

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

NUTRITIONAL ASSESSMENT PROTOCOL IMPLEMENTATION ON A INTEGRATIVE CONTINUOUS CARE UNIT

A.P.
ARTIGO PROFISSIONAL

Maria Armanda Marques^{1,2}; João Godinho¹; Vítor Costa¹; Ana Faria^{1,3,4}

¹ Santa Casa da Misericórdia de Alvaiázere, Rua Professor José Maria Castelhão, n.º 9, 3250-115 Alvaiázere, Portugal

² Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Av. Prof. Egas Moniz, 1649-028 Lisboa, Portugal

³ Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Rua 5 de Outubro, 3046-854 Coimbra, Portugal

⁴ Unidade de Nutrição e Dietética do Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra

*Endereço para correspondência:

Maria Armanda Marques
Santa Casa da Misericórdia de Alvaiázere,
Rua Prof. José Maria Castelhão,
n.º 9,
3250-115 Alvaiázere, Portugal
mariaanfm@gmail.com

Histórico do artigo:

Recebido a 1 de outubro de 2017
Aceite a 11 de março de 2018

RESUMO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada com o objetivo geral de “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. No entanto, a maioria das pessoas admitidas nestas unidades são idosas, com múltiplas comorbilidades.

Os idosos, tendo em conta as alterações fisiológicas subjacentes ao processo de envelhecimento, encontram-se particularmente predispostos para alterações do estado nutricional, nomeadamente para o desenvolvimento de desnutrição, encontrando-se esta associada a maior morbilidade e mortalidade.

O objetivo deste trabalho prende-se com a otimização dos cuidados nutricionais e de saúde prestados e uniformização de procedimentos relativos à avaliação do estado nutricional dos utentes admitidos nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados. Este documento propõe um modelo de avaliação nutricional para os utentes admitidos em Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

PALAVRAS-CHAVE

Avaliação nutricional, Idosos, Unidade de Cuidados Continuados

ABSTRACT

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados was created to provide continuous care to people that, independent of their age, are dependent. However, most of the people admitted to these units are older adults, with multiple comorbidities.

Older adults suffer from physiological transformations due to the ageing process, being particularly predisposed to changes in nutritional status, namely the development of undernutrition, which is associated with higher morbidity and mortality.

The aim of this protocol is to optimize nutrition and health care given to the elderly and standardize the proceedings related to the nutritional assessment of the patients admitted to these units. This protocol proposes a model for the nutritional assessment of individuals in Unidades de Cuidados Continuados, mostly older adults.

KEYWORDS

Nutritional assessment, Elderly, Nursing homes

INTRODUÇÃO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho com o objetivo geral de “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. Para a RNCCI podem ser referenciados indivíduos com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social (1). Embora possam integrar a RNCCI pessoas de qualquer idade, o aumento exponencial da população idosa em Portugal é um fenómeno que se espelha nas admissões em Unidade de Cuidados Continuados Integrados, em que a maioria dos utentes são idosos, com múltiplas comorbilidades (2, 3).

Os idosos, tendo em conta as alterações fisiológicas subjacentes ao processo de envelhecimento, encontram-se particularmente predispostos para alterações do estado nutricional. Alterações como o aumento da gordura corporal, atrofia intestinal, diminuição da função hepática e motilidade intestinal, diminuição da massa muscular, diminuição da densidade óssea e desenvolvimento de resistência à insulina, podem conduzir à desnutrição, sarcopenia e/ou fragilidade (4). A desnutrição, definida como uma alteração da composição corporal e massa celular corporal, conseqüente da insuficiente ingestão ou absorção, que resulta na diminuição da função física e cognitiva, é um problema frequente nos idosos, com prevalência relevante em ambiente hospitalar e institucional (5). A desnutrição está frequentemente associada à presença de fragilidade, sendo que 20%

a 60% dos idosos frágeis apresentam desnutrição (6). Para além da desnutrição, a presença concomitante de sarcopenia é frequente em quadros clínicos de fragilidade, sendo que ambas têm sido estudadas em paralelo, uma vez que a sarcopenia pode ser considerada o substrato biológico para o desenvolvimento da fragilidade física, e consequentemente para o síndrome de fragilidade (7). A presença de obesidade é também significativa, sendo que os dados mais recentes do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física reportam uma prevalência de 39,2% de obesidade em idosos (65 – 84 anos) (8). Estas são condições que limitam o potencial de reabilitação dos idosos nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), apresentando um pior prognóstico e maior mortalidade (9).

Na abordagem à temática da nutrição, a RNCCI tem como objetivo promover e manter o estado nutricional adequado dos utentes institucionalizados, prevenindo a perda de peso e a desidratação, bem como instituir medidas corretivas sempre que se verifique a necessidade. Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), a RNCCI deve adotar as recomendações relativas à alimentação saudável emitidas pela Direção-Geral da Saúde. No entanto, nos idosos, existe um elevado número de fatores que podem potenciar uma má nutrição, relacionados com aspetos fisiológicos do envelhecimento, com a existência de determinadas patologias e com fármacos e interações entre estes, pelo que a intervenção junto desta população deverá ser diferenciada, uma vez que a desnutrição se encontra associada a um mau prognóstico clínico e aumento da mortalidade (10, 11).

As UCCI, como unidades prestadoras de cuidados de saúde, devem ter um protocolo para a identificação de doentes em risco, levando ao desenvolvimento de planos de cuidados nutricionais, possibilitando uma intervenção precoce que previna o declínio do estado nutricional e promova uma melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados (12). Assim sendo, existe a necessidade de desenvolver e implementar um protocolo de avaliação do estado nutricional destinado às Unidades de Cuidados Continuados.

Protocolo

A identificação do risco nutricional, seguida da avaliação e intervenção no estado nutricional dos utentes, é um fator determinante para o sucesso da intervenção e reabilitação em cuidados continuados (12).

Rastreio de Desnutrição

O rastreio de desnutrição é um processo que identifica os indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição, considerando o estado nutricional atual e o risco de prejuízo do mesmo, devido ao aumento das necessidades metabólicas decorrente da condição clínica, determinando a necessidade de proceder a uma avaliação nutricional pormenorizada (12, 13).

A *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) preconiza o rastreio de desnutrição em idosos, identificado através da ferramenta *Mini Nutritional Assessment*[®] (MNA) (12). Todos os utentes devem ser rastreados pelo nutricionista da UCCI até 48h após a admissão, sempre que se verifique a ocorrência de um evento significativo (internamento hospitalar, intercorrência infecciosa, luto, etc) e mensalmente através da aplicação da ferramenta MNA-SF. Esta ferramenta encontra-se validada para aplicação em idosos, sendo preditora dos resultados clínicos e de mortalidade (1, 5, 15).

Relativamente às medidas antropométricas, a avaliação da estatura e do peso são fundamentais para realizar o rastreio de desnutrição e avaliação nutricional, bem como para monitorizar a evolução ponderal e a resposta a intervenções terapêuticas.

A avaliação da estatura dos utentes é efetuada no momento da admissão através de estadiómetro, de acordo com os procedimentos descritos na Orientação n.º 017/2013 “Procedimentos Antropométricos na Pessoa Adulta”, da Direção-Geral da Saúde. Nos utentes acamados ou incapazes de seguir os procedimentos acima mencionados, a avaliação da estatura é realizada através da medida da semi-envergadura, como descrito no guia para completar o MNA (16).

O peso do utente é um indicador do risco e do estado nutricional, com importância relevante no seu estado de saúde. No âmbito da adequação da dieta prescrita e monitorização da terapêutica nutricional, é importante uma monitorização sistemática deste parâmetro.

A avaliação do peso dos utentes é realizada na admissão e mensalmente, no primeiro fim de semana de cada mês, excetuando em situações em que tal não seja de todo possível devido a intercorrências no serviço. Nestas situações, o período de pesagem não deverá ultrapassar os dois dias subsequentes.

A pesagem é uma tarefa atribuída aos profissionais de enfermagem, uma vez que são os mais aptos a realizá-la neste contexto, com diminuição significativa do risco de acidente ou intercorrências durante a mesma. Sempre que possível, o nutricionista participará neste processo.

Os utentes que possuam capacidade para a deambulação e equilíbrio estático na posição ereta preservado, devem ser pesados numa balança convencional, de acordo com a Orientação n.º 017/2013 “Procedimentos Antropométricos na Pessoa Adulta”, da Direção-Geral da Saúde.

Os utentes acamados ou sem capacidade para deambulação e sem equilíbrio estático que permita a pesagem como anteriormente descrito, devem ser pesados com recurso a um equipamento adequado.

Avaliação do Estado Nutricional

Sempre que se verifique a presença de risco nutricional (pontuação MNA SF \leq 11), deverá proceder-se a uma avaliação do estado nutricional, interpretando os dados do rastreio de desnutrição e incorporando informação adicional (17).

A avaliação do estado nutricional visa averiguar a presença de desnutrição e a sua etiologia, que será diagnosticada através da avaliação clínica e funcional, da ingestão alimentar, antropométrica e da composição corporal e bioquímica. A avaliação clínica e funcional engloba a recolha da história clínica, avaliação da capacidade funcional, toma de fármacos modificadores do apetite, presença de alterações neuropsicológicas (depressão, demência), avaliação da dimensão social, presença de dificuldades de mastigação e/ou deglutição, presença de problemas gastrointestinais. A avaliação da ingestão alimentar realiza-se através da recolha da história nutricional e anamnese alimentar. A avaliação do estado nutricional deverá incluir a avaliação antropométrica e o exame físico, tal como descrito na Tabela 1 (6, 12). A avaliação da composição corporal poderá ser realizada através de Impedância Bioelétrica Tetrapolar (BIA), aferindo-se a quantidade de Massa Gorda e Massa Isenta de Gordura (14). Na avaliação bioquímica, o parâmetro utilizado mais frequentemente é a albumina, considerando-se a possibilidade de presença de desnutrição quando os seus níveis séricos são inferiores a 35 g/dL (17, 18).

A presença de desnutrição é diagnosticada quando se verifica risco de desnutrição (pontuação MNA-SF \leq 11), em simultâneo com um dos seguintes: IMC $<$ 18,5 Kg/m²; perda de peso não intencional e IMC $<$ 20 Kg/m², se idade $<$ 70 anos, ou IMC $<$ 22 Kg/m², se idade \geq 70 anos; ou perda de peso não intencional e Índice de Massa Isenta de Gordura $<$ 15 Kg/m² para mulheres e $<$ 17 Kg/m² para homens (calculado através do valor de Massa Isenta de Gordura, em Kg, obtido através da BIA, e da altura). A perda de peso não intencional é considerada no diagnóstico de desnutrição quando é superior a 10% num período de tempo indefinido ou superior a 5% nos últimos 3 meses (14).

Tabela 1

Avaliação do estado nutricional – avaliação antropométrica e exame físico

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E EXAME FÍSICO	
Antropometria	Altura, Peso, Índice de Massa Corporal (20)
	Perda de gordura subcutânea (21) Região orbital, tricipital, intercostal
	Perda de massa muscular (21) Têmporas, clavícula, ombros, músculos interósseos, escápula, coxa e gêmeo
	Acumulação de fluidos (21) Extremidades, edema vulvar/escrotal, ascite
	Estado hidratação (22) Diminuição da produção de suor, mucosa oral seca, redução da elasticidade da pele, urina com cor e odor intensos, diminuição do débito urinário
Exame físico	Cabelo Perda (vitamina B12 e folato), fraco (biotina e zinco), seco (vitamina A e E), enrolado (vitamina A e C)
	Pele Descamação (riboflavina), petéquias (vitamina A e C), hemorragia perifolicular (vitamina C), equimoses (vitamina C e K), xerose (ácidos gordos essenciais), pigmentação (niacina), queratose folicular (vitamina A), dermatite (zinco)
	Olhos Xerose (vitamina A)
	Boca Queilite angular (vitaminas do complexo B e ferro), glossite (niacina, folato, vitamina B12), língua magenta (riboflavina), gengivite (vitamina C)
	Carência vitaminas e minerais (23)

Intervenção

A intervenção nutricional compreende a instituição de suporte ou plano nutricional, de acordo com as necessidades estabelecidas. Esta é propositadamente desenhada e planeada com o intuito de modificar comportamentos, fatores de risco, fatores ambientais e/ou aspetos do estado de saúde relacionados com a nutrição. É direcionada à resolução da etiologia ou do diagnóstico nutricional, podendo também incluir o alívio de sintomas (19).

Monitorização

A monitorização dos utentes pretende identificar o progresso alcançado e averiguar se os objetivos nutricionais e terapêuticos foram concretizados, contribuindo assim para a melhoria do estado nutricional e clínico. A monitorização engloba a reavaliação dos parâmetros recolhidos na avaliação inicial (19). Após a instituição do plano nutricional individualizado, a monitorização deve ser realizada num período de 48h, para verificar a tolerância e adequação do mesmo. No caso de inexistência de intercorrências, deverá proceder-se à avaliação no período de um mês.

Comunicação

Os dados decorrentes da aplicação da ferramenta de rastreio de desnutrição e da avaliação, intervenção e monitorização do estado nutricional devem ser registados na plataforma da rede e comunicados à equipa multidisciplinar.

Avaliação de resultados

A avaliação dos resultados obtidos deverá ser apresentada pelo nutricionista e discutida em reunião multidisciplinar.

ANÁLISE CRÍTICA

Devido à inexistência de um documento oficial, verificou-se a necessidade de desenvolver e implementar um protocolo de avaliação do estado nutricional nas UCCI. É objetivo deste protocolo otimizar a prestação de cuidados de saúde e nutricionais aos utentes, sensibilizar os restantes profissionais de saúde para a temática da desnutrição, com relevância importante no contexto institucional, e uniformizar os procedimentos relativos à avaliação do estado nutricional.

CONCLUSÕES

O rastreio da desnutrição é o primeiro passo para a prestação de cuidados nutricionais. Este documento propõe um modelo de avaliação nutricional para os utentes admitidos em UCCI, que sendo na sua maioria idosos, se encontram predispostos a alterações do estado nutricional e necessitam de uma intervenção diferenciada e precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portaria no 50/2017 de 2 de fevereiro. Diário da República, 1a série - No 24 - 2 de fevereiro de 2017; 2017 p. 608–29.
2. Rato H, Rodrigues M, Rando B. Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Relatório final. Oeiras; 2009.
3. Entidade Reguladora da Saúde. Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde. Porto; 2013.
4. Botelho M. Idade avançada–características biológicas e multimorbilidade. Rev Port Clin Geral. 2007;23:191–5.
5. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017;36(1):49–64.
6. Abizanda P, Sinclair A, Barcons N, Lizán L, Rodríguez-Mañas L. Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. Elsevier Inc.; 2016;17(1):17–23.
7. Landi F, Calvani R, Cesari M, Tosato M, Martone AM, Bernabei R, et al. Sarcopenia as the Biological Substrate of Physical Frailty. Clin Geriatr Med. 2015;31(3):367–74.
8. Carla Lopes, Duarte Torres, Andreia Oliveira, Milton Severo, Violeta Alarcão, Sofia Guiomar, Jorge Mota, Pedro Teixeira, Sara Rodrigues, Liliane Lobato, Vânia Magalhães, Daniela Correia, Andreia Pizarro, Adilson Marques, Sofia Vilela, Luísa Oliveira, Paul ER. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016, Relatório Parte II. Porto; 2017.
9. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, De Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, et al. Frailty: An Emerging Public Health Priority. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(3):188–92.
10. Agarwal E, Miller M, Yaxley a., Isenring E. Malnutrition in the elderly: A narrative review. Maturitas. Elsevier Ireland Ltd; 2013;76(4):296–302.
11. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Importância da avaliação nutricional em cuidados continuados. Lisboa; 2008.
12. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003;22(4):415–21.
13. Mueller C, Compher C, Ellen DM, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2011;35(1):16–24.
14. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. Clin Nutr. Elsevier Ltd; 2015;34(3):335–40.
15. Diekmann R, Winning K, Uter W, Kaiser MJ, Sieber CC, Volkert D, et al. Screening for malnutrition among nursing home residents – a comparative analysis of the Mini Nutritional Assessment, the Nutritional Risk Screening, and the Malnutrition Universal Screening Tool. J Nutr Health Aging. 2013;17(4):326–31.
16. Nestlé Nutrition Institute. Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional. Nestlé Nutrition Institute. 2009.
17. Mahan L, Escott-Stump S, Raymond J, Krause M. Krause's food & the nutrition care process. 14th ed. Elsevier; 2017.

18. Ferry M, Alix E. Nutrição na pessoa idosa - Aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais. 2a Edição. Loures: Lusociência; 2004.
19. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part I: the 2008 update. *J Am Diet Assoc.* 2008;108(7):1113-7.
20. WHO. WHO :: Global Database on Body Mass Index [Internet]. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. 2006. Obtido de: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
21. White J V., Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M. Consensus Statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *J Parenter Enter Nutr.* 2012;36(3):275-83.
22. Woodward M. Guidelines to Effective Hydration in Aged Care Facilities. Australia: Heidelberg Repatriation Hospital; 2013. p. 12.
23. Jensen GL, Binkley J. Clinical Manifestations of Nutrient Deficiency. *J Parenter Enter Nutr.* Elsevier; 2002;26(5_suppl):S29-33.