



UNIVERSIDADE SOCIEDADE EDUCACIONAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANA CAROLINE LIMA
MONIQUE ARAUJO
SUELEN ALMEIDA SETTE

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DE JOINVILLE – SC**

JOINVILLE

2023

**ANA CAROLINE LIMA
MONIQUE ARAUJO
SUELEN SETTE**

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DE
JOINVILLE – SC**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Nutrição, da UNISOCIESC – Joinville/SC, como requisito à obtenção do título de bacharel.

Professor orientador: Vanessa Heidemann Grawe

JOINVILLE

2023

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente há Deus que nos concedeu a vida, sabedoria e auxílio nos obstáculos encontrados durante o caminho, para que este trabalho fosse concretizado.

Aos nossos pais, familiares, e amigos queridos, pelo apoio, e compreensão em todas as etapas desta graduação, vocês foram essenciais para que o nosso sonho fosse realizado.

A todos os professores que passaram pelo curso de nutrição da Unisociesc nos últimos quatro anos, pelos supervisores e preceptores de estágio, por todo o conhecimento e vivências nas diversas áreas de atuação, que foram compartilhados e pelo incentivo para conclusão do curso.

De modo especial agradecemos a professora Vanessa Heidemann Grawe, pela orientação, competência, incentivo, paciência, e correções, fundamental para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Agradecemos também aos membros da banca, por toda a atenção, motivação e contribuição, e aos nossos colegas de turma, pela parceria, apoio, paciência, em todos os momentos, por cada trabalho em grupo, e amizade, pessoas que serão inesquecíveis em nossa vida.

RESUMO

Este pré-projeto trata-se de um estudo quantitativo, qualitativo, descritivo e transversal, com o total de 100 indivíduos adultos e idosos, de ambos os sexos, internados nos setores de oncologia e traumatologia de um hospital público da cidade de Joinville/SC. O principal objetivo, é avaliar quais são fatores que influenciam no estado nutricional dos pacientes hospitalizados, de forma mais específica, avaliar o estado nutricional dos pacientes internados, descrever o perfil socioeconômico do paciente, identificação do risco nutricional do paciente, avaliação do consumo alimentar do paciente internado, e a avaliação entre estado nutricional e fatores socioeconômicas, enfermidades e dietética, através da aplicação de métodos de avaliação subjetivos (ASG, NRS), métodos objetivos (IMC, CB, CC, CP, exames bioquímicos) e aspectos relacionados ao estado nutricional do paciente (Doenças crônicas não Transmissíveis, e aceitação da dieta hospitalar). Espera-se como resultado, identificação de risco nutricional por meio da ASG e IMC, a avaliação do consumo alimentar e o estado nutricional de pacientes internados, e assim relacioná-los com os fatores sociodemográficos, com o tempo de internação, com a aceitação da dieta hospitalar, e com os níveis séricos de albumina.

Palavras chaves: Avaliação Nutricional; pacientes internados; serviço hospitalar de nutrição.

ABSTRACT

This pre-project is a quantitative, qualitative, descriptive, and cross-sectional study involving a total of 100 adult and elderly individuals of both sexes, admitted to the oncology and traumatology departments of a public hospital in the city of Joinville, Santa Catarina, Brazil. The main objective is to evaluate the factors influencing the nutritional status of hospitalized patients. Specifically, the study aims to assess the nutritional status of the hospitalized patients, describe their socioeconomic profile, identify nutritional risks, evaluate their dietary intake during hospitalization, and analyze the relationship between nutritional status and socioeconomic factors, diseases, and dietetics, using subjective assessment methods (SGA, NRS), objective methods (BMI, body circumference measurements, biochemical exams), and aspects related to the patients' nutritional status (chronic non-communicable diseases and acceptance of the hospital diet). The expected outcomes include identifying nutritional risks through SGA and BMI, assessing dietary intake and nutritional status of hospitalized patients, and exploring their associations with sociodemographic factors, length of hospital stay, acceptance of the hospital diet, and serum albumin levels.

Keywords: Nutritional Assessment; hospitalized patients; hospital nutrition service.

LISTA DE ABREVIATURAS

IBANUTRI – Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar	10
EM – Estado Nutricional	10
UTI - Unidade de Terapia Intensiva	10
SUS - Sistema Único de Saúde	15
OMS - Organização Mundial de Saúde	15
ASG - Avaliação Subjetiva Global	15
MNA – Mini Avaliação Nutricional	15
DCNTs – Doenças Crônicas não Transmissíveis	16
LGPB - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais	16
NRS - Nutritional Risk Screening	16
ESPEN - European Society for Clinical and Metabolism	16
IMC - Índice de Massa Corporal	17
KG – Quilos	20
CM – Centímetros	20
AJ - Altura do Joelho	20
CB - Circunferência de braço	20
CP - Circunferência de Panturrilha	20
CC - Circunferência de Cintura	20
Hb – Hemoglobina	23
Ht – Hematócrito	23
CTL - Contagem de Linfócitos Total	24
OR - Odds Ratios	24
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	25
CNS - Conselho Nacional de Saúde	26
ADA – American Dietetic Association	26
CMB - Circunferência Muscular de Braço	29
MCPA - Medidas Centrais da Pressão Arterial	30
DM2- Diabetes Mellito tipo 2	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Equações de estimativa de peso	20
Quadro 02 - Equações para estimativa de estatura	21
Quadro 03 – Classificação do estado nutricional para adultos conforme IMC	21
Quadro 04 – Classificação do estado nutricional para idosos conforme IMC	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Método do exame físico nutricional	18
Tabela 02 - Classificação do estado nutricional segundo a adequação da CB	22
Tabela 03 – Valores de referência para hemoglobina e hematócrito	23
Tabela 04 - Valores de referência para albumina sérica	24
Tabela 05 - Valores de referência para contagem total de linfócitos	24

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Cálculo de adequação da CB em porcentagem

22

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. PROBLEMA.....	12
3. HIPÓTESE.....	13
4. OBJETIVO.....	14
4.1 OBJETIVO GERAL	14
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5 METODOLOGIA	15
5.1 DESENHO DO ESTUDO	15
5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	15
5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	15
5.4 COLETA DE DADOS	15
5.4.1 Dados sociodemográficos e estilo de vida	16
5.4.2 NRS – 2002.....	16
5.4.3 Avaliação Subjetiva Global.....	17
5.4.4 Exame físico	17
5.4.6 Exames laboratoriais	24
5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA	25
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	25
6 REFERENCIAL TEÓRICO	26
6.1 EPIDEMIOLOGIA DA DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR	26
6.2 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO PACIENTE HOSPITALIZADO	27
6.2.1 Métodos subjetivos.....	27
6.2.1.3 Exame físico	28
6.2.1.2 Avaliação subjetiva global	29
6.2.2 Métodos objetivos.....	29
6.3 ASPECTOS RELACIONADOS AO ESTADO NUTRICIONAL DO PACIENTE ..	32
7 ORÇAMENTO.....	36
8 CRONOGRAMA	37
9 RESULTADOS ESPERADOS	38
10 REFERÊNCIAS.....	39
11 APÊNDICE.....	46

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que 50% dos pacientes internados na América Latina, são diagnosticados com desnutrição. No Brasil, segundo um estudo de 2001, Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBANUTRI), a prevalência de desnutrição alcançava cerca de 48,1% dos pacientes internados, e destes, 12,5% foram classificados com desnutrição grave, (CONITEC – SUS, 2021). A desnutrição é considerada uma das condições clínicas mais comuns em pacientes internados, causando um agravamento na saúde dos indivíduos e aumento na taxa de mortalidade, porém este dado é pouco reconhecido pelos sistemas de saúde. (KABASHNEH et al, 2022)

A desnutrição é comumente adquirida durante a internação hospitalar, segundo uma revisão na literatura publicada em 2022, onde 10% a 65% dos pacientes internados, eram previamente bem nutridos, e durante a internação apresentaram declínio nutricional (CASS; CHARLTON, 2022). O declínio nutricional na internação pode ser causado por influência de alguns fatores de risco, como a doença diagnosticada associada com comorbidades, a inapetência, efeitos colaterais dos medicamentos administrados e além disso, fatores sociais como o nível de escolaridade, idade avançada, e até negligências familiares e médicas, podendo gerar complicações. (TAQUES, 2022)

Entre as complicações da desnutrição proteico-calórica, principalmente em idosos, podemos citar: quedas, úlceras de pressão, podendo levar ao maior tempo de internação e condições clínicas mais graves, impactando também a taxa de mortalidade e vários estudos alegam que as situações citadas poderiam ser evitadas com a adequação do estado nutricional (EN) (BRUNNER et al, 2022).

Além da desnutrição, segundo uma revisão na literatura, publicada em 2022, constatou que existe um aumento de sobrepeso e obesidade em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e um paciente nesta condição, pode apresentar uma perda de massa muscular importante, a chamada obesidade sarcopênica, onde a intervenção nutricional pode atuar na melhora do quadro clínico. (DIKERSON et al, 2022)

A triagem nutricional associada a uma avaliação nutricional completa no ambiente hospitalar, é uma ferramenta utilizada para identificação do EN e

consequentemente uma intervenção nutricional mais assertiva, prevenindo o indivíduo de complicações mais graves. (TROLLEBO et al, 2022)

2 PROBLEMA

Quais são os fatores que influenciam no estado nutricional de pacientes internados em um hospital público de Joinville, SC?

3 HIPÓTESE

H0 - O estado nutricional do paciente internado é influenciado por fatores socioeconômicos, dietéticos e de enfermidades.

H1 - O estado nutricional do paciente internado não é influenciado por fatores socioeconômicos, dietéticos e de enfermidades.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar os fatores que influenciam no estado nutricional de pacientes internados em um hospital público de Joinville/SC.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o estado nutricional dos pacientes internados.
- Descrever o perfil socioeconômico dos pacientes.
- Identificar o risco nutricional dos pacientes.
- Avaliar o consumo alimentar dos pacientes internados.
- Avaliar associação do estado nutricional com fatores socioeconômicos e dietéticos.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, qualitativo, descritivo e transversal, com pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e internados no Hospital Municipal de Joinville/SC. Serão selecionados para a amostra populacional 100 indivíduos no total, sendo 50 indivíduos adultos com idade entre 19 e 60 anos completos, e 50 indivíduos idosos com idade acima de 60 anos, segundo a classificação Organização Mundial de Saúde (OMS), internados nos setores de oncologia e traumatologia, com permanência mínima de 24 horas no Hospital Municipal de Joinville/SC.

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos no estudo indivíduos adultos e idosos, com idades igual ou maior a 18 anos, de ambos os sexos, que estarão internados no referido hospital durante o período de coleta de dados, com permanência mínima de 24 horas, nos leitos: enfermarias de clínica médica, cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e emergências.

5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do estudo, quando impossibilidade de responder o questionário; não for possível coletar informações no prontuário, gestantes, e pacientes que não seja possível realizar a estimativa de peso e estatura por meio de equações padronizadas.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada nos meses de setembro a outubro de 2023, após o projeto ser aprovado pelo comitê de ética. Será utilizado um questionário específico para a pesquisa (APÊNDICE A), contendo perguntas sobre dados socioeconômicos, história clínica, exame físico, métodos subjetivos (Avaliação Subjetiva Global – ASG) e métodos objetivos de avaliação nutricional (antropometria e exames bioquímicos). Alguns dados serão obtidos diretamente do paciente pelo pesquisador e outro por meio de fichas utilizadas pelo serviço de nutrição do hospital, ou seja, as medidas serão realizadas por mais de um avaliador.

5.4.1 Dados sociodemográficos e estilo de vida

O estudo será realizado por meio de um questionário de forma online ou escrita que será aplicado diretamente com o paciente, acompanhante ou por meio do acesso ao prontuário eletrônico, o qual coletará dados do paciente como, nº de matrícula do hospital, data de nascimento, idade, sexo, etnia, ocupação, local de residência, quantidade de pessoas que moram na residência, nível de educação, renda mensal, número de automóveis, número de filhos, dados de estilo de vida como tabagismo, etilismo, atividade física, doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), data da internação, número de dias em permanência no hospital, motivo da internação, dieta atual prescrita. Após assinatura do Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais, em conformidade com a Lei nº 13.709 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), serão coletados os dados de identificação dos pacientes, iniciando então as avaliações.

5.4.2 NRS – 2002

Segundo Nunes e Marshall (2014) a Triagem de Risco Nutricional (NRS – 2002) é um método de triagem nutricional recomendado pela European Society for Clinical and Metabolism (ESPEN) que tem por objetivo detectar o risco de desenvolver desnutrição durante internação hospitalar, sendo de extrema importância aplicar em até 72 horas da chegada do paciente no hospital (NUNES; MARSHALL, 2014). O protocolo será dividido em 2 partes: a primeira, que contempla questões sobre a perda

ponderal não intencional nos últimos 3 meses, o Índice de Massa Corporal (IMC), a ingestão alimentar diminuída na última semana e a gravidade da doença (paciente grave ou crítico). Para qualquer resposta positiva, dá-se continuidade ao preenchimento do formulário; a segunda, que aborda sobre fatores de estresse da doença e os fatores de agravamento do estado nutricional e, ainda, considera pacientes idosos com idade igual ou acima de 70 anos como tendo fator de risco adicional. Os pacientes serão classificados em risco nutricional se o escore total for maior ou igual a três (≥ 3 pontos) e sem risco nutricional se escore menor do que três (< 3 pontos). Na ausência de risco nutricional, deve-se repetir o questionário em 7 (sete) dias (LINDOSO *et al.*, 2016).

5.4.3 Avaliação Subjetiva Global

A ASG consiste em um questionário simples, e de acessível custo, com objetivo de identificar pacientes com risco de desenvolver complicações associadas ao estado nutricional durante a internação. Este instrumento é dividido em duas partes: história clínica do paciente (peso, alterações na ingestão dietética, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional relacionada ao estado nutricional) e exame físico. Os pacientes serão classificados como: A – Bem nutrido, B = desnutrido moderado e C= desnutrido grave (A ZEVEDO; OLIVEIRA; SOARES, 2016).

5.4.4 Exame físico

O exame físico (Tabela 1), baseia-se nas habilidades do examinador em olhar, ouvir e sentir, ou seja, utiliza todos os sentidos do examinador para distinguir variações do usual. Os sinais são os resultados do exame físico, sendo definidos como observações feitas por um examinador qualificado. As informações obtidas durante o exame físico adicionam profundidade e perspectiva únicas para a avaliação nutricional. Portanto, o aprendizado e a prática do exame físico nutricional proporcionam maior entendimento em conjunto com dados antropométricos e sinais clínicos, e flexibilidade aos nutricionistas. De maneira didática, o exame físico pode ser dividido em: tecidos de regeneração rápida e sistemas corporais; massa gorda e

muscular e condição hídrica corporal. O exame deve ser realizado de forma ordenada e progressiva, a partir da cabeça até a região plantar. Inicia-se pelo cabelo, seguido dos olhos, narinas, face, boca (lábios, dentes, língua), pescoço (tireóide), tórax (abdome), membros superiores (unhas, região palmar) e inferiores (quadríceps, joelho, tornozelo, região plantar), pele e sistemas (cardiovascular, neurológico, respiratório e gastrointestinal); (OLIVEIRA et al., 2012).

Na anamnese será questionado ao paciente sobre o exame físico, além disso, será rastreado informações sobre o nível de atividade física e mobilidade, história clínica individual e familiar, história pregressa do paciente relacionada à nutrição, aplicação do Questionário de Frequência Alimentar (ELSA-BRASIL), identificação do nível socioeconômico, intolerâncias, aversões, alergias e restrições alimentares, alterações ponderais recentes, medicamentos em uso, queixas, sinais e sintomas, estes em especial do sistema digestório, exames bioquímicos prévios e atuais (FIDELIX et al., 2014).

Na tabela 1 a seguir apresenta indicadores para exame físico nutricional:

Tabela 1: Método do exame físico nutricional

Região/ situação exa- minada	Característica(s) a ser(em) avaliada(s)	Características em condições normais
Cabelo	Coloração, brilho, quantidade, espessura, hidratação, ocorrência de alopecia.	Brilhantes, firmes e difíceis de arrancar, aparência normal e espessa, crescimento normal, macios ao tato e coloração adequada.
Face	Estado geral, condição físico. Presença de edema ou depleção (sinal de chave – exposição do arco zigomático). Apresentação de: palidez, atrofia unilateral ou bitemporal. Fácies agudo: exausto, cansado, não consegue manter os olhos abertos por muito tempo; Fácies crônico: aparência deprimida, triste, pouco diálogo.	Bom Estado Geral, sem sinais de depleção ou edema.
Olhos	Aspecto, cor das mucosas e membranas, sinais de excesso de nutrientes – xantelasma, arco córneo lipídico, sinais de deficiência de nutrientes: desnutrição – olhos escavados, escuros e flacidez ao redor, hipovitaminoses – xeroftalmia, nictalopia, etc.	Brilhantes, membranas róseas e úmidas, sem manchas e boa adaptação visual no escuro.
Lábios	Coloração da mucosa, presença de lesões decorrentes de hipovitaminoses.	Lábios macios e sem inflamações.
Língua	Coloração, integridade papilar, edema, espessamento.	Língua vermelha, sem edema, com superfície normal e paladar preservado.
Gengivas	Edema, porosidade e sangramento	Ausência de sangramentos e edema.
Peças dentárias	Presença de cáries, ausência de peças dentárias, uso de prótese (bem adaptada ou não), alterações em função de excesso ou escassez de nutrientes.	Arcada dentária íntegra, sem ausência de peças dentárias ou uso de prótese bem adaptada – não ocasionar comprometimento da mastigação.

Fonte: Adaptado de Bevilacqua (1997); Martins (2008)

5.4.5 Avaliação antropométrica

As medidas antropométricas utilizadas na pesquisa serão: Peso (kg), estatura (cm), altura do joelho (AJ), índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP), e circunferência de cintura (CC).

- **Peso corporal**

Para a aferição de peso será utilizada uma balança digital portátil com capacidade de até 200 kg, adotando-se as técnicas de Gordon, Chumlea e Roche (1988). No momento da aferição o paciente deverá estar vestindo o mínimo de roupas possíveis, sem calçados e acessórios. A medida será duplamente mensurada e considerada a média entre ambas para a análise estatística dos dados. Caso impossibilidade de aferição, será utilizada o peso mais recente registrado no prontuário do paciente ou realizado estimativa de peso através das equações de Chumlea descritas no quadro 1, segundo o sexo e cor, utilizando-se as medidas da circunferência do braço (CB) e altura do joelho (AJ).

Quadro 1 – Equações de estimativa de peso

Região/ situação exa- minada	Característica(s) a ser(em) avaliada(s)	Características em condições normais
Pele	Cor, pigmentação, integridade, turgor, presença de edema, brilho e temperatura, manifestações decorrentes de deficiência ou excesso de nutrientes.	Cor uniforme, lisa, aparência saudável, turgor preservados ou compatíveis com a idade (no caso de idosos).
Unhas	Forma, ângulo, coloração, contorno, rigidez e presença de micoses.	Uniformes, arredondadas, lisas e firmes.
Abdôme	Quanto à rigidez: flácido ou tenso; quanto ao volume: distendido, plano, globoso ou escavado; quanto à presença de gases: poucos gases (normal), maciez (quando há tumor) ou timpânico.	Ausência das alterações referidas.
Tecido subcutâneo	Excesso de tecido adiposo, ou déficit de tecido subcutâneo – flacidez; presença de edema*.	Ausência das alterações referidas.
Tecido Muscular esquelético	Retração ou atrofia	Ausência das alterações referidas.
Sistema nervoso	Perdas do controle na contração ou parestesias	Ausência das alterações referidas.
Condição hídrica	Desidratação ou edema*	Ausência das alterações referidas.

SEXO FEMININO		
NEGRO	19 A 59 anos	Peso = (AJ x 1,24) + (CB x 2,97) – 82,48
	60 a 80 anos	Peso = (AJ x 1,50) + (CB x 2,58) – 84,2
BRANCO	19 A 59 anos	Peso = (AJ x 1,01) + (CB x 2,81) – 66,04
	60 a 80 anos	Peso = (AJ x 1,09) + (CB x 2,68) – 65,5
SEXO MASCULINO		
NEGRO	19 A 59 anos	Peso = (AJ x 1,09) + (CB x 3,14) – 83,72
	60 a 80 anos	Peso = (AJ x 0,44) + (CB x 2,86) – 39,21
BRANCO	19 A 59 anos	Peso = (AJ x 1,19) + (CB x 3,14) – 86,82
	60 a 80 anos	Peso = (AJ x 1,10) + (CB x 3,07) – 75,81
AJ: altura do joelho; CB: circunferência braquial; CP: circunferência da panturrilha.		

Fonte: CHUMLEA, 1988

- Estatura

Para aferição de estatura será utilizado um estadiômetro da marca Sanny®, com faixa de medição até 210 cm. A estatura será aferida de acordo com a metodologia descrita por Gordon, Chumlea e Roche (1988). O paciente deverá estar descalço e ter o peso igualmente distribuídos entre os pés, os braços estendidos ao longo do corpo e calcanhares juntos, a cabeça deverá ficar ereta, com os olhos fixos a frente ou no plano horizontal de Frankfurt. A medida será duplamente mensurada pelo mesmo avaliador, sendo considerada a média entre ambas para análise dos dados.

Para os pacientes acamados, nos quais a aferição da estatura real não for possível, será realizada estimativa de estatura de acordo com o sexo, idade e cor, utilizando-se a AJ. Serão utilizadas as equações de Chumlea descritas no quadro 2.

Quadro 2 – Equações para estimativa de estatura

Homem de 18 a 60 anos (brancos) / A= [71,85 + 1,88 x AJ]
Homem de 18 a 60 anos (negros) / A= [73,42 + 1,79 x AJ]
Mulheres de 18 a 60 anos (brancas) / A= [70,25 + (1,87 x AJ) – 0,06 x Id]
Mulheres de 18 a 60 anos (negras) / A= [68,10 + (1,87 x AJ) – 0,06 x Id]
Homem > 60 anos / A= [64,19 – (0,04 x idade) + (2,02 x altura do joelho em cm)]
Mulheres > 60 anos / A= [84,88 – (0,24 x idade) + (1,83 x altura do joelho em cm)]

Fonte: CHUMLEA et al., (1985)

- Altura do joelho (AJ)

A medida da altura do joelho dos pacientes acamados ou sem condições de deambular será realizada com uma fita inelástica, com capacidade de medição de 200 cm. A medida é obtida por meio do comprimento do calcanhar e a superfície anterior da perna na altura do joelho e é realizada com o paciente na posição supina, com joelho flexionado em ângulo de 90°.

- Índice de massa corporal (IMC)

O IMC é obtido por meio da divisão do peso (kg) pela estatura (m) elevada ao quadrado. Com base no cálculo de IMC o estado nutricional será classificado de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (OMS) para adultos conforme descrito no quadro 3 e por Lipschitz (1994) para idosos conforme quadro 3.

Quadro 3: Classificação do estado nutricional conforme IMC para adultos.

IMC (kg/m ²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: OMS (1995)

Quadro 4: Classificação do estado nutricional conforme IMC para adultos.

IMC (kg/m ²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo Peso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz (1994)

- Circunferência do braço (CB)

Para obtenção da medida da CB, o braço do indivíduo deverá estar flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90°. O ponto médio entre o acrômio e o olecrano deve ser identificado e marcado. O indivíduo deverá estender o braço

ao longo do corpo com a palma da mão voltada para a coxa, enquanto o avaliador contorna com auxílio de uma fita inelástica, da marca FITMETRIA com capacidade de medição de 200 cm, o ponto marcado.

O cálculo de adequação será obtido por meio da fórmula apresentada na figura 1, utilizando o percentil 50 da CB da população referência.

Figura 1 – Cálculo adequação da CB em porcentagem

$$\text{Adequação da CB (\%)} = \frac{\text{CB obtida (cm)}}{\text{CB percentil 50 (cm)}} \times 100$$

Fonte: Rossi (2019)

Para classificação do estado nutricional segundo o percentual da CB será utilizada a classificação descrita na tabela 2.

Tabela 2 – Classificação do estado nutricional segundo adequação da CB.

Circunferência do braço (%)	Estado nutricional
<90	Desnutrição
90 – 110	Eutrofia
> 110	Sobrepeso

Fonte: Blackburn; Thornton (1979)

- **Circunferência da panturrilha (CP)**

A aferição da circunferência da panturrilha (CP) será realizada com o indivíduo em pé, sentado ou deitado na posição supina (com o joelho flexionado a um ângulo de 90°). A medida será obtida com a fita inelástica, com capacidade de medição de 200 cm, na área de maior diâmetro da panturrilha e classificada de acordo com a OMS (1995) para ambos os sexos, onde valores superiores a 31cm indica boa reserva muscular e valores menores de 31cm indicam depleção proteica.

- **Circunferência da cintura (CC)**

A CC será aferida utilizando-se uma fita inelástica, com capacidade de medição de 200 cm. A CC será aferida com o participante posicionado em pé, de frente para o aferidor, a medida será obtida pela circunferência do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, conforme recomendado pela OMS (2008) e classificada como risco cardiovascular elevado para homens valores ≥ 94 cm e para mulheres ≥ 80 cm (OMS, 2000).

5.4.6 Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais que serão obtidos através do prontuário do paciente, para uma estimativa do estado nutricional dos pacientes são: hemoglobina, hematócrito, albumina e linfócitos totais.

- Hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht)

Para classificação dos níveis de Hb e Ht, estes serão comparados com os valores de referência expresso na tabela 3.

Tabela 3 – Valores de referência para hemoglobina e hematócrito

Faixa etária	Eritrócitos (milhões/mm ³)	Hemoglobina (g/dL)	Hematócrito (ml, eritróc./dL)
Adultos (>16 anos)	M: 4,30 a 5,70 F: 3,90 a 5,00	M: 13,5 a 17,5 F: 12,0 a 15,5	M: 39,0 a 50,0 F: 35,0 a 45,0

Fonte: Rossi (2019)

- Albumina

Os valores de albumina serão comparados com os valores de referência conforme tabela 4.

Tabela 4 – Valores de referência da albumina sérica.

Exame Laboratorial	Valores de referência
Albumina sérica	Nutrido: > 3,5mg/dL
	Levemente desnutrido: 3 a 3,5 mg/dL
	Moderadamente desnutrido: 2,4 a 2,9 mg/dL
	Gravemente desnutrido: <2,4 mg/dL

Fonte: Lima (2022)

- Contagem total de linfócitos

A contagem total de linfócitos (CTL) pode ser calculada a partir dos dados do leucograma, utilizando a porcentagem de linfócitos vezes leucócitos dividido por 100. Os resultados serão comparados com os pontos de corte conforme tabela 5.

Tabela 5 – Valores de referência para classificação de contagem total de linfócitos

Exame laboratorial	Valores de referência
Contagem de linfócitos	20 a 30%(1.500 a 2.500 células/mm ³)

Fonte: Lima (2022)

5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados serão armazenados em banco de dados no programa Excel (Microsoft Office 2010) e analisados no programa SPSS®. Serão calculadas medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas, e distribuição de frequência para variáveis categóricas. Para analisar a associação das diferentes variáveis no desfecho, serão estimados os Odds Ratios (OR) e os intervalos de confiança de 95%, utilizando-se análise de regressão logística. O teste de normalidade será verificado pelo teste de Kolmogorov Smirnov. Todos os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo será submetido ao comitê de ética em pesquisa e será desenvolvido seguindo os preceitos éticos conforme Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) que regulamenta pesquisas em seres humanos. O objetivo, riscos e benefícios dos estudos para os participantes, informações sobre a continuidade do projeto, serão informados aos participantes. Quando houver compreensão, esclarecimento e concordância em participar do estudo, o paciente assinará o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, sendo uma para o mesmo e a outra para o pesquisador principal. Os formulários utilizados durante as pesquisas ficaram armazenados durante o período máximo de cinco anos, sob responsabilidade do coordenador do estudo, sendo posteriormente, picotados de forma a unitizar-se completamente suas informações. O anonimato dos participantes será garantido durante a divulgação científica dos resultados desta pesquisa.

O TCLE deve ser elaborado de maneira clara e objetiva, em uma linguagem acessível aos participantes, e deve conter informações como o nome e qualificação dos pesquisadores, os objetivos e a metodologia do estudo, os possíveis benefícios e riscos envolvidos, os direitos dos participantes, as formas de contato com os pesquisadores para esclarecer dúvidas, entre outras informações relevantes.

Após receber o TCLE, o participante deve ler com atenção e, caso concorde em participar do estudo, deve assiná-lo voluntariamente. É importante ressaltar que a assinatura do TCLE não é um contrato, mas sim uma manifestação de consentimento livre e esclarecido do participante. O TCLE também pode ser revogado a qualquer momento, caso o participante decida não continuar no estudo.

O uso do TCLE é obrigatório em pesquisas com seres humanos e sua elaboração deve seguir as diretrizes do Código de Ética em Pesquisa da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

6 REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 EPIDEMIOLOGIA DA DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR

A desnutrição hospitalar adquirida durante a internação, é capaz de agravar o quadro clínico do paciente, uma vez que afeta a qualidade de vida, elevando as chances de contrair infecções e outras doenças, e assim, estender o tempo de internação, que por consequência, gera aumentos significativos nos gastos para o sistema de saúde. De acordo com o fato apresentado, aproximadamente 60 a 65% dos pacientes desenvolvem a desnutrição por consequência de várias situações nos quais são expostos, como reações de medicamentos, recusa dos alimentos que são ofertados e períodos em jejum (BELLANTI, 2022).

Em relação a nutrição, segundo a American Dietetic Association (ADA) é utilizado para caracterizar o cuidado nutricional como um processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, o que inclui a avaliação do estado nutricional do indivíduo, o estabelecimento de métodos das necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação da avaliação do cuidado nutricional (PEDROSO et al., 2012).

Sendo assim, a melhor maneira para prevenir e tratar agravos é o conhecimento das competências do nutricionista clínico por todos os profissionais da equipe multiprofissional, para assim ter uma melhora como um todo do paciente (OLIVEIRA et al., 2020).

6.2 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO PACIENTE HOSPITALIZADO

A avaliação nutricional do paciente hospitalizado, é um conjunto de dados coletados durante o atendimento nutricional, classificados em métodos subjetivos e métodos objetivos, os quais são associados a alimentação, estilo de vida e história médica do paciente.

Métodos subjetivos podem ser divididos em aplicação da Nutritional Risk Screening (NRS, 2002), exame físico e Avaliação Subjetiva Global (ASG). Já os métodos objetivos, é composto pelo cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência do Braço (CB), Circunferência de Panturrilha (CP), Circunferência de Cintura (CC) e exames bioquímicos.

6.2.1 Métodos subjetivos

6.2.1.1 NRS-2002

A avaliação NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002) foi elaborada por Kondru et al. (2003) e validado em 2003, a partir de 128 ensaios clínicos randomizados. Em cada ensaio clínico, os grupos foram classificados em relação ao seu estado nutricional e a sua gravidade, e assim determinado se o efeito da terapia nutricional no quadra clínico era positivo, negativo ou ausente. (KONDRUP et al., 2003).

Entre os grupos estudados foi analisado que a grande maioria era identificado como nutricionalmente em risco e apresentado efeito positivo da intervenção nutricional, mostrando que a ferramenta foi capaz de identificar pacientes que se beneficiaram desse suporte nutricional. (KONDRUP et al., 2003).

A NRS-2002 é utilizada para realizar uma triagem de risco nutricional em pacientes hospitalizados. É considerada pela ESPEN como um método de padrão ouro para identificação de desnutrição ou risco de desenvolvê-la. É aplicado em pacientes adultos de qualquer idade e portadores de qualquer doença. (KONDRUP et al., 2003 KONDRUP; ALLISON; ELIA; VELLAS; PLAETH, 2003)

Para a avaliação da NRS-2002 é levado em consideração cinco critérios: Índice de massa corporal (IMC), perda de peso não intencional em um período de um a três meses, redução no apetite e ingestão alimentar, alterações metabólicas, gravidade da doença e idade igual ou superior a 70 anos, (KONDRUP et al., 2003).

6.2.1.2 Mini Avaliação Nutricional (MNA)

Mini Avaliação Nutricional (MNA) é um método de triagem nutricional com objetivo de identificar o risco de desnutrição por um meio não invasivo. (MORAES et al., 2020). A MNA também tem a função de avaliar o estado nutricional do paciente, ele consiste em um questionário dividido em duas partes, a primeira seria a Triagem (MNA-SF) e a segunda seria a avaliação global (MNA) (MORAES et al., 2020).

A MNA pode ser utilizada em pacientes hospitalizados e laboratoriais, além de levar em considerações alterações psicológicas como depressão e isolamento (PAZ RC, 2018).

6.2.1.3 Exame físico

A realização do exame físico é essencial, nele é avaliado uma série de dados do paciente, como a avaliação antropométrica e os sinais clínicos. De primeiro momento deve ser observado o paciente da cabeça até o plantar (LOPES, 2019).

De acordo com Sampaio (2012) são avaliados os seguintes critérios:

- Cabelo: coloração, brilho e hidratação

- Face: presença de edemas, palidez, atrofia unilateral e bilateral, sensação de cansaço, aparência deprimida ou triste.
- Olhos: presença de xantelasma, sinais de deficiência de nutrientes e flacidez.
- Lábios: feridas e a coloração da mucosa.
- Língua: coloração e integridade.
- Gengivas: sangramento, edema ou porosidade.
- Pele: coloração, presença de edemas e brilho.
- Unhas: rigidez, presença de micose e coloração.
- Abdome: rigidez e volume.

Para realizar essa análise vai ser utilizado o ANEXO A (UNISOCIESC,2023)

6.2.1.2 Avaliação subjetiva global

A ASG foi desenvolvida por Baker et al. (1982) e padronizada por Detsky et al. (1987), sua proposta inicial foi utilizada em pacientes cirúrgicos, porém atualmente ela tem sido utilizada em pacientes clínicos, idosos e internados.

A ASG é capaz de triar os pacientes em: saudáveis, moderado ou com grave risco nutricional, na nutrição esse método é utilizado para avaliar o estado nutricional do paciente, com base nas informações coletadas na anamnese. Nele pode se observar alguns critérios clínicos e exames físicos, como alterações no peso, ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais e capacidade funcional (KONDRUP J,et al; 2003 et al; CALAZANS, 2015).

6.2.2 Métodos objetivos

Para a prescrição nutricional individualizada, adequada e acompanhamento nutricional dos pacientes internados, além da coleta de dados subjetivos, é necessário realizar a coleta de dados objetivos, que basicamente são os parâmetros antropométricos como o peso, altura, circunferências e análise de exames bioquímicos (SILVA, et al. 2012).

- Índice de massa corporal

No século XIX, o cientista belga, Adolphe Quetelet, criou um método estatístico, e desenvolveu tabelas relacionando o peso e a estatura com a finalidade de estudar suas relações, que mais tarde o método foi nomeado como Índice de Massa Corporal (IMC) (GARABED, 2008).

Diante disto, a OMS, define o IMC, como parâmetro de diagnóstico do sobrepeso e obesidade, relacionando o resultado com a adiposidade, epidemiologia e a morbimortalidade associada à obesidade (ARAÚJO, 2018).

Entretanto, a precisão do resultado do cálculo, possui caráter duvidoso, uma vez que o cálculo do IMC não considera a composição corporal e a distribuição da gordura corporal, no qual poderá ser afetada devido o sexo, raça e idade (ARAÚJO, 2018).

De acordo com o fato, uma revisão retrospectiva, comparou um grupo com controle de peso normal, com grupos de baixo peso, sobrepeso, obesidade, obesidade grave e obesidade mórbida em diversos fatores, entre eles comorbidades, tempo de internação e complicações, como resultado em uma das pesquisas, sugere que tanto os índices altos quanto os índices baixos estão positivamente associados à mortalidade, ou seja, um índice baixo ou elevado de massa corporal, não possui interferência direta com comorbidades, tempo de internação e complicações. (SOLIMAN, 2022)

- Circunferência do braço (CB)

Uma das ferramentas utilizadas para avaliação do estado nutricional por meio de medidas antropométricas, é a circunferência do braço (CB) associada a circunferência muscular do braço (CMB), como pode-se observar em um estudo publicado em 2022, no qual avaliou a possível intercambialidade da análise de impedância bioelétrica com as aferições manuais, aplicada em 112 idosos japoneses, como resultado, os dois métodos apresentaram valores substitutivos, onde a diminuição da circunferência muscular braquial possui relação com a sarcopenia, ou seja, a CB e a CMB, são ferramentas válidas para avaliação nutricional de idosos (SATO et al., 2022)

Uma pesquisa realizada no ano de 2014, em Xangai na China, com um total de 6.287 adultos de meia-idade e idosos, investigou a relação entre a medida circunferência do braço com o risco cardiovascular, apresentando uma associação

positiva, sendo assim um método que pode ser utilizado para prevenção de doenças cardiovasculares como aterosclerose (HOU et al., 2019).

- Circunferência da panturrilha (CP)

A avaliação da composição corporal do paciente hospitalizado é indispensável, principalmente nos pacientes idosos, maiores de 60 anos, devido ao maior risco de depleção proteica. Para a avaliação deste marcador, o método mais utilizado no Brasil é a aferição da circunferência de panturrilha (CP), devido ao baixo custo e facilidade para aplicá-la. (PAGOTTO et al., 2018).

Segundo uma revisão sistemática e meta-análise publicada em 2022, a CP é uma medida simples e adequada para avaliação do estado nutricional, por apresentar associação entre a CP baixa e a mortalidade no grupo de pacientes de alto risco. A aferição da CP pode ser considerada como um método de prevenção e assim é possível o início de intervenções nutricionais e programas de exercícios (WEI et al., 2022).

- Circunferência da cintura (CC)

A circunferência de cintura (CC), encontra-se no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca; em estudos observou-se que existe diferença considerável na medida antropométrica de CC entre homens e mulheres, capaz de revelar risco de doenças metabólicas devido a presença de adiposidade visceral (ROSSI et al., 2019).

De acordo com um estudo observacional com 240 participantes, de um hospital universitário, o qual foi realizado aferição de medidas antropométricas e Medidas Centrais da Pressão Arterial (MCPA), a CC possui uma forte relação com as doenças cardiovasculares, mostrando que existe uma relação entre a rigidez arterial e o aumento da CC, podendo ser utilizada como auxílio no tratamento precoce e prevenção de DCV (GUIMARÃES et al., 2022).

Na literatura ainda há evidências sobre a circunferência de cintura e o desenvolvimento de Diabetes melito tipo 2 (DM2), observado em um estudo transversal publicado em 2022, com o objetivo de associar a predisposição para a doença DM2, avaliando o IMC e a CC, incluindo 69.388 indivíduos, homens e

mulheres, acima de 60 anos, o estudo concluiu que a elevada CC no grupo homens foi o maior preditor de DM2 (BAI et al., 2022).

A elevada CC, indica aumento de gordura visceral na região abdominal, facilitando a alta dosagem de adipocinas na veia porta para o fígado e outros órgãos, levando ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (DHAWAN,SHARMA, 2020).

- Exames bioquímicos

A alimentação inadequada, inflamações e excreção de nitrogênio, por exemplo, podem exigir elevação da taxa metabólica basal, e elevação nos níveis séricos de macronutrientes e micronutrientes, causando alterações nos exames bioquímicos dos pacientes. (PAZ, 2016)

Alguns marcadores bioquímicos já são utilizados na prática clínica para avaliação do estado nutricional e prevenção de DCNT, como colesterol, onde seu aumento pode estar associado ao risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Outro marcador é a albumina, que auxilia no diagnóstico de desnutrição grave. Além destes citados, a proteína C-reativa, também pode ser utilizada como indicador de inflamações em fase aguda, neoplasias e indicar risco de doenças cardiovasculares, e acidente vascular cerebral. (LIMA et al., 2022)

De acordo com uma pesquisa, com objetivo de avaliar o estado nutricional de indivíduos em situação de rua, com o auxílio de marcadores bioquímicos como: albuminas, proteínas totais, hemograma completo, colesterol total, triglicerídeos, glicose e ferro. Como resultado, a albumina sérica foi um importante marcador para detecção de desnutrição grave (NASZYDIOWSKA et al., 2021)

6.3 ASPECTOS RELACIONADOS AO ESTADO NUTRICIONAL DO PACIENTE

De acordo com MEDEIROS et al. (2021 p. 45) define que os aspectos relacionados ao estado nutricional tendem a piorar diante da desnutrição hospitalar, as situações que alteram estado nutricional do paciente são: alteração cardiovascular, função respiratória, gastrointestinal, renal, imunológica aumentando risco de

infecções, doença de base, grau socioeconômico familiar consequentemente com isso um maior tempo no ambiente de hospitalar com maior custo e diminuição qualidade de vida do paciente.

Segundo autor ROSSI et al (2015 p. 17) acredita que existem vários fatores que influencia diretamente na aceitação da dieta, de modo que interfira na alteração de peso, e no tempo de internação, o que pode gerar uma desnutrição intra-hospitalar. Também observamos que alguns destes fatores são: patologia, inapetência, falta de palatabilidade, incapacidade de escolhas da ingestão de alimentos ou má-absorção e o próprio ambiente hospitalar.

Segundo MEDEIROS et al. (2021 p. 45) as situações de risco nutricional, além de uma ingesta mínima do paciente, é a limitação de ingestão hídrica, vulnerabilidade hemodinâmica, limitação da absorção e interação fármaco-nutriente, pode se notar pela dificuldade dos profissionais de saúde em atender todos os pacientes em relação ao cuidado nutricional, levando à ausência da avaliação nutricional e o acompanhamento deste paciente o que pode colaborar para a desnutrição no ambiente hospitalar. Sendo assim um critério isolado não defini a condição nutricional do indivíduo, é necessário utilizar uma associação de vários indicadores para melhorar a exatidão e a acurácia do diagnóstico nutricional.

De acordo com OLIVEIRA E FORTES (2015 p. 116) revelam que um estudo feito pelo Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) administrado no Brasil, demonstrou aproximadamente 48% dos indivíduos hospitalizados em locais públicos de saúde apresentam determinado tipo de desnutrição, sendo 12% diagnosticados como desnutrição grave.

Segundo autor SETA et al. (2010 p. 3414) quando pensamos em estado nutricional do paciente precisamos relacionar alimentação e nutrição em seus diferentes níveis de complexidade e tratamento, pensando assim de acordo com características específicas levando em consideração o tipo de doença acometido paciente, pensando sempre em uma oferta segura de alimentos ao paciente e ter um olhar seguro para evitar carências nutricionais que favorece o aumento das complicações e mortalidade paciente, pensar que no momento, que há a identificação do alimento aceito, abrir leque dietas que ajudarão paciente tanto na evolução ou para amenizar sofrimento do paciente na internação, que assim chamado assistência ou cuidado nutricional, todos esses passos vão compor para uma efetividade pós internação.

- Doenças Crônicas não Transmissíveis

As DCNTs são consideradas um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, sendo responsáveis por cerca de 57% das mortes em indivíduos entre 30 a 69 anos, no Brasil em 2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2019).

Segundo GRIITT et al., (2015) nas DCNTs normalmente favorecem um desequilíbrio e auxilia no surgimento de outras doenças, aumentando a demanda de internações e de reinternações hospitalares.

Segundo ACOSTA et al., (2020 p. 2) os pacientes portadores de DCNT precisa uma atenção de atendimento continuado, não só para o controle, mas também para monitoramento dos agravos, porém em casos em que ocorrem o descontrole da doença o que vai indicar cuidado maior, onde paciente consequentemente terá maior probabilidade internações a hospitais e aos serviços de saúde.

- Aceitação da dieta hospitalar

Segundo CARVALHO et al (2021 p. 2) as dietas hospitalares visam então atender às demandas nutricionais dos enfermos decorrentes do estado nutricional e fisiopatológico em que se encontram. Contribuem para manter ou recuperar o estado de saúde e evitar o déficit nutricional durante a internação. Nesse sentido, as dietas podem sofrer modificações de consistência, temperatura, volume, valor calórico, alterações das características químicas e restrições de nutrientes específicos, tudo isso para que cada paciente receba uma dietoterapia específica e individualizada e assim ter uma maior efetividade na alta hospitalar.

Nesse sentido entendemos que a condição da internação e inúmeras situações que ocorrem no hospital com paciente resultante da própria doença, auxiliam para alterações na palatabilidade do paciente, principalmente daqueles com idade acima de 60 anos, tornando a satisfação dos mesmos pelo setor de nutrição e dietética uma tarefa desafiadora para os nutricionistas (TAQUES et al., 2022).

Temperatura em oscilação, cor, sabor, preparações sem sal e dentre outros motivos, são as principais causas dos quais são relatados por pacientes em hospitais pertencentes a sua alimentação. Em um estudo realizada por Ferreira, Gomes e Marcadenti (2013) sobre a aceitação de dietas hospitalares entre pacientes com

câncer, foi possível ter uma observação em relação que estes apresentavam um alto índice de resto-ingestão, sendo um percentual maior entre os desnutridos, com isso, os autores enfatizam a ideia de que as técnicas dietéticas e a gastronomia hospitalar são fundamentais para planejamento de cardápios nutritivos e que incentivem a ingestão dietética do paciente (FERREIRA et al., 2013).

7 ORÇAMENTO

Descrição	Valor unitário	Quantidade	Total
Impressão (unidade)	0,15	1000	150,00
Gasolina (L)	5,6	90	504,00
Total (R\$)			654,00

9 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se encontrar:

- Avaliação do estado nutricional de pacientes internados nos setores de oncologia e traumatologia;
- Avaliação do consumo alimentar e relação com fatores socioeconômicos
- Associação entre o estado nutricional e o tempo de internação;
- Relação entre o estado nutricional e aceitação da dieta hospitalar;
- Relação entre o estado nutricional e fatores socioeconômicos.
- Identificação do risco nutricional por meio da ASG e IMC em pacientes adultos e idosos;
- Associação entre os níveis séricos de albumina reduzidos e a desnutrição grave;

10 REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques et al. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, n. spe, p. 1-9, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/19831447.2020.20190155>. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/jrgenf/a/Q4yp6NjqY3N3DwDTqG8MqRk/?lang=en>. Acesso em: 05 jun. 2023

ARAUJO, Tânia Aparecida et al. Condições de saúde e mudança de peso de idosos em dez anos do Estudo SABE. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 4, p. 1-11, set 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/KQLm6qknJKf48C4KLLh8ywr/?lang=pt>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

AZEVEDO, Arúquia Souza, et al. Perfil nutricional de pacientes adultos e idosos hospitalizados. *Revista Saúde e Pesquisa*, Maringá, Pr, v. 9,n.1,p 26 e 29,abr.2016.Disponível em:<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/4706/2746>.Acesso em: 12 jun. 2023.

BAI, Kaizhi et al. Association of body mass index and waist circumference with type 2 diabetes mellitus in older adults: a cross-sectional study. *Bmc Geriatrics*, Springer Science and Business Media LLC ,Zhengzhou, v. 22, n. 1, p. 1-10, jun 2022. DOI: 10.1186/s12877-022-03145-w. Disponível em: <file:///C:/Users/luise/Downloads/s12877-022-03145-w.pdf> Acesso em: 12 de junho de 2023.

BARBOSA-SILVA, Maria Cristina Gonzalez, et al. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. *Arquivos de Gastroenterologia*, São Paulo, vol. 39, p. 181–87, jul 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032002000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/yxTcttVKfY5wrTTmxH8HDFC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

BELLANTI, Francesco, et al. Malnutrition in Hospitalized Old Patients: screening and diagnosis, clinical outcomes, and management. *Nutrients*, Basel, v. 14, n. 4, p. 1-16, 21 fev. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/nu14040910>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35215559/> Acesso em: 12 de junho de 2023.

BONOMO, elido. Resolução CFN Nº 594, dez 2017, Disponível em: <sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=594>. Acesso em: 26 Apr. 2023.

BRUNNER, Silvia et al. Interventions to optimise nutrition in older people in hospitals and long-term care: Umbrella review. v. 36, n.3, p. 579-598. Sep 2022. DOI: 10.1111/scs.13015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34212419/> Acesso em: 07 de julho de 2023

CARVALHO, Mirtaelly Francisca Aragão et al. Aceitabilidade de dietas hospitalares por pacientes internados em hospital universitário. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, Piauí, v. 10, n. 14, p. 1-18, out 2021. DOI:

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21723>. Disponível em: <file:///C:/Users/luise/Downloads/21723-Article-261370-1-10-20211024.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023.

CASS, Alyssa R et al. Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient admissions: A systematic review of the evidence. *J Hum Nutr Diet*. v. 35, n.6, p. 1043-1058, dec 2022. DOI: 10.1111/jhn.13009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35377487/>. Acesso em: 05 de julho de 2023.

CINTRA Renata Maria Galvão de Campos, et al. Estado nutricional de pacientes hospitalizados e sua associação com o grau de esresse das enfermidades, *Revista Simbio-Logias*, Marília, V.1, n.1, mai 2008. Disponível em: https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/estado_nutricional_pacientes_hospitalizado.pdf. Acesso em: 12 de junho de 2023.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/consulta-publica-recebe-contribuicoes-sobre-proposta-de-incorporacao-de-suplementacao-nutricional-oral-para-pacientes-clinicos-ou-cirurgicos-desnutridos-ou-em-risco-de-desnutricao> Acesso em: 09 de julho de 2023.

CUNHA Anna Gabriella Ferreira, et al. Acompanhamento nutricional em cirurgia bariátrica métodos triagem de avaliação subjetiva e nutricional em pacientes hospitalizados. *Ciências Saúde*, Brasília, vol. 27, não. 4, 2016, pp. 339–348, abr 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/metodos_triagem_avaliacao_nutricional.pdf. Acesso em 26 de abril .2023.

DHAWAN, Deepika, et al. Abdominal obesity, adipokines and non-communicable diseases. *The Journal Of Steroid Biochemistry And Molecular Biology*, Gurgaon, v. 203, p. 1-6, out. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsbmb.2020.105737>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32818561/>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

DO CARMO, Fontana Calazans Fernanda, et al. Triagem nutricional em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário de Vitória, ES, Brasil. *Nutr. clin. diet. Hosp*, Vitória, 35(3), 34-41. ago 2015. DOI: 10.12873/353docarmo. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/260115-TRIAGEM.pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2023

DIKERSON, Roland N et al. Obesity and critical care nutrition: current practice gaps and directions for future research. *Crit Care*. v. 26, n.1, p. 283. Sep 2022. DOI: 10.1186/s13054-022-04148-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36127715/>. Acesso em: 07 de julho de 2023

DUARTE Antônio Cláudio Goulart. *Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais*. 1º edição. São Paulo: Atheneu; 2007

FERREIRA, Daiane; GUIMARÃES, Tessa Gomes; MARCADENTI, Aline. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. *Einstein* (São Paulo), v. 11, n. 1, p. 41-46, 2013. Acesso em: 11 jul. 2023.

FIDELIX, Marcia Samia Pinheiro. Manual Orientativo: Sistematização do cuidado de nutrição. Associação Brasileira de Nutrição, Brasília, p.62, 2014 Disponível em: <https://www.asbran.org.br/storage/arquivos/PRONUTRI-SICNUT-VD.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2023.

GAVRAN, Larisa, et al. Evaluation of biochemical markers effectiveness in elderly malnutrition assessment. *Medicinski Glasnik, Bosnia and Herzegovina*, n. 2, p. 351-358, mai 2019. Medical. DOI: <http://dx.doi.org/10.17392/1039-19>. Disponível em: https://ljkzedo.ba/mgpdf/mg31/19_Gavran_1039_A.pdf. Acesso em: 12 de junho de 2023.

GRITT, Cristiane Carnaval et al. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional: Artigo Original. *Caderno. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 214-219, fev 2015. DOI: 10.1590/1414-462X201500020123 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/mNTXLvMvzX97CzgLRKRb7bq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 maio 2023.

GUIMARÃES, Gilberto Campos, et al. Correlação entre a circunferência de cintura e medidas centrais da pressão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Jataí, p. 257-264, mai 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20210432> Disponível em: <https://abccardiologia.org/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=0066-782X-abc-119-02-0257.xml&lang=en>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

HOU, Yanan, et al. Association between mid-upper arm circumference and cardiometabolic risk in Chinese population: a cross-sectional study. *Bmj Open*, Xanguai, v. 9, n. 9, p. 1-7, set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028904> Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/9/e028904>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

Interpretação de exames laboratoriais aplicados a nutrição. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora: Rubio Ltda, 2022

KABASHNEH, Sohaip et al. A Complete Guide to Identify and Manage Malnutrition in Hospitalized Patients. *Cureus*. 2020 Jun 7;12(6):e 8486. DOI:10.7759/cureus.8486. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32656004/> Acesso em: 05 de julho de 2023.

KONDRU J, et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nut*. p 415-21, abr 2003. DOI: 10.1016/s0261-5614(03)00098-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12880610/> Acesso em: 12 de junho de 2023.

KONDRUP, J. RASMUSSEN, HJ; HAMBERG, O; et al. Nutritional risk screening (NRS

2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, Edinburgh v. 22, n. 3, p. 321-336, 2003.

KONDRUP, J; S. P. ALLISON; M. ELIA; B.VELLAS; M. PLAUTH. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, Edinburgh v. 22, n. 4, p. 415-421, 2003.

LINDOSO, Leid Dayane Costa et al. Avaliação e Triagem Nutricional em Pacientes Críticos. *Com. Ciências Saúde*, Brasília, p. 330-330, abr 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/avaliacao_triagem_pacientes_criticos.pdf. Acesso em: 30 maio 2023.

LOPES, Elisama Costa. *Nutrição do adulto: diretrizes para a assistência ambulatorial*. Palmas, Eduft, 2019.

MARTINS, Cristina. *Antropometria*. Instituto Cristina Martins, 1º edição, São Paulo, 2009.

MEDEIROS, Natália Ferreira Palla de et al. Perfil nutricional dos pacientes internados em um hospital universitário da Paraíba. *Braspen Jornal*. Natal, p. 45-51. 13, fev 2021. DOI:10.37111/braspenj.2021.36.1.06. Disponível em: <https://wdcom.s3.sa-east-1.amazonaws.com/hosting/braspen/journal/2021/journal/jan-mar-2021/artigos/06-Perfil-nutricional-dos-pacientes.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023.

MORAES, Mariana Frigo de, et al. O impacto do envelhecimento no paciente hospitalizado: análise do risco nutricional. *Braspen Journal*, Ipiranga, v. 35, n. 1, p. 62-69, mai 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2020351011>. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-mar-2020/artigos/11-O-impacto-do-envelhecimento.pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

NASZYDŁOWSKA, Edyta, et al. Analysis of the nutritional status in homeless people in poland based on the selected biochemical parameters. *international Journal Of Environmental Research And Public Health*, v. 18, n. 5, p. 1-16, fev 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18052340>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33673556/>. Acesso em: 12 de junho de 2023

NUNES, Patrícia Pereira, et al. Triagem nutricional como instrumento preditor de desfechos clínicos em pacientes cirúrgicos. *Com. Ciências Saúde*, Brasília, p. 59-59, jun. 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/triagem_nutricional_instrumento_preditor.pdf. Acesso em: 30 maio 2023.

BARRETERO, Reyes, et al. Prevalence overweight and obesity to the body mass index and percentage of fat in patients with breast câncer. *Nutr. clín. diet. hosp.* v 36 ,n3, p 10-13 mar 2016. DOI: 10.12873/363reyesbarretero. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/NUTRICION-36-3.pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

OLIVEIRA, Andréia Nishiyamamoto de et al. **Avaliação Nutricional**. Salvador: Edufba, 2012. 158 p. Sala de aula, 9. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/16873/1/avaliacao-nutricional.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

OLIVEIRA, Thayanne Ribeiro, et al. Prevalência de desnutrição em pacientes cirúrgicos em terapia nutricional e sua relação com os parâmetros objetivos e subjetivos de avaliação nutricional. Com. Ciências Saúde, Brasília, p. 115-126, dez. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2015_prevalencia_desnutricao.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

OLIVEIRA, Maria Janaina Ferreira de; ARAÚJO, Adna Jéssica Silva de; BARROS, Vanessa de; MAZER, Silva. Papel do nutricionista em uma equipe de saúde hospitalar multiprofissional: percepção e expectativas de seus integrantes. Braspen Jornal. João Pessoa, p. 270-278. 10 ago. 2020. DOI: 10.37111/braspenj.2020353012. Disponível em: <https://wdcom.s3.sa-east-1.amazonaws.com/hosting/braspen/journal/2020/journal/jul-set-2020/12-Papel-do-nutricionista.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2023.

PAGOTTO, Valéria, et al. Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 71, n. 2, p. 322-328, abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0121>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BZQqBLmt46YRZCqvTxCHMJH/?lang=en>. Acesso em: 12 de junho de 2023

PAZ, Laryssa de Souza Cirqueira, et al. Avaliação nutricional em pacientes críticos: revisão da literatura. BRASPEN J, Santa Maria, 31 (3): 269-77, abr 2016. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/16-Avalia%C3%A7%C3%A3o-nutri-em-pacientes-criticos.pdf> Acesso em: 18 de junho de 2023

PAZ Rc, et al. Triagem nutricional por meio da mini avaliação MAN simplificada e da circunferência da panturrilha CP para idosos cardiopatas assistidos pelo sistema único de saúde (SUS).Rev. Cient. Sena Aires. v 7, n 2,p 88-94. ago 2019 DOI: <https://doi.org/10.29327>. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/portajrg/article/view/159>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

PEDROSO, C. G. T.; SOUSA, A. A. DE .; SALLES, R. K. DE .. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 1155–1162, 2011.DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700047>. Acesso em: 13 de julho de 2023.

RIBAS, Simone Augusta, et al. Adequação da dieta hospitalar: associação com estado nutricional e diagnóstico clínico, Rio de Janeiro, v 16, n. 1, jan-mar 2017. DOI: 10.12957/rhupe.2017.33293. Disponível em: <https://bjhbs.hupe.uerj.br/?handler=artigo&id=644&lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2023.

ROSSI, L. Antropometria. In: ROSSI, L.; POLTRONIERI, F. (org.). Tratado de nutrição e dietoterapia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p. 361-395.

ROSSI, Lucina et al. Avaliação nutricional, novas perspectivas. 2ª edição, São Paulo, Roca, 2015.

SATO Ryo, et al. A assimetria da massa muscular esquelética da perna está independentemente associada à velocidade da marcha em idosos que requerem cuidados de longo prazo, *Geriatrics & Gerontology International*, DOI: 10.1111/ggi.14583, v. 23, n. 5, p. 371-375, Abr. 2023. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.14583> Acesso em: 12 de junho de 2023

SAMPAIO, Lilian Ramos. et al. Avaliação nutricional, 9ª edição. Salvador. EDUFBA, 2012.

SATO, Ryo, et al. Assessing nutritional status in older adults requiring long-term care: interchangeability of bioelectrical impedance analysis and manual methods for upper arm anthropometric measurements. *Geriatrics & Gerontology International*, v. 22, n. 11, p. 938-942, set. 2022. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.14486>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36151781/>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

SCHAAP, Laura A, et al. Changes in body mass index and mid-upper arm circumference in relation to all-cause mortality in older adults. *Clinical Nutrition*, v. 37, n. 6, p. 2252-2259, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.11.004>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29195733/>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

SHI, Jie, et al. Large mid-upper arm circumference is associated with metabolic syndrome in middle-aged and elderly individuals: a community-based study. *Bmc Endocrine Disorders*, v. 20, n. 1, p. 1-8, 3 jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12902-020-00559-8>. Disponível em: <https://bmcendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12902-020-00559-8>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

SILVA, Maria da Conceição Monteiro da, et al. Avaliação nutricional: conceitos e importância para a formação do nutricionista. EDUFBA, Salvador, pp. 15-21. 2012. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788523218744.0003>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ddxwv/pdf/sampaio-9788523218744-03.pdf>. Acesso em: 18 de junho de 2023.

SETA, Marismar Horst de et al. Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 3413-3422, jun. 2010. Semanal. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900016> Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl3/3413-3422/pt>. Acesso em: 05 jun. 2023.

SOLIMAN Sara S, et al. Association between body mass index and morbidity and mortality during hospitalization after trauma. *J Trauma Nurs*.01;29(2):80-85, abr 2022 DOI: 10.1097/JTN.0000000000000639. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35275109/>. Acesso em: 12 de junho de 2023

TAQUES, Nilciane; CRUZ, Alex Mauro da; MAZUR, Caryna Eurich; SCHIESSEL, Dalton Luiz; SCHMITT, Vania. Risco nutricional e fatores associados em pacientes hospitalizados pelo sistema único de saúde: comparação entre os sexos. *Revistas Ciencias Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 21, n. 2, p. 155-160, 14 abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.37838>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/37838>. Acesso em: 11 jul. 2023.

THORUP, Lene, et al. Mid-upper arm circumference as an indicator of underweight in adults: a cross-sectional study from nepal. *Bmc Public Health*, v. 20, n. 1, p. 1-10, ago 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-09294-0>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32727437/> Acesso em: 12 de junho de 2023

TROLLEBO, Marte A et al. Comparison of nutritional risk screening with NRS2002 and the GLIM diagnostic criteria for malnutrition in hospitalized patients. *Sci Rep*. v. 12, n 1, p. 19743, Nov 2022. DOI: 10.1038/s41598-022-23878-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36396666/> Acesso em: 07 de julho de 2023

WAITZBERG DL, et al. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (Ibranutri). *RevBra Nutr Clin.*, v 14, p. 123-33, 1999. DOI: 10.1016/s0899-9007(01)00573-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11448575/>. Acesso em: 12 de junho de 2023

WEI, Jian, et al. The association between low calf circumference and mortality: a systematic review and meta-analysis. *European Geriatric Medicine*, v. 13, n. 3, p. 597-609, jan. 2022. DOI: 10.1007/s41999-021-00603-3 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35006574/>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

11 APÊNDICE

A



ESTÁGIO CLÍNICO E SOCIAL

IMPORTANTE: Essa anamnese se aplica ao estágio clínico e social. Algumas das informações contempladas aqui não serão aplicadas a todos os ambientes e pacientes, entretanto é importante que os acadêmicos de ambos os estágios conheçam e compreendam cada um dos itens aqui listados.

DATA APLICAÇÃO DA ANAMNESE: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO ACADÊMICA

Estagiário: _____

Local de estágio: _____

Período de estágio: _____

Preceptor: _____

2. PACIENTE/CLIENTE

RA:

Nome completo: _____ Leito: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Telefone de contato: _____ Filhos: _____

Natural de: _____ Residente em: _____

Endereço: _____

Mora com: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Resultado EBIA:

Segurança alimentar: ()segurança alimentar ou Insegurança alimentar ()leve ()moderada ()grave

Resultado Sócio-econômico: ()classe D e E ()classe C2 ()classe C1 ()classe B2 ()classe B1 ()classe A

2. HISTÓRIA CLÍNICA

Motivo da consulta/internação: _____

Já fez acompanhamento nutricional e/ou dietas por conta própria? () Não () Sim

Doença de base:

Doença Cardiovascular	Dislipidemia	SII	Parkinson
Câncer	Ovário Policístico	sensibilidades	Ansiedade
Diabetes	Obesidade	APLV	Depressão
Hipertensão	Doença Celíaca	Alzheimer	Autismo
Bipolaridade	Hiperatividade	Intol. Lactose	outra:

Histórico Familiar:

Doença Cardiovascular	Dislipidemia	SII	Parkinson
Câncer	Ovário Policístico	sensibilidades	Ansiedade
Diabetes	Obesidade	APLV	Depressão
Hipertensão	Doença Celíaca	Alzheimer	Autismo
Bipolaridade	Hiperatividade	Intol. Lactose	outra:

Tabagismo: () Não () Sim - Quantidade: ____ maços há ____ anos

Etilismo: () Não () Sim - Quantidade: ____ litros Bebida (s): _____

COVID: () Não () Sim - Ficou Internado () Não () Sim (Complicações?)

Sinais e sintomas do trato gastrointestinal:

() Distensão abdominal	() Inapetência	() Êmese
() Náusea	() Dispepsia	() Refluxo
() Epigastria	() Pirose	() Disgeusia
() Odinofagia	() Disfagia	

Outros sinais e sintomas:

Pele: () Acne () Pele escamada () Queratose pilar () Vitiligo () Dermatite () Psoríase	Cabelo: () Queda de cabelo () Quebradiço () Sem brilho () Dificuldade de crescimento	Unhas: () Quebradiças () Fracas () Estriadas () Dificuldade de crescimento
Cabeça: () Dor de cabeça () Tontura () Memória fraca () Dificuldade de concentração () Raciocínio lento	Trato urinário: () Infecção urinária repetição () Infecção urinária aguda () Candidíase repetição () Candidíase aguda () Litíase renal	Trato respiratório: () Asma () Bronquite () Falta de ar () Rinite alérgica () Sinusite

Boca: ☐ Dificuldade na mastigação ☐ Falta de dentes ☐ Prótese dentária ☐ Xerostomia ☐ Mucosas pálidas ☐ Língua pálida ☐ Língua com bordas alteradas	Higiene do sono: ☐ Insônia ☐ Demora pra pegar no sono ☐ Acorda diversas vezes a noite ☐ Acorda com cansaço ☐ Sonambulismo ☐ Sono insuficiente Acorda ____ Hrs Dorme ____ Hrs	Menstruação idade da primeira menarca: _____ ☐ Menstrua ☐ Cólica. Intensidade: _____ ☐ Dor de cabeça ☐ Irritadiça ☐ Fluxo leve ☐ Fluxo médio ☐ Fluxo intenso ☐ Fraqueza
Menopausa idade que entrou: _____ ☐ Calorão ☐ Inapetência sexual ☐ Baixa lubrificação vaginal ☐ Dores durante a relação sexual ☐ Outros: _____	Perda de Massa Muscular Têmporas ☐ L ☐ M ☐ G Clavícula ☐ L ☐ M ☐ G Escápula ☐ L ☐ M ☐ G Adutor do polegar ☐ L ☐ M ☐ G Panturrilha ☐ L ☐ M ☐ G Quadríceps ☐ L ☐ M ☐ G	Edema ☐ Membros inferiores ____/4 ☐ Membros superiores ____/4 ☐ Anasarca

L: Leve M: Moderada G: Grave

Lesão por pressão
 Grau: _____ Local: _____

Capacidade funcional:
☐ Fraqueza ☐ Cansaço ☐ Acamado ☐ Dificuldade para deambular

Função intestinal: Frequência: _____ Consistência: _____ Gases: _____ Escala: _____
Função urinária: Frequência: _____ Cor: _____ Dor: ☐ Não ☐ Sim - Escala: _____
Atividade física: _____ Frequência: _____ Duração: _____ Desconforto: _____

3. ANAMNESE ALIMENTAR

Dieta atual prescrita: _____

Avaliação da ingestão oral: Aceitação da atual dieta prescrita: _____ %
 Redução na Aceitação alimentar habitual: _____ %

Hábitos alimentares:
 Detalhes mastigação: ☐ Normal ☐ Prejudicada - Motivo: _____
 Mamadeira: _____ Quantas vezes no dia? _____ Horários: _____
 Consome: sopa ☐ Chá ☐ Café ☐
 Consistência alimentar habitual: _____ Alteração- Qual? _____
 Ingestão diária de água _____ Outros líquidos: _____
 Preferências alimentares: _____
 Aversões alimentares: _____
 Recebe Algo que gostaria de trocar _____
 Alergia/ intolerância/ hipersensibilidade alimentar: ☐ Não ☐ Sim - Alimento: _____
 Observações: _____
 Quem cozinhas as refeições _____

Em que local faz as refeições durante a semana _____	
Em que local faz as refeições no fim de semana _____	
Apetite: () Bom () Regular () Ruim	
Recordatório alimentar habitual:	
Café da manhã ____:____	
Lanche da manhã ____:____	
Almoço ____:____	
Lanche da tarde ____:____	
Jantar ____:____	
Ceia ____:____	

4. COMPORTAMENTAL	
Quais são os sinais que seu corpo dá quando tem fome?	
Sente mais fome em qual período do dia?	
Considera que come devagar ou rápido?	
Você considera que tem uma relação boa com a comida?	
Sabe identificar quando está saciado?	
Depois de comer, você se sente arrependido?	

5. EXAMES BIOQUÍMICOS

EXAME	RESULTADO	REFERÊNCIA	DATA

6. MEDICAMENTOS/SUPLEMENTO

NOME	INTERAÇÃO NUTRICIONAL	EFEITO SOBRE TGI

7. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso atual: ____ Kg (A / E / I)

Peso ideal: ____ Kg (imc ideal)

Peso usual: ____ Kg

PPG: ____ (GESTANTE)

Estatura: ____ m (A/E/I)

 IMC: ____ Kg/ m² Classificação: ____

% Perda de peso: ____ % Classificação: ____ Tempo de alteração do peso: ____ dias/meses

Circunferências:

Braço:

Cintura:

Abdominal:

Quadril:



Coxa:		
Panturrilha:		
Edemas: _____	Semi-envergadura: _____ cm	Altura do joelho: _____ cm
Dobras Cutâneas:		
Triceps:		
Biceps:		
Peitoral:		
Axilar:		
Subescapular:		
Suprailiaca:		
Abdominal:		
Coxa:		
A: Afetado E: Estimado I: Informado		

8. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
NRS 2002: _____ Pontos () Risco () Baixo risco		
MINI MAN: _____ Pontos () Estado nutricional normal () Risco de desnutrição () Desnutrição		
STRONG KIDS: _____ Pontos () Alto Risco () Médio Risco () Baixo Risco		
CIRCUNFERÊNCIA DE PANTURRILHA: _____ cm () Desnutrição		
CIRCUNFERÊNCIA DE PESCOÇO: _____ cm () Risco () Sem Risco		
CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA: _____		
PERCENTUAL DE GORDURA: _____		
Curvas de Crescimento:		
Peso/Idade _____ Percentil	Altura/Idade _____ Percentil	IMC/Idade _____ Percentil
Diagnóstico:		

9. NECESSIDADES NUTRICIONAIS		
TMB:		
NET ou VET: _____ (_____ kcal/kg)		
Pnt: _____ %	Kcal _____ g	/Kg de peso
Cho: _____ %	Kcal _____ g	/Kg de peso
Lip: _____ %	Kcal _____ g	/Kg de peso
Fibras:		
Necessidade hídrica _____ ml/kg		

10. PRESCRIÇÃO DIETOTERÁPICA – SUGESTÃO DE CONDUTA		
Atual dieta VO prescrita: _____		
Alteração na dieta VO prescrita: _____		
Terapia nutricional enteral () VO () SNE/ SOE () Gastrostomia		
Dieta enteral atual: _____	Sugestão de Prescrição: _____	