

# Problemas nutricionais em adultos

*SELMA FREIRE DE CARVALHO DA CUNHA*

## **Envolvimento e capacitação da equipe: relato de experiências**

**O** OBJETIVO deste artigo é relatar experiências que justifiquem a necessidade de capacitar a equipe de saúde e de implantar protocolos de atendimento e monitoramento nutricional comunitário.

A primeira experiência foi um projeto de extensão desenvolvido nos anos de 2003 e 2004, com 21 alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. O Programa de Atendimento Nutricional Domiciliar (Pand) tinha como objetivo orientar o cuidador e prestar assistência nutricional aos pacientes que necessitassem de cuidado especializado e individualizado no domicílio, com atenção especial àqueles que recebiam alta hospitalar com sonda nasoentérica.

As etapas iniciais do Pand incluíram a confecção de material didático direcionado à família e ao cuidador, a capacitação da equipe e a elaboração de protocolos de acompanhamento que norteassem os procedimentos. Após o treinamento, os acadêmicos tornaram-se aptos a inserir e fixar sondas e a orientar o paciente/família no preparo e na infusão da dieta, na aquisição ou adaptação de materiais já disponíveis no domicílio e na disposição mais adequada do mobiliário no quarto do paciente, de forma a torná-lo mais funcional. Além disso, os alunos responsabilizavam-se por monitorar o estado do paciente de acordo com um protocolo previamente estabelecido, de modo a identificar precocemente as eventuais complicações.

A segunda experiência ocorreu nos anos de 2002 a 2004, com a realização de um programa de atendimento odontológico para bebês desenvolvido pela cirurgiã-dentista de uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de Uberaba. Iniciou-se um trabalho de envolvimento e capacitação dos profissionais da equipe – médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários – que desconheciam tal modalidade odontológica e a importância das medidas educativas/preventivas de saúde bucal para crianças dessa faixa etária. A equipe acolheu a idéia, e foram então identificados os problemas, como a falta de equipamentos e de recursos para sua aquisição.

Durante reuniões participativas com grupos da comunidade, foram expostos os benefícios do projeto e o anseio da equipe em implantá-lo. Seguiu-se a criação de parcerias: os alunos do curso de Solda de uma escola profissionalizante confeccionaram uma marca para o projeto; os alunos de Corte e costura

confeccionaram materiais em tecido; uma gráfica doou e confeccionou folhetos educativos; o supermercado local doou escovas de dente e garantiu sua substituição periódica; uma farmácia de manipulação doou insumos para a prevenção de cáries. Foram elaborados os protocolos de atendimento e teve início o projeto, que em pouco tempo se tornou modelo de atendimento odontológico para bebês. Dado o sucesso, a prefeitura solicitou que fosse feito o treinamento de odontólogos de outras 44 equipes do PSF na cidade, capacitando-os a implantar o projeto nas respectivas áreas de atuação.

Constatamos, nessas duas experiências pontuais, que o êxito se deu graças ao envolvimento dos membros da equipe, os quais estavam cientes dos possíveis benefícios para a comunidade. Sem essa adesão, os projetos não teriam tido impacto. O sucesso pode ser atribuído também à capacitação dos profissionais e ao conhecimento claro das atribuições de cada um deles. Envolvimento e capacitação foram fatores presentes em ambos os projetos, que, para serem bem-sucedidos, dependeram da percepção da importância (Por que farei?) e da clareza (Como farei?) dos procedimentos.

### **Em serviços de atendimento nutricional comunitário de adultos e idosos, a equipe está capacitada?**

No contato com o atendimento comunitário de adultos e idosos, são evidentes o interesse e a boa vontade dos membros da equipe. Entretanto, os profissionais envolvidos trazem consigo conceitos e informações leigas, nem sempre verdadeiras. Em geral, os médicos e enfermeiros não têm conhecimento de nutrição, já que, no Brasil, são poucas as escolas de medicina e enfermagem que dão atenção ao ensino dessa área. Além disso, não há um profissional nutricionista em muitos serviços de atendimento comunitário.

Em nosso país, há inúmeros pesquisadores de renome na área de Alimentação e Nutrição. Infelizmente, na maioria das situações há distanciamento entre tais profissionais e aqueles que estão em contato direto com a comunidade. Muitos são treinados para atuar em serviços de saúde terciários, empregando técnicas sofisticadas de avaliação nutricional. Em geral, poucos especialistas da área clínica são capazes de expressar o conhecimento de forma que ele possa ser aplicado em serviços de atendimento primário.

### **Proposta de protocolos de atendimento nutricional**

A concomitância de sobrepeso, obesidade e baixo peso em homens e mulheres adultos brasileiros está bem documentada. Inúmeras iniciativas têm sido desenvolvidas para enfrentar essa difícil situação alimentar/nutricional. Nossa proposta é a criação de protocolos de atendimento e acompanhamento nutricional claros, estruturados, viáveis, adaptados às necessidades e aos recursos locais.

#### ***Protocolo para pacientes em risco de subnutrição***

O protocolo mostrado na Figura 1 exemplifica algumas rotinas de atendimento de adultos e idosos em risco de subnutrição. De acordo com o esquema

apresentado, é possível determinar o risco de subnutrição a partir de dados fáceis de obter, como índice de massa corporal (IMC), história de perda de peso num período de três a seis meses e informação de ingestão alimentar insuficiente. Por exemplo, um indivíduo com IMC de 20 kg/m<sup>2</sup> e sem história de perda peso terá pontuação 0; não apresenta nenhum risco nutricional no momento da avaliação, a qual deverá ser repetida a cada ano caso ele integre algum grupo de risco (por exemplo, se for idoso). Se o somatório dos pontos for 1, o risco é leve, devendo a avaliação ser repetida no período de um a seis meses, com orientação alimentar, se necessário. Se o somatório dos pontos for maior ou igual a 2, o risco de subnutrição é alto, e nesse caso o tratamento deve ser iniciado com orientação alimentar e suplementação, se necessário.

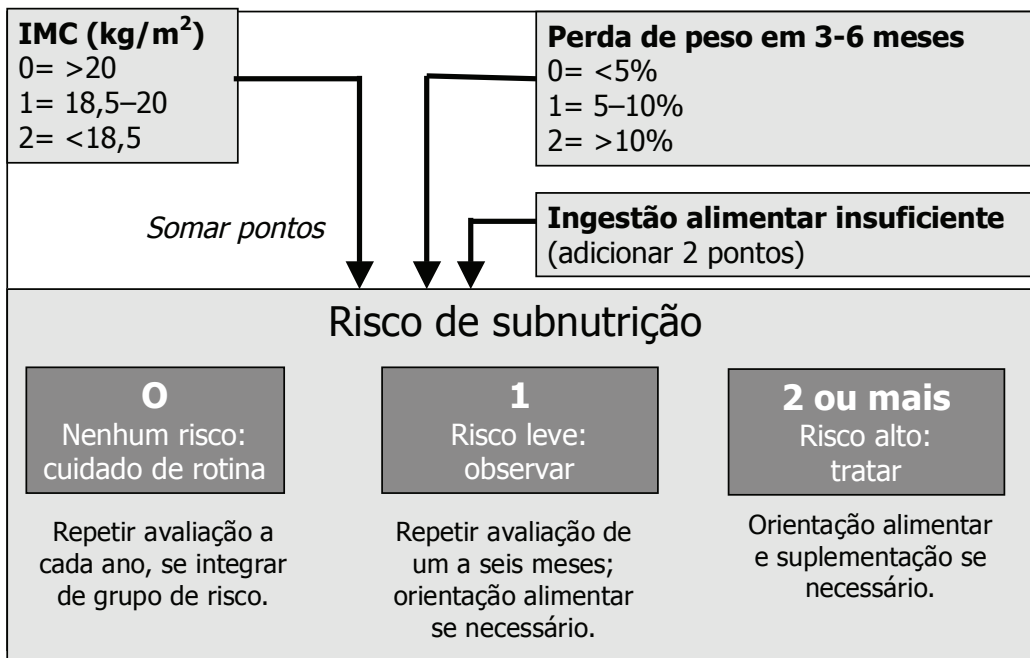


Figura 1 – Protocolo de conduta para adultos e idosos em risco de subnutrição.

### *Protocolo de conduta para adultos com sobrepeso ou obesidade*

É importante ter critérios bem definidos para identificar a ocorrência de sobrepeso ou obesidade. O IMC é um parâmetro utilizado por sua rapidez e facilidade de cálculo, assim como por apresentar correlação significativa com a gordura corporal, a morbidade e a mortalidade. É uma estimativa para determinar se uma pessoa pode ter problemas de saúde em decorrência do excesso de peso. Assim, um IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup> implica maiores riscos. A combinação dos valores de IMC e da circunferência da cintura tem sido usada para identificar os riscos de complicações metabólicas. Para pacientes com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, a medida da cintura pode ser desnecessária, pois apenas a avaliação baseada no IMC já indica risco alto para a saúde.

Tabela 1  
Risco de comorbidades de acordo com a classificação do IMC da circunferência da cintura, para homens e mulheres adultos

Classificação	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Risco adicional de comorbidades	
		Circunferência da cintura (cm)	
		Homem ≤ 102 Mulher ≤ 88	Homem ≥ 102 Mulher ≥ 88
Peso normal	18,5 a 24,9	Normal	Discreto
Sobrepeso	25,0 a 29,9	Discreto	Moderado
Obesidade grau I	30,0 a 34,9	Moderado	Alto
Obesidade grau II	35,0 a 39,9	Alto	Muito alto
Obesidade grau III	≥ 40	Muito alto	

Na avaliação inicial de indivíduos com sobrepeso ou obesidade, devem ser incluídas questões que permitam determinar a etiologia da obesidade, assim como a motivação individual para aderir ao tratamento, conforme mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Avaliação inicial do indivíduo com sobrepeso ou obesidade

<p><b>Avaliação da etiologia da obesidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronologia do ganho de peso</li> <li>• História familiar de obesidade</li> <li>• Mudanças no estilo de vida</li> <li>• Padrão de atividade física habitual</li> <li>• Padrão alimentar habitual</li> <li>• Padrão de consumo de bebidas alcoólicas</li> <li>• Condições que contribuem com a obesidade</li> <li>• Medicamentos em uso</li> </ul> <p><b>Avaliação da motivação do paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Razão e motivação para a perda de peso</li> <li>• Tentativas anteriores de perda de peso</li> <li>• Suporte familiar e de amigos</li> <li>• Conhecimento sobre os riscos da obesidade e os benefícios da perda de peso</li> <li>• Disponibilidade de tempo</li> <li>• Barreiras potenciais para a adaptação às mudanças</li> </ul>
--

Segundo a International Obesity Task Force, para a seleção das estratégias de abordagem no tratamento da obesidade devem ser considerados os pontos de corte do IMC e a presença ou não de fatores de risco associados, conforme mostrado na Tabela 2.

Tabela 2  
Critérios para seleção das estratégias de tratamento da obesidade, de acordo com o IMC e a presença ou não de fator de risco

	Pontos de corte do IMC (kg/m <sup>2</sup> )			
	25,0 a 29,9	30,0 a 34,9	35,0 a 39,9	> 40,0
Sem fator de risco	Manutenção do peso, dieta saudável, exercício.	Perda de 5%-10% do peso corporal.	Perda de > 10% do peso corporal; em geral as drogas são necessárias.	Perda de 20%-30% do peso corporal. Se insucesso, encaminhar ao especialista ou considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico.
Com fator de risco	Foco em dieta, exercício e mudança de comportamento. Após três meses sem sucesso, propor déficit energético leve para perda de 5-10 kg em 24 semanas. Se insucesso, avaliar a necessidade de tratamento medicamentoso.	Foco em dieta, exercício e mudança de comportamento. Após doze semanas sem sucesso, considerar a necessidade de tratamento medicamentoso.	Perda de 20%-30% do peso corporal. Se insucesso, encaminhar ao especialista ou considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico.	

Fonte: The International Obesity Task Force (2006).

## Conclusão

Os problemas nutricionais de saúde pública são de grande dimensão e requerem várias abordagens concomitantes, especialmente aquelas preventivas. Com uma abordagem focal, nossa proposta visa à orientação do profissional envolvido no atendimento de comunidades. As experiências apresentadas demonstram ser possível e necessário que os serviços de saúde comunitários adotem protocolos baseados em recursos técnicos simples e critérios diagnósticos bem definidos. É preciso implantar protocolos de triagem, atendimento e monitoramento que expressem os critérios diagnósticos com clareza, que especifiquem os procedimentos de avaliação inicial e indiquem estratégias terapêuticas em diferentes condições.

## Bibliografia

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Addressing world hunger, malnutrition, and food insecurity. *Journal of the American Dietetic Association*, v.103, n.8, p.1046-57, 2003.

CUNHA, S. F. C.; SANTANA, C. S.; BARBOSA L.; MONTEIRO, J. P.; CUNHA, D. F. Obesidade entre médicos: dados de ingestão alimentar e estilo de vida. *Revista Brasileira de Clínica & Terapêutica*, v.24, p.91-5, 1998.

INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE. Disponível em: <<http://www.ietf.org>>. Acessado em: maio de 2006.

IOANNIDES-DEMOS, L. L.; PROIETTO, J.; McNEIL, J. J. Pharmacotherapy for obesity. *Drugs*, v.65, n.10, p.1391-418, 2005.

MCMAHON, M. M.; BISTRIAN, B. R. The physiology of nutritional assessment and therapy in protein-calorie malnutrition. *Disease-a-Month*, v.36, n.7, p.379-417, 1990.

NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE, NORTH AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. *NIH Publication* (National Institutes of Health), 2000.

SARLIO-LAHTENKORVA, S.; STUNKARD, A.; RISSANEN, A. Psychosocial factors and quality of life in obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, v.19, n.6, 1S-5S, 1995.

*RESUMO* – O objetivo deste artigo é relatar experiências que justifiquem a necessidade de capacitar a equipe de saúde e de implantar protocolos de atendimento e monitoramento nutricional de adultos e idosos. São relatadas duas experiências bem-sucedidas de atendimento comunitário em que houve o envolvimento e a capacitação da equipe, assim como a definição clara das estratégias de atuação. É possível otimizar o atendimento alimentar/nutricional da comunidade com a implantação de protocolos que expressem com clareza os critérios diagnósticos, indiquem os procedimentos de avaliação inicial e as diferentes abordagens terapêuticas e especifiquem medidas de monitoramento adaptadas às condições e necessidades locais.

*PALAVRAS-CHAVE*: Conduta nutricional, Adultos e idosos, Subnutrição, Sobrepeso/obesidade, Protocolo de avaliação.

*ABSTRACT* – This paper reports experiences seeking to strengthen health teams capabilities, and the importance of adults and elderly nutritional care protocols. It reports two well-succeeded experiences on local health assistance, with the close participation of health teams and a clear definition about action strategies. On this context, the local nutritional care could be optimized by a set of protocols, clear diagnose criteria definitions on initial assessment procedures, different therapeutic approaches, and follow-up strategies, adapted to local condition.

*KEYWORDS*: Nutritional care, Adults and elderly, Malnutrition, Obesity, Assessment protocols.

*Selma Freire de Carvalho da Cunha* é médica nutróloga, professora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Clínica Médica. @ – [sfreire@fmrp.usp.br](mailto:sfreire@fmrp.usp.br)

Recebido em 22.5.2006 e aceito em 10.7.2006.