



AVALIAÇÃO NUTROLÓGICA – NUTROTERAPIA INTRAHOSPITALAR



AVALIAÇÃO NUTROLÓGICA - NUTROTERAPIA DOMICILIAR

Autoria: ABRAN - Associação Brasileira de Nutrologia

Participantes: Ribas DF, Buzzini RF, Simoes RS, Kelman G, Bernardo WM.

Elaboração final: 02 de abril de 2016.

Sumário

AVALIAÇÃO NUTROLÓGICA – NUTROTERAPIA DOMICILIAR.....	2
Método de coleta de evidências:	5
Dúvida Clínica:	5
Grau de recomendação e força de evidência:	5
Objetivo:	6
Conflito de interesse:	6
Introdução	7
Aleitamento.....	7
Recomendações	9
Crianças e Adolescentes.....	10
Recomendações:	13
Idosos	15
Recomendações	19
REFERENCIAS	20
ANEXO I	22
Dúvida Clínica	22
Pergunta Estruturada	22

Estratégia de Busca de Evidência	22
Trabalhos Recuperados	23
Critérios de exclusão	24

Método de coleta de evidências:

Esta diretriz seguiu padrão de uma revisão sistemática com recuperação de evidências baseada no movimento da Medicina Baseada em Evidências (*Evidence-Based Medicine*), em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica, melhorando assim a qualidade da assistência médica. A MBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica. ^{1,2}(D)

As revisões sistemáticas são consideradas, atualmente, o nível I de evidências para qualquer questão clínica por sumariarem sistematicamente informações sobre determinado tópico através de estudos primários (ensaios clínicos, estudos de coorte, casos-controle ou estudos transversais), utilizando-se de uma metodologia reprodutível, além de integrar informações de efetividade, eficiência, eficácia e segurança. ^{1,2}(D)

Utilizamos a forma estruturada de formular a pergunta sintetizada pelo acrônimo P.I.C.O., onde o P corresponde ao paciente ou população, I de intervenção ou indicador, C de comparação ou controle, e O de “outcome” ou desfecho. A partir da pergunta estruturada identificamos as palavras-chave ou descritores que irão constituir a base da busca da evidência nas diversas bases de dados disponíveis. ^{1,2}(D) (Anexo I)

Dúvida Clínica:

Qual a indicação, benefício e risco da NUTROTERAPIA DOMICILIAR de recém-nascidos, crianças, adolescentes ou idosos?

Grau de recomendação e força de evidência:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos / estudos não controlados.

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Objetivo:

Determinar o papel da Nutroterapia domiciliar na orientação, diagnóstico e conduta nutricional em crianças, adolescentes e adultos.

Conflito de interesse:

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelos participantes da elaboração desta diretriz.

INTRODUÇÃO

A avaliação para a nutroterapia envolve a elaboração individualizada de orientação nutrológica com aconselhamento, educação nutricional e intervenção dietética para indivíduos sadios ou enfermos. No atendimento clínico o paciente é examinado individualmente sendo coletados dados sobre a situação fisiopatológica, história clínica pregressa, atual e familiar, estado nutricional, físico e bioquímico podendo assim ser formulado o diagnóstico nutricional e conduta nutricional.

Aleitamento

A importância do aleitamento materno e uma dieta complementar saudável são fatores de promoção da saúde materno infantil. Tem sido comum o início da introdução de água, chás e outros tipos de leite no primeiro mês de vida e o consumo elevado de café, refrigerantes e biscoitos entre as crianças entre 9 e 12 meses de idade, fatores prejudiciais à saúde.^{3(B)}

Se baseando no programa *“Ten Steps for Healthy Feeding from Birth to Two Years of Age”*, que tem como objetivo apoiar os profissionais de saúde e promover hábitos alimentares saudáveis para crianças menores de dois anos de idade, priorizando amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida e dieta complementar em quantidade e qualidade suficiente, a fim de proporcionar crescimento e desenvolvimento da criança. Um grupo de profissionais recebeu o material didático para entregar para mães de crianças menores de 6 meses de idade, com informações sobre a importância de não oferecer outros líquidos e alimentos, além de amamentação, introduzir a carne, a fim de prevenir a anemia, a consistência adequada de comida para bebê, a importância de não substituir comida de bebê por sanduíches ou lanches e exemplos de composição de alimentos para refeições. Outro grupo de mães compuseram o grupo controle, os profissionais não receberam reciclagem sobre o assunto e nem o material didático. A taxa de aleitamento materno foi de

66,1% (n=409) com 6 meses de idade, após a intervenção o grupo aumentou significativamente o tempo de aleitamento materno exclusivo ($2,34 \pm 1,63$ meses) em relação ao controle ($1,92 \pm 1,60$ meses). A prevalência de crianças que tiveram o aleitamento materno exclusivo por menos de um mês reduziu significativamente no grupo intervenção (27,7%) quando comparado com o controle (40,5%). O impacto da intervenção também foi positivo entre crianças de 6 a 9 meses para o aumento no consumo de frutas, feijões, carne (≥ 4 vezes/semana) e fígado (1 vez/semana).³(B)

O objetivo do estudo de intervenção é incentivar a prática do aleitamento materno, adequação da dieta e crescimento de jovens e crianças (6 a 15 meses). As mães foram incentivadas a: ter questionamentos e preocupações sobre a alimentação infantil elucidada, treinamento de habilidades cognitivas com a prática orientada influenciando a auto-eficácia, curso para aumentar o conhecimento prático sobre seleção e preparação de novas receitas culinárias e mobilização de apoio social. O pacote de intervenção nutricional envolveu: 1) educação e aconselhamento das mães, 2) treinamento sobre aconselhamento nutricional e visitas domiciliares mensais, 3) reuniões de sensibilização e 4) supervisão de conselheiros de nutrição de base comunitária. Assim o grupo intervenção recebeu esse pacote de aconselhamento nutricional que foi planejado e bem elaborado com questões fechadas, detalhamento do processo e orientações plausíveis, enquanto que o grupo controle recebeu visitas de rotina sobre saúde em geral.⁴(B)

Recomendações

Levar as informações de forma personalizada é indicado como educação nutricional no cenário de assistência à infância, envolvendo material didático com informações sobre o esquema de introdução de alimentos complementares, influenciando positivamente sobre o crescimento linear, alteração do comprimento para a idade, práticas de alimentação, ingestão de nutrientes e nível de conhecimento sobre as práticas recomendadas.

Crianças e Adolescentes

Crianças (6 a 24 meses de idade), consumindo alimentos juntamente com aleitamento materno, sem patologias, foram estudados ao longo de 6 meses, sendo divididos em 3 grupos: 1) recebeu alimentação complementar fortificada e educação nutricional, 2) recebeu grânulos em sachê fortificado (20g para crianças menores de 1 ano ou 40g para crianças com mais de 1 ano) e educação nutricional e 3) educação nutricional isolada como controle. Os suplementos foram entregues às mães mensalmente e foram compostos por 7,9mg de ferro e 6,5mg de zinco para os saches de 20g e 15,9mg de ferro e 13,0mg de zinco para os saches de 40g; razão proteico-energética de 3,73g/100 calorias e de gordura-energética de 1,87g/100 calorias. O sache foi adicionado na refeição da criança, após ter sido cozida, uma vez ao dia. A educação nutricional foi composta por: a importância dos micronutrientes, maneiras diversas de inclusão de alimentos ricos em ferro e zinco e outras fontes de alimentos ricos em diferentes micronutrientes fáceis de serem incluídos na dieta da criança; sendo aplicada com as mães uma vez ao mês. Um questionário de frequência alimentar foi aplicado mensalmente, mostrando que não houve alteração na ingestão alimentar comum dos pacientes dos grupos. Os marcadores hematológicos apresentaram melhoras no hematócrito (média HT grupo 1: $3,20 \pm 4,4\%$, grupo 2: $0,65 \pm 2,7\%$), no volume corpuscular médio (média MCV grupo 1: $4,30 \pm 8,3$ ff, grupo 2: $-0,008 \pm 8,8$ ff e na hemoglobina (média Hb grupo 1: $1,29 \pm 1,6$ g/dL e grupo 2: $0,37 \pm 1,1$ g/dL), assim a taxa de anemia reduziu em 67% (Hb <10g/dL) no grupo 2, 27% no grupo 1 e 22% no grupo controle. Não foi encontrado resultado da intervenção sobre velocidade de ganho de peso/estatura. ⁵(B)

Uma revisão sistemática levantou dados relacionados à modificação na dieta, atividade física e o efeito na prevenção de obesidade em crianças de adolescentes (2 a 18 anos). Um estudo teve como intervenção nutricional o incentivo ao consumo de frutas e vegetais e a redução no consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar, associado a estímulo de prática de atividade física. Outro avaliou o

efeito da intervenção no ato de assistir televisão, ingestão de snacks e doces, comer fora e atividade física. O terceiro estudo avaliou o efeito da intervenção dietética na ingestão de gordura, frutas e vegetais, ato de assistir televisão e atividade física. Nenhum destes apresentaram resultados significativamente benéficos sobre o IMC, peso ou prevalência de excesso de peso, no tempo em frente à televisão, minutos por dia de atividade física. Todos perceberam melhora na ingestão de frutas e vegetais. ⁶(A)

Ao avaliar meninas de 9 anos de idade com IMC <p85th que receberam como intervenção uma dieta rica em cálcio por 104 semanas, foi verificado um aumento total no consumo de energia, sem diferença significativa na massa gorda ou peso nem no tempo de prática de atividade física. ⁶(A)

Envolvendo 878 participantes, de 11 a 15 anos, com intervenção dietética e atividade física, através de: avaliação assistida por computador, e-mails mensais, aconselhamento por telefone e participação da família; estudo não encontrou diferença significativa no IMC e na prática de atividade física em 52 semanas de intervenção, não houve resultado em relação a ingestão calórica, de frutas, vegetais ingeridos. ⁶(A)

Avaliando os efeitos da suplementação alimentar e educação em casa no desenvolvimento físico e intelectual de crianças em risco de desnutrição, autores selecionaram famílias que continham uma mulher grávida e uma ou mais crianças com menos de 5 anos de idade, pelo menos, metade dos quais eram abaixo de 85% do peso para a idade de acordo com padrões colombianos. A população foi dividida em 6 grupos: 1) recebeu apenas cuidados médicos, 2) participou do programa de educação em casa, 3) o terceiro recebeu suplementação desde o início até a criança ter 6 meses de vida, 4) início da suplementação quando a criança completava 6 meses com seguimento até completar 3 anos de idade, 5) receberam suplemento do início até completar 3 anos e 6) receberam suplemento do início até completar 3 anos e participaram do programa de educação em casa. Professores do ensino primário ensinaram as mães técnicas práticas para melhorar a estimulação psicossocial de seu bebê. Cada residência recebeu visita 2 vezes/semana do início até

completar os 36 meses de idade. A suplementação foi feita de acordo com a deficiência de energia e proteína de cada família, tendo como base a recomendação diária local. Por 1 ano foi fornecido pão enriquecido de proteína (fornecimento diário de 1664kcal e 60g de proteína), leite desnatado (fornecimento diário de 1460kcal e 148g de proteína) e óleo de cozinha (fornecimento diário de 1198kcal e 0g de proteína); sendo distribuídos para cada membro da família: 623 calorias e 30 g de proteína, mulheres grávidas e lactantes receberam um adicional diário de 233 cal e de 8,4 g de proteína. O consumo foi analisado pelo recordatório de 24 horas, através de 5 indicadores: consumo energético diário, consumo de proteína diário, calorias por grupo alimentar, percentual de proteína animal e densidade de amido (total do percentual de calorias derivado de cereais, raízes ou tubérculos ricos em amido e frutas ricos em amido. A suplementação aumentou acentuadamente o consumo de proteína, superando os níveis de recomendação diária, no grupo não suplementadas permaneceram relativamente inalterados e foi significativamente abaixo do nível alcançado pelos grupos suplementados. O consumo de energia foram menos pronunciados, mas ainda houve diferença entre os grupos ($p < 0,01$), sendo ainda que o consumo de calorias para os grupos não suplementadas tenderam a diminuir com o tempo. No início do estudo o consumo de calorias era provindo de 15% de gordura, 9% de proteína e 76% de carboidratos, e nos grupos suplementados a fonte de calorias manteve-se inalterada, a fonte de gordura caiu (12%) e de proteína aumento (13%).^{7(B)}

Crianças de 10 a 60 meses, desnutridas, residentes em Malawi levadas até uma unidade de reabilitação nutricional, foram incluídas no projeto de pesquisa se estavam estáveis em peso para altura, com edema leve ($< 0,5\text{cm}$), ou ambos, e um bom apetite (se a criança consumia comida quando oferecida e observando a criança consumir uma dose de teste de 30 g alimento pronto para consumo (RUTF). As crianças foram divididas em um grupo de terapia padrão e outro em casa recebendo RUTF. A cada duas semanas foram aferidos peso, altura, circunferência média do braço e as crianças continuavam recebendo mamadas no hospital ou suplemento adicional com cereais e legumes em casa. RUTF foi produzido por uma cooperativa local, composto por densa energia, pasta de

gordura (25% pasta de amendoim, 28% açúcar, 30% de leite integral, 15% óleo vegetal e 1,4% de vitaminas e minerais importados) e embalado em frascos de plástico contendo 260 g. Cada frasco foi a indicação de consumo de um dia de cada criança desnutrida, sendo 175 calorias, 5,3g de proteína e o teor de micronutrientes atingindo recomendação diária da OMS. As crianças de terapia padrão após a alta hospitalar receberam suplemento de milho (80%), soja (20%) misturado com farinha (enriquecida de vitaminas e minerais), que deveria ser consumido 7 vezes ao dia. As crianças do grupo RUTF apresentaram mais chances de chegar ao escore Peso/Estatura > -2, apresentando aumentando de peso (4 semanas taxa = $3,5 \pm 3,7$ kg vs. $2,0 \pm 6,9$ kg), altura (8 semanas taxa = $0,19 \pm 0,59$ mm/d vs. $0,12 \pm 0,29$ mm/dia) e circunferência média de braço (4 semanas taxa = $0,32 \pm 0,41$ mm/dia vs. $0,23 \pm 0,33$ mm/dia) de forma melhor do que o grupo de terapia padrão, as mesmas apresentaram também menor probabilidade de recaída ou morte, febre (nas primeiras 2 semanas: 68% vs. 53%), diarreia (nas primeiras 2 semanas 79% vs. 72%) ou tosse (nas primeiras 2 semanas 82% vs. 70%), todos dados significativos.^{8,9}(B)

Recomendações:

Não há evidência de boa qualidade que permita concluir que a orientação dietética combinada com atividade física, com as intervenções feitas em um ambiente doméstico, previna a obesidade na população de 2 a 18 anos. Assim como a dieta rica em cálcio em meninas de 9 anos, por 104 semanas, não apresenta benefício sobre o peso, massa gorda ou atividade física.

Para crianças de 6 a 24 meses com anemia, é indicado encontros mensais com explanação sobre micronutrientes e orientações sobre preparações e receitas, e em casos graves com complementação da alimentação com 1 sachê para misturar na refeição enriquecido com ferro e zinco por 6 meses.

A eficácia da terapia em casa com pasta densa em energia, proteína e micronutrientes é eficaz em situações em que a desnutrição é crônica e principalmente locais de pobreza.

Idosos

Idosos desnutridos e com a saúde frágil foram selecionados para o estudo e estavam dispostos a melhorar a situação de saúde e a receber em casa um treinamento de força e melhoria dos hábitos nutricionais. Os idosos foram visitados por amigos voluntários (≥ 50 anos), 2 vezes por semana, por 1 hora, ao longo de 6 meses, o grupo controle recebeu apenas as visitas inicialmente e após a 10ª semana recebeu orientações nutricionais e atividade físicas até completar os 3 meses do estudo e o grupo intervenção as visitas com as orientações nutricionais e atividade física. A orientação nutricional (ON) abordou: a ingestão de líquidos, a ingestão de proteína animal e vegetal e ingestão energética; através de cartilhas simples, ideias de como enriquecer alimentos com a proteína e receitas de pratos que são ricos em proteínas e energia, representação da variedade de alimentos, um cartão-alimentação mostrando tamanho da porção. Com um jogo, os idosos apontaram a quantidade ingerida dos alimentos do dia anterior. Técnicas de entrevista de motivação também foram utilizadas, incluindo uma seção para a fixação de metas individuais e ferramentas para reforçar a auto-eficácia.¹⁰(B)

Todos os participantes (>65 anos) residentes em um lar de idosos foram entrevistados, chamado Mini Avaliação Nutricional (MNA), para avaliar o estado nutricional e outras informações pessoais; e medidas antropométricas (altura, peso, circunferência media do braço (CMB) e circunferência da panturrilha (CP) foram tomadas como indicadores (base até o final das 4 semanas de intervenção) além de exames laboratoriais de hemoglobina e albumina séricas e colesterol. A suplementação foi de 50g/dia de um preparado de proteína de soja que fornece aproximadamente 9,5g de proteína, 250 calorias e todos os micronutrientes essenciais. O suplemento foi preparado como uma "bebida quente" e serviu como parte de um lanche da tarde para o grupo intervenção (n=39). A suplementação seria suspensa se a pontuação MNA fosse > 24 ou $IMC > 24 \text{ kg} / \text{m}^2$ na próxima medição (a cada 4 semanas). Os participantes do

grupo de controle (n=43) e aqueles que foram atribuídas ao grupo de intervenção, mas estavam sem dentro da condição citada, receberam cuidados de rotina e refeições normais incluindo um lanche da tarde (geralmente uma sopa quente). Dos 39 pacientes do grupo intervenção, 30 preencheram os critérios para receber o suplemento no início do estudo; 17 seguiram com suplemento até o final do estudo, 8 tornaram-se elegíveis após o primeiro período de 4 semanas, 5 foram bem o suficiente para receber nenhum suplemento durante todo o período de 24 semanas e 13 evoluíram a ponto de retirar o suplemento entre a 1ª ou 4ª semana. A intervenção mostrou melhorar significativamente (ou minimizar a queda) de peso (12ª semana $-0,19 \pm 1,40$ kg / 24ª semana $0,12 \pm 2,62$ kg), IMC, CMB (12ª semana $0,08 \pm 0,81$ cm / 24ª semana $0,17 \pm 1,02$ cm), CP ($0,28 \pm 0,85$ cm / $0,43 \pm 1,44$ cm) e níveis séricos de albumina ($0,14 \pm 0,29$ g/dL / $0,14 \pm 0,34$ g/dL) e concentração de colesterol ($2,12 \pm 20,3$ mg/dL / $5,47 \pm 25,3$ mg/dL), todos $p < 0,05$, no grupo controle houve queda destes indicadores ($p < 0,05$). O efeito da intervenção estratificado de acordo com estado nutricional inicial pelo MNA como risco de desnutrição (score 17 - 23,5), demonstrou melhora dos mesmos indicadores (peso: $-0,11 \pm 1,47$ kg / $0,01 \pm 2,96$ kg, MAC: $0,25 \pm 0,81$ cm / $0,36 \pm 1,04$ cm, CP: $0,27 \pm 0,85$ cm / $0,58 \pm 1,36$ cm, albumina: $0,14 \pm 0,30$ g/dL / $0,13 \pm 0,38$ g/dL, colesterol: $3,15 \pm 23,0$ mg/dL / $9,20 \pm 26,1$ mg/dL, 12ª e 24ª semanas respectivamente) ($p < 0,05$), não houve resultado significativo para desnutridos (score $< 16,5$). Resultados similares foram obtidos em outros estudos. ^{11,12}(B)

Em um lar de idosos, os residentes com desnutrição e risco de desnutrição (MNA < 24 e IMC ≤ 22 kg/m², percepção de baixo apetite, $\geq 5\%$ de perda de peso em 3 meses ou $\geq 10\%$ em 6 meses) foram selecionados sendo um grupo para intervenção (IG) e um grupo controle (CG). O grupo intervenção recebeu 2 garrafas (125ml/garrafa com suplemento nutricional contendo 2,4kcal/ml, 12 g de proteína e 300 kcal/garrafa) por dia, entre as refeições para evitar um efeito de saciedade na ingestão normal de alimentos, ao longo de 12 semanas. O pessoal dos cuidados no lar foram instruídos a encorajar os residentes a consumir a quantidade oferecida, apoiar o consumo de sabores variados, fornecendo porções menores com mais frequência. O grupo controle recebeu os cuidados habituais,

que incluiu fornecimento de lanches caseiros ou suplemento nutricional quando prescrito pelo médico ou fornecidas por membros da família. As visitas foram feitas diariamente no início do estudo e com o passar da semana foram sendo espaçadas para 3 vezes/semana. A fim de obter dados sobre o consumo regular de alimentos, foi aplicado um recordatório alimentar (2 dias consecutivos na semana e 1 dia do final de semana). Os idosos (87 ± 6 anos de idade) que estavam no IG apresentaram um consumo significativamente maior de valor energético total e proteico (1263 ± 372 para 1615 ± 442 kcal e $41,3 \pm 15,1$ para $54,9 \pm 18,2$ g, ambos $p < 0,001$), sem diferença significativa quando comparado com o grupo controle. O IG apresentou maior ingestão de todos os micronutrientes, exceto de vitamina B12 e vitamina A, magnésio e cálcio, ($p < 0,05$) em relação ao grupo controle. Em relação à média de peso inicial ($53,7 \pm 9,2$ kg) no IG aumentou em $1,2 \pm 2,4$ kg ($p = 0,001$) e no CG reduziu $-0,5 \pm 2,5$ kg.¹³(B)

Outro estudo foi feito com a população de lares para idosos (91 ± 7 anos de idade), porém com $IMC < 18,5$ kg/m² sem presença de doença aguda, a fim de avaliar se ingestão energética diária poderia ser aumentada usando o enriquecimento de alimentos sem aumentar tamanhos de refeição e se o estado nutricional poderia ser melhorado. Assim a alimentação local foi avaliada pelo CORA, e as medidas antropométricas tomadas foram circunferência média do braço (MUAC), peso e IMC (inicial e após 12 semanas). O grupo intervenção recebeu comida usual, enriquecida com quantidades padronizadas de alimentos altamente energéticos (creme duplo (50 mL) foi adicionado em cereais, flocos de aveia, sopa e sobremesas, manteiga (8 g) foi adicionado a batata e 250 ml de leite integral maltado foi oferecido todas as noites), tendo o aumento máximo potencial no consumo diário de energia foi 399,85kcal (1.673 kJ). O grupo controle manteve alimentação habitual, não havendo diferença significativa entre os grupos para consumo de energia e nutrientes, a não ser para gordura ingerida (maior na intervenção $p = 0,014$). O peso aumentou significativamente no grupo intervenção, e reduziu em alguns do grupo controle, $0,14-2,41$ kg e $-1,1-0,6$ kg respectivamente, e os dados de MUAC e IMC foram melhores também no grupo intervenção.¹⁴(B)

Pacientes com ≥ 65 anos e em risco nutricional, de acordo com nível 1 do *Screening* de Risco Nutricional (NRS2002), IMC $< 20,5$ kg/m²; e/ou perda de peso nos últimos meses; e/ou reduziu ingestão alimentar na última semana foram selecionados para uma pesquisa, na qual a intervenção consistiu de uma avaliação nutricional abrangente na primeira visita domiciliar como base para o desenvolvimento de um plano de cuidados nutricionais compatíveis com as exigências nutricionais estimadas e as metas de recuperação nutricional. A taxa metabólica basal foi avaliada por meio de equações e um método fatorial para contabilização de fatores de ganho de peso e para estimar a necessidade total de energia e proteína para cada participante, utilizando um recordatório alimentar de 4 dias. A estratégia nutricional foi feita através de três visitas, incluindo maneiras de consumir energia e proteína, atenção aos fatores de risco nutricionais, tempo, volume e frequência das refeições, recomendações de nutrientes, acompanhamento de peso e entrega de folhetos com informações. O estado nutricional não apresentou diferença do grupo intervenção comparado com o controle, porém o peso corporal (média 1,4 vs -0,4 kg), valor energético (média 310,4 vs. 47,7 calorias/dia) e ingestão de proteína (média 11 vs. 2 g/dia) foram maiores no grupo que recebeu intervenção, todos dados significativos. Além disso, este grupo teve aumento na ingestão de suplementos nutricionais orais (40 vs. 10%, $p < 0,001$). ¹⁵(B)

Recomendações

Em idosos carentes e desnutridos, é indicada a utilização de material didático com fotos claras e coloridas sobre alimentos e porções, receitas práticas e simples com alimentos ricos em proteína e calorias assim como visitas periódicas (1 a 2 vezes/semana) com duração de 1 hora para motivação, definição de metas e explicações. A atividade física também deve ser incentivada.

Para melhorar o estado nutricional (de peso, IMC, CMB, CP, níveis séricos de colesterol e albumina) de pessoas que vivem em lares de idosos em risco de desnutrição é indicada complementação através de um preparado em formato de leite quente de proteína de soja (50g/dia) enriquecido de 9,5g de proteína, 250 calorias e todos os micronutrientes essenciais, 1 vez ao dia; sendo que a suplementação líquido composto por 2,4kcal/ml, 12 g de proteína e 300 kcal/garrafa, 2 vezes ao dia, em horário intermediários das refeições principais, também é indicada para resultados positivos nestes indicadores.

Em população idosa desnutrida ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$) é possível melhorar valores de peso, IMC e circunferência de braço, indicadores de desnutrição, com o aumento do aporte energético e de gordura alimentação habitual (3 refeições intermediárias como lanches, valor adicional de aprox. 400 calorias/dia), sem uso de suplementação. Essa intervenção não gera menor custo para as casas de idosos, porem os resultados são moderados.

REFERENCIAS

1. Nobre MR, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidencias. Parte I - Questões clínicas bem construídas. Rev Assoc Med Bras 2003; 49(4):445-9.
2. Bernardo WM, Nobre MR, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidencias. Parte II - Questões clínicas bem construídas. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(1):104-8.
3. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F. Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field trial. Rev Bras Epidemiol. 2014 Dec;17(4):873-86.
4. Kulwa KB, Verstraeten R, Bouckaert KP, et al. Effectiveness of a nutrition education package in improving feeding practices, dietary adequacy and growth of infants and young children in rural Tanzania: rationale, design and methods of a cluster randomised trial. BMC Public Health. 2014 Oct 16;14:1077.
5. Dhingra P, Dhingra U. Strategies for Delivery of Iron and Zinc: Its Effect on Haematological and Growth Markers among 6-24 months Old Children in North India. J Health Popul Nutr. 2014 Jun;32(2):217-26.
6. Showell NN, Fawole O, Segal J , et al. A Systematic Review of Home-Based Childhood Obesity Prevention Studies. Pediatrics. 2013 Jul;132(1):e193-200.
7. Overholt C, Sellers SG, Mora JO, et al. The effects of nutritional supplementation on the diets of low-income families at risk of malnutrition. Am J Clin Nutr. 1982 Dec;36(6):1153-61.
8. Ciliberto MA, Sandige H, Ndekha MJ, et al. Comparison of home-based therapy with ready-to-use therapeutic food with standard therapy in the treatment of malnourished Malawian children: a controlled, clinical effectiveness trial. Am J Clin Nutr. 2005 Apr;81(4):864-70.
9. Ciliberto MA, Manary MJ, Ndekha MJ, et al. Home-based therapy for oedematous malnutrition with ready-to-use therapeutic food. Acta Paediatr. 2006 Aug;95(8):1012-5.

10. Dorner TE, Lackinger C, Haider S, et al. Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay "buddies": study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2013 Dec 27;13:1232.
11. Lee LC, Tsai AC, Wang JY et al. Need-based intervention is an effective strategy for improving the nutritional status of older people living in a nursing home: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2013 Dec;50(12):1580-8.
12. Collins CE, Kershaw J, Brockington S. Effect of nutritional supplements on wound healing in home-nursed elderly: A randomized trial. *Nutrition*. 2005 Feb;21(2):147-55.
13. Stange I, Bartram M, Liao Y, et al. Effects of a Low-Volume, Nutrient- and Energy-Dense Oral Nutritional Supplement on Nutritional and Functional Status: A Randomized, Controlled Trial in Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Aug;14(8):628.e1-8.
14. Leslie WS, Woodward M, Lean ME, et al. Improving the dietary intake of under nourished older people in residential care homes using an energy-enriching food approach: a cluster randomised controlled study. *J Hum Nutr Diet*. 2013 Aug;26(4):387-94.
15. Beck AM, Kjær S, Hansen BS, et al. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2013 Jun;27(6):483-93

ANEXO I

Dúvida Clínica

Qual a indicação, benefício e risco da NUTROTERAPIA DOMICILIAR de recém-nascidos, crianças, adolescentes ou idosos?

Pergunta Estruturada

P: recém-nascidos, crianças, adolescentes ou idosos

I: nutroterapia domiciliar

C: -----

O: beneficio ou dano

Estratégia de Busca de Evidência

#1 - (Nutrition Therapy OR Diet Therapy OR Nutritional Support OR Enteral Nutrition OR Parenteral Nutrition OR Parenteral Nutrition, Home OR Feeding Methods) AND (Home OR House OR Home Care) = 16.804

FILTRO METODOLÓGICO - (random* OR ((prognos*[Title/ Abstract] OR (first[Title/ Abstract] AND episode[Title/ Abstract]) OR cohort[Title/ Abstract])) = 1.627.707

1ª RECUPERAÇÃO = 2.908

((((Nutrition Therapy OR Diet Therapy OR Nutritional Support OR Enteral Nutrition OR Parenteral Nutrition OR Parenteral Nutrition, Home OR Feeding Methods) AND (Home OR House OR Home Care))) AND (random* OR ((prognos*[Title/ Abstract] OR (first[Title/ Abstract] AND episode[Title/ Abstract]) OR cohort[Title/ Abstract])))

Trabalhos Recuperados

A base de informação científica consultada foi o PubMed-Medline. Foi realizada busca manual a partir de referências de revisões (narrativas ou sistemáticas).

O número de trabalhos recuperados até a última data de busca (29/07/2015) com a estratégia de busca final foi 2.908. Após leitura dos títulos foram selecionados 154 estudos e após critérios de exclusão 13 estudos.

Critérios de exclusão

A seleção dos estudos foi realizada, tendo como primeira etapa de exclusão a avaliação dos títulos e resumos obtidos, conduzida por dois pesquisadores com habilidade na elaboração de revisões sistematizadas, de forma independente e cegada; quando o título e o resumo não foram esclarecedores, buscou-se o artigo na íntegra. Em seguida foram separados os trabalhos com potencial relevância, sendo considerados excluídos se: doentes de ordem psiquiátrica ou outras doenças específicas, atendimentos em hospital ou ambulatório, doenças terminais, doença renal em diálise, demência senil, testes de avaliação pouco específicos, intervenções não relacionadas ao P.I.C.O, idioma.