

Observação do índice de massa corpórea de pacientes imunossuprimidos por HIV/AIDS como auxílio na adequação nutricional

Observation of the body mass index of patients immunosuppressed by HIV / AIDS as aid in nutritional fitness

Observación del índice de masa corporal de pacientes inmuno suprimidos por VIH / SIDA como ayuda en la aptitud nutricional

Resumo

Introdução: No conjunto das alterações provocadas pela condição nutricional do paciente hospitalizado apresenta influência a respeito de sua evolução clínica e capacidade de identificá-la na admissão, dar-se faz efetivo para garantir um apoio adequado da equipe multidisciplinar, pois, o papel exercido pela nutrição no suporte a saúde e qualidade de vida destes pacientes é fundamental.

Objetivos: Mostrar que a simples observação do Índice de Massa Corpórea (IMC) de pacientes internados pode contribuir como auxílio nas intervenções de enfermagem para sugestão da adequação nutricional. Metodologia: Estudo de corte seccional, prospectivo, descritivo e quantitativo. Resultados: O perfil destes mostrou que tinham idade entre 21 a 49 anos, 75% eram portadores de doenças imunossupressoras (HIV/AIDS e etc), o IMC evidenciou que 45% apresentaram valores menores que 18, caracterizando assim um baixo peso e necessitando de intervenção nutricional. Destes com baixo peso, apenas 25% apresentaram, ganho de peso durante a internação. Conclusão: O déficit de ganho de peso entre os pacientes investigados pode ser em virtude da falta de observação de alguma medida de intervenções de enfermagem para sugestão da adequação nutricional.

Descritores: *Infectologia; Perca de Peso; Índice de Massa Corpórea; Assistência de Enfermagem;*

Abstract

Introduction: In the set of changes caused by the nutritional condition of the hospitalized patient, it has an influence on his clinical evolution and the ability to identify it on admission, making it effective to ensure

Claudielly da Cruz Araújo

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS. Manaus, AM - Brasil.

ORCID: 0000-0003-4380-4407

Cristina de Souza Rodrigues

Fonoaudióloga, mestranda em doenças tropicais e infecciosas no programa de pós graduação em medicina tropical (PPGMT) pela Universidade Estadual do Amazonas-UEA, Manaus-AM.

ORCID: 0000-0002-8379-8243

Thayna de Moura Lira

Graduada do curso de Nutrição do Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS. Manaus, AM - Brasil.

ORCID: 0000-0002-1853-0865

Deisi Laís Müller

Graduanda do curso de Nutrição da Universidade Estácio de Sá – UNESA. Niterói, RJ, Brasil.

ORCID: 0000-0002-3410-7215

Raynara Karen de Sousa Silva

Especialista graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS. Manaus, AM - Brasil.

ORCID: 0000-0002-6771-0790

Patrícia Cristina Souza de Carvalho

Enfermeira da CCIH da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, Manaus-AM, Brasil.

ORCID: 0000-0001-9654-9409

Weverson Menezes de Azevedo

Enfermeiro especialista, assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado-FMT/HVD, Manaus-AM, Brasil.

ORCID: 0000-0001-8541-0292

Daniel Araújo Freire

Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS. Manaus - AM - Brasil.

ORCID: 0000-0001-5024-2671

Arimatéia Portela de Azevedo

Enfermeiro Mestre – Coord da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Comissão de Feridas da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado-FMT/HVD, Manaus - Am, Brasil. Professor do curso de enfermagem na Universidade Nilton Lins. Manaus - AM, Brasil.

ORCID: 0000-0002-5434-4656

adequate support from the multidisciplinary team, since the role played by nutrition to support the health and quality of life of these patients is essential. Objectives: To show that the simple observation of the Body Mass Index (BMI) of hospitalized patients can contribute as an aid in nursing interventions to suggest nutritional adequacy. Methodology: Sectional, prospective, descriptive and quantitative study. Results: The profile of these showed that they were aged between 21 and 49 years old, 75% had immunosuppressive diseases (HIV / AIDS and etc.), the BMI showed that 45% had values below 18, thus characterizing a low weight and needing nutritional intervention. Of those with low weight, only 25% had weight gain during hospitalization. Conclusion: The deficit in weight gain among the investigated patients may be due to the lack of observation of some measure of nursing interventions to suggest nutritional adequacy.

Descriptors: Infectology; Weight Loss, Body Mass Index; Nursing Care;

Resumen

Introducción: En el conjunto de cambios provocados por el estado nutricional del paciente hospitalizado, influye en su evolución clínica y en la capacidad de identificarlo al ingreso, por lo que resulta eficaz para asegurar un adecuado apoyo del equipo multidisciplinario, dado que el papel que desempeña la nutrición para apoyar la salud y la calidad de vida de estos pacientes es fundamental. **Objetivos:** Mostrar que la simple observación del Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes hospitalizados puede contribuir como una ayuda en las intervenciones de enfermería a sugerir la adecuación nutricional. **Metodología:** Estudio seccional, prospectivo, descriptivo y cuantitativo. **Resultados:** El perfil de estos mostró que tenían entre 21 y 49 años, el 75% presentaba enfermedades inmunosupresoras (VIH / sida y etc.), el IMC mostró que el 45% presentaba valores por debajo de 18, caracterizando así un bajo peso y necesidad intervención nutricional. De aquellos con bajo peso, solo el 25% tuvo un aumento de peso durante la hospitalización. **Conclusión:** El déficit en la ganancia de peso entre los pacientes investigados puede deberse a la falta de observación de alguna medida de las intervenciones de enfermería que sugieran adecuación nutricional.

Descriptor: Infectología; Pérdida de Peso, Índice de Masa Corporal; Cuidado de Enfermera;

RECEBIDO 10/01/2021 | APROVADO 11/01/2021

INTRODUÇÃO

A desnutrição é frequente observado entre os pacientes internados convivendo com HIV/SIDA deficiências nutricionais que podem estar associada à maior incidência de complicações, mortalidade, tempo de internação e custo hospitalar. Diante deste fato, é importante estabelecer algum instrumento que possa servir como alerta para adequação nutricional¹.

Diversos trabalhos têm avaliado o estado nutricional e sua relação com o tempo de internação, consumo energético dos pacientes, tipo de doença, e perda de peso durante a hospitalização muitos desenvolvidos no Brasil, e outros ao redor do mundo^{1,2}.

No que se refere a perda de peso em pacientes hospitalizados sabe-se que a mesma pode ser desencadeada por vários fatores, além de estar relacionada com o tipo de doença e com a terapia empregada².

O estado nutricional de um indivíduo expressa a condição na qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo obtidas, para manter ou não a composição e funções normais do organismo, resultando do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes. A condição nutricional do paciente hospitalizado tem influência sobre sua evolução clínica e poder identificá-la na admissão é essencial para garantir um suporte adequado^{1,3}.

A literatura internacional mostra várias ferramentas de triagem nutricional validadas e a comparação entre as mesmas é comum, sendo necessário senso crítico sobre o método mais indicado ao ambiente hospitalar. No Brasil ainda não há uma técnica-padrão de triagem nutricional⁴.

A desnutrição e a perda ponderal contribuem para um pior prognóstico no paciente hospitalizado por aumentar o tempo de hospitalização, os índices de

morbidade e mortalidade, a incidência de infecções, o número de complicações como pneumonia, sepse, úlceras de pressão, as complicações pós-operatórias, os custos hospitalares e por reduzir a qualidade de vida⁵.

Sabe-se que a inadequação nutricional, somada a outros fatores, como imunossupressão, fraqueza e má cicatrização, contribuem para a redução da sobrevivência do paciente, o maior tempo de hospitalização e, conseqüentemente, o acréscimo nos custos hospitalares^{3,6}.

Existem vários métodos para avaliar a composição corporal, desde as medidas das reservas proteicas e gordurosas por meio da antropometria tradicional até a utilização de equipamentos mais sofisticados; entretanto, todos apresentam limitações importantes. As técnicas mais acuradas para avaliação do estado nutricional são mais caras, menos disponíveis, inadequadas para análises repetidas e menos praticáveis em pacientes críticos^{2,7}.

A desnutrição hospitalar manifesta-se mundialmente, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Estudos sugerem que de 30 a 50% dos pacientes hospitalizados apresentam algum grau de comprometimento do estado nutricional. No Brasil, o estudo IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional) demonstrou que aproximadamente 48% dos indivíduos hospitalizados em estabelecimentos públicos de saúde apresentam algum tipo de desnutrição, sendo 12% diagnosticados como desnutridos graves^{5,8}.

O diagnóstico nutricional de um paciente é obtido pelo procedimento de avaliação nutricional, composto por métodos baseados em mensurações antropométricas, observações de sinais clínicos indicativos de desnutrição, comprometimento de exames bioquímicos, que detectam redução nas taxas de proteínas plasmáticas e de células mediadoras da imunidade, e a avaliação do consumo alimentar⁸.

A abordagem do paciente que se apre-

senta com perda de peso significativa fundamenta-se, sempre que possível, na correção do (s) fator (es) causal (is). Atenção precoce à nutrição e prevenção da perda de peso durante períodos de estresse ou trauma agudo, em especial durante internações hospitalares, pode ser valiosa, já que a realimentação nem sempre é bem-sucedida. A terapia nutricional, no entanto, deve ser feita de maneira criteriosa, tendo-se em mente os riscos potenciais da realimentação, além de outras complicações, como traumas e infecções⁹.

Implicações, como traumas e infecções. Existem diversas fórmulas para calcular as necessidades calóricas de um indivíduo, baseadas na idade e intensidade do estresse metabólico. Possui boa aplicabilidade para a maioria das pessoas a meta terapêutica inicial de 35 kcal/kg/dia (variando de 30 a 40 kcal/kg/dia), de acordo com o peso ideal, constituída de 20% de proteínas ou mais. Diversos compostos alimentares estão disponíveis no mercado, cada qual com suas indicações específicas, diferindo na densidade calórica, osmolaridade e conteúdo de proteína, lipídeo, carboidrato e eletrólitos^{5,10}.

Dietas insuficientes ou inadequadas, entre outros fatores, também pode ser a causa da desnutrição em pacientes hospitalizados. Assim, dimensionar a influência da dieta hospitalar e dos demais fatores que contribuem para a desnutrição do paciente hospitalizado, poderá contribuir para se estabelecer um planejamento da intervenção nutricional e sua repercussão no tempo de permanência hospitalar^{4,19}.

As metas de intervenção nutricional são as seguintes: Manter ou restaurar o peso corporal saudável e a morfologia normal; Preservar ou restaurar o estado de proteína somático e visceral ótimos; Prevenir as deficiências ou excessos de nutrientes que sabidamente comprometem a função imunológica; Tratar ou minimizar as complicações relacionadas ao HIV ou medicação que interferem na ingestão ou na absorção

de nutrientes; Corrigir anormalidades metabólicas; Apoiar os níveis de droga terapêuticos ótimos¹¹.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) tem por objetivo realizar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Trata-se de uma ferramenta para o monitoramento da situação alimentar e nutricional e de apoio aos profissionais de saúde para o diagnóstico local das condições e agravos alimentares e nutricionais, identificando fatores de risco ou proteção para as condições de saúde da população atendida nos serviços de Atenção Básica no Brasil^{12, 17}.

O Sisvan e a VAN apresentam materiais de apoio importantes e que podem auxiliar os gestores e técnicos a entenderem a importância do registro das informações e utilização dos dados registrados para o planejamento do cuidado e ações em saúde. São eles: a) Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica; b) Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica; c) Manual orientador para aquisição de equipamentos antropométricos; d) Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde; e) Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN¹⁹.

O Índice de Massa Corporal (IMC) em pacientes com HIV/AIDS, além de se constituir em uma ferramenta de ajuda a estes pacientes, têm sido objeto de discussão na comunidade científica, pois o papel exercido pela enfermagem ao detectar o problema e acionar o sistema de nutrição para suporte da saúde e qualidade de vida destes pacientes é fundamental^{12, 19}.

A alta prevalência mundial de desnutrição em pacientes internados tem sido amplamente documentada nas últimas quatro décadas. Os diversos estudos que observam a desnutrição hospitalar corre-

“

A caquexia, desnutrição grave acompanhada de astenia e anorexia, é uma síndrome caracterizada por perda progressiva e involuntária de peso, intenso catabolismo de tecidos muscular e adiposo, astenia, alterações metabólicas e disfunção imunológica. Essas alterações promovem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente, levando ao estresse psicológico e maior tempo de permanência hospitalar.

”

lacionam sua presença a consequências como aumento na frequência de complicações clínicas e mortalidade, impacto em custos e tempo de internação. Além disso, quanto maior o período de permanência do paciente no hospital, maior o risco de agravar-se a desnutrição^{10, 13}.

A caquexia, desnutrição grave acompanhada de astenia e anorexia, é uma síndrome caracterizada por perda progressiva e involuntária de peso, intenso catabolismo de tecidos muscular e adiposo, astenia, alterações metabólicas e disfunção imunológica. Essas alterações promovem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente, levando ao estresse psicológico e maior tempo de permanência hospitalar¹⁴.

É sabido que o cuidado nutricional em hospitais ainda é inadequado e muitas ações deveriam ser implementadas no sentido de se melhorar este cuidado, entre elas a atenção nutricional focada na observação da aceitação da dieta pelos pacientes internados e em ações de estímulo para o aumento do consumo energético durante a hospitalização^{9, 15}.

De acordo com o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), estudo clássico realizado na década de 90 em hospitais brasileiros foi realizado avaliação nutricional de 4 mil pacientes internados e constatou-se que cerca de 48,1% dos pacientes hospitalizados da rede pública apresentavam desnutrição hospitalar. Em relação a este total 12,6% apresentavam desnutrição grave e 35,5%, moderada¹⁸.

Frente a estes dados podemos destacar que a desnutrição e os desvios nutricionais ocasionam a redução da imunidade, aumentando, portanto, o risco de infecções, hipoproteinemia e edema, bem como a redução de cicatrização de feridas aumento do tempo de permanência e consequentemente aumento dos custos hospitalares, entre outras consequências^{18, 20}.

Em 1994, a ADA (American Dietetic As-

sociation) definiu risco nutricional como a “presença de fatores que podem acarretar e/ou agravar a desnutrição em pacientes” e a ESPEN (European Society Parenteral and Enteral Nutrition) como o “risco de prejuízo do estado nutricional devido às condições clínicas atuais”¹³.

A perda de peso durante a hospitalização é ocasionada por vários fatores, como o aumento das necessidades nutricionais, diminuição da capacidade de digestão, absorção e metabolismo dos nutrientes, períodos prolongados de jejum, restrições alimentares, inapetência, entre outros. Isto pode prever um aumento no risco de complicações, redução na resposta ao tratamento, na qualidade de vida, aumento dos custos e tempo de hospitalização¹⁹.

O risco nutricional está associado a variáveis relacionadas ao estado geral do paciente e ao histórico da doença atual, e pode incluir também condições físicas, sociais e psicológicas. No sentido de proporcionar uma adequada terapia nutricional, a identificação de pacientes em risco é fundamental para o tratamento²¹.

A resposta metabólica ao estresse associada à imobilidade prolongada e à oferta nutricional inadequada potencializam o catabolismo e predis põe o déficit nutricional. Dessa forma, a adequação da oferta energético-proteica ao paciente crítico representa um importante desafio. A monitorização diária da oferta nutricional real é um instrumento para identificação das causas da administração de dieta enteral abaixo do planejado²².

Os parâmetros para determinar a inclusão do paciente em cada um dos estágios abrangem a determinação da concentração de proteína C-reativa no soro, avaliação da anorexia e fatores correlatos (redução do apetite, alterações na percepção gustativa e olfativa, motilidade gastrointestinal reduzida, constipação, dor, entre outros), metabólitos indicadores de catabolismo, massa e força muscular (di-

“

As medidas antropométricas são indicadores diretos do estado nutricional, consistindo em aferições do tamanho corporal e de suas proporções, que estimam ou se relacionam com a quantidade dos tecidos. As mais utilizadas são o peso, a estatura, as pregas cutâneas e as circunferências

”

namometria dos membros superiores), bem como manifestações psicossociais.

(Os autores alertam para possíveis variações decorrentes da especificidade da população analisada, como por exemplo, idade, sexo, etnicidade). Essa classificação garante que o paciente receba o tratamento mais adequado às suas necessidades^{4, 19}.

A Associação Dietética Americana, o Comitê das Organizações de Saúde e a Iniciativa de Triagem Nutricional definem triagem nutricional como o processo de identificação das características melhor associadas a problemas dietéticos ou nutricionais. A Avaliação Subjetiva Global (ASG) é uma ferramenta utilizada em situações clínicas com o intuito de identificar grupos de pacientes com algum risco nutricional, conduzindo a um diagnóstico nutricional, sendo considerada padrão ouro para avaliação nutricional de pacientes hospitalizados e adaptada para diversas situações clínicas. É um método subjetivo, essencialmente clínico, em forma de questionário e requer a capacitação dos profissionais que a aplicam. Esta ferramenta é simples, de baixo custo, pode ser realizada em poucos minutos à beira do leito^{7, 20}.

As medidas antropométricas são indicadores diretos do estado nutricional, consistindo em aferições do tamanho corporal e de suas proporções, que estimam ou se relacionam com a quantidade dos tecidos. As mais utilizadas são o peso, a estatura, as pregas cutâneas e as circunferências^{3, 21}.

Os parâmetros indicados pelo Ministério da Saúde para avaliação do estado nutricional de pessoas entre 20 e 59 anos são o Índice de Massa Corporal (IMC) e o perímetro da cintura ou circunferência da cintura. O resultado do cálculo do IMC deve ser analisado de acordo com a classificação definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), válida somente para pessoas adultas: Baixo peso < 18,5, Peso

adequado $\geq 18,5$ e < 25 , Sobrepeso ≥ 25 e < 30 e Obesidade ≥ 30 ¹⁷.

A avaliação nutricional pode ser realizada por meio de métodos subjetivos e objetivos. Os métodos objetivos de avaliação nutricional antropométrica podem ser realizados utilizando-se o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), quando são aferidos o peso e a altura dos enfermos, a Circunferência do Braço (CB), Prega Cutânea Tricipital (PCT), Circunferência da Panturrilha (CP) e Circunferência Muscular do Braço (CMB). Estes quatro últimos indicadores aferem a reserva proteica e energética dos pacientes²⁴.

O peso e a altura coletados para o cálculo do IMC permitem que os indivíduos sejam classificados em desnutridos, eutróficos ou com sobrepeso e obesidade. A PCT reflete a quantidade de gordura no tecido adiposo subcutâneo e juntamente com a CB é possível calcular a CMB que reflete a massa muscular estriada global. Há vários parâmetros antropométricos, mas a prática utiliza apenas um pequeno número, de acordo com as necessidades de cada caso^{22, 24}.

A incidência de desnutrição entre os pacientes hospitalizados adultos no Brasil está estimada em torno de 48% (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar - IBRANUTRI) (5). A desnutrição é uma doença multifatorial, resultante da interação de diversos fatores, como pobreza, processos patológicos e baixa ingestão calóricoproteica²³.

A avaliação da composição corporal é usada para mensurar a quantidade de gordura que o indivíduo tem no seu corpo. Para medir a gordura através da composição corporal, podem-se usar vários métodos, que são divididos em três grupos, métodos diretos, indiretos e duplamente indiretos. Métodos diretos são feitos através de dissecação de cadáver. Métodos indiretos são físico-químicos, por imagem e densitometria. Métodos duplamente indiretos é condutividade elétrica total, bioim-

pedância elétrica, interatância de raios infravermelhos e antropométrica^{2, 23}.

Para aferir as pregas cutâneas, utilizamos adipômetros ou plicômetros, com a leitura realizada em milímetros. Recomenda-se aferir a mesma prega três vezes, soltando-a e pinçando-a novamente entre as medidas²².

Em virtude disso, as medidas antropométricas são recomendadas como medidas alternativas para avaliação da massa muscular e identificação precoce de sarcopenia em contextos de prática clínica e atenção primária à saúde, em função do baixo custo e facilidade na obtenção. Entre elas, a circunferência da panturrilha (CP) tem sido utilizada em estudos recentes com o objetivo de mensurar a massa muscular e estimar a prevalência de sarcopenia, prever incapacidade, mortalidade e necessidade de cuidados, bem como para determinação de pontos de corte de massa muscular diminuída²⁰.

Embora a mensuração da gordura corporal pelas dobras cutâneas seja o método mais empregado para avaliação nutricional de crianças e adolescentes, sua aplicabilidade consome tempo e demanda técnica adequada. Apesar das diferentes padronizações e formas de avaliação inerentes aos métodos de dobras cutâneas e BIA para estimativa da gordura corporal, eles podem correlacionar-se de forma significativa, de modo a elucidar o uso da bioimpedância como procedimento eficaz para avaliar o %GC em grandes populações¹³.

A circunferência da panturrilha (CP) tem sido utilizada como preditor da quantidade e função muscular. Recentes estudos associaram valores da CP à baixa capacidade física, sugerindo que quanto maior a CP, menor é o risco de fragilidade e melhor desempenho funcional. Assim, instrumentos de intervenção de baixo custo, fácil treinamento e alta precisão são necessários para ajudar a promover um diagnóstico precoce, capaz de identi-

ficar pacientes hospitalizados em risco de desnutrição. A CP se enquadraria nesse método por ser prático, rápido, pouco invasivo, além de poder ser realizado por outros profissionais²¹.

As medidas da CB e CP permitem estimar a massa muscular do braço e panturrilha, respectivamente, e constituem indicadores de desnutrição em idosos à medida que identifica a perda da massa muscular. A CC e a RCQ por sua vez, têm sido utilizadas para diagnosticar obesidade abdominal e, conseqüentemente, risco para doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos²³.

O indivíduo deve estar em posição anatômica, de lado para o medidor. Flexiona-se o braço do indivíduo em direção ao tórax, formando um ângulo de 90° com o cotovelo; localiza-se e marca-se o ponto médio entre o processo acromial e a extremidade do olécrano. Após marcar o ponto médio, o indivíduo deverá estender o braço ao longo do corpo com a palma da mão voltada para a coxa. A fita deverá contornar o braço no ponto marcado de forma ajustada, evitando compressão ou folga da pele. A leitura é realizada no milímetro mais próximo¹⁶.

Os critérios diagnósticos estabelecidos em acordo pelo grupo internacional proponente da definição incluem perda involuntária de peso superior a 5%, ou 2% (em indivíduos já abaixo dos valores esperados de peso, segundo o índice de massa corporal - IMC $< 20\text{kg}/\text{m}^2$) ou presença de sarcopenia. O mesmo grupo propõe a classificação da síndrome, segundo a gravidade, em pré caquexia, caquexia e caquexia refratária²⁴.

Mediante tudo o que foi referenciado, o objetivo deste estudo foi mostrar que a simples observação do Índice de Massa Corpórea (IMC) de pacientes internados podem contribuir como auxílio nas intervenções de enfermagem para sugestão da adequação nutricional

MÉTODO

Tratou-se de um estudo de corte seccional disposto como prospectivo descritivo e quantitativo, cuja população foi composta por pacientes com HIV/AIDS de ambos os sexos, residentes do Estado do Amazonas cuja população estudada foi por categoria de IMC (índice de massa corpórea) na expectativa de rastrear pacientes com sinais de baixo peso.

Foram elegíveis, por demanda espontânea, cinquenta indivíduos maiores de idade, que deambulavam em condições de movimentar-se até a balança antropométrica para aferição e registro de peso e altura, dotados de consciência plena do ato e aptos para efetuar os respectivos testes, aqueles que concordaram espontaneamente em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que respalda e confirma a amostra do estudo em questão.

O estudo teve aprovação pelo Comitê

de Ética em Pesquisa (CEP), seguindo as diretrizes normas regulamentadoras elaborado com base nos aspectos éticos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde/CEP sob o CAAE 26402019.0.0000.0005 e número do parecer 3.749.028. Para maior sigilo do condicionado da pesquisa, o questionário teve como identificador apenas um número seqüencial. Após a colheita dos dados da pesquisa foram obtidos resultados estatísticos e delineamento da discussão de todo o material. A exposição dos resultados se fez de forma descritiva, quantitativa.

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas no Amazonas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Do total de participantes do estudo 75% tinham a idade entre 20 a 40 anos, 85% eram do gênero masculino, 35% com a altura entre 1,50cm a 1,82 com o peso

entre 40,2kg a 76 kg. Também se verificou que 55% dos pacientes eram Etilistas ou Tabagistas.

Um estudo mostra que a fase do grupo de entrevistados que se aplicaram os testes em sua maioria jovens e adultos o tipo de dieta administrada pode não ter relação direta com a perda de peso durante a internação, incluindo até mesmo o jejum, durante os três primeiros dias²².

Diferente autor destaca que fumantes comumente apresentam menores índices de massa corporal, quando comparados a não fumantes, separado por sexo e idade. Além disso, grandes estudos epidemiológicos transversais, alguns clássicos neste assunto, notaram significativa relação inversa entre o uso regular de tabaco e o peso corporal, sendo que este tende a ser mais baixo entre os fumantes quando comparados aos não fumantes²⁴.

Pacientes internados com diferentes diagnósticos nas clínicas, medicina interna (MI), doenças infecciosas (DI), neurologia (Neuro) tiveram um período de internação maior, conforme mencionado anteriormente apresentaram maior perda de peso. Este achado corrobora com os dados coletados, pois 75% dos pacientes eram portadores do vírus HIV (Tabela 1).

O Índice de Massa Corpórea (IMC), é o parâmetro adotado pela Organização Mundial de Saúde para calcular o peso ideal de cada pessoa. Este índice é frequentemente utilizado com relativa capacidade na predição de depleção nutricional, possuindo boa correlação com morbidade e mortalidade pois é de baixo custo citado por vários artigos como referência para avaliação antropométrica¹⁶.

Em virtude do ponto fundamental de uma doutrina religiosa, apresentado como certo e indiscutível, alguns pacientes informaram não ingerir determinados alimentos em virtude do seu dogma. Mas tal achado não foi considerado como um fator pré-disponente para a não aceitação da dieta e consequentemente interferir no ganho de

Tabela 1: Perfil clínico e social de pacientes com índice de massa corpórea internada durante o período do estudo

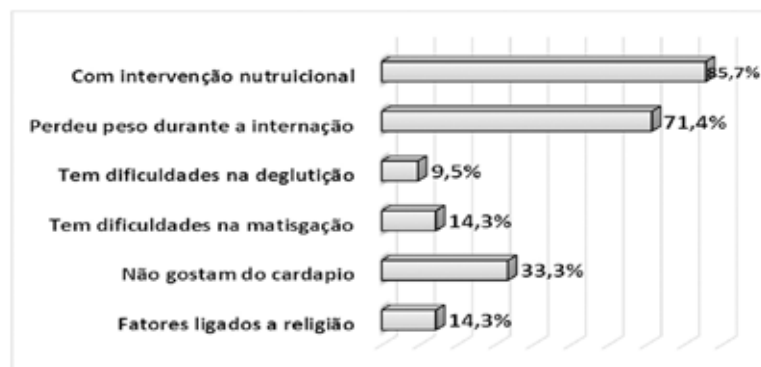
Variável	Nº	Porcentagem
Etilista/tabagistas	25	50%
Hipertensos/diabeticos	5	10%
Infecção pelo HIV	38	75%
Infecção pelo vírus da Hepatite	9	20%
Outras infecções	3	5%
Sua religião proíbe comer certos tipos de alimentos	5	10%
Pacientes que ganharam peso durante a internação	12	25%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 02: perfil do Índice de Massa Corporal (IMC) dos pacientes inseridos no estudo

IMC	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE (GRAU)	Porcentagem
< QUE 18,5	MAGREZA	0	70,5%
ENTRE 18,5 E 24,9	NORMAL	0	25,0%
ENTRE 25,0 E 29,9	SOBREPESO	I	0,5%
ENTRE 30,0 E 39,9	OBESIDADE	II	0,0%
> QUE 40,0	OBESIDADE GRAVE	III	0,0%

Fonte: dados do próprio estudo

Gráfico 1: Registro dos fatores pré dispostos que, possivelmente, estavam interferindo no ganho de peso dos pacientes incluídos no estudo

Fonte: Dados da pesquisa

peso pois a proteína que tinham restrição não fazia parte do cardápio do hospital (Gráfico 1). Os relatos dos entrevistados informando não ter apetite pelo cardápio oferecido, tendo como principal queixa falta de as e temperos que melhoram a questão da adesão ao cardápio e consequentemente contribuem para evolução do quadro clínico do paciente. As informações relativas a aceitação dos pacientes ao cardápio é passível de ajustes quando percebidos pela equipe de enfermagem ou nutrição.

A redução de apetite pela falta de interesse no cardápio pode ser uma importante variável associada à perda de peso e pode ser corrigida, trazendo melhora do quadro de saúde do enfermo.

Noutra pesquisa, os autores relataram que a redução de apetite é uma variável que depende da informação do paciente e se pode estimar indiretamente a inges-

tão alimentar. É relevante considerar que o apetite pode estar preservado mesmo na observação de redução de ingestão alimentar¹². Esta discussão corrobora com os resultados desta pesquisa (Gráfico 1).

Diante dessas considerações, alguns estudos observaram que os pacientes não ingerem boa parte da alimentação que lhes é oferecida devido à doença, falta de apetite, alterações do paladar, mudança de hábitos, insatisfação com as preparações e ambiente hospitalar. A aceitação da alimentação tem sido também relacionada com o formato de atendimento prestado¹³.

No estudo realizado, de acordo com os dados coletados, identificamos que a maioria dos pacientes está com IMC abaixo de ^{18,5}, que de acordo com o Ministério da Saúde caracteriza-se com baixo peso (Gráfico 1).

A abordagem do paciente que se apresenta com perda de peso significativa se

fundamentam, na correção do(s) fator (es) causal(is). Se necessita atenção redobrada à nutrição e prevenção da perda de peso durante períodos de estresse ou trauma agudo, em especial durante internações hospitalares, pode ser custosa, visto que o processo da ingestão de dietas em diferentes consistências nem sempre é bem-sucedida. A terapia nutricional, no entanto, deve ser feita de maneira criteriosa, tendo-se em mente os riscos potenciais da realimentação, além de outras complicações, como traumas e infecções²¹.

CONCLUSÃO

Mesmo tratando-se de pacientes imunossuprimidos por doenças infectociontárias e que na maioria das vezes a internação se dá em virtude de quadro de desnutrição e desidratação por síndromes diarreicas crônicas, e que a rejeição alimentar é uma constante por não gostarem do cardápio oferecido, o estudo se baseou em entrevistas feitas de forma direta com pacientes e equipe de apoio e pesquisa deste projeto para a realização da mensuração da massa muscular, se sabe que este dado clínico é de alta relevância para a equipe de saúde e priorizado para recuperação clínica dos pacientes internados. Vale ressaltar que a avaliação do Índice de Massa Corpórea (IMC) tem sua importância na prática clínica de enfermagem, mas a avaliação fidedigna ainda da massa muscular é um desafio nos serviços de saúde, uma vez que a sua determinação com precisão, requer exames de alto custo. ■

Referências

1. Alencar G.M, et al. Evolução do estado nutricional de pacientes internados na clínica médica de um hospital filantrópico de Pernambuco – Brasil. Rev Nutr. clín. diet. hosp. 2015; 35(3):8-16. Acesso em Abril de 2019. Disponível em: <http://revista.nutricao.org/PDF/020315EVOLUCAO.pdf>
2. Amaral V, et al. Comparação das equações dos protocolos de dobras cutâneas para avaliação da composição

corporal. v. 1 n. 3 (2015). Acesso em Abril de 2020. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/724>

3. Ritter C.G, et al. Fatores de risco para a inadequação proteico-calórica em pacientes de unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31(4):504-510. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v31n4/0103-507X-rbti-31-04-0504.pdf>

Referências

4. Toledo D, Gonçalves RC, Castro M. Meta proteica versus disfunção renal na Unidade de Terapia Intensiva. *BRASPEN J.* 2016;31(4):367-70. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/02/15-AR-Meta-proteica.pdf>
5. Muñoz K.F, Pereira CA, Lima J.R, Lora P.S. Nutrology and nutrition in intensive care units: synergy in search of excellence. *Int J Nutrol.* 2016;9(1):109-17. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0040-1705270.pdf>
6. Medeiros L.C, Pádua C.S, Medeiros I.M, Nascimento M.S, Amaral T.L, Prado PR. Risk factors for failure to reach total energy value in an intensive care unit. *Rev Saúde Pesqui.* 2018;11(2):337-46. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6459/3252>
7. Ridley E.J, Peake S.L, Jarvis M, Deane A.M, Lange K, Davies A.R, et al. Nutrition Therapy in Australia and New Zealand Intensive Care Units: An International Comparison Study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2018;42(8):1349-57. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29701877/>
8. Looijaard W.G, Denneman N, Broens B, Girbes A.R, Weijs PJ, Oudemansvan Straaten HM. Achieving protein targets without energy overfeeding in critically ill patients: a prospective feasibility study. *Clinical Nutrition.* 2018. pii: S0261-5614(18)32545-9. Disponível em: <file:///C:/Users/33822280259/Downloads/Achievingproteintargets.pdf>
9. Santana M.M, Vieira L.L, Dias D.A, Braga C.C, Costa R.M. Inadequação calórica e proteica e fatores associados em pacientes graves. *Rev Nutr.* 2016;29(5):645-54. Disponível em: file:///C:/Users/33822280259/Downloads/Inadequacao_calorica_e_proteica_e_fatores_associad.pdf
10. Bendavid I, Zusman O, Kagan I, Theilla M, Cohen J, Singer P. Early Administration of Protein in Critically Ill Patients: A retrospective Cohort Study. *Nutrients.* 2019;11(1):E106. Disponível em: file:///C:/Users/33822280259/Downloads/Early_Administration_of_Protein_in_Critically_Ill_.pdf
11. Pereira J.D, Wady M.T, Velarde L.G. Adequação energética e proteica de pacientes em terapia nutricional enteral internados em uma unidade de terapia intensiva. *BRASPEN J.* 2016;31(3):219-25. Disponível em: file:///C:/Users/33822280259/Downloads/Adequacao_calorico-proteica_de_pacientes_internado.pdf
12. Silva M.T, Oliveira M.M. A importância da terapia nutricional nas unidades de terapia intensiva. *BRASPEN J.* 2016;31(4):347-56. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/02/12-AO-A-import%C3%A2ncia-da-terapia-nutri.pdf>
13. Bi, X, Loo, Y.T., Henry, C.J. Body Fat Measurements in Singaporean Adults Using Four Methods. *Nutrients.* Vol. 10. Num. 3. 2018. p. 303. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29510545/>
14. Conterato E.V, Vieira E.L. Composição corporal em universitários utilizando dobras cutâneas e bioimpedância elétrica: um método comparativo. *Disciplinarum Scientia | Saúde.* Vol. 2. Num. 1. 2016. p. 125-136. Disponível em: <http://www.portatlanticaeditora.com.br/index.php/nutricao/brasil/article/view/1113/6167>
15. Da Silva T.C, Silva M.H, Medeiros A.V. Resultados da avaliação de densidade corporal por meio de diferentes protocolos. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício.* Vol. 11. Num. 64. 2017. p. 20-25. Disponível em: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1045>
16. Materko W. Comparação do resultado da gordura corporal relativa utilizando as equações de Jackson & Pollock entre três e sete dobras cutâneas em mulheres frequentadoras de academia de ginástica. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício.* Vol. 11. Num.71. 2017. p. 1006-1012. Disponível em: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1335>
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para uso do sistema de vigilância alimentar e nutricional. SISVAN – versão 3.0. 1ª edição – Brasília: Ministério da Saúde 2017 versão eletrônica. 6 p. Acesso em Março de 2020. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/file/ManualDoSisvan.pdf>
18. Duarte A, et al. Risco nutricional em pacientes hospitalizados durante o período de internação. *Rev Nutr. clín. diet. hosp.* 2016; 36(3):146-152. Acesso em Setembro de 2019. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/duarte.pdf>
19. Leandro-Merhi V.A, et al. Perda de peso hospitalar, dieta prescrita e aceitação de alimentos. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2015;28(1) 12. Acesso em abril de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v28n1/pt_0102-6720-abcd-28-01-00008.pdf
20. Pagotto L.V, et al. Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2018;71(2):343 50. Acesso em Setembro de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0322.pdf
21. Peixoto L.G, et al. A circunferência da panturrilha está associada com a massa muscular de indivíduos hospitalizados. *Rev Bras Nutr Clin* 2016; 31 (2): 167-71. Acesso em Março de 2020. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wpcontent/uploads/2016/11/14-A-circunferencia-da-panturrilha.pdf>
22. Santana M. A, et al. Inadequação calórica e proteica e fatores associados em pacientes graves. *Rev. Nutr., Campinas,* 29(5):645-654, set./out., 2016. Acesso em Abril de 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n5/1415-5273-rn-29-05-00645.pdf>
23. Sass A. Marcon S. S. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,* Rio de Janeiro, 2015; 18(2):361-372. Acesso em Abril de 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00361.pdf>
24. Siva D. M. M, et al. Perfil nutricional de pacientes internados em um hospital público de recife pe. *Revista Destaque Acadêmicos Lajeado,* v. 8, n. 3, 2016. ISSN 2176 3070. Acesso em Setembro de 2019. Disponível em: <http://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1204>