílios adaptados para os idosos que apresentam dificuldades motoras. Um dos instrumentos mais utilizados é a adaptação de talheres, pratos, copos e outros acessórios necessários para a alimentação em geral.

Para Pfrimer e Ferrioli (2008), os talheres são indicados com cabos mais grossos e longos, pois auxiliam no melhor manuseio durante a alimentação, também podem-se utilizar talheres com alças ajustáveis de velcro. Os copos podem ser adaptados com canudos, alças e tampa com bico. Os pratos devem ser mais fundos e podem ser com bordas mais altas, com material antiderrapante em sua base.

Marucci, Alves e Gomes (2013) recomendam a ingestão de alimentos fontes de cálcio, devido às intercorrências do envelhecimento, havendo a necessidade de escolher os de maior biodisponibilidade como leite, queijo, iogurte e coalhada, devendo avaliar a quantidade de gordura. Para o consumo adequado de ferro, são indicados carnes, peixes e aves, bem como vísceras de aves e bovinas. Pfrimer e Ferrioli (2008) ressaltam a necessidade de 150g diariamente.

Pfrimer e Ferrioli (2008) entendem que para obter a absorção adequada de vitamina A faz-se necessária a ingestão de um bife de fígado de 120g uma vez por semana ou uma porção pequena de alimentos amarelos ou verde-escuros três vezes por semana.

O consumo de vitamina C é obtido com duas frutas e uma porção de verdura diariamente, ou um copo de suco de laranja (94mg), 2 unidades de tomate (60mg), 1 copo de suco de morango (70mg), 1 unidade de kiwi (75mg), 1 fatia média de mamão (78mg). Para vitamina B12, um filé de sardinha ou salmão ou carne vermelha (100g) atinge as recomendações diárias.

Conforme Pfrimer e Ferrioli (2008), a pirâmide alimentar do idoso foi desenvolvida no ano de 1999 por Russel e Cols e foi criada para servir como um instrumento de educação e orientação nutricional à disposição dos nutricionistas. O que difere da pirâmide do adulto é a adição de copos de água em sua base, destacando a importância da hidratação e a especificação de fontes alimentares ricas em fibras. Ela é composta também por seis grupos, dividindo-os em cereais, verduras e legumes, frutas, derivados do leite, carnes e gorduras. No primeiro grupo da pirâmide, em sua base, estão os cereais fortificados, arroz, pães e massas, devendo ser de seis a onze porções diárias. Na base superior, está o grupo dos vegetais, onde o consumo diário deve ser de três a cinco porções. Em sequência, vem o grupo das frutas, cuja

recomendação deve ser de duas a quatro porções diárias. O grupo dos leites e derivados tem como recomendação a ingestão de duas a três porções, o de carnes, aves, peixes, grãos, ovos e castanhas, a ingestão deve ser de duas a três porções diárias. No topo da pirâmide, há o grupo das gorduras, óleos e doces, deve-se consumi-los com moderação. Outro componente que difere a pirâmide alimentar é que em seu ápice há uma bandeira representando a possível suplementação de vitamina D, vitamina B6 e B12, vitamina E, vitamina C, cálcio e zinco.

Na constipação, é necessário aumentar a ingestão de líquidos, fibras alimentares presentes em vegetais, cereais integrais e frutas e realizar a prática de atividades físicas regularmente.

Para atingir as recomendações de energia, deve-se acrescentar uma colher de sopa de azeite, quando não houver dislipidemias e, se necessário, utilizar suplementos de maior densidade energética em sopas e sucos.

Segundo Pfrimer e Ferrioli (2008, p.464), “[...] alguns estudos sugerem que, em idosos desnutridos, há melhora da resposta imunológica com a suplementação de 500 Kcal/dia.”

Assim, entende-se que o planejamento dietético é o melhor método preventivo para a boa qualidade de vida do idoso.

## **CONCLUSÃO**

A prevalência da desnutrição na população idosa é resultante de vários fatores nos quais se incluem condições socioeconômicas, alterações fisiológicas consideradas normais do envelhecimento e doenças associadas. Através das pesquisas em literaturas, observamos os processos de deterioração que sofre o organismo em idade avançada ocorrendo redução da resposta imunológica, atividade neurológica prejudicada e capacidade funcional reduzida das glândulas sudoríparas e sebáceas contribuindo para a desidratação.

Os fatores mais agravantes para perda significativa de peso são as alterações estomacais acarretando em má absorção de vitamina B12 e ferro, favorecendo o desenvolvimento de anemias, as perdas sensoriais que reduzem o apetite e a ingestão de alimentos, o isolamento social que os tornam depressivos e vulneráveis ao uso de vários medicamentos, diminuindo assim a biodisponibilidade de alguns nutrientes. As patologias como Alzheimer e doença de Parkinson quando acometem o idoso resultam em desnutrição devido às dificuldades que os pacientes desenvolvem para realizar a ingestão dos alimentos

A importância da prevenção da desnutrição diminuiria os custos com hospitais, já que quando instalada não necessita apenas de um aporte energético maior e sim de cuidados com complicações que podem se desenvolver como feridas, infecções, falha orgânica e incapacidade de realizar suas próprias atividades, necessitando de cuidados até morte. Quando diagnosticada precocemente, a intervenção nutricional é realizada obtendo resultados satisfatórios evitando possíveis alterações orgânicas, porém quando o estado nutricional encontra-se agravado, compromete-se a recuperação de sua saúde.

A atuação do profissional com as políticas públicas favorecem a ação na atenção primária à saúde, englobando intervenções junto às famílias em situações de risco nutricional, incluindo-as em programas sociais que garantam os direitos humanos a alimentação de qualidade e em quantidades suficientes. O nutricionista e a equipe multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos contribuem diretamente para o diagnóstico e tratamento da desnutrição, visando realizar ações de saúde, bem como estimular a prática de hábitos saudáveis que mantêm o estado nutricional adequado, através de um planejamento dietético que observe todo o contexto em que o idoso se encontra.

## **THE FACTORS THAT DETERMINE ELDERLY MALNUTRITION STATE**

### **ABSTRACT**

The demographic transition of the Brazilian population significantly increased the number of senior citizens, and it is necessary the knowledge of the facts that causes the aging resulting in malnutrition of the body, making it venerable to other diseases. The malnutrition is influenced by different conditions, that can be physiological changes, but also the socioeconomic status prevents the acquisition and intake of food, but many times, their diagnosis is attributed to other problems, like deterioration of the body. To identify the malnutrition, it is required a nutritional evaluation, that can be performed by three methods, namely: anthropometric assessment, mini nutritional assessment and subjective global assessment. Through all of these aggravating, stands out the importance of the nutritionist in the preventing and conservation of the appropriate nutritional status of the elderly people, through a dietary planning with a higher intake of energetic food. The study aimed to evaluate the factors that cause the malnutrition in senior citizens, encouraging professionals in improving the health of this population.

Keywords: Elderly. Malnutrition. Nutrition. Health. Nutritionist.

### **REFERÊNCIAS**

ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista Escolar Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, p. 796-802, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43n4/a09v43n4.pdf>> Acesso em: 22 de mai. 2014.

BARBOSA, E. R.; GONÇALVES, L. R. Distúrbios do Movimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2006. Cap. 10, p. 121-40.

BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: **Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf)> Acesso em: 24 de fev. de 2014.

DOUGLAS, C. R. Envelhecimento: características e fisiologia geral. In: DOUGLAS, C. R. **Fisiologia aplicada à nutrição**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 61, p. 980-1004.

FORMIGONI, G. G. S.; BALBANI, A.; FORMIGONI, L. G. Aspectos otorrinolaringológicos do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 55, p. 599-606.

FRANCESCHINI, S. C. C. et al. Necessidades e recomendações de nutrientes. In: CUPPARI, L. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da EPM-UNIFESP. **Nutrição clínica no adulto**. 3. ed. Barueri: Nestor Schor, 2014. Cap. 1, p. 3-43.

GARCIA, Y. M.; CURIATI, J. A. E. Envelhecimento do Aparelho Digestivo. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2006. Cap. 24, p. 311-16.

KAMIMURA, M. A., et al. Avaliação nutricional. In: CUPPARI, L. **Guia de nutrição: clínica no adulto**. 3. ed. Barueri: Nestor Schor, 2014. Cap. 6, p. 111-50.

LIMA, L. C. et al. Necessidades e Recomendações de Energia e Nutrientes. In: LIMA, L. C.; GONZALEZ, M. C. **Nutrição clínica no dia a dia**. Rio de Janeiro, RJ: Rubio, 2013. Cap. 6, p. 73-82.

MACHADO, J. et al. Estado nutricional na doença de Alzheimer. **Revista da associação de medicina brasileira**, p. 188-91, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/24.pdf>> Acesso em: 20 de mai. de 2014.

MARUCCI, M. F. N.; ALVES, R. P.; GOMES, M. M. B. C. Nutrição em gerontologia. In: SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2013. Cap. 25, p. 461-88.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. Lidando com morte e o sentimento de perda. In: PAPALIA, D. E.; FELDMAN R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 19, p. 634-57.

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T.; GARCIA, Y. M. Biologia e teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO M. **Geriatrics fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 1, p. 3-18.

PFRIMER, K.; FERRIOLLI, E. Recomendações Nutricionais para Idosos. In. VITOLO, M. R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. Cap. 45, p. 435-49.

\_\_\_\_\_. Recomendações Nutricionais para Idosos. In. VITOLO, M. R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. Cap. 46, p. 452-57.

\_\_\_\_\_. Fatores que Interferem no Estado Nutricional do Idoso. In. VITOLO, M. R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. Cap. 47, p. 459-62.

REZENDE, E. M. 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. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 1109-21, jun., 2010. Disponível em: <[www.scielosp.org/pdf/csp/v26n6/05.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n6/05.pdf)> Acesso em: 22 de mai. de 2014.

SOUZA, V. M. C.; GUARIENTO, M. E. Avaliação do idoso desnutrido. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Campinas, v. 7, p. 46-9, 2009. Disponível em: <[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/83.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/83.pdf)>. Acesso em: 22 de mai. 2014.

VADE MECUM, **Estatuto do idoso**: 16. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2013, p. 1105-13.

WELLMAN, N. S.; KAMP, B. J. Nutrição e envelhecimento. In: MAHAN, L. K.; STUMP, S. E.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013, Cap. 21, p. 442-60.