

ABORDAGEM NUTRICIONAL DO IDOSO EM UNIDADE PERNAMBUCANA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Suelane Renata de Andrade Silva ¹
Maria Lucrecia de Aquino Gouveia ²
Sanni Moraes de Oliveira ³
José Artur de Paiva Veloso ⁴
Antônia Leda Oliveira Silva ⁵

RESUMO

As Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada - UPAE's são serviços ambulatoriais de média complexidade, que contemplam o atendimento nutricional. No tocante ao envelhecimento populacional e ao perfil de doenças crônicas, e a presença de fatores modificáveis, esse estudo tem como objetivo, descrever a abordagem nutricional a ser realizada no paciente idoso assistido em ambulatório da UPAE. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, através de revisão narrativa com base na literatura científica e com base na experiência prática e nas principais recomendações de diagnósticos nutricionais para aplicabilidade em idosos. Para um bom diagnóstico da condição nutricional do idoso, serão realizados 4 rastreios: o primeiro, a Mini Avaliação Nutricional (versão reduzida): para o risco nutricional. O segundo, o questionário SARC-F para rastreio de sarcopenia. O terceiro, a investigação de fragilidade por meio da escala de Fried, e por fim, a investigação de síndrome metabólica. Já em relação à antropometria, elencou-se o Índice de massa corporal, as circunferências de panturrilha, cintura e braço e cintura, e as medidas de dobras cutâneas. Além destas, a avaliação força de preensão palmar, exames laboratoriais e a aferição de pressão arterial sistêmica na triagem pela equipe de enfermagem. Considera-se que essas avaliações descritas são as mais adequadas, no entanto trata-se de um grande desafio por demandar tempo. No entanto, se for implantado uma primeira consulta avaliativa e a seguinte após 15 dias, talvez viabilize contemplar todas as avaliações.

Palavras-chave: Idoso; Avaliação nutricional; Risco nutricional.

INTRODUÇÃO

As Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada - UPAE's são serviços ambulatoriais de média complexidade que apresentam alta resolutividade em diagnósticos e orientações terapêuticas para diferentes especialidades médicas no âmbito do Sistema Único de

¹ Doutoranda em Enfermagem na UFPB, mestre em Gerontologia UFPE e graduada em Nutrição pela UFPE, suelaneandrade3@gmail.com;

² Doutoranda em Enfermagem na UFPB, mestre em Gerontologia UFPB e graduada em Fisioterapia pela UFPB, lucreciagouveia@yahoo.com.br;

³ Doutoranda em Enfermagem – UFPB, Mestre em Enfermagem UFPB, Graduada em Enfermagem UFPB, sannidsm@gmail.com;

⁴ Doutorando em Enfermagem – UFPB, Mestre em Ciências da Nutrição- UFPB, Graduado em Fisioterapia UFPB, arturvelosofisio@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem na UFPB e Psicologia Social na USP, Enfermagem docente na UFPB

Saúde (SUS) para o fortalecimento da rede de assistência à saúde. Embora a construção e aquisição dos equipamentos seja de responsabilidade do Estado, o custeio e a manutenção dos serviços de saúde poderão ser compartilhados entre o Estado e os municípios integrantes da Região de Saúde. (PE, 2013)

A UPA'E apresenta os seguintes objetivos: ampliar o acesso da população a serviços de média complexidade no âmbito do SUS do Estado; fortalecer a rede de assistência entre a Atenção Primária e a Terciária, garantindo a continuidade do serviço médico entre todos os níveis de orientação e cuidados; oferecer atendimento ambulatorial nas diversas especialidades médicas e procedimentos diagnósticos de média complexidade, como consultas, exames e cirurgias correspondentes; e atender às necessidades regionais, contribuindo para complementar o atendimento do usuário do SUS no Estado. (PE, 2013)

As especialidades médicas atendidas em cada UPAE foram definidas pela Secretaria de Saúde, de acordo com o levantamento das demandas reprimidas e a análise do perfil epidemiológico de cada Região de Saúde e os parâmetros dispostos na Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 do Ministério da Saúde. A consulta nutricional foi implementada na UPA'E localizada no município de Vitória de Santo Antão, inaugurada no dia 14 de outubro de 2020, uma vez que as prevalências de doenças crônicas e de obesidade são elevadas na população adscrita. Sendo assim, um sistema de vigilância nutricional visando a prevenção de doenças e a promoção da saúde para a indivíduos sadios e enfermos foi implementando para a prestação do cuidado nutricional.

Com o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica, onde prevalece as doenças crônicas, e os fatores modificáveis do adoecimento como a alimentação inadequada, o consumo abusivo de bebida alcoólica, o tabagismo e o sedentarismo, (VIGITEL, 2016), o idoso torna-se mais vulnerável, pois é suscetível a alterações do estado nutricional em decorrência das mudanças relacionadas ao envelhecimento, ao aumento na prevalência de doenças crônicas, e ao estilo de vida adotado. Assim, é fundamental identificar e monitorizar o estado nutricional do idoso, pois esta alteração está diretamente relacionada à morbi-mortalidade, atingindo os planos físico, psicológico e social. Somente com um bom diagnóstico nutricional poder-se-á estabelecer o cuidado nutricional adequado. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é descrever a abordagem nutricional a ser realizada no paciente idoso acompanhado em ambulatório da UPAE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com base na experiência prática e nas principais recomendações de diagnósticos nutricionais para aplicabilidade em idosos. Foi realizado através de revisão narrativa com base na literatura científica acerca da avaliação nutricional para idosos em ambulatório, para ser implementado na Unidade Pernambucanas de Atenção Especializada (UPA'E) do município de Vitória de Santo Antão – PE.

Foram incluídos os instrumentos considerando as evidências de artigos científicos referentes à temática em estudo, seguindo alguns critérios de inclusão: ser texto original publicado em revistas científicas, dissertações, diretrizes de sociedades de especialisas, estudos longitudinais brasileiros de referência, estando estes acessíveis na íntegra nas bases de dados disponíveis online, além de sites oficiais das sociedades especializadas, buscando as avaliações atuais.

Serão descritas as avaliações adotadas para os idosos e sua fundamentação, tanto no que tange à triagem, quanto às avaliações objetivas no sentido de identificar um diagnóstico nutricional mais acurado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para um bom diagnóstico da condição nutricional do idoso, serão realizados 4 rastreios: o primeiro, a Mini Avaliação Nutricional (versão reduzida): para o risco nutricional (GUIGOZ, 1999). O segundo, o questionário SARC-F para rastreio de sarcopenia (MALMSTROM; MORLEY, 2013). O terceiro, a investigação de fragilidade por meio da escala de Fried, (FRIED et al, 2001) e por fim, a investigação de síndrome metabólica (NCEP ATP III, 2001), recomendado pela SBC (2019) Já em relação à antropometria, segundo as diretrizes da *International Society for the Advancement of Kineanthropometry* (ISAK). 1o Índice de massa corporal, as circunferências de panturrilha, cintura e braço e cintura, e as medidas de dobras cutâneas. Além destas, será utilizada a avaliação força de preensão palmar, exames laboratoriais e a aferição de pressão arterial sistêmica na triagem pela equipe de enfermagem.

A primeira, a avaliação do Risco nutricional, será utilizado a Miniavaliação nutricional, versão reduzida, constituída por 6 questões que abordam: antropometria, condição geral de saúde e avaliação subjetiva. Sua classificação será conforme o escore, sendo ≥ 12 o estado nutricional normal; e < 11 , risco de desnutrição. recomendado pela *European Society of*

Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN), Associação Internacional de Gerontologia (IAG) e pela Academia Internacional de Nutrição e Envelhecimento (IANA), por ser prático, simples de ser aplicado e pela capacidade de identificar rapidamente o paciente que necessita de intervenção nutricional.

A segunda, a triagem de sarcopenia, por meio do questionário SARC-F, desenvolvido por como teste de diagnóstico rápido para sarcopenia, reconhecida pelo consenso EGWSOP 2019, que apresenta baixo custo e praticidade. A sarcopenia, síndrome geriátrica caracterizada pela redução da massa muscular, associada à função e força muscular, estão relacionados a prognósticos desfavoráveis à saúde do idoso. Apresenta 5 componentes: Strength (S): força; Assistance in walking (A): assistência com a caminhada; Rise from a chair (R): levantar-se de uma cadeira; Climb stairs (C): escalar escadas e Falls (F): quedas. Os escores variam de 0 a 10, com 0 a 2 pontos para cada componente. Será considerado risco de sarcopenia naqueles que obtiverem pontuação ≥ 4 e sem risco se < 4 . (MALMSTROM; MORLEY, 2013).

Para a população brasileira, recomenda-se a associação com a circunferência de panturrilha, para contemplar o índice de massa do músculo esquelético apendicular que será avaliado pela medida de circunferência da panturrilha (CP) e classificado em "adequados" em massa muscular "ou" perda de massa muscular". Será utilizado como pontos de corte para inadequação se $CP \leq 33$ cm (mulheres) e $CP \leq 34$ cm (homens) (BARBOSA-SILVA et al., 2016).

A terceira, a fragilidade, síndrome com múltiplas causas, caracterizada pela diminuição da força e resistência e reduzida função fisiológica, que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo para o desenvolvimento de dependência e morte. (MORLEY *et al*, 2013). Será mensurada de acordo com os critérios propostos por Fried e cols (2001), modelo utilizado pelo estudo FIBRA e recomendado pela SBNPE (2019). Utiliza 5 marcadores para a avaliação de: (1) Perda de peso: considerado positivo se autorrelato de perda não intencional no último ano $\geq 4,5$ Kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal; (2) Exaustão: questões 7 (sente que teve que fazer esforço para fazer tarefas habituais?) e 20 (não consegue levar adiante as suas atividades?) da escala Center of Epidemiological Scale – Depression (CES-D), respostas positivas (“na maioria das vezes” e “sempre”) para pelo menos uma das perguntas pontua positivo para este critério; (3) Nível de Atividade Física: gasto calórico fornecido pela aplicação do questionário Minnesota Leisure Time Activity. Considera-se-á positivo para mulheres, se gasto < 270 kcal por semana, e homens se gasto < 383 kcal por semana. (4) Diminuição da força muscular: valor em kilograma-força (kgf) obtido pelo teste com o dinamômetro hidráulico de preensão palmar

Sahean® SH5001, positivo se valores inferiores ao ponto de corte ajustado por sexo e Índice de Massa Corporal (IMC)²; para mulheres, foram consideradas positivo aquelas com força < 17 (IMC < 23), < 17.3 (IMC 23.1 – 26), < 18 (IMC 26.1 – 29) e < 21 (IMC >29); para os homens, foram considerados positivos aqueles com força < 29 (IMC < 24), < 30 (IMC 24.1 – 28) e < 32 (IMC > 28)². (5) Lentidão na marcha: valor do tempo, em segundos (s), gasto para percorrer 4,6 metros (m) em um total de 8,6m, descontando 2 m iniciais e finais de aceleração e desaceleração, sendo positivos valores superiores a ponto de corte ajustado por sexo e altura. Para mulheres, foram consideradas frágeis aquelas que demoraram mais que 7 segundos (< 159cm) ou 6 segundos (>160cm), homens foram consideradas frágeis quando demoraram mais que 7 segundos (< 173cm) ou 6 segundos (< 173cm). Foram considerados pré-frágeis aqueles que pontuaram positivo em 1 ou 2 itens. Frágeis os idosos que pontuaram positivo em 3, 4 ou 5 itens, e não frágeis os que não pontuaram em nenhum item.

E a quarta avaliação, a síndrome metabólica, adotar-se-á os critérios estabelecidos pela National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III, que definem a condição quando o indivíduo apresenta três ou mais dos seguintes parâmetros: circunferência da cintura (CC) > 102 cm para homens e > 88cm para mulheres; lipoproteína de alta densidade (HDL) < 40 mg/dl para homens e < 50mg/dl para mulheres ou paciente em uso de antilipêmico; triglicerídeos (TG) ≥ 150 mg/dl ou uso de medicação para dislipidemia; pressão arterial (PA) ≥ 130/85 mm/Hg ou paciente em uso de anti-hipertensivo e glicemia de jejum > 100 mg/dl ou paciente em uso de hipoglicemiante (NCEP ATP III, 2001) Essas alterações favorecem a ocorrência de doenças crônicas principalmente entre os idosos, aumentando a morbimortalidade (SBC, 2017).

Para preenchimento dos instrumentos acima mencionados, as medidas antropométricas que habitualmente já são empregadas na prática para avaliação nutricional em idosos. A saber: o índice de massa corporal (IMC), segundo Garrow (1985) constituído pela relação entre o peso corporal e o quadrado da altura, utilizando os pontos de corte conforme Lipschitz (1994): baixo peso (< 22), eutrófico (entre 22 e 27) e excesso de peso (> 27); Para aferição do peso será utilizada uma balança digital com capacidade até 150 Kg da marca Welmy, com o idoso descalço e trajando roupas leves, em posição ereta, no centro da balança; a altura será estimada, em função das alterações relacionadas ao envelhecimento, por meio da altura do joelho (LIPCHITZ, 1994), de acordo com o gênero: homens = [64,19 – (0,04 x idade) + (2,02 x altura do joelho em centímetros)] e mulheres = [(84,88 – (0,24x idade) + 1,3 x altura do joelho em centímetros)].

Para as circunferências, serão 2 as medidas: a circunferência de Cintura, aferida por uma fita métrica inelástica da marca Cescorf®, com o idoso em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas fechadas, do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, com ausência de roupas na região (HANS, 1995). Serão classificados como adiposidade abdominal, de alto risco para homens se ≥ 94 e para mulheres se ≥ 80 , e muito alto se ≥ 102 e ≥ 88 , respectivamente. A circunferência da panturrilha (CP) utilizar-se-á fita métrica inextensível, com idoso sentado e o joelho flexionado num ângulo de 90° , com aferição do maior diâmetro da panturrilha. (GUIGOZ et al, 1994). Para a circunferência do braço, que estima a reserva calórico-protéica, o ponto de verificação da medida será marcado com o cotovelo do idoso flexionado a 90 graus e a palma da mão voltada para o tórax. O local da aferição será determinado no ponto médio do braço com uma marcação, entre o acromio e o olécrano. O idoso, com o braço estendido ao longo do corpo, com a palma da mão voltada para frente, terá sua circunferência do braço medida. Os valores serão comparados aos padrões de Kuczmarsky e cols (2000)

Para a determinação da composição corporal, serão utilizadas as pregas triцепital e subescapular, por serem as que sofrem menos alteração com a redistribuição de gordura subcutânea no envelhecimento e seus valores comparados aos padrões de referência para a idade, assim como a CB (Kuczmarsky et al, 2000).

A medida da CB será usada, associada à dobra cutânea triцепital, para posteriormente calcular a área muscular e adiposa conforme Frisancho (1981). Para a muscular: $(CMB) = CB - (3,14 \times PCT)$ com correção para desconto de massa óssea em ambos os sexos através da área muscular do braço para homens $(AMB) = \{[CB - 3,14 \times PCT \times 10] - 10\} / 4 \times 3,14$ e para mulheres $(AMB) = \{[CB \text{ em centímetros} - 3,14 \times PCT \text{ em milímetros} \times 10]^2 - 6,5\} / 4 \times 3,14$. A classificação seguirá os pontos de corte de Para a área adiposa do braço, será calculada a área adiposa do braço $(AAB) = PCT \text{ em cm} \times (CB / 2) - ((3,14 * (PCT \text{ em cm}) \times 2) / 4)$ e o percentual de gordura estimado pela AAB $(\% GAAB) = (AAB \times 100) / (AAB + AMB)$.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que essas avaliações descritas são as mais adequadas a serem utilizadas em serviços que atendam idosos a nível ambulatorial, quando se tem uma equipe constituída a integrar uma avaliação nutricional mais ampla e devidamente treinada. É importante salientar

que qualquer avanço que otimize uma avaliação mais acurada, além de IMC, que é constantemente a avaliação mais empregada, já é de grande valia para o cuidado nutricional em destinado aos idosos.

É verdade que uma avaliação mais completa demande tempo, e torna-se um grande desafio. No entanto, ao menos a inicial deve ser mais acurada, e os cálculos e resultados finais podem ser efetivados após a consulta, principalmente se for implantada a consulta inicial apenas como avaliativa, com retorno subsequente com 15 dias e de toda forma, uma análise criteriosa do tempo demandado norteará os instrumentos que ficarão, de fato, padronizados.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA-SILVA, T.G. et al. Prevalence of sarcopenia among community-dwelling elderly of a medium-sized South American city: results of the COMO VAI? **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, v.7, n.2, p. 136–143, 2016. doi: [10.1002/jcsm.12049](https://doi.org/10.1002/jcsm.12049).
- Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition (SBNPE), Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento, V.34 (Supl 3), P.2-58, 2019
- CRUZ-JENTOFT, AJ; BAHAT, G; BAUER, J; et al. Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age Ageing**. 2019 Jan 1;48(1):16-31. doi: [10.1093/ageing/afy169](https://doi.org/10.1093/ageing/afy169). Erratum in: **Age Ageing**. 2019 Jul 1;48(4):601. PMID: 30312372; PMCID: PMC6322506.
- FRIED, LP; TANGEN, CM; WATSON, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A BiolSci Med Sci**; v. 56, n. 3, p. M146-M156, 2001.
- FRISANCHO, AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. **Am J Clin Nutr**; v. 34, n.11, p.2540-5, 1981.
- GARROW JS, WEBSTER J. QUELET'S index (W/H²): as a measure of fatness. **Int J Obesity**, Londres, v.9, p. 147-53, 1985;. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4030199> >. Acesso em: 01/02/2017
- GUIGOZ, Y, LAUQUE, S, VELLAS, BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. **Clin Geriatr Med**. v.18, n. 4, p.737-57, 2002. Disponível em: [http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(02\)00059-9/pdf](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(02)00059-9/pdf)>. Acesso em: 20/12/2017.
- KUCZMARSKI, MF; KUZARISK, RJ; NAJJAR, M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. **J Am. Diet. Assoc.**, v.100, p.59-66, 2000;



Lei nº 14.928, de 22 de março de 2013, **estabelece normas de cofinanciamento de custeio e de manutenção das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPA'E**, no âmbito do Estado de Pernambuco, Recife, 2013

LIPSCHITZ, DA. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**. V. n.61, p.55-67, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000600008>. Acesso em: 01/06/2017.

LOHMAN, TG; ROCHE AF; MARTORELL R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: **Human Kinetics Books**; 1988.

MARFELL-JONES, M, et al. International standards for anthropometric assessment. Potchefstroom: ISAK; 2006. MORLEY, JE. Frailty: a time for action. **European Geriatric Medicine**, v. 4, p. 215–216, 2013

National Cholesterol Education Program (NCEP).. Expert Panel on Detection, Evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). **JAMA**, n. 285, v, 19, p. 2486-2497, 2001. Disponível em: 10.1001/jama.285.19.2486. Acesso em: 22.10.2020.

Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. **Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS**. Brasil, 2015

SIRI, WE. Body composition from fluid space and density: analysis of method in: Brozek J, Henschel A. Techniques for measuring body composition. Washington: National Academy of Sciences; 1961.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq Bras Cardiol**.v.113, n. 4, p. 787-891, 2019

Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico- **VIGITEL 2016**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 10/10/2020