

Avaliação Global Subjetiva

Autoras:

Maria Isabel T. D. Correia

Doutora em Cirurgia do Aparelho Digestivo

Coordenadora do Grupo de Nutrição do Instituto Alfa da UFMG

Profa. Titular de Cirurgia da Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, MG

isabel_correia@uol.com.br

Kelly Cristine Gurgel Araújo

Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela SBNPE

Nutricionista do Centro de Prevenção e Tratamento de Doenças Neoplásicas (Oncomed)

Belo Horizonte, MG

kellynutri@yahoo.com.br

Introdução

O estado nutricional de pacientes tem impacto sobre as doenças que os afetam (1). Logo, pacientes desnutridos apresentam risco aumentado de complicações e, as taxas de mortalidade também são superiores. Ademais, o tempo de internação é significativamente prolongado. Em decorrência, os custos hospitalares são elevados (1). Logo, é de fundamental importância realizar-se a avaliação do estado nutricional, o mais precocemente possível, objetivando criar opções para diminuir morbidez e mortalidade associadas a esse estado carencial.

Existem diversas formas de se executar a avaliação nutricional, sem que no entanto, exista a técnica considerada padrão, ou seja, aquela que apresenta alta sensibilidade e especificidade. Talvez isso ocorra devido à complexidade das variações individuais em relação à composição corporal e à resposta de cada ser humano às doenças e situações de estresse.

A avaliação do estado nutricional, idealmente, deve ser feita por meio de abordagem multivariada e, essencialmente clínica. Nos últimos anos a avaliação global subjetiva (AGS), padronizada por Detsky e colaboradores (2) tem ganhado adeptos, na medida em que favorece a avaliação do estado nutricional por meio de abordagem ampla, essencialmente clínica, podendo ser realizada em poucos minutos à beira do leito (3). A AGS contempla por meio da anamnese, a história clínica completa. Essa valoriza essencialmente a progressão de perda de peso do doente e o período em que ocorreu, além de outras variáveis clínicas significantes como a existência de alterações do apetite, a presença de sintomas gastrointestinais e as mudanças da capacidade funcional. Todas essas variáveis são fatores relevantes que interferem no estado nutricional e que devem ser pesquisados. Além dos dados clínicos, o exame físico é dirigido para aspectos nutricionais que possam sugerir deficiências.

A AGS apresenta boa correlação entre os resultados obtidos e aqueles alcançados por meio das medidas de antropometria (4) e testes bioquímicos, além de apresentar ótima correlação quando vários entrevistadores treinados examinam o mesmo doente (5).

Definição

A AGS representa essencialmente o raciocínio clínico sobre a história nutricional. É composta por anamnese dirigida e exame físico simplificado para aspectos nutricionais. O doente é questionado sobre mudanças do peso habitual, alterações de hábitos alimentares, presença de sintomas e sinais gastrointestinais, assim como distúrbios da capacidade funcional (2). A doença também é considerada no contexto geral e de acordo com o diagnóstico de base do paciente, atribui-se-lhe grau de demanda metabólica leve, moderado e alto. Por último, o paciente é submetido a exame físico simples, objetivando verificar mudanças da composição subcutânea, massa muscular e presença de edemas.

Esta técnica é eficiente, rápida, prática, de baixo custo, não invasiva e não demanda o uso de aparelhos, além de ter sensibilidade e especificidade apropriadas (1, 2, 6) .

Como fazer:

Avaliar o estado nutricional de um indivíduo por esta técnica é tarefa que poderá ser realizada pela maioria de profissionais de saúde, desde que quem o faça seja adequadamente treinado para tal e siga protocolo previamente definido e testado (2, 4, 5, 7, 8).

O formulário usado para a realização encontra-se na tabela 1. Discutiremos a seguir as várias etapas que deverão ser cumpridas para obter-se resultados adequados:

O peso :

O paciente é questionado sobre a perda de peso involuntária, em relação ao peso habitual, expressa em quilos, nos últimos seis meses e nas duas semanas anteriores à entrevista. No nosso meio, muitas vezes, os pacientes não sabem informar sobre o peso habitual e, por conseguinte, não conseguem informar numericamente sobre este dado. No entanto, isso não invalida a informação sobre as alterações do peso, caso essa tenha ocorrido, pois podem-se usar exemplos relacionados com a fisionomia observadas por terceiros além de se questionar sobre tamanho inadequado de

roupas e cintos. A separação da perda de peso em tempos cronológicos diferentes (seis meses e 15 dias) objetiva averiguar alterações crônicas e agudas. Outro aspecto importante que deve ser identificado é como a mudança do peso ocorreu, ou seja, se essa foi paulatina e contínua, foi abrupta e se estabilizou ou ainda, se foi abrupta recentemente? Por exemplo, se ocorreu de forma contínua, ao longo de seis meses, com piora abrupta nas duas últimas semanas, o diagnóstico nutricional pode ser grave. Por outro lado, se houve períodos de estabilidade e até mesmo recuperação, o diagnóstico nutricional é certamente melhor. Dessa forma, paciente que tenha perdido 20% do peso habitual nos últimos seis meses, mas que nos 15 dias antecedentes à avaliação tenha conseguido recuperar pequena parte, desde que não haja sinais de edema, é visto como tendo provável melhor estado nutricional do que aquele paciente que nas duas semanas prévias continua a perder peso. Portanto, é possível encontrarem-se doentes com perdas de peso importantes mas com ganho ou, até mesmo, recente estabilização, sendo considerados nutridos (ainda que esse aspecto tenha que ser muito bem averiguado). Já outros doentes com perdas quantitativas menos significantes, mas ocorridas abruptamente, são diagnosticados como desnutridos. Em geral, considera-se a perda inferior a 5% do peso habitual como pequena, entre 5% e 10% como perda potencialmente significativa e acima de 10% como perda definitivamente significativa (9).

Hábitos alimentares:

O segundo parâmetro a ser analisado deverá ser a história de ingestão alimentar em relação ao habitual do paciente, considerando como base: jejum, dieta líquida, dieta sólida em quantidade inferior ao habitual e, finalmente, dieta completa. Deve-se desconsiderar alteração do padrão de ingestão alimentar se ocorrida de forma intencional, como nos casos de dietas para emagrecimento e por motivo de doenças como diabetes, dislipidemia, desde que essas tenham sido realizadas com acompanhamento nutricional por profissional habilitado.

O período de tempo em que as mudanças de hábito alimentar ocorreram é informação de bastante valor, uma vez que longos intervalos de dieta inadequada aumentam o risco de déficits

nutricionais. Por exemplo, doente com dieta líquida, sem suplementação nutricional, por mais de sete dias, seguramente, não está a receber as necessidades nutricionais que demanda. Assim, esse doente estará com balanço nutricional negativo. Mesmo aqueles doentes com dietas livres, devem ter avaliada a quantidade de alimentos ingerida, uma vez que a ingestão de alimentos sólidos em quantidade insuficiente para atender as necessidades nutricionais também gera desequilíbrio nutricional. Esse paciente pode, inclusive, apresentar maior risco nutricional que outro que esteja ingerindo apenas dieta líquida, contudo com suplementação específica de nutrientes complementando, em quantidade e qualidade, as necessidades nutricionais.

Sintomas e sinais gastrointestinais:

A presença de sintomas e sinais gastrointestinais, tais como anorexia, náuseas, vômitos e diarreia (mais de três evacuações líquidas/dia), quando presentes e de forma freqüente por período superior a 15 dias é informação relevante. Na vigência de diarreia e vômitos, além do paciente não conseguir ingerir dieta adequada, sofre também perdas de nutrientes. As probabilidades de desnutrição em pacientes que apresentam estas alterações é significativa.

Capacidade funcional:

Muito antes das alterações antropométricas ocorrerem, existem mudanças funcionais decorrentes de desnutrição, como por exemplo, diminuição de força muscular (10). Aqueles pacientes com perda de peso sem modificação funcional apresentam melhor prognóstico nutricional.

Essas mudanças da capacidade funcional são avaliadas comparando-se as atividades físicas habitualmente executadas pelos pacientes antes da enfermidade e as atuais. Pergunta-se ao paciente se tem conseguido exercer as atividades diárias, tais como ir trabalhar, fazer serviços domésticos e/ou exercícios físicos. Se a resposta for afirmativa, deve-se questionar se a intensidade dessa atividade tem sido semelhante à anterior ao período que antecede a doença e, por quanto tempo vem ocorrendo. Portanto, é importante diferenciar entre pacientes que se encontram acamados, não

por incapacidade motora mas por problemas osteo-musculares.

A alteração funcional pode ser considerada: a) leve quando há manutenção das atividades cotidianas, porém com maior grau de cansaço ou dificuldade para exercê-las (trabalho sub-ótimo); b) moderada, quando ocorre interrupção das atividades cotidianas, com movimentação apenas dentro de casa, ficando sentado boa parte do dia (ambulatorial) ou; c) grave, ocorrendo em grau extremo de inatividade, quando o paciente permanece a maior parte do tempo acamado.

Demanda metabólica de acordo com diagnóstico principal:

A doença atual do paciente, associada ou não a enfermidades prévias em atividade, gera alterações da demanda metabólica. A presença de sepse, queimadura e trauma está, em geral, relacionada a taxas de metabolismo aumentadas. Operações de pequeno porte, assim como infecções leves, são consideradas como baixo grau de estresse. Já o câncer poderá ou não representar aumento de metabolismo. Por outro lado, pode estar interferindo na deglutição, na digestão e/ou na absorção, dependente da localização. De sorte que, é importante avaliar o diagnóstico do paciente, grande fator de risco para piorar o estado nutricional.

Esta variável é, em geral, a que está associada a maior grau de dificuldade para ser quantificada por profissionais não médicos. Isso porque que demanda conhecimentos da fisiopatologia de doenças, nem sempre do conhecimento por parte de outros profissionais, principalmente, quando menos experientes. No entanto, esse aspecto não inviabiliza o diagnóstico nutricional caso não se saiba pontuar com precisão o grau de estresse metabólico, visto que a avaliação do doente é como um todo e, esse é um dos fatores analisados (11).

Exame físico:

O exame físico deverá averiguar três dados básicos: perda de tecido subcutâneo, perda de massa muscular e presença de edema de tornozelo (maleolar) e da região sacral, assim como ascite. Deverá ser realizado por meio do olhar clínico do examinador e do tato, não incluindo equipamentos para análise destes parâmetros. Os pontos anatômicos em que melhor se avaliam as

perdas subcutâneas são na face, a expressão dos ossos zigomáticos e a região do músculo tríceps, além da área subescapular. As perdas musculares podem melhor ser vistas na região dos músculos quadríceps e deltóides. Cada item deve ser graduado entre 0 e 3, sendo 0 para ausência de alterações, 1 para leve perda, 2 para moderada e 3 para grave.

Diagnóstico nutricional:

O diagnóstico do estado nutricional é obtido considerando-se todas as informações obtidas a partir da história clínica, da doença principal e do exame físico simplificado. Assim, o paciente é classificado como: (A) nutrido; (B) moderadamente desnutrido ou com suspeita de desnutrição; (C) desnutrido grave.

Sendo a AGS uma forma de avaliação essencialmente clínica, cujo próprio nome indica ser subjetiva, torna-se difícil especificar de maneira racional e objetiva quando enquadrar o paciente em cada um dos diagnósticos acima definidos. Tentativas de pontuar as diversas variáveis, para se obter resultado numérico foram descritas (12). No entanto, não mais se poderá denominar a técnica de subjetiva, ao se usarem pontuações. Assim, o diagnóstico nutricional obtido pela AGS deve ser essencialmente subjetivo, clínico, tendo como base o conhecimento da enfermidade e das alterações nutricionais geradas por esta. Existem, contudo, variáveis que mais diretamente de forma importante afetam o estado nutricional e que, certamente, assumem poder de influenciar o diagnóstico de maneira mais contundente. Por exemplo, as alterações do peso e a gravidade da doença são talvez as mais importantes.

Comparação com outros métodos de avaliação nutricional

Existem diversos outros métodos para realizar a avaliação nutricional, como antropometria, bioimpedância elétrica, tomografia, dentre outros, que são objetivos. No entanto, muitas controvérsias existem sobre quais seriam os mais adequados, sensíveis e específicos. Cada um desses métodos tem características próprias, que lhes conferem vantagens e/ou desvantagens, sem que contudo haja o teste considerado ideal. A avaliação global subjetiva quando realizada por

pessoas treinadas fornece resultados semelhantes aos alcançados por medidas antropométricas e bioquímicas (4, 13).

Em doentes candidatos a transplante hepático e nos quais o uso de antropometria e testes bioquímicos são, em geral, afetados pela hepatopatia, faz-se importante o uso de outros subsídios que diagnostiquem o estado nutricional (4). Hasse e colaboradores (14, 15) verificaram que a AGS usada para diagnosticar o estado nutricional de 20 pacientes candidatos a transplante hepático apresentou excelente correlação com a perda de massa muscular e de gordura subcutânea.

Em pacientes com Insuficiência Renal Crônica submetidos a hemodiálise, o diagnóstico do estado nutricional, feito por meio da AGS e de medidas bioquímicas (capacidade de ligação total de ferro, ferritina e transferrina), mostrou haver íntima relação entre os resultados obtidos pelos dois métodos (16). Recentemente, nós publicamos nossa experiência como uso da SGA entre pacientes com esta enfermidade, mostrando que é possível usá-la no nosso meio, ainda que ressaltemos a importância do treinamento dos entrevistadores (17).

Pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida quando avaliados pela AGS tiveram os resultados comparados com a dosagem de albumina e de linfócitos CD4, tendo havido boa correlação de dados (18).

Para que os resultados obtidos pela AGS sejam confiáveis é importante que os entrevistadores sejam bem treinados. Detski e colaboradores mostraram claramente a positiva concordância do diagnóstico do estado nutricional, entre examinadores treinados, usando a avaliação global subjetiva, com índice de 91% de acerto entre dois observadores avaliando o mesmo paciente (2). Ek e colaboradores mostraram que entrevistadores experientes, usando a AGS, identificaram 85,2% dos pacientes considerados desnutridos pelas medidas antropométricas, e que os pesquisadores menos treinados identificaram 66,6% (19). No Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar, IBRANUTRI a AGS foi usada como instrumento para realizar a avaliação nutricional de 4.000 pacientes internados em hospitais do Brasil (3). Após todas as equipes terem

sido submetidas ao treinamento sobre como executar a AGS, foi realizado estudo piloto que demonstrou índice de concordância entre examinadores de cerca de 89% (20).

Bowers e colaboradores (18) sugerem que a AGS representa boa oportunidade para que outros profissionais de saúde, que não somente médicos, possam identificar e colaborar no tratamento de pacientes desnutridos. O uso da Avaliação Global Subjetiva propiciou o diagnóstico nutricional de 36 pacientes infectados pelo vírus HIV, havendo boa correlação com a porcentagem de perda de peso, presença de sintomas gastrointestinais, alterações da capacidade funcional e níveis séricos de albumina e linfócitos CD4 diminuídos (18). Mais recentemente, outros autores também comprovaram o importante papel da avaliação global subjetiva no diagnóstico nutricional de pacientes (21-24).

Conclusão

A avaliação global subjetiva é método adequado para se realizar o diagnóstico nutricional. A técnica é simples e eficaz, sendo capaz de prever complicações, mortalidade e tempo de internação (1). Contudo, por ser essencialmente clínica depende da capacidade do investigador em buscar informações precisas, detalhadas e que lhe sirvam de substrato para alcançar o diagnóstico nutricional, ou seja, é técnica sujeita ao viés do entrevistador e por tal está associada a probabilidades de diagnósticos falso-positivos e falso-negativos. Portanto, para que seja fidedigna, há necessidade que se faça treinamento dos entrevistadores (20).

Avaliação Nutricional

Identificação do paciente:

Cor: L F M

Data da avaliação: ___ / ___ / ___

Examinador: _____

A. História

1. Peso

Peso Habitual: _____ Kg

Perdeu peso nos últimos 6 meses? sim não desconhecido Quantidade perdida: _____ Kg

Nas últimas 2 semanas: continua perdendo estável engordou

2. Ingestão alimentar em relação ao habitual

_____ (1 = sem alterações 2 = houve alterações) Se houve, há quanto tempo: _____ dias

Se houve, para dieta _____ (1 = sólida, em menor quantidade 2 = líquida completa 3 = líquida restrita 4 = jejum)

3. Sintomas gastrointestinais presentes há mais de 15 dias

_____ (1 = sim 2 = não) Falta de apetite _____ (1 = sim 2 = não) Náusea _____ (1 = sim 2 = não)

Vômitos _____ (1 = sim 2 = não) Diarréia – acima de 3 evacuações líquidas por dia _____ (1 = sim 2 = não)

4. Capacidade funcional

_____ (1 = sem disfunção 2 = com disfunção)

Se alterada, há quanto tempo: _____ dias

Tipo de disfunção: _____ (1 = trabalho sub-ótimo 2 = tratamento ambulatorial 3 = acamado)

5. Doença principal e sua relação com as necessidades nutricionais

Diagnóstico(s) Principal(is):

Demanda metabólica _____ (1 = baixo stress 2 = stress moderado 3 = stress elevado)

B. Exame Físico

Para cada item dê um valor

0 = normal

1 = leve

2 = moderada

3 = importante

_____ perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax)

_____ perda muscular (quadríceps e deltóide)

_____ presença de edema maleolar

_____ presença de edema pré-sacral

_____ presença de ascite

C. Avaliação Subjetiva

Resultado Final: _____ (1 = nutrido 2 = suspeita de desnutrição ou moderadamente desnutrido 3 = desnutrido grave)

1. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr.* 2003;22(3):235-9.
2. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11(1):8-13.
3. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition.* 2001;17(7-8):573-80.
4. Ferreira LG, Anastacio LR, Lima AS, Correia MI. Assessment of nutritional status of patients waiting for liver transplantation. *Clin Transplant.* 2011 ;25(2):248-54.
5. Correia MI, Campos AC. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition.* 2003;19(10):823-5.
6. de Mutsert R, Grootendorst DC, Boeschoten EW, Brandts H, van Manen JG, Krediet RT, et al. Subjective global assessment of nutritional status is strongly associated with mortality in chronic dialysis patients. *Am J Clin Nutr.* 2009;89(3):787-93.
7. Barbosa-Silva MC, Barros AJ. Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2006;9(3):263-9.
8. Barbosa-Silva MC, de Barros AJ. [Subjective global assessment: Part 2. Review of its adaptations and utilization in different clinical specialties]. *Arq Gastroenterol.* 2002 ;39(4):248-52.
9. Jeejeebhoy KN. Nutritional assessment. *Nutrition.* 2000;16(7-8):585-90.
10. Norman K, Stobaus N, Gonzalez MC, Schulzke JD, Pirlich M. Hand grip strength: outcome predictor and marker of nutritional status. *Clin Nutr.* 2011;30(2):135-42.
11. Waitzberg DL, Correia MI. Nutritional assessment in the hospitalized patient. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2003;6(5):531-8.
12. Coppini LZ WD, Ferrini MT et al. . Comparison of the subjective global nutrition assessment x objective nutrition evaluation. *Rev Assoc Med Bras* 1995;41:6-10.
13. dos Santos Fde M, Borges MC, Correia MI, Telles RW, Lanna CC. Assessment of nutritional status and physical activity in systemic lupus erythematosus patients. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50(6):631-8.
14. Hasse J, Strong S, Gorman MA, Liepa G. Subjective global assessment: alternative nutrition-assessment technique for liver-transplant candidates. *Nutrition.* 1993;9(4):339-43.
15. Hasse J. Nutrition and transplantation. *Nutr Clin Pract.* 1993;8(1):3-4.
16. Kalantar-Zadeh K, Kleiner M, Dunne E, Lee GH, Luft FC. A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 1999;14(7):1732-8.
17. Coimbra GT, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML, Correia MITD. Avaliação nutricional de pacientes submetidos a hemodiálise em centros de diálise de Belo Horizonte. *Rev Assoc Med Bras* (in press). 2012.
18. Bowers JM, Dols CL. Subjective global assessment in HIV-infected patients. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 1996;7(4):83-9.
19. Ek AC, Unosson M, Larsson J, Ganowiak W, Bjurulf P. Interrater variability and validity in subjective nutritional assessment of elderly patients. *Scand J Caring Sci.* 1996;10(3):163-8.
20. Correia MITD, Caiaffa WT, Waitzberg DL. Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar. Metodologia do estudo piloto. . *Rev Bras Nutr Clin.* 1998;13:30-40.
21. Baccaro F, Moreno JB, Borlenghi C, Aquino L, Armesto G, Plaza G, et al. Subjective global assessment in the clinical setting. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2007;31(5):406-9.
22. Baccaro F, Sanchez A. [Determination of hospital malnutrition: a comparison between the subjective global assessment and body mass index.]. *Rev Gastroenterol Mex.* 2009;74(2):105-9.
23. Miyata S, Tanaka M, Ihaku D. Subjective global assessment in patients with pulmonary tuberculosis. *Nutr Clin Pract.* 2011;26(1):55-60.
24. Raslan M, Gonzalez MC, Torrinhas RS, Ravacci GR, Pereira JC, Waitzberg DL. Complementarity of Subjective Global Assessment (SGA) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) for predicting poor clinical outcomes in hospitalized patients. *Clin Nutr.* 2011;30(1):49-53.