



SIRLEY RIBEIRO LIMA

**ANAMNESE NUTRICIONAL AMPLIADA E PROJETO
DIETOTERAPÊUTICO SINGULAR: PROPOSTAS METODOLÓGICAS
PARA O CUIDADO NUTRICIONAL AMPLIADO**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS- BA

MAIO - 2015

SIRLEY RIBEIRO LIMA

**ANAMNESE NUTRICIONAL AMPLIADA E PROJETO
DIETOTERAPÊUTICO SINGULAR: PROPOSTAS METODOLÓGICAS
PARA O CUIDADO NUTRICIONAL AMPLIADO**

Trabalho de Conclusão de Curso no formato de artigo científico apresentado ao colegiado do curso de Nutrição da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Franklin Demétrio

SANTO ANTÔNIO DE JESUS- BA

MAIO - 2015

SIRLEY RIBEIRO LIMA

**ANAMNESE NUTRICIONAL AMPLIADA E PROJETO
DIETOTERAPÊUTICO SINGULAR: PROPOSTAS METODOLÓGICAS
PARA O CUIDADO NUTRICIONAL AMPLIADO**

Defesa: 13 de maio de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Franklin Demétrio

Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB)

Profa. Dra. Micheli Dantas Soares

Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB)

Prof. Me. Vanessa Barbosa Facina

Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB)

Dedico este trabalho à Deus,

“ ...que nos deu o dom da vida, nos presenteou com a liberdade, nos abençoou com a inteligência, nos deu a graça de lutarmos pelas conquistas dos nossos ideais. A Ele toda a glória, a nós humildemente, o agradecer.”

E dedico à minha incentivadora, meu mar de calma, minha mãe.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo infinito amor, fidelidade e provisão até aqui.

Ao meu orientador, prof. Dr. Franklin Demétrio, pela confiança e incentivo, pela dedicada orientação e paciência durante todas as fases deste trabalho.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, apoio e motivação constante, os quais me encorajam a seguir e a transpor os obstáculos que surgem na caminhada.

À amiga, que se tornou irmã, Grazielle Castro, pela amizade, pelas palavras de ânimo e agradável convivência durante a graduação.

Ao Pr. Denilson e Norma Sueli, pelas orações, apoio, acolhimento e por todas as palavras de incentivo.

*“ Confia ao Senhor tuas obras e terão êxito os
teus projetos.”*

(Provérbios: 16:3)

RESUMO

Epistemologicamente a biomedicina tem influenciado o cuidado clínico nutricional. Nesse modelo, o cuidado nutricional se destina ao tratamento dos sinais e sintomas físicos em termos quantificáveis. Muitos profissionais têm guiado a sua prática por meio de orientações nutricionais prescritivas, com pouco auxílio aos sujeitos em suas escolhas alimentares, sobretudo, no que se refere à corresponsabilização e autonomia do cuidado alimentar. Os métodos utilizados na prática clínico nutricional contemporânea, como anamnese e inquéritos alimentares, não permitem que o indivíduo expresse suas percepções sobre nutrição, saúde, corpo, necessidades, projetos de vida, entre outros. Assim, o presente trabalho visa desenvolver dois instrumentos de cunho metodológico para a abordagem ampliada do cuidado nutricional, neste caso uma Anamnese Nutricional Ampliada (ANAM) e um Projeto Dietoterapêutico Singular (PDS). Tomou-se como base um modelo de anamnese utilizado em um curso de graduação em nutrição, ampliando-o por meio de reorientação à luz da concepção de nutrição clínica ampliada. Tanto a ANAM quanto o PDS, além de funcionarem como ferramentas importantes para o diagnóstico nutricional, podem também facilitar ao profissional compreender os significados que o sujeito apresenta sobre a sua alimentação, sua saúde, seu corpo, em seu mundo e o processo de cuidado. No entanto, é necessário saber ouvir o que é dito, saber observar a linguagem não-verbal, saber silenciar quando necessário e considerar todos estes elementos, juntamente ao conhecimento técnico, durante o cuidado nutricional. Os resultados obtidos nesse trabalho oferecem aos nutricionistas subsídios metodológicos para a construção de um cuidado alimentar e nutricional crítico-reflexivo, integral, compartilhado e dialógico, com vistas a atender efetivamente as demandas e expectativas da pessoa cuidada.

Termos de indexação: Anamnese. Competência clínica. Humanização da assistência. Interdisciplinaridade. Integralidade. Nutricionista.

Este artigo será submetido à Revista de Nutrição e o mesmo se apresenta estruturado e bibliografado conforme as normas desta revista.

Introdução

O cuidado clínico nutricional tem sido influenciado epistemologicamente pela biomedicina, no qual a relação nutricionista – paciente, discutida nas últimas décadas, baseia-se no modelo biomédico, centrado na doença, na figura do nutricionista, e na medicalização da alimentação. Nesse modelo, o cuidado nutricional se destina ao tratamento dos sinais e sintomas físicos em termos quantificáveis ¹.

Dessa forma, no campo da alimentação e nutrição as práticas profissionais têm sido pautadas em dimensões biomédicas do corpo, do comer e da comida e, metodologicamente, têm-se observado o cuidado alimentar e nutricional reduzido à óptica do alimento apenas como carreador de nutrientes e agente causador ou protetor de doenças⁴. Nesse sentido, muitos profissionais têm guiado a sua prática por meio de orientações nutricionais prescritivas, com pouco auxílio aos sujeitos em suas escolhas alimentares, sobretudo, no que se refere à corresponsabilização e autonomia do cuidado alimentar⁵.

O foco clínico-nutricional têm sido “no que se come” e não em “como se come” ⁶. O ato alimentar, segundo Maciel ⁷, não se limita apenas a nutrir-se ou alimentar-se. Há uma relação entre significados e sentidos sobre o alimento que é ingerido pelo sujeito. Não se come apenas biologicamente, mas também social e culturalmente. A alimentação humana é influenciada pela cultura, assim ao pensar em sistemas alimentares associamos a sistemas simbólicos em que códigos sociais estão incorporados no estabelecimento de relações dos seres humanos entre si e com a natureza⁷. A comida é "grande fonte de prazer, um mundo complexo de satisfação, tanto fisiológica quanto emocional, que guarda grande parte das lembranças de nossa infância"⁸.

Nesse contexto, torna-se importante o desenvolvimento e a utilização de métodos para compreender e interpretar as relações que fazem interagir dieta alimentar e cultura, que possibilitem considerar as características biológicas e socioeconômicas, a fim de propor mudanças que ao mesmo tempo preservem o contexto cultural da comensalidade, acrescentem propostas novas e substanciais e contribuam para a melhoria do quadro clínico-nutricional ⁵.

Os métodos utilizados na prática clínico nutricional contemporânea, como a anamnese e os inquéritos alimentares, têm sido considerados como herméticos ⁵ e não permitem que o

indivíduo expresse sobre suas percepções sobre nutrição, saúde, corpo, necessidades, projetos de vida e terapêuticos, entre outros.

O reducionismo, a generalidade e o distanciamento abstrato com que são tratados os indivíduos, em função da centralidade na doença do paradigma da medicina científica, criaram uma barreira para aqueles indivíduos que demandam ser de fato *tratados* e não apenas diagnosticados². Como destaca Bedrikow e Campos³, torna-se necessário, por parte dos profissionais, uma compreensão do sujeito de forma holística, atentando-se aos seus aspectos físicos, emocionais e sociais, inseridos em um mundo com características próprias e mutáveis no tempo, respeitando a singularidade de cada um.

Alguns dos insucessos das práticas agenciadas na clínica poderiam ser explicados, pelo menos em parte, pela falta do diálogo e de disposição em considerar uma comunicação intersubjetiva. A nutrição normativa é, de fato, uma região fechada aos significados atribuídos pelo sujeito que, independentemente e em sua própria autonomia, quer explicar sua comida e interpretar as relações entre a nutrição e o seu corpo^{1,5,9}.

Cuidar da saúde e da nutrição das pessoas é mais do que construir um objetivo e intervir sobre ele. O cuidado envolve uma relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir da concepção de mundo do sujeito. O ato de cuidar não deve ser uma pequena e subordinada tarefa das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa ampliar-se para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde¹³.

No cenário da clínica nutricional, a fala do sujeito pode colaborar para a compreensão do profissional quanto aos sentidos e significados da alimentação para o paciente e contribuir para a efetividade terapêutica do atendimento. O desenvolvimento de métodos e habilidades profissionais que permitam compreender, interpretar e oferecer um sentido intersubjetivo às falas dos pacientes são imprescindíveis para o campo da alimentação e nutrição, pois por meio dessas atividades criam-se um compartilhamento de saberes, responsabilidades e práticas^{1,5,9}.

O nutricionista deve estar em sintonia com o sujeito, a fim de captar, também, atitudes. O corpo transmite uma linguagem silenciosa de comunicação não-verbal, podendo indicar o posicionamento do sujeito, subjacente ao problema, seja por meio de gestos, expressões faciais, tom de voz, movimentos corporais, entre outros^{10,11,12}.

A concepção da nutrição clínica ampliada contribui para refletir sobre o cuidado e desenvolvimento de competências humanizantes na prática clínica do nutricionista. Contribui,

também, para reconhecer, interpretar e atuar sobre as diferentes necessidades dos sujeitos que buscam o cuidado nutricional. Tal concepção é recente no campo da nutrição e emerge da reclamação por uma prática clínica nutricional mais humanizada, pautada no cuidado integral do sujeito, sustentada em saberes transdisciplinares, novas responsabilidades e práticas, visando incitar uma reforma cultural e epistemológica da clínica biomédica, uma vez que esta não tem atendido devidamente as necessidades dos sujeitos que buscam a atenção em saúde e nutrição^{1,2,5}.

Nesse sentido, a avaliação nutricional ampliada pode ser entendida como aquela que integra os conhecimentos técnicos relacionados à avaliação clínico-antropométrica e de consumo alimentar habitual às demandas e expectativas da pessoa cuidada, considerando um atendimento construído de forma compartilhada e dialógica, com valorização da percepção singular, subjetiva e psicobiossociocultural do sujeito sobre o seu processo de adoecimento, corpo e práticas alimentares visando a eficácia e a efetividade da prática clínico-nutricional⁵.

Em geral nos cursos tradicionais de graduação em Nutrição, os componentes curriculares são organizados em áreas de conhecimento, a saber: Ciências Básicas da Saúde, Nutrição Clínica, Saúde Coletiva e Alimentação Coletiva. As disciplinas que compõem cada área de conhecimento são ministradas de forma isolada, em “caixas”, ensinadas de forma estanque, sem interlocução entre os assuntos estudados e por haver essa separação didática cabe ao estudante, futuro profissional, estabelecer essa comunicação entre os saberes na sua atuação profissional, pois na graduação tradicional em nutrição esse exercício não é estimulado.

Discussões sobre cuidado, humanização, intersubjetividade nas práticas de saúde, entre outros, integram parte dos conhecimentos da área da Saúde Coletiva, no entanto, estes saberes de diferentes áreas não estão dissociados, eles comunicam-se entre si¹³. Observa-se que o profissional que têm afinidade pela nutrição clínica tende a se desinteressar pelo campo da nutrição em saúde coletiva e vice-versa. A falta de empoderamento e a incipiente exploração da dimensão dialógica e de experiências do sujeito na prática nutricional conduz o nutricionista a minimizar valores subjetivos, reduzindo o paciente ao problema nutricional ou à doença.

Em face desse cenário, torna-se necessário ampliar os instrumentos que possam subsidiar o trabalho integral do profissional no âmbito do cuidado nutricional. Desse modo, é importante que a anamnese nutricional seja constituída tanto de perguntas relacionadas ao

estado clínico-nutricional e social do sujeito quanto de questões que visem apreender aspectos subjetivos que podem estar envolvidos no processo saúde-nutrição-doença. Há de se considerar ainda a importância da construção de projetos dietoterapêuticos singulares com vistas à proposição dietoterapêutica pactuada com o usuário e à promoção da autonomia, corresponsabilização e empoderamento do sujeito.

Vale destacar que a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe o uso de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva, humanizada e efetiva¹³. “Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.”¹⁴

Assim, o presente estudo visa desenvolver instrumentos de cunho metodológico, neste caso uma Anamnese Nutricional Ampliada (ANAM) e um Projeto Dietoterapêutico Singular (PDS), para uma abordagem mais ampliada do cuidado nutricional.

O desenvolvimento das propostas

O processo de criação dos instrumentos metodológicos envolveu todas as dimensões anteriormente mencionadas e propostas por Demétrio *et al.*¹ e Demétrio⁵. Para tanto, tomou-se o modelo de anamnese utilizado em disciplinas, em especial da área de nutrição clínica, do curso de graduação em Nutrição da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), ampliando-a à luz da concepção de nutrição clínica ampliada^{1,5}, a fim de captar percepções do sujeito atribuídas ao corpo, à alimentação e à saúde-doença, entre outros sentidos e significados. Também, com o mesmo intuito, buscou-se a construção de um Projeto Dietoterapêutico Singular. Este foi desenvolvido pautando-se nos referenciais orientadores do Ministério da Saúde¹⁴ sobre Projeto Terapêutico Singular e na experiência dos autores no âmbito da APS (Atenção Primária à Saúde).

Considera-se que a Anamnese Nutricional Ampliada (Apêndice A) está sendo proposta, inicialmente, para o âmbito da nutrição primária à saúde, o que não impede que seja aperfeiçoada e adaptada para outros níveis de atenção.

O primeiro item da ANAM refere-se aos dados pessoais, socioeconômicos e culturais do usuário. Nesse campo considerou-se pertinente incluir informações sobre religião, bairro em que reside, condições de moradia, renda mensal familiar, escolaridade, se trabalha ou não. No item história clínica e experiência com a enfermidade buscou-se a compreensão do sujeito sobre a doença e o seu processo de adoecimento, com questionamentos sobre o problema de saúde atual, como se sente, o que causou o problema, se ocorreu alguma mudança, os tipos de tratamento acionados, sejam eles não apenas formais (biomédico ou alternativos/complementar, nutricional, psicológico, etc.), mas, também o informal (curandeiro, religioso, espiritualistas) e popular.

Na história clínica nutricional foram consideradas questões sobre a relação do sujeito com atendimentos nutricionais anteriores. Buscou-se saber se já havia se consultado com algum (a) nutricionista antes e como foi essa relação, se seguiu as orientações nutricionais prescritas e o que achou das orientações, entre outros questionamentos. Considerou-se, também, compreender o que o indivíduo entende sobre “fazer dieta” e “estar de dieta”.

No que tange aos modos de vida, considerou-se importante incluir: se etilista e/ou fumante, o tipo, quantidade e frequência com que consome a bebida e/ou cigarro, por que bebe/fuma, quando começou a beber, o que sente quando bebe/fuma, se tem pretensões em parar de beber/fumar ou não, ou de reduzir a sua frequência. Em relação ao trabalho, se envolve esforço físico, se sim, qual, se costuma se sentir cansado ou indisposto, se sente satisfeito com o seu trabalho, quantas horas têm de sono por dia, como classifica a qualidade do sono, e se pratica atividade física.

Sobre a avaliação dietética, além das questões já existentes na anamnese nutricional tomada como base, como: aversão ou alergia alimentar, utilização de suplementos nutricionais, ingestão hídrica, ritmo intestinal e urinário, busca-se também conhecer se o sujeito considera importante ter horários fixos para as refeições e por que, e quais são os seus horários, aonde se alimenta (fora de casa ou em casa), se costuma comer com alguém, quem prepara, quais são seus alimentos preferidos, se tem algum alimento que tem um significado importante para ele (a), qual (is), se acha que sua alimentação é saudável ou não, o que

entende por alimentação saudável, como vê a sua alimentação para a sua saúde e qual a importância da alimentação na sua vida.

No que se refere à avaliação antropométrica na anamnese, considerou-se a inclusão de algumas questões subjetivas sobre o corpo, como: o que o sujeito acha do seu corpo, como se sente em relação ao seu corpo, se desejaria ter outro peso, se sim, qual e por que, quais fatores ele (a) acha que pode interferir no seu peso, por que.

O Projeto Dietoterapêutico Singular (Apêndice B) está sendo proposto nesse estudo e foi elaborado com o objetivo de ser um instrumento de acompanhamento nutricional que pode ser utilizado no atendimento clínico, tanto no plano individual como coletivo. Nesse instrumento deve ser descrito um resumo sócio-clínico-nutricional do sujeito cuidado. O PDS apresenta-se no formato de um quadro e contém os seguintes itens para o cuidado nutricional: motivos para o cuidado, indicadores (clínicos e psicossocioculturais) dos motivos apresentados, onde consideram-se os parâmetros nutricionais utilizados entre outros. Também apresenta os objetivos, ações e metas nutricionais compartilhadas, onde são elencadas intervenções nutricionais a serem realizadas. Há também um campo para informações sobre expectativas do paciente/família com o cuidado nutricional. Considerou-se importante incluir, também, nesse instrumento a evolução nutricional do paciente, dificuldades na adesão aos cuidados propostos e os sentimentos envolvidos com o cuidado nutricional.

As propostas: a ANAM e o PDS

Em geral, as anamneses nutricionais tradicionais consideram a história clínica do paciente e outros parâmetros importantes para o diagnóstico nutricional: história nutricional, estilo de vida, avaliação dietética, exames físicos e bioquímicos e avaliação antropométrica. Todos estes parâmetros foram mantidos na anamnese nutricional ampliada, no entanto, foram ampliados de modo a apreender as subjetividades presentes no atendimento e a possibilitar a sua compreensão para além do biológico na prática clínica, considerando os sentidos às repostas atribuídas, e ainda os elementos não verbais envolvidos na avaliação nutricional.

Sendo assim, a anamnese nutricional proposta pode ser utilizada como um dispositivo metodológico no atendimento realizado pelo (a) nutricionista. A ANAM se configura como um instrumento que pode auxiliar o nutricionista no desenvolvimento de sensibilidade e dialogicidade integradas à dimensão técnica na relação nutricionista-paciente, uma vez que considera elementos subjetivos verbais e não-verbais importantes para um cuidado nutricional efetivo e satisfatório. *“É preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular”*¹⁴.

Além de uma ferramenta importante para o diagnóstico nutricional a ANAM, pode também facilitar ao profissional compreender os significados que o sujeito apresenta sobre a sua alimentação, sua saúde e seu corpo. No entanto, é necessário saber ouvir o que é dito, saber observar a linguagem não-verbal, saber silenciar quando necessário e considerar todos estes elementos durante o aconselhamento nutricional. É importante ainda imaginar-se no lugar do outro em todos os momentos da atenção nutricional, *“A empatia é a chave para uma comunicação sensível e para a compreensão do outro”*¹⁵. Propõe-se com essa ferramenta clínica que cada questionamento presente na mesma seja feito naturalmente, como num “roteiro” de uma conversa, preferencialmente, em mais de um encontro dietoterapêutico.

Geralmente não se faz uma abordagem integral em um encontro único, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.¹⁴

Conhecer a experiência do sujeito com a enfermidade e como ele lida e a compreende, quais racionalidades (biomédicas ou não) são acionadas, pode contribuir para a eficácia e efetividade das prescrições nutricionais, para a coparticipação e a autonomia do mesmo durante o cuidado nutricional. Buscar conhecer e entender como o sujeito lida com a enfermidade, como a percebe e a significa, quais sentimentos são atribuídos, favorece à compreensão dos aspectos psicológicos e socioculturais envolvidos nas relações e práticas de cuidado em saúde^{3,14}.

Compreender a dimensão subjetiva do adoecimento permite oferecer alternativas de condutas nutricionais coerentes com as especificidades socioculturais e contextuais, na qual o sujeito está inserido. Muitas vezes o indivíduo não se sente cuidado e tratado, mesmo que a prescrição dietética ou o plano alimentar proposto atendam as suas necessidades nutricionais,

bem como as patologias apresentadas, no entanto, deixam de considerar como este indivíduo lida com a doença e os aspectos subjetivos que a envolve⁵.

É preciso reconstruir e respeitar os motivos que ocasionam o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a sua vida. É importante entender suas construções simbólicas sobre o adoecimento e a saúde. É comum que doenças crônicas apareçam após um estresse ou fatos sociais, como falecimento de entes familiares, acidentes, desemprego, entre outros. Ou seja, passa a ser importante buscar conhecer, por exemplo, se antes de descobrir o seu problema de saúde atual, como o paciente percebeu que estava com o mesmo, o que sentiu quando descobriu o problema, se buscou algum tratamento e qual (is) foi (ram), se conseguiu seguir o tratamento proposto e por quê, se considera o seu problema de saúde uma doença e por quê, se considera o seu problema de saúde sério/grave e os por quês. Estes questionamentos podem possibilitar ao profissional compreender melhor as necessidades de saúde apresentadas e, dessa forma, contribuir para que o sujeito participe como corresponsável no processo de saúde-doença-cuidado, utilizando-se da problematização no contexto da clínica^{1,3,14}.

Buscar descobrir o sentido da doença para o indivíduo e perguntar: “o que acha que causou o seu problema de saúde atual?”, por exemplo, ajuda a entender quais redes de causalidade o sujeito atribui ao seu adoecimento. Em doenças crônicas como o diabetes, quando a sua primeira manifestação está associada a um evento psicossocial, como um falecimento ou a uma situação conflituosa familiar, as pioras do controle glicêmico poderão também estar muitas vezes relacionadas a eventos semelhantes (na perspectiva do sujeito acometido pelo diabetes). Assim, ao fazer essa pergunta o profissional pode ajudar o sujeito a reconhecer e a aprender a lidar com essas situações de forma menos adoecedora¹⁵, podendo ainda solicitar compartilhamento de cuidado com outros profissionais de saúde.

Questionamentos tais como: “Como acha que se desenvolve esse problema ao longo do tempo? O que sente uma pessoa que apresenta esse problema? Ocorreu alguma mudança no seu corpo (objetivo e subjetivo) a partir da presença (descoberta) desse problema de saúde? Qual (is)? Mudou algo na sua vida com a descoberta desse problema de saúde, se sim, o quê? O que espera acontecer com a evolução do seu problema de saúde? Que tipo de ajuda obteve após a descoberta de seu problema de saúde? A família colabora de alguma forma? Como? E o que acha dessa colaboração? Considera-se uma pessoa com saúde? Por quê?”, permitem

avaliar, por exemplo, se há negação da doença, se a doença é entendida como um problema ou não, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença, as quais se constituem em questões que podem ser úteis na elaboração de um projeto dietoterapêutico singular e integral, bem como favorecer a criação de estratégias nutricionais e de saúde que subsidiem uma melhor qualidade de vida ^{12, 15}.

Os questionamentos destinados à história clínico-nutricional permitem uma reflexão e problematização do que o sujeito entende sobre a a dietoterapia. Visa saber se o paciente já se consultou com algum nutricionista e como foi essa relação. Pode auxiliar o profissional a fim de não reproduzir atitudes e práticas que não foram bem vistas pelo paciente, bem como, propor uma conduta que seja satisfatória ao sujeito cuidado e a seu quadro clínico, que apresente menor potencial iatrogênico e que permita englobar outros saberes que permeiam a relação (ser) humano-alimentação-saúde, tais como cultura, gastronomia, hedonismo, tradição das sensações, padrões culinários, regionalismo ^{1,5}. A forma de comunicação nutricionista-paciente restrita apenas a conceitos e valores tecnocientíficos do profissional não facilita o entendimento do paciente, que por sua vez, abandona o seguimento do projeto nutricional proposto ^{1,5}.

Vale mencionar que não comemos apenas nutrientes e calorias para manter o funcionamento do corpo em nível adequado, o comer envolve seleção, escolhas, ocasiões e rituais, imbrica-se com a sociabilidade, com ideias e significados, com as interpretações de experiências e situações. Por isso, a avaliação e proposições dietéticas não devem se limitar apenas a saber o que se come, mas como se come e quais as razões e emoções envolvidas com o comer ^{1,4, 7}.

No cuidado nutricional ampliado, deve-se atentar para restrições alimentares que provocam uma vida de privações e possíveis julgamentos negativos. Isso porque o ato de comer consiste como um evento social carregado de significados sociais, de modo que as proibições alimentares podem acarretar (ou serem compreendidas pelo sujeito) como perdas sociais, em que o prazer de comer um alimento considerado, cientificamente, como “não-saudável” são acompanhados por inquietações, repreensões e culpa. Problematizar a construção de uma consciência alimentar sobre os excessos e os exageros no comer, entre outros, é necessário, porém cabe ao profissional estabelecer uma dialética alimentar reflexiva e negociar possibilidades junto ao sujeito que contemplem tanto os aspectos biológicos como

os socioculturais, com compartilhamento de saberes e decisões passíveis de serem executadas no cotidiano.

A avaliação nutricional ampliada deve transcender a dimensão antropométrica e integrar a percepção subjetiva de corpo e de alimentação do sujeito. Goldenberg e Ramos¹⁶ referem-se à civilização das formas, como a época hodierna onde o corpo belo, jovem e magro tornou-se objeto de consumo, exaltado, sobretudo, pelos meios de comunicação e pela publicidade. Em decorrência dessa preocupação com a dimensão estética, importantes implicações para a saúde e nutrição humanas são sentidas, especialmente, no público jovem, tais como: o recrudescimento de distúrbios alimentares ou da ingestão - na maioria das vezes sem orientação médica e/ou nutricional - de suplementos alimentares e de esteróides anabolizantes¹⁵. Nesse sentido, é proposto que durante a avaliação antropométrica o nutricionista busque compreender como o indivíduo se sente em relação ao seu peso/corpo, podendo contribuir para auxiliar melhor o sujeito a realizar escolhas alimentares que sejam menos danosa ou que apresentem menor risco à sua saúde, por exemplo.

Uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do Sujeito e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. Além disso, esta anamnese permite que os profissionais reconheçam as singularidades do Sujeito e os limites das classificações diagnósticas. A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do Sujeito no projeto de sua cura: autonomia.¹⁴

O projeto dietoterapêutico singular pode colaborar na prática clínica nutricional no acompanhamento da pessoa cuidada. Esse dispositivo apresenta espaço para a descrição de um resumo sócio-clínico-nutricional, o qual é importante para auxiliar na compreensão do sujeito e das demandas para o cuidado nutricional e, conseqüentemente, para definição das ações. Os “motivos para o cuidado”, presentes neste instrumento, se constituem das razões que motivaram o sujeito a procura por um atendimento nutricional numa perspectiva positiva de saúde, a qual não deve ser compreendida como ausência de doença ou incapacidades^{5,14,16}. Os “indicadores dos motivos apresentados” podem ser considerados os achados nutricionais – parâmetros bioquímicos, antropométricos e exame físico, entre outros motivos. Os “objetivos

nutricionais compartilhados” e as “expectativas do paciente/família com o cuidado” se propõem a atender as demandas elencadas pela pessoa cuidada e as observadas pelo nutricionista, integrando a dimensão e apoio familiar, as “ações de educação e metas nutricionais” se destinam ao que será realizado para atender às demandas clínico-nutricionais e expectativas do paciente. A “evolução do paciente”, as “dificuldades de adesão ao cuidado nutricional” e “os sentimentos envolvidos com o cuidado nutricional” poderão contribuir para pensar estratégias nutricionais e de saúde efetivas que auxiliem o sujeito no alcance dos objetivos co-produzidos.

O PDS pode se constituir como uma importante ferramenta gerenciadora do cuidado nutricional para o profissional de nutrição, uma vez em que configura um espaço individual e coletivo em que se pode falar tanto das dimensões de saúde, nutrição, como dos sentimentos e expectativas dos sujeitos em lidar com determinada situação. É um dispositivo que estimula o diálogo interdisciplinar, a co-participação e o trabalho em equipe no âmbito do cuidado integral em saúde, podendo contribuir para a satisfação dos usuários às propostas construídas.

A dimensão singular do sujeito é, pois, a essência do PDS. É o *locus* onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de criar produtos de saúde e nutrição: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-nutrição-doença-cuidado, entre outros ^{5,17}.

É importante salientar que, os instrumentos propostos são flexíveis à introdução de outras questões pertinentes ao contexto clínico específico no qual o nutricionista e a pessoa cuidada estejam inseridos. Assim, tanto a ANAM quanto o PDS tratam-se de dispositivos abertos a novas incorporações para um cuidado ampliado em saúde e nutrição, que podem ser ajustados conforme os diferentes contextos clínicos. Por outro lado, para a sua utilização no âmbito da pesquisa em alimentação, nutrição e saúde é necessária a realização de validação.

Considerações finais

Os dispositivos metodológicos propostos, quais sejam a ANAM e o PDS, visam contribuir para a definição do diagnóstico e da conduta nutricional, visto que permitem compreender hábitos alimentares, estado nutricional, mas, também, a compreensão de elementos subjetivos associados às suas práticas alimentares, crenças culturais, tabus, concepções de corpo e de saúde-doença, seus projetos de vida e felicidade.

Assim, trata-se de instrumentos com a finalidade de contribuir com a avaliação nutricional ampliada e auxiliar o nutricionista a elaborar propostas nutricionais compartilhadas e que envolvam mudanças gradativas na alimentação, fazendo com que o sujeito cuidado se adapte processualmente a estas mudanças. É mister ressaltar que algumas mudanças na alimentação podem gerar “sofrimento” para a pessoa cuidada, por isso, deve-se propor condutas “psicossociobioeducativas”, isto é, que atendam às suas necessidades psicológicas, sociais e biológicas de comer. É importante que o diálogo, e a escuta e o acolhimento se constituam em tecnologias leves de cuidado e que permeiem todas as etapas do atendimento nutricional.

Tanto a ANAM quanto o PDS poderão contribuir para que os profissionais reconheçam as singularidades do sujeito e os limites das classificações diagnósticas, proporcionando o entendimento de que corpo, saúde e doença são indissociáveis da vida das pessoas. A partir da percepção da complexidade do sujeito no cuidado nutricional, o profissional pode perceber que sua conduta não é uma ferramenta mágica que leva o educando a “obedecer a dieta” e tampouco a uma transformação automática de hábitos e práticas alimentares e de outros estilos de vida. Pelo contrário, a condução nutricional deve ser conscientizadora e libertadora, visando a construção coparticipativa no cuidado e intervenções nutricionais amplamente efetivas que gerem resultados satisfatórios aos pacientes.

A concepção da nutrição clínica ampliada pode contribuir para um cuidado mais humanizado e integral, e a elaboração e utilização de instrumentos metodológicos que considerem essas dimensões podem contribuir para uma atuação profissional mais humanizada e que atenda as singularidades da pessoa cuidada, ampliando o estabelecimento do vínculo profissional-paciente e, conseqüentemente, melhorando a adesão aos cuidados nutricionais.

Espera-se que os materiais propostos possam orientar o nutricionista na construção de um cuidado alimentar e nutricional crítico-reflexivo, compartilhado e dialógico, que busca atender efetivamente as demandas e expectativas da pessoa cuidada no âmbito da atenção primária à saúde.

Referências

1. Demétrio F, Paiva JB, Fróes AAG, Amparo-Santos L. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. Rev. Nutr. 2011; 24(5): 743-763.
2. Luz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do Século XX. Rev. Saúde Coletiva; 2005; 15 (Suplemento); 145- 176.
3. Bedrikow R, Campos GW. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. Rev Assoc Med Bras. 2011; 57(6): 610-613.
4. Castro JBP, Carvalho MCVS, Ferreira FR, Prado SD. "Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço!": a décalage como ferramenta para compreensão de práticas corporais e alimentares. Rev. Nutr. 2015; 28 (1): 99-108.
5. Demétrio F. A crise das práticas nutricionais em saúde-doença-cuidado e a possibilidade de construção de uma nutrição clínica ampliada e compartilhada. In: Souza MKB de; Tavares JSC. (Org.). Temas em Saúde Coletiva: gestão e atenção no SUS em debate. 1 Ed. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2014. Unidade 7.
6. Scagliusi FB, Alvarenga M, Philippi ST. Conceituação de alimentação saudável sob a perspectiva biopsicossocial. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Philippi ST. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole; 2011. Unidade 3.
7. Maciel ME. Identidade cultural e alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD (Orgs.) Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306 p.

8. Akerman M, Feurwerker L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde eu posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: Campos GWS. et al. Tratado de Saúde Coletiva: São Paulo: Hucitec, 2012, p. 171-186.
9. Freitas MCS, Minayo MCS, Fontes GAV. Sobre o campo da alimentação e nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):31-38.
10. Weil P, Tompakow R. O corpo fala. Petrópolis: Vozes; 1996.
11. Hackney H, Nye S. Aconselhamento: estratégias e objetivos. São Paulo: EPU; 1977.
12. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutr.* 2005; 18(1): 119-128.
13. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):63-72.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 15. Vinagre F. Acompanhamento Nutricional. 2013 [acesso 2015 mar 20]. Disponível em:< <https://prezi.com/vh5csi3tt2a5/copy-of-copy-of-acompanhamento-nutricional/> >.**
16. Goldenberg M, Ramos MS. A civilização das formas: o corpo como valor. In: Goldeberg M. (Org.). Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. p.19-40.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
18. Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 132(3):441-9.

APÊNDICE A

ANAMNESE NUTRICIONAL AMPLIADA

Data: ____/____/____

1. DADOS PESSOAIS E SOCIOECONÔMICOCULTURAIS:

- 1.1. Nome: _____ 1.2. Sexo: () M () F
1.3. Data de nascimento: ____/____/____ 1.4. Idade: _____ 1.5. Naturalidade: _____
1.6. Escolaridade: _____
1.7. Religião: _____ 1.8. Nº de membros na família: _____
1.9. Reside em casa: () própria () emprestada () alugada () outra _____
1.10. Como você considera o bairro em que vive: () tranqüilo () pouco violento () muito violento
1.11. Renda mensal familiar: _____ 1.12. Estado civil: _____
1.13. Cor de pele: _____ 1.14. Trabalha: Sim () Não ()

2. HISTÓRIA CLÍNICA E EXPERIÊNCIA DE SAÚDE-ENFERMIDADE:

- 2.1. História mórbida pregressa e atual:

- 2.2. Quando e como descobriu o seu problema de saúde atual?
Antes de descobrir o seu problema de saúde atual, como percebeu que estava com o mesmo?
- 2.3. O que sentiu quando descobriu o problema de saúde atual?
- 2.4. Buscou algum tratamento? Qual (is)? [não explorar apenas o tratamento formal (biomédico ou alternativo/complementar, nutricional, psicológico, etc.), mas o informal (curandeiro, religioso, espiritualistas...) e popular (automedicação, conselho de amigo, parente, vizinho) também]. Por quê?
- 2.5. Conseguiu seguir o tratamento proposto? Por quê? [caso a pessoa responda não, adentrar nas dificuldades encontradas para seguir o(s) tratamento(s)].
- 2.6. O sr. ou sra. considera o seu problema de saúde uma doença? Por quê?
- 2.7. O sr. ou sra. considera o seu problema de saúde sério/grave? Por quê?
- 2.8. O que o sr. ou sra. acha que causou o seu problema de saúde atual?
- 2.9. Como o sr. ou sra. acha que se desenvolve esse problema ao longo do tempo?
- 2.10. O que sente uma pessoa que apresenta esse problema?
- 2.11. Ocorreu alguma mudança no seu corpo (objetivo e subjetivo) a partir da presença (descoberta) desse problema de saúde? Qual (is)?
- 2.12. Mudou algo na sua vida com a descoberta desse problema de saúde? O quê?
- 2.13. O que espera acontecer com a evolução do seu problema de saúde?
- 2.14. Que tipo de ajuda obteve após a descoberta de seu problema de saúde?

2.15. A família colabora de alguma forma? Como? E o que o sr. ou sra. acha dessa colaboração?

2.16. O sr. ou sra. se considera uma pessoa com saúde? Por quê?

2.17. Medicamentos: Sim Qual (is) ? _____

Não

2.18. O que acha de tomar medicamento (remédio) todos os dias?

2.19. Há ocasiões em que o sr. ou sra. altera ou suspende a dose e horário do medicamento? Qual? Por quê? Quando?

2.20. História mórbida familiar: DM Obesidade IAM CA AVC HAS DSL
Outros : _____

3. HISTÓRIA NUTRICIONAL:

3.1. Já se consultou alguma vez com um Nutricionista antes? Sim () Não ()

3.2. Seguiu as orientações nutricionais prescritas? Sim () Não () Por quê? O que o sr. ou sra. achou destas orientações?

3.3. Já fez alguma dieta sem orientação profissional? Qual (is)? Por quê? Em que o sr. ou sra. se baseou para fazer essa dieta?

3.4. O que o sr. ou sra. entende por “fazer dieta” e “estar de dieta”?

3.5. Segue atualmente alguma orientação nutricional? Sim Não Por qual (is) motivo (s)? Qual profissional orientou? _____

3.6. No que você acha que o tratamento nutricional pode lhe ajudar?

4. MODOS DE VIDA

4.1. Etilismo: Sim Não Tipo / Quant. / Frequência:

4.2. Por que o sr. ou sra. bebe? Quando começou a beber? O que sente quando bebe?

4.3. Tabagismo: Sim Não Tipo / Quant. / Frequência:

4.4. Por que o sr. ou sra. fuma? Quando começou a fumar? O que sente quando fuma?

4.5. Ocupação/ cargo

4.6. Trabalho envolve esforço físico: Sim Não Qual: _____

4.7. Costuma se sentir cansado ou indisposto: Sim Não Especificar:

4.8. Horas de sono por dia (em média)? ≤ 5 / ≤ 6 / ≤ 7 / ≤ 8 / ≥ 8

4.9. Como você classifica a qualidade de seu sono? _____

Por quê? 4.10. Pratica atividade física? Sim Não Especificar:

_____ Por quê?

5. AVALIAÇÃO DIETÉTICA

5.1. Aversão Alimentar: Sim Não Especificar: _____ Por
quê?

5.2. Alergia Alimentar: Sim Não
Especificar: _____

5.3. Utiliza suplementos alimentares: Sim Não Especificar: _____ Por
quê?

5.4. Ritmo intestinal: Normal / Irregular / Especificar: _____

5.5. Ingestão de água diária em ml: ≤ 500 / ≤ 1000 / ≤ 1500 / ≤ 2000 / ≥ 2000

5.6. Costuma substituir água por bebidas gaseificadas (tipo H₂O, refrigerante...)? Sim Não
Por quê?

5.7. Toma líquido junto às refeições: Sim () Não () Quantos copos? _____ Por
quê? 5.8. Quantas refeições realiza por dia:

_____ Por quê?

5.9. Acha importante ter horários fixos para as refeições? Por quê? E quais são os seus?

5.10. Aonde se alimenta (fora de casa ou em casa):

5.11. Você costuma comer com alguém? Sim Não Por quê?

5.12. Quem prepara:

5.13. Quais são seus alimentos preferidos? _____

Por quê? 5.13.1. Tem algum alimento que tem um significado importante para o sr. ou sra.?
Qual (is) Por quê? Por quê?

5. 14. O sr. ou sra. acha que sua alimentação é saudável? Sim Não Por quê?

5. 14.1. O que o sr. ou sra. entende por alimentação saudável?

5.15. Como o sr. ou sra. vê a sua alimentação para a sua saúde?

5.16. Qual a importância da alimentação na sua vida?

5.17. Recordatório alimentar de 24h

Refeição/Horário	Alimentos consumidos	Quantidade (medida caseira)

--	--	--

6. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso (kg)		PCT		CB	
Altura (m)		PCSE		C abdominal	
IMC / kg /m ²		PCB		CP	
AMBc		PCSI			

6.1. O que o sr. ou sra acha de seu peso? Como se sente em relação a ele (observar satisfação ou não com o peso)?

6.2. Desejaria ter outro peso? Sim Não Qual? Por quê?

7. EXAME FÍSICO/CLÍNICO

7.1 Sinais

Estado de:

Unha Quebradiça: Sim () Não () Queda de cabelo: Sim () Não ()

Boca (gengiva, dentição): _____

Face: _____

Olhos: _____

Pele: _____

Nariz: _____

Mucosa: _____

Hematomas: _____

Abdômen: _____

Musculatura: _____

Presença de Edemas: _____

Depressão: _____

Agitação: _____

Aparência geral: _____

7.2. Sintomas:

() disfagia () odinofagia () pirose () outro (s)

Sente alguma dor (objetiva e subjetiva)? Sim () Não ()

Detalhar: _____ O que achou dessas perguntas? Por quê?

APÊNDICE B

Projeto Dietoterapêutico Singular (PDS)

RESUMO SOCIO-CLÍNICO-NUTRICIONAL DO SUJEITO CUIDADO:								
Motivos para o cuidado	Indicadores dos motivos apresentados	Objetivos nutricionais compartilhados	Ações de educação e metas nutricionais/ Compartilhamento com outros profissionais (se necessário)	Expectativas do paciente/família com o cuidado	Avaliação compartilhada das ações e metas nutricionais	Evolução do paciente	Sentimentos envolvidos com o cuidado nutricional	Dificuldades na adesão ao cuidado nutricional