

AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL EM IDOSOS UTENTES DE UM CENTRO DE SAÚDE DE LISBOA

A.O.
ARTIGO ORIGINAL

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL RISK OF ELDERLY PATIENTS FROM A LISBON HEALTH CENTER

Joana Lage¹; Catarina D Simões²; Jaime Combadão¹; Alda Pereira da Silva^{2,3}; Ana Valente^{1,2*}

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional é considerado um fenómeno mundial. A identificação precoce da desnutrição é fundamental para uma intervenção individualizada promovendo e protegendo a saúde do idoso.

OBJETIVOS: Avaliar a prevalência do risco nutricional numa amostra de idosos utentes de um Centro de Saúde de Lisboa pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

METODOLOGIA: Estudo observacional analítico do tipo transversal realizado em 30 idosos (75,4 ± 7,6 anos), utentes de um centro de Saúde de Lisboa. Os dados socioeconómicos, clínicos e de estilo de vida foram obtidos pela aplicação de um questionário de resposta fechada. O peso e a altura foram medidos de acordo com as recomendações da Direção-Geral da Saúde. O Índice de Massa Corporal foi avaliado por comparação com o valor de referência de Lipschitz. A prevalência de desnutrição e risco de desnutrição foi avaliada pela aplicação do *Mini Nutritional Assessment* - MNA[®].

RESULTADOS: A maioria dos idosos (93,3%) realiza 3 refeições diárias e 96,7% dos participantes consome menos água diariamente do que o recomendado pela *European Food Safety Authority*. Dos idosos avaliados, 36,7% dormia menos de 6 horas/noite. A avaliação do Índice de Massa Corporal segundo classificação de Lipschitz indicou que 54,1% dos homens e 65,2% das mulheres tinham excesso de peso. Os resultados da aplicação do MNA[®] evidenciaram que 16,7% dos idosos estava em risco de desnutrição.

CONCLUSÕES: A prevalência do risco de desnutrição na amostra estudada é relevante, sendo crucial o acompanhamento nutricional dos participantes em risco nutricional e/ou com excesso de peso, de forma a evitar deterioração no seu estado de saúde e promover um estilo de vida saudável.

PALAVRAS-CHAVE

Estado nutricional, Excesso de peso, Desnutrição, Idoso

ABSTRACT

INTRODUCTION: Population aging is considered a worldwide phenomenon. The early identification of malnutrition is essential for an individualized intervention that promotes and protects the health of the elderly.

OBJECTIVES: to evaluate the prevalence of nutritional risk in a sample of elderly users of a Lisbon Health Center belonging to the Regional Health Administration of Lisbon and Vale do Tejo.

METHODOLOGY: An observational analytical, cross-sectional study was carried out on 30 elderly patients from a health center in Lisbon. Socioeconomic, clinical and lifestyle data were obtained by the application of a closed response questionnaire. Weight and height were measured according to the recommendations of the Directorate-General of Health. Body Mass Index was assessed by comparison with the Lipschitz reference value. The prevalence of malnutrition and risk of malnutrition was evaluated by the application of the Mini Nutritional Assessment - MNA[®].

RESULTS: The majority of the elderly (93.3%) consume 3 meals a day and 96.7% of the participants consume daily less water than the recommended by the European Food Safety Authority. Of the elderly evaluated, 36.7% slept less than 6 hours/night. The assessment of Body Mass Index according to Lipschitz's classification indicated that 54.1% of men and 65.2% of women were overweight. The results of the application of MNA[®] showed that 16.7% of the elderly were at risk of malnutrition.

CONCLUSIONS: The prevalence of the risk of malnutrition in the studied sample is relevant, and nutritional monitoring of participants at nutritional and/or overweight risk is crucial to avoid deterioration in their health status and to promote a healthy lifestyle.

KEYWORDS

Nutritional status, Overweight, Malnutrition, Elderly

¹ Atlântica - Escola Universitária de Ciências Empresariais, Saúde, Tecnologias e Engenharia, Fábrica da Pólvora de Barcarena, 2730-036 Barcarena, Oeiras, Portugal

² Laboratório de Genética, Instituto de Saúde Ambiental - ISAMB, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Avenida Professor Egas Moniz, 1649-028 Lisboa, Portugal

³ Centro de Saúde da Alameda, Ministério da Saúde, Carvalho Araújo, n.º 103, 1900 Lisboa, Portugal

*Endereço para correspondência:

Ana Valente
Atlântica - Escola Universitária de Ciências Empresariais, Saúde, Tecnologias e Engenharia, Fábrica da Pólvora de Barcarena, 2730-036 Barcarena, Oeiras, Portugal
valenteana13@hotmail.com

Histórico do artigo:

Recebido a 29 de março de 2018
Aceite a 31 de agosto de 2018

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado um fenómeno mundial, sendo tão característico de países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (1). É esperado que em 2050 a população mundial com idade acima dos 60 anos seja o dobro que em 2000 (2). Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor número de população ativa (3). O envelhecimento é considerado um processo complexo, irreversível, progressivo e natural, que se caracteriza por modificações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas que influenciam a nutrição e alimentação das pessoas (4). Uma das principais alterações é a modificação da composição corporal, existindo um aumento e redistribuição da massa gorda e diminuição da massa magra (como água, tecido ósseo e muscular). A avaliação nutricional do idoso é fundamental nos cuidados continuados de saúde para detetar precocemente a desnutrição (5).

OBJETIVOS

Avaliar a prevalência do risco nutricional em idosos utentes de um Centro de Saúde de Lisboa.

METODOLOGIA

Estudo observacional analítico do tipo transversal em 30 idosos do Centro de Saúde de Lisboa pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O método de amostragem utilizado foi o aleatório simples, considerando o tamanho amostral mínimo 10% do total de doentes idosos seguidos pelo mesmo médico de família há pelo menos 2 anos. Os critérios de inclusão foram: a) idade igual ou superior a 65 anos; b) ser utente do Centro de Saúde; c) consentimento informado assinado. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Atlântica e desenvolvido em conformidade com as considerações presentes na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo (6). Todos os participantes no estudo receberam informação sobre o projeto e assinaram um consentimento informado, livre e esclarecido. Foi aplicado um questionário geral para obtenção de dados sócioeconómicos, clínicos (presença de patologias, medicação e/ou suplementação, cirurgia, trânsito intestinal, alergia e intolerância alimentar) e de estilo de vida (hábitos tabágicos, consumo de álcool, ingestão de água, horas de sono e comportamentos alimentares). As medições antropométricas foram efetuadas de acordo com procedimentos padrão e equipamentos calibrados (7, 8). Os dados antropométricos avaliados incluíram o peso, estatura, perímetro do braço (PB) e perímetro da perna (PP) (7). O peso foi medido em kg com uma precisão de 100 g utilizando uma balança da marca Jofre®, modelo 6 (Jofre Ferreira de Carvalho, Portugal). A estatura foi registada com uma precisão de 0,1 cm com um estadiómetro da marca Jofre®, modelo 6. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado de acordo com a equação peso/estatura² (kg/m²). O resultado obtido foi comparado com o valor de referência de Lipschitz (9). Na medição de ambos os perímetros foi utilizada uma fita antropométrica não extensível com precisão de 1 mm. Foi aplicado o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) constituído por 18 questões e dividido em duas partes: Triagem e Avaliação Global (10). A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o software informático para Windows, SPSS®, versão 23.0 (SPSS INC, Chicago). Os resultados foram expressos como média ± desvio-padrão (DP) ou como número e percentagem. Foi testada a normalidade de todas as variáveis pelo teste Shapiro-Wilk. Para comparar as frequências das variáveis qualitativas foi utilizado o teste do Qui quadrado. O teste t-student foi aplicado para comparar médias das variáveis numéricas com distribuição normal. Foi considerada significância estatística quando p<0,05.

RESULTADOS

As características gerais da amostra estão apresentadas na Tabela 1. A média de idades dos participantes foi de 75,4 ± 7,6 anos. A maioria dos idosos eram viúvos e com o ensino primário completo. Um terço indicou estar a tomar algum suplemento (os mais consumidos eram os multivitamínicos, magnésio e vitamina D + cálcio). No que diz respeito aos fatores de risco de doenças crónicas, cerca de 63% dos idosos apresentavam valores de colesterol total superiores a 190 mg/dL (11). A grande maioria não bebia bebidas alcoólicas (83%) e o consumo de água era inferior ao recomendado em 97,7% dos participantes (12). O número de horas de sono aconselhado para a população idosa ronda as 6-6,5 horas/noite (13), no entanto 36,7% dos participantes dormia menos do que o recomendado. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas frequências das variáveis entre os idosos em risco de desnutrição e os bem nutridos. Verificou-se, no entanto, uma tendência estatística (p = 0,057) em relação à variável horas de sono. A prevalência de patologias crónicas foi elevada, sendo as doenças reumáticas, hipertensão arterial e cardiovasculares as mais prevalentes (80,0%, 63,3% e 46,7%, respetivamente). Os parâmetros antropométricos foram avaliados segundo a classificação de Lipschitz (9), o que revelou que 54,1% dos homens e 65,2% das mulheres tinham excesso de peso.

Tabela 1

Caracterização geral da amostra

CARACTERÍSTICAS	IDOSOS (N=30)
Idade (anos)	75,4 ± 7,6
Sexo	
Masculino	7 (23,3)
Feminino	23 (76,7)
Estado Civil	
Solteiro	5 (16,7)
Casado/União de Facto	10 (33,3)
Viúvo	11 (36,7)
Divorciado/Separado	4 (13,3)
Escolaridade	
Não estudou	3 (10,0)
Ensino Primário (1.º - 4.º ano)	15 (50,0)
Ensino Básico (5.º - 7.º ano)	2 (6,7)
Ensino Básico (5.º - 9.º ano)	1 (3,3)
Ensino Secundário (10.º - 12.º ano)	4 (13,3)
Ensino Superior	5 (16,7)
Atividade física	
Sim	10 (33,3)
Não	20 (63,3)
Suplementação	
Sim	9 (30,0)
Não	21 (70,0)
Fatores de risco de doenças crónicas	
Hipercolesterolemia (10)	19 (63,3)
Baixo consumo de água (11)	29 (97,7)
Consumo de bebidas alcoólicas/semana	
Não consome	25 (83,3)
1x/semana	2 (6,7)
1x/dia	3 (10,0)
Hábitos tabágicos	0 (0,0)
Horas de sono	7,1 ± 1,4
Horas de sono < 6h (12)	11 (36,7)

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem) ou média ± desvio-padrão.

Os resultados da avaliação global do MNA® aplicado aos idosos são apresentados na Tabela 2. Em relação à componente da triagem, cerca de 17% dos participantes referiu uma diminuição ligeira da ingestão alimentar nos últimos 3 meses, embora 60% tenha indicado que não verificou diminuição do peso no mesmo período. 16% dos idosos referiu ter passado por uma situação de stress ou doença aguda nos últimos 3 meses, tendo-se verificado uma associação tendencial entre esta variável e risco de desnutrição na população estudada ($p=0,088$). Relativamente ao IMC, observou-se que 93,3% dos indivíduos avaliados apresentavam valores superiores a 23 kg/m². Os resultados indicaram que a maioria dos idosos (93,3%) referem fazer 3 refeições diárias, 40% consome carne, peixe, leite e seus derivados diariamente, bem como leguminosas e ovos todas as semanas. Em relação ao consumo de fruta e produtos hortícolas, 90% dos participantes indicam que ingerem estes alimentos diariamente. Cerca de 43% mencionou ingerir mais de 5 copos de líquidos/dia e 43%, 3 a 5 copos/dia. De acordo com a avaliação do PB e PP, todos os idosos apresentaram medidas >22 cm

e ≥31 cm, respetivamente. Após a avaliação do estado nutricional dos participantes segundo o MNA® verificou-se que nenhum participante foi classificado como desnutrido, mas 16,7% estavam sob risco de desnutrição.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A avaliação do risco nutricional através do MNA poderá contribuir para o diagnóstico precoce do estado nutricional e prevenção de uma possível deterioração do estado geral de saúde. No presente estudo foi aplicado o MNA em idosos não institucionalizados utentes num Centro de Saúde de Lisboa, onde se praticam cuidados de saúde primários, mas sem serviços especializados na área da nutrição. Verificou-se que 63% dos idosos avaliados tinha excesso de peso e 16,7% estavam em risco de desnutrição (14). A percentagem obtida foi inferior à estimada num estudo realizado em 337 idosos não institucionalizados de Paços de Ferreira, em que 2,1% apresentava desnutrição e 31,8% estava em risco de desnutrição (15). A elevada prevalência de idosos em risco nutricional é algo que tem vindo a ser observado mundialmente. Em 2008 foi realizado em Espanha um estudo a 22 007 idosos da comunidade tendo-se verificado que 4,3% estavam desnutridos e 25,4% em risco de desnutrição (16). Na China, Han et al. (17) realizaram um estudo em 162 idosos, residentes em Wuhan onde verificaram que 8% da amostra estava desnutrida e 36,4% apresentava risco de desnutrição. Num outro estudo realizado no Brasil, em 267 idosos não institucionalizados, que tinha como objetivo analisar a associação entre o estado nutricional e a má saúde bucal, concluíram que 1,9% da amostra apresentava desnutrição e 19,9% risco de desnutrição, foi ainda estabelecida uma associação da pior condição de saúde bucal com o estado nutricional mais deteriorado (18). Segundo o critério do IMC, a maioria dos participantes apresenta excesso de peso. O IMC elevado é considerado um fator de risco para a saúde dos idosos por estar associado a deterioração da qualidade de vida e a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (19). Assim, idosos com IMC elevado apresentam maior probabilidade de terem ou virem a desenvolver doenças crónicas não-transmissíveis (20). A prevalência de insónias aumenta com a idade (21). A falta de sono é considerada um importante problema de saúde no idoso, estando associada a um maior risco de doenças crónicas (22), menor qualidade de vida (23) e comprometimento cognitivo (24). Promover hábitos saudáveis de sono e manter a qualidade do sono no envelhecimento favorece a redução do processo inflamatório (25) e promover a saúde do idoso (26). No presente estudo cerca de 37% dos participantes reportaram dormir menos horas por noite do que o recomendado, algo que deve ser tido em consideração e futuramente estudado em relação a uma possível associação com o estado nutricional dos idosos. Pela análise dos aspetos clínicos relevantes e da aplicação do MNA® parece existir uma associação do risco de desnutrição com número de horas de sono e com a presença de stresse ou de doença aguda nos últimos 3 meses. O tamanho amostral é uma limitação deste estudo e poderá ser uma justificação para a menor percentagem de idosos identificados como estando sob risco de desnutrição comparativamente a outros estudos semelhantes (15-18). De futuro será importante realizar mais estudos com um tamanho amostral superior e em outros Centros de Saúde e Centros de Dia de modo a aumentar a evidência científica sobre a prevalência de risco nutricional em idosos não institucionalizados.

CONCLUSÕES

A desnutrição na pessoa idosa é na maioria das vezes desvalorizada e o seu diagnóstico requer ferramentas de triagem específicas, bem como sensibilização dos profissionais de saúde e formação adequada. A malnutrição deve ser encarada como uma das maiores ameaças para

Tabela 2

Avaliação do estado nutricional com base no MNA®

AVALIAÇÃO GLOBAL	IDOSOS (N=30)
Presença de stresse ou doença aguda nos últimos 3 meses	16 (53,3)
Local de habitação	
Residência própria	30 (100)
Instituição geriátrica ou hospitalar	0
Número de refeições diárias	
uma refeição	0
duas refeições	2 (6,7)
três refeições	28 (93,3)
Consumo de:	
≥ 1 porção de leite ou derivados por dia	28 (93,3)
≥ 2 porções de fruta ou hortícolas por dia	27 (90,0)
carne, peixe ou aves todos os dias	27 (90,0)
≥ 2 porções de leguminosas e ovos por semana	12 (40,0)
líquidos (água, sumo, chá, leite) por dia	
< 3 copos	4 (13,3)
3 ≥ copos ≤ 5	13 (41,3)
> 5 copos	13 (41,3)
Autonomia para se alimentar sozinho	
Não é capaz de se alimentar sozinho	0
Alimenta-se sozinho, com dificuldade	1 (3,3)
Alimenta-se sozinho, sem dificuldade	29 (96,7)
Índice de Massa Corporal (IMC)	
IMC < 19	0
19 ≤ IMC < 21	1 (3,3)
21 ≤ IMC < 23	1 (3,3)
IMC ≥ 23	28 (93,3)
Perímetro do braço (PB)	
PB < 21 cm	0
21 cm ≤ PB ≤ 22 cm	0
PB > 22 cm	30 (100)
Perímetro da perna (PP)	
PP < 31 cm	0
PP ≥ 31 cm	30 (100)
Avaliação do estado nutricional	
Estado nutricional normal	25 (83,3)
Sob risco de desnutrição	5 (16,7)
Desnutrido	0

Os resultados estão expressos como número de indivíduos (percentagem).

a saúde, bem-estar e autonomia dos idosos. A prevalência do risco de desnutrição na amostra estudada é relevante (16,7%), sendo crucial o acompanhamento nutricional dos participantes em risco nutricional e/ou com excesso de peso, de forma a evitar deterioração no seu estado de saúde e promover um estilo de vida saudável. Este estudo evidência a necessidade de intervenção nutricional personalizada no âmbito de cuidados de saúde primários, através de um acompanhamento nutricional por um profissional de saúde especializado em alimentação e nutrição no idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institute of Aging, National Institutes of Health. Global Health and Aging. World Health Organization. 2011. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. 2015 Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf.
3. Direção Geral da Saúde. Portugal IDADE MAIOR em números 2014: A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Direção Geral da Saúde. 2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>.
4. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa. 2013. Disponível em: http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Ciclo_de_Vida_Idoso.pdf.
5. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging*. 2010; 9(5):207-16.
6. World Medical Association. Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. 2000. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/archives/79%284%29373.pdf>.
7. Direção Geral da Saúde. Orientação 017/2013: Avaliação Antropométrica no Adulto. 2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>. 2013.
8. Stewart A, Marfell-Jones M, Olds T, de Ridder H. International standards for anthropometric assessment. *International Society of the Advancement of Kinanthropometry*. 2011; 1-123.
9. Lipschitz, D. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 21(1):55-67.
10. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10(6):456-65.
11. Direção-Geral da Saúde. Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Norma nº 019/2011 de 28/09/2011, atualizada a 11/05/2017.
12. EFSA (European Food Safety Authority). Dietary reference values for nutrients: Summary report. EFSA supporting publication. 2017; e15121.
13. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ*. 2007; 176(9):1299-1304.
14. Blössner M, de Onis M. Malnutrition: quantifying the health impact at national and local levels. Geneva, World Health Organization, 2005. (WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 12).
15. Bernardo, S. Estado nutricional dos idosos que frequentam os centros de dia e centros de convívio do concelho de Paços de Ferreira. Faculdade de Ciências e Alimentação da Universidade do Porto; 2013.
16. Cuervo M, Garcia A, Ansorena D, Sanchez-Villegas A, Martínez-González M, et al. Nutritional assessment interpretation on 22,007 Spanish community-dwelling elders through the Mini Nutritional Assessment test. *Public Health Nutr*. 2009; 12(1):82-90.
17. Han Y, Li S, Zheng Y. Predictors of nutritional status among community-dwelling older adults in Wuhan, China. *Public Health Nutr*. 2009; 12(8):1189-96.
18. Mesas A, Andrade S, Cabrera M, Bueno V. Salud oral y deficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2010; 13(3):434-45.
19. Heo M, Allison D, Faith M, Zhu S, Fontaine K. Obesity and quality of life: mediating effects of pain and comorbidities. *Obesity Res*. 2003; 11(2):209-216.
20. Lima A, Corrente J, Monteiro M. Estado nutricional como fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis. *Braz. J. Food Nutr*. 2015; 25(1):82.
21. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002; 6:97-111.
22. Koyanagi A, Garin N, Olaya B, Ayuso-Mateos JL, Chatterj S, et al. Chronic Conditions and Sleep Problems among Adults Aged 50 years or over in Nine Countries: A Multi-Country Study. *PLoS ONE*. 2014; 9(12):e114742.
23. Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14:860-66.
24. Cricco M, Simonsick EM, Foley DJ. The impact of insomnia on cognitive functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(9):1185-89.
25. Irwin MR. Sleep and inflammation in resilient aging. *Interface Focus*. 2014; 4(5):20140009.
26. Irish LA, Kline CE, Gunn HE, Buysse DJ, Hall MH. The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Med Rev*. 2015; 22:23-36.