



AVALIAÇÃO DO SERVIÇO AMBULATORIAL EM NUTRIÇÃO CLÍNICA DO CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE LONDRINA - CESULON

*Gersislei Antônia Salado

*Marisa Batista Brighenti

*Eurides Angélica Pereira Ponces

**Flávia Hernandez Fernandez

RESUMO

A finalidade do Ambulatório é prestar orientação nutricional a indivíduos sadios ou enfermos da comunidade, bem como a estudantes e funcionários do CESULON. A proposta deste estudo foi fazer uma avaliação do atendimento e levantar características da comunidade atendida. O atendimento é feito através de registros de fichas individuais onde constam medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corporal - IMC, % de gordura corporal) e exames bioquímicos, além de recordatório alimentar e registro de frequência de ingestão. Segue-se a prescrição da dieta individualizada, levando-se em conta as condições sócio-econômicas e culturais do cliente. O serviço ambulatorial vem sendo prestado desde abril de 1998. Neste período foram atendidos 104 pacientes, sendo 21,26% do sexo masculino e 78,74% do feminino; 72,12% dos indivíduos estavam na faixa etária de 20 a 50 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 15,38% tinham apenas o primeiro grau completo e 84,62% tinham segundo e terceiro graus completos. Com a classificação do estado nutricional determinada pelo IMC, verificou-se que 8,65% foram considerados de baixo peso, apresentando IMC menor que 20; 39,43% estavam eutróficos, com IMC de 20 a 25; 23,07% foram considerados sobrepeso com IMC de 25 a 29; 19,23% foram considerados obesos de grau I com IMC de 29 a 35 e 9,62% obesos de grau II, com IMC maior que 35. 79,27% e 86,37% dos indivíduos dos sexos feminino e masculino, respectivamente, apresentavam excesso de gordura corporal. Pela análise das características da população atendida, pode-se observar que a maioria absoluta apresentou sobrepeso e obesidade graus I e II. Correlacionando-se estes dados com a faixa etária prevalente de indivíduos adultos, conclui-se que é de fundamental importância a educação e orientação nutricional, pois é nesta idade que se agravam as doenças crônico-degenerativas.

Unitermos: avaliação nutricional, dietoterapia, serviço de saúde comunitária, pacientes ambulatoriais

Keywords: nutritional evaluation, dietetic therapy, community health service, ambulatorial patients.

* Docente do Departamento de Nutrição - CESULON.

**Nutricionista, graduada pelo CESULON.

ABSTRACT

The goal of the ambulatorial service on clinical nutrition is to give nutritional orientation to both healthy and sick people from the community as well as to CESULON's students and employees. The purpose of this study is to evaluate the assistance given and the characteristics of the population assisted. The attendance is done by means of registers in individual forms where there are anthropometric measures (weight, height, body mass index - BMI, percentage of body fat) and biochemical exams, besides daily diet. Then an individualized diet is prescribed, taking the client's socio-economic and cultural conditions into account. Such ambulatorial service has been done since April 1998. In that period 104 patients were assisted, 21,26% male, and 78,74% female; 72,12% aged from 20 to 50 years. As for education, 15,38% had finished primary and secondary school, and 84,62% had finished high school and higher education. With the nutritional level determined by the body mass index, it was verified that 8,65% were considered of low weight, presenting BMI below 20; 39,43% were eutrophic, with BMI between 20 and 25; 23,07% were overweighted, with BMI between 25 and 29; 19,23% were level I obese, with BMI between 29 and 35; and 9,65% were level II obese, with BMI over 35. 79,27% and 86,37% male and female, respectively, presented an excess of body fat. The analysis of the characteristics of the populations assisted made it possible to observe that the great majority presented an overweight levels I and II of obesity. Relating these data to the prevalent age of the adults, the conclusion drawn is that nutritional orientation is of fundamental importance, because at this age chronic-degenerative diseases become worse.

INTRODUÇÃO

O Serviço Ambulatorial em Nutrição Clínica do Centro de Estudos Superiores de Londrina funciona desde abril de 1998 com a finalidade de prestar orientação nutricional a indivíduos sadios ou enfermos da comunidade, bem como a estudantes e funcionários do CESULON, implementando assim um sistema de vigilância nutricional, visando à prevenção de doenças e à promoção da saúde.

O atendimento nutricional é prestado gratuitamente e as metas principais do ambulatório são:

1. Orientar a terapêutica dietética de clientes externos e internos.
2. Divulgar para a comunidade os princípios básicos de nutrição, necessários à promoção da saúde.
3. Viabilizar "feedback" contínuo para a reformulação e a ampliação do ensino na área de Nutrição, através do estágio oferecido aos alunos do 4º ano do Curso de Nutrição.
4. Divulgar a atuação do profissional nutricionista em consultórios e ambulatórios.

O profissional nutricionista tornou-se integrante da equipe de saúde pública e hospitalar a partir da regulamentação da profissão de nutricionista através da Lei nº 5276/67 (BRASIL, 1967). O nutricionista tornou-se mais conhecido e passou gradativamente a expandir suas ações de cuidado hospitalar e de clientes externos, através do atendimento ambulatorial.

A proposta deste estudo foi de fazer uma avaliação do serviço ambulatorial do CESULON após um ano de atendimento, com objetivo de avaliar o serviço prestado à comunidade por meio do conhecimento do perfil dos clientes atendidos no ambulatório, bem como elaborar propostas para melhorar e ampliar o nível de atendimento.

ROTINA DE ATENDIMENTO

O atendimento nutricional é efetuado quando os indivíduos solicitam orientação nutricional para a correção dos distúrbios de peso, para orientação e correção de hábitos alimentares ou dietas específicas solicitadas para indivíduos encaminhados pela médica do trabalho do CESULON.

As primeiras consultas têm duração média de 40 minutos e as consultas de retorno, aproximadamente, 20 minutos.

Para o cadastramento do cliente é utilizado um prontuário específico onde constam seus dados biossociais. Após este registro procede-se à anamnese alimentar, utilizando-se questionário de frequência ou o recordatório de 24 horas, conforme preconizado por ANSELMO *et al.* (1992) e DIEKEN (1992).

Para avaliação do estado nutricional são considerados dados antropométricos e, em alguns casos, também os bioquímicos. O exame físico é importante, principalmente em crianças e adolescentes para a avaliação do peso. A classificação do grau de desnutrição para crianças é feita através da Tabela de Percentil do National Center for Health Statistics (ORGANIZACION..., 1983) e para indivíduos adultos o peso ideal é calculado através do IMC (BRAY, 1989).

A dieta é planejada individualmente, respeitando os hábitos alimentares, preferências e também o nível sócio-econômico. O cliente recebe a dieta no final da consulta com as quantidades dos alimentos fornecidas em medidas caseiras e calorias; recebe também uma lista de substituições de equivalência alimentar e orientações para utilizá-la.

As consultas de retorno são marcadas para duas semanas após, para reavaliar a dieta e monitorar a perda de peso. A alta nutricional é dada quando o cliente atinge os objetivos propostos.

MATERIAL E MÉTODOS

Para avaliação do serviço foram analisados os seguintes parâmetros: sexo, idade, IMC, diagnóstico, porcentagem de gordura e dados gerais como: se já fez dieta, se consultou nutricionista e perdeu peso e se posteriormente recuperou o peso. A classificação do estado nutricional foi realizada pelo índice de Quetelet nas seguintes categorias: baixo peso < que 20 kg/m^2 , eutróficos de 20 a 25 kg/m^2 , sobrepeso de >25 a $<29 \text{ kg/m}^2$, obeso de grau I 29 a 35 kg/m^2 e obeso de grau II $>35 \text{ kg/m}^2$ (BLACKBURN *et al.*, 1977).

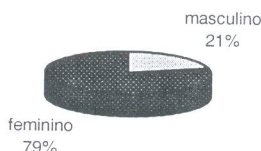
Para a classificação do grau de nutrição das crianças foi utilizada a tabela de percentil para peso e altura do National Center for Health Statistics (ORGANIZACION..., 1983) e para adolescentes foi utilizado o IMC.

Os tratamentos estatísticos utilizados foram a análise percentual e de frequência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

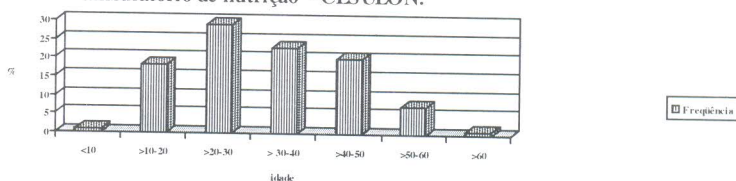
Durante o ano de 1998 foram atendidos 104 pacientes, sendo 21,26% do sexo masculino e 78,74% do sexo feminino, conforme mostrado na Figura 1.

Figura 1. Distribuição dos clientes atendidos por sexo.



A idade dos indivíduos variou de <10 a 50 anos, sendo que 72,12% dos indivíduos estavam na faixa etária de 20 a 50 anos, como mostra a Figura 2.

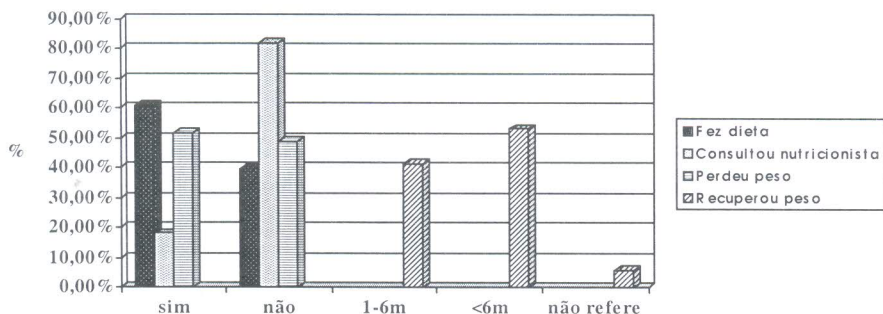
Figura 2. Distribuição de frequência por idade dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição - CESULON.



Pela Figura 3 pode-se observar que 60% dos indivíduos já haviam feito dieta anteriormente e que 52% perderam peso, embora sem orientação, pois apenas 18% haviam consultado nutricionista. Observou-se também que os indivíduos que emagreceram, referiram recuperação do peso posteriormente, sendo que 40% o recuperou entre 1 e 6 meses após, e 52% referiram recuperar o peso em menos de 6 meses.

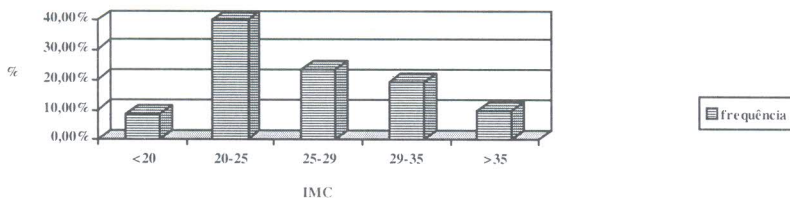
É provável que esta recuperação rápida do peso deva-se à falta de orientação adequada e mudança de hábitos alimentares, já que 82% referiram nunca ter consultado um nutricionista anteriormente.

Figura 3. Distribuição de frequências de dados gerais, coletados no ambulatório de nutrição - CESULON



A Figura 4 mostra os resultados da classificação nutricional, utilizando o IMC, onde pode-se observar que 8,65% foram considerados de baixo peso, ou seja IMC menor que 20kg/m^2 ; 39,43% foram considerados eutróficos com IMC entre 20 e 25kg/m^2 ; com sobrepeso foram encontrados 23,07%, com IMC maior que 25 a 29kg/m^2 ; obesidade de Grau I foi observada em 19,23% com IMC maior que 29 a 35kg/m^2 , e obesos de Grau II, 9,62% com IMC maior que 35kg/m^2 .

Figura 4. Distribuição de frequências de acordo com o IMC dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição -CESULON



Estudos epidemiológicos demonstraram que o IMC elevado correlaciona-se fortemente com maiores riscos de morbiletalidade (BRAY, 1989). Deve-se considerar com muito cuidado o IMC, pois nem sempre este se correlaciona com o percentual de adiposidade, principalmente porque não diferencia massa magra e massa gorda. Assim indivíduos com massa muscular desenvolvida podem ser considerados pesados, com IMC elevados, e não serem gordos, pois podem apresentar baixo percentual de adiposidade

(COUTINHO, 1998).

Estudos populacionais mostram taxas mínimas de morbiletalidade na faixa de IMC entre 20 e 25 kg/m² considerado normal, enquanto entre 25 e 30 kg/m² aumenta a prevalência de doenças e o indivíduo é considerado como tendo excesso de peso (STUNKARD *et al.*, 1990).

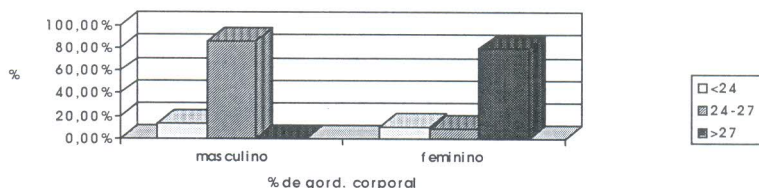
Quanto ao percentual de gordura corporal, mostrado na Figura 5, observou-se que 86,37% dos clientes masculinos apresentaram tecido adiposo excessivo entre 24 e 27%, ou seja, muito acima de 15%, considerado adequado para homens.

No sexo feminino, observou-se que 79,27% estavam com percentual de gordura corporal maiores que 27%, considerado excessivo para mulheres.

Outra característica importante a ser considerada é a localização da gordura corporal, centralizada ou periférica. JEAN VAGUE (1956) citado por COUTINHO (1998), foi o primeiro autor a denominar **obesidade andróide**, a localização central de gordura, e **obesidade ginóide**, a localização mais periférica de gordura, mais comum nas mulheres. A gordura centralizada está associada a maiores complicações cardiovasculares e metabólicas.

COUTINHO e POVOA (1998) enfatizaram que a obesidade é uma doença difícil de tratar e com elevada recidiva. Quando o indivíduo sente que a perda de peso torna-se refratária, tende sempre a abandonar o tratamento. Assim, uma forma de se avaliar a receptividade do cliente à orientação dietoterápica é a sua frequência na reconsulta (SAMPAIO e SOUZA, 1991; SGAVIOLLI, 1993).

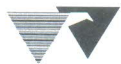
Figura 5. Distribuição de frequência da % de gordura em relação ao sexo dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição - CESULON.



Neste ambulatório verificou-se que a maioria absoluta retornou ao serviço, pelo menos uma vez, porém, isto não reflete o grau de adesão dos mesmos ao tratamento.

SAMPAIO e SOUZA (1991) observaram que 20,2% dos indivíduos abandonaram o tratamento, não retornando às consultas.

Num serviço ambulatorial, fazem-se necessárias avaliações periódicas da efetividade do atendimento, pois vários problemas podem estar relacionados ao abandono do tratamento (STINGUINI *et al.*, 1997).



CONCLUSÃO

Neste serviço não foram observados elevados índices de desistência ao tratamento e isto se deve, provavelmente, ao pouco tempo de funcionamento do mesmo. Mas pode também ser atribuído ao tipo de atendimento prestado, pois o cliente sai da consulta com a sua dieta individualizada, com lista de substituições simplificada e de fácil entendimento.

Os retornos são quinzenais, o que pode contribuir também para maior adesão ao tratamento, pois o indivíduo sente-se assistido e amparado. É necessário mais tempo de funcionamento para confirmar realmente se esta adesão tem significância estatística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANSELMO, M. A. C.; BURINI, R.L.; ANGELELI, A. Y.O.; MOTA, N.G.S.; CAMPANA, A.O. Avaliação do estado nutricional de indivíduos adultos saudáveis de classe média: Ingestão energética e protéica, antropometria, exames bioquímicos do sangue e testes de imunocompetência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.1, p. 46-53, 1992.
- BLACKBURN, G.L.; BISTRIAN, B.R.; MAINI, B.S.; SCHLAMM, H.T.; SMITH, M.F. Nutritional and metabolic assesment of the hospitalized patient. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**. Baltimore, v.1, n.1, p. 11-22, 1977.
- BRASIL. Lei 5276, de 24 de abril de 1967. Dispõe sobre a profissão do nutricionista, regulamenta seu exercício e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, p. 4707, 26 de abril de 1967.
- BRAY, G.A. Obesity: historical development of scientific and cultural ideas. **International Journal of Obesity**. n.14, p. 909-926, 1990.
- COUTINHO, W. Obesidade, conceitos e classificação. Cap.20. In: **Transtornos alimentares e obesidade**. NUNES *et al.* ArtMed, cap.1, Porto Alegre, 1998, 215p.
- COUTINHO, W.; PÓVOA, L.C. Comer compulsivo e obesidade. In: **Transtornos alimentares e obesidade**. NUNES *et al.* ArtMed, cap.1, Porto Alegre, 1998, 215p.
- DIEKEN, H.A. Educação nutricional. In: KRAUSE, M.V., MAHAN, L.K. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 7ª ed., São Paulo, Roca, 1992. p. 373
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Medición del cambio del estado nutricional**. Genebra, 1983, p. 105.
- SAMPAIO, H. A.C.; SOUZA, A.M.H. Atuação do nutricionista em consultório: experiência de 8 anos em Fortaleza - CE. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**. Campinas, v. 4, n. 42, p. 25-39, 1991.
- SGAVIOLI, M.E.A. Avaliação crítica da relação paciente/profissional em um hospital de ensino. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**. Campinas, v. 6, n.1, p. 52-76, 1993.
- STRINGUINI, M.L.; SALADO, G.A.; SOUZA, J.T. ; REIS, M.A.C.; TELES, A.C.T.O. Avaliação retrospectiva do serviço ambulatorial em dietoterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**. Campinas, v. 10, n. 2, p. 120-126, 1997.
- STUNKARD, A. J.; HARRIS, J. R.; PEDERSEN, N.L.; McCLEARN, G.E. The body mass index of twins who have been rearid apart. **New England Journal of Medicine**. n .322, p.1483, 1990.