

Código: DFN 104 2025-08



## Avaliação nutricional em situações especiais

A avaliação nutricional em situações especiais pode ser abordada de diferentes maneiras na literatura. Para Ruppari (2014), concentra-se nas alterações clínicas pertinentes que levam a alterações na forma de avaliar o indivíduo. Para Duarte (2007) e Rossi, Loureiro e Galvanti (2008), existe a oportunidade de avaliar a necessidade de alterações nos padrões de coleta ou interpretação dos dados de indivíduos, decorrentes de mudanças químicas, físicas, biológicas etc. Nesse contexto ampliado, ~~isto~~ nos direcionamos neste tópico.

Apesar de muitas adaptações serem necessários durante os ciclos de vida (gestação, lactação, infância, adolescência, adulto e idoso), focaremos aqui algumas situações especiais decorrentes de mudanças clínicas, mas principalmente de mudanças fisiológicas e buzemmente em contextos de vulnerabilidade.

Iniciamos, assim, a avaliação nutricional em pacientes hospitalizados, seja ele na clínica, no centro de quimado, em preparação para cirurgia ou em unidade de terapia intensiva. Dados as alterações metabólicas e limitações físicas, adaptações em todos os métodos de avaliação nutricional precisam ser realizadas. Inicialmente, é importante realizar a triagem nutricional na admissão hospitalar (até 72 horas). Os métodos existentes são diversos e geralmente escolhidos juntamente com a equipe assistencial de nutrição mediante o perfil de atendimento do hospital. Por exemplo, a Avaliação Subjetiva Global (ASG) é uma das mais utilizadas por sua abrangência múltipla do apetite, avaliação física, perda de peso, etc, possibilitando a classificação em três estágios. Já a NRS-2002 é importante em contextos de gravidade da doença e leva em consideração a idade (pessoa idosa) como fator de risco. A NUTRIC-Store é mais recomendada para pacientes em unidades intensivas, por levar em consideração critérios específicos desta área como o APACHE II e II-6 e SOFA. Entretanto,



3

Código DFM 104 2025-08



pacientes hospitalizados. Nesse caso a interpretação de proteínas como albumina, pré-albumina e proteína ligadora de retinol podem estar reduzidas, já ferritina, <sup>ceruloplasmina</sup> e PCR podem estar aumentadas. Por isso, a avaliação de desnutrição, segundo os critérios GLIM, determina que sejam avaliadas a presença de pelo menos um fator fenotípico, como perda de peso ou redução de massa magra, e um etiológico, como a presença de inflamação ou redução de ingestão alimentar. O processo inflamatório está intimamente ligado à coagulação repletória, por exemplo, quadro de desnutrição grave associado a inflamação, com ausência de resposta à terapia nutricional.

A presença de edema e ascite também precisa ser investigada, pois podem mascarar os marcadores antropométricos e bioquímicos.

Outras condições clínicas podem ser mencionadas como a obesidade, diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares (DCV), doenças hepáticas, doenças renais, câncer, doenças pulmonares crônicas e HIV/AIDS. Para todas elas deve-se observar a presença de inflamação de baixo grau e um que medida isto interfere no estado nutricional. Em qual são condições clínicas que se utilize bem dos métodos de avaliação nutricional tradicionais, mas com algumas ressalvas que cabendo a seguir. Para a obesidade, é importante lembrar da atualização da Ioannidis (2025), em que o Índice de Massa Corporal (IMC) precisa ser avaliado em conjunto com outros marcadores da composição corporal ou com métodos antropométricos complementares, como Perímetro de Cintura (PC), Relação Cintura/Quadril (RCQ) e Relação Cintura/Estatura (RCE) para avaliações individuais. Considerar a presença de obesidade sarcopênica segundo a ESPEN/EASO também é importante, assim como a presença de condições nutricionais específicas.

Além disso, para a DM, observar a presença de acetona nas urinas, indicadores de resistência à insulina, e marcadores

umais (compaixão) de (ingestão) de (carboidratos) como a hemoglobina na (glicose) controlada. A (proximidade) de DCV precisa ser (acompanhada), como um (caso) de (cardiopatia) congestiva com o (presença) de (edema). Da mesma forma, observar o peso (pe) e (pés) (diálise) em (pacientes) (crônicos) e o tipo de (tratamento) proposto. Nas (doenças) (hepáticas), (ascite), (edemas) e (hepatosplenomegalia) (vários) (comuns) e podem (interferir) na (avaliação) (auto) (periférica). A (avaliação) (do) (consumo) (alimentar) (de) (pacientes) (oncológicos) e (em) (doenças) (pulmonares) (crônicas) (deve) (acompanhar) o (consumo) (segundo) (a) (sintomatologia) (diferente) (dos) (tratamentos) e (além) (de) (caquexia), (observar) (a) (lipodistrofia) (comum) (em) (pacientes) (com) (HIV/AIDS).

Quando (abdomens) (cintros) (condições) (especiais), (destaca-se) (as) (adaptações) (necessárias) (em) (praticantes) (de) (atividade) (física) (intensiva) (a) (esporte). Nesse (indivíduos), (o) (foco) (de) (avaliação) é (a) (composição) (corporal) e (as) (adaptações) (conforme) (a) (modalidade) (esportiva). Nesse (sentido), (o) (uso) (de) (técnicas) (que) (medem) (alguns) (elementos) (os) (compartimentos) (corporais), (como) (DEXA) (e) (pletișmo) (capnã) (e) (sua) (interessante). Entretanto, (o) (acesso) (aos) (equipamentos) (está) (mais) (concentrado) (em) (centros) (de) (Pesquisa) (e) (de) (treinamento). A (adaptação) (do) (uso) (de) (resonância) (magnética) (e) (a) (ultrassonografia) (também) (são) (ferramentas) (aplicadas) (nesses) (contextos) (específicos). Assim, (na) (prática) (clínica), (adota-se) (mais) (a) (bioimpedância) (elétrica) (BIA), (verificar) (e) (segundo) (protocolos) (de) (uso) (criados) (de) (puparo), (além) (dos) (pontos) (cutâneos), (que) (nem) (sempre) (são) (utilizados) (protocolos) (diversos), (igualmente) (com) (maior) (número) (de) (segmentos) (medidos), (como) (protocolo) (de) (Pellock).

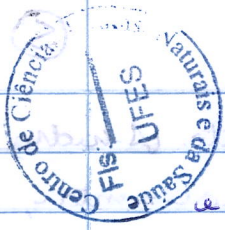
A (avaliação) (nutricional) (do) (consumo) (alimentar) (nesses) (grupos) (precisa) (ser) (qualitativa) (e) (quantitativa), (além) (de) (contemplar) (as) (diferentes) (fases) (do) (treinamento). Sinais (de) (Baixa) (Disponibilidade) (de) (Energética) (L6) (devem) (ser) (observados) (como) (anorexia), (fadiga), (baixo) (rendimento) (e) (desidratação), etc, pois podem

Esdiago: DFN 30/4/2025 - 08

devar as disfunções orgânicas e queda de rendimento. A hidratação também precisa ser mantida pelo consumo alimentar, mas também pela água da urina e pelo pé e pés tuins.

A prematuridade também configura uma condição especial para a avaliação nutricional. O bebê prematuro não é apenas um bebê pequeno, ele apresenta alterações metabólicas e fisiológicas que interferem no uso dos marcadores comuns. O acompanhamento do ganho de peso, precisa adaptar a referência escolhida. (A nível hospitalar, logo após o nascimento, pode-se utilizar as curvas de Fenton (2013), entretanto, o acompanhamento precisa ser seguindo as curvas da Intergrowth-21<sup>st</sup>, que vai do nascimento até os 64 semanas pós-gestacionais. Após este período, adota-se as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), mas utilizando-se a idade corrigida ao invés da cronológica. A idade corrigida é obtida subtraindo-se as semanas gestacionais do nascimento dos 40 semanas gestacionais previstas. O uso da idade corrigida deve ocorrer até os 2 anos para prematuros com mais de 28 semanas gestacionais, e até os 3 anos para prematuros com menos de 28 semanas gestacionais. O acompanhamento longitudinal do período é mais importante que apenas uma medida isolada, pois permite acompanhar a recuperação do peso, sem levar ao ganho de peso excessivo e medidas assimétricas. O bebê pré-termo (< 37 semanas gestacionais) também apresenta menor teor de gordura corporal e maior água, sendo mais suscetível a perdas de peso. O acompanhamento de capacidade de sucção e deglutição também são imprescindíveis, assim como a evolução do valimento materno e até sinais de hipoglicemia.

Pacientes com diferentes níveis de parálisis também precisam de atenção quanto os marcadores do estado nutricional pela antropometria. São indivíduos que precisarão de ajustes nos



Edição: DFN 104 2025 - 08

6

técnicos de colita, assim como os pacientes com comorbidades e hospitalizados, mas não somente isto. Concretamente, esses pacientes não apresentam desenvolvimento linear como em outros indivíduos, além de apresentarem menor tônus muscular. Cuidados na interpretação dos parâmetros ou adoção de curvas específicas devem ser utilizadas, a fim de não classificar estes indivíduos sistematicamente como desnutridos. A avaliação de proteínas plasmáticas e do consumo alimentar são imprescindíveis neste ponto.

Da mesma forma, pacientes com Síndrome de Down podem ser avaliados com curvas de crescimento específicas da Federação Brasileira de Associações de Síndrome de Down, juntamente pelo menor crescimento linear observado neste público, menor tônus muscular e maior depósito de gordura. Além disto, o consumo alimentar deve investigar possível seletividade alimentar, além de padrões de uma dieta ocidentalizada, fator de risco para a obesidade por si só, que nesta população pode ocorrer de forma facilitada.

Também aspectos de adaptação para a classificação do IMC para a população não-brasileira vem sendo estudada, assim como publicações com medidas do PC adaptadas, visto o perfil epidemiológico e metabólico desta população. É visto que mesmo alterações menores do padrão alimentar levam ao ganho de peso e certo grau atual de gordura corporal, elevando o risco cardiovascular. Marcadores bioquímicos podem apresentar alterações mesmo com um IMC dentro de faixa de normalidade para a população em geral.

Pacientes com erros inatos do metabolismo precisam ter seu acompanhamento nutricional rigoroso, com acompanhamento dos curvas de crescimento e desenvolvimento. Destaca-se o estudo detalhado e quantitativo do consumo alimentar, apontando os exclusões corretas dos alimentos, assim como a adequação no consumo dos macró e micronutrientes.

7

Exatidão: DFN 204 2025 - 08

nas condições alimentares especiais, como vegetarianismo, veganismo e intolerâncias alimentares ou em situações em que alimentos são excluídos por motivos religiosos ou culturais, é fundamental acompanhar a evolução do estado nutricional, assim como marcadores bioquímicos de deficiências nutricionais específicas (Por exemplo, vitamina B12 em vegetarianos estritos, deficiência de ferro pelo que não consomem carne, assim como cálcio em outros nutrientes específicos, a depender da exclusão alimentar feita). Assim, o consumo alimentar deve identificar não apenas a exclusão, mas de que forma os nutrientes deste grupo de alimentos está sendo reportado / substituído, possibilitando as adequações nutricionais adequadas.

Para os pacientes computados, além de observar as condições pré-existentis que levam a esta computação, além dos métodos realizados por este paciente, é imprescindível documentar proporcionalmente o peso do membro lesante, uma vez que o peso aferido não reflete o peso real do paciente. Também deve-se observar a possibilidade da realização das medidas antropométricas como peso e estatura, e utilizar-se de medidas complementares, quando for o caso (pluímetros, altura do joelho, dobras cutâneas e fórmulas derivadas).

Para situações de transtornos alimentares como anorexia nervosa e bulimia nervosa, a avaliação nutricional deve ser menos objetiva e mais <sup>ainda</sup> adaptativa, respeitosa e ética. A aferição do peso nem sempre será recomendada, por exemplo, por poder causar ainda mais ansiedade e episódios compensatórios.

A pesagem às vezes pode ser uma alternativa, mas a avaliação clínica e bioquímica ocupam espaço. A avaliação dos promônios ósseos, aspectos dos unhas, pele e cabelos, são importantes para indicar o nível de desnutrição ou a presença

Código: DFN 204 2025-08

8

de condições nutricionais específicas, como o domínio em caso de queda ou interrupção de temperatura corporal e necessidade de adaptação para manter a temperatura corporal e limbo colônias para deficiência de ferro, assim como mucosas e conjuntivas pálidas. Além disso o consumo alimentar costuma não ser confiável, por isso tanto por subnotificação quanto por supernotificação.

Para indivíduos em situação de vulnerabilidade, as adaptações para avaliação nutricional são validadas para adaptações por mudanças fisiológicas específicas, mas está mais relacionado ao uso dos instrumentos e o que podem refletir. Por exemplo, medidas bioquímicas, igualmente de maior custo, são mais caras para estes públicos, devendo-se considerar a avaliação nutricional um marcador antropométrico simplificado e avaliação clínica com a avaliação física e semiologia nutricional. O consumo alimentar, em muitos casos, não reflete os hábitos individuais destes grupos, mas o que está disponível. Para populações indígenas, deve ser observado o grau de penetração dos alimentos ultraprocessados na cultura alimentar e como isto já afeta seus padrões alimentares, estado nutricional e risco de doenças crônicas não transmissíveis. Para populações quilombolas e populações de rua, observar o acesso ao alimento, a segurança alimentar e nutricional e, especialmente para a população de rua, utilizar marcadores antropométricos de fácil aplicabilidade, com equipamentos móveis e técnicos de triagem nutricional. Avaliações nutricionais realizadas por outros setores como o consultório na rua e os restaurantes populares, podem ser mais eficazes. Para indivíduos privados de liberdade, é importante ~~ver~~ salientar que o consumo alimentar não reflete hábitos individuais, mas sim a disponibilidade do alimento na instituição, o mesmo que ocorre com pessoas idosas institucionalizadas em instituições de longa per

9

Edição: DFN 304 2025-08

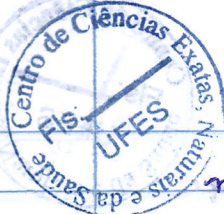


maneira. Assim, avaliar a adequação dos alimentos e alimentos, assim como o cardápio local, pode contribuir para o entendimento das possíveis deficiências nutricionais. Para monitorar e avaliar também é importante entender a qualidade da sua cultura alimentar e adaptações alimentares que estão sendo realizadas. Para os trabalhadores rurais, assim como os idosos, é importante avaliar a segurança alimentar familiar, segundo sua percepção. A Escala Brasileira de Segurança Alimentar (EBSA) pode ser utilizada nesse sentido. Os trabalhadores rurais apresentam, ainda, maior prevalência de insegurança alimentar no Brasil, sendo necessário também verificar o tipo de produção realizada, a que alimentos tem acesso e se sua produção é de caráter para subsistência ou se apenas é comercializada.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), centralizado na Atenção Primária em Saúde (APS), muitos dos marcadores mencionados transitam na coleta sistematizada de dados antropométricos e do consumo alimentar do SISVAN. O acompanhamento do peso, perímetros e o consumo de itens alimentares é importante e seguem os padrões de preenchimento e orientações, como os fascículos de recomendações do Guia Alimentar para a população Brasileira. Entretanto, a promoção pode ser limitada nas situações especiais, cabendo ao nutricionista a análise crítica dos pontos de corte adotados, se a medida é confiável e que os dados e informações complementares serão necessários para que nas situações especiais a avaliação nutricional seja adequada e adequada.

É importante salientar, por fim, que a avaliação nutricional é um processo dinâmico e complexo, que requer a avaliação integrada de diferentes elementos de avaliação. Nesse sentido,

Quate (2007) propõe o modelo PIVNUT de Monitorização Piramidal de Avaliação do Estado Nutricional, no qual o comu



no alimentar, volume físico, avaliação antropométrica e exames bioquímicos (depois diferentemente nesta avaliação, de acordo com sua aplicação, nível de complexidade e possibilidade de recursos). É uma avaliação integrada das técnicas e níveis da pirâmide, que requer do nutricionista esta análise crítica e reflexiva desde a escolha do(s) método(s), a capacidade de mensuração deste(s) método(s), assim como sua interpretação conjunta com todos os marcadores. Assim, uma avaliação nutricional em situações especiais, todos as particularidades mencionadas devem ser levados em consideração, assim como possíveis questões individuais e de recursos disponíveis.

O nutricionista é o profissional ideal para tal análise e aplicação e o compromisso para uma adequada formação deve vir de novas instituições de ensino, docentes e governantes.