

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

DANIELI SANTER

**O CUIDADO NUTRICIONAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE:
RESULTADOS DO PROJETO NUTRIDIA BRASIL**

Porto Alegre

2019

DANIELI SANTER

**O CUIDADO NUTRICIONAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE:
RESULTADOS DO PROJETO NUTRIDIA BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção de Grau em Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Zilda Elisabeth de Albuquerque Santos

Coorientadora: Prof^a Dr^a Vivian Cristine Luft

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Santer, Danieli

O Cuidado Nutricional em um Hospital Público de
Porto Alegre: Resultados do Projeto NutriDia Brasil /
Danieli Santer. -- 2019.

72 f.

Orientadora: Zilda Elisabeth de Albuquerque Santos.

Coorientadora: Vivian Cristine Luft.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Desnutrição. 2. Estado Nutricional. 3.
Assistência ao Paciente. 4. Serviço Hospitalar de
Nutrição. I. Santos, Zilda Elisabeth de Albuquerque,
orient. II. Luft, Vivian Cristine, coorient. III.
Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Danieli Santer

O Cuidado Nutricional em um Hospital Público de Porto Alegre: Resultados do Projeto NutriDia Brasil

Porto Alegre, 10 de dezembro de 2019.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso “O Cuidado Nutricional em um Hospital Público de Porto Alegre: Resultados do Projeto NutriDia Brasil”, elaborado por Danieli Santer, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Profª Drª Vera Lúcia Bosa (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Drª Thaís Ortiz Hammes (Hospital de Clínicas de Porto Alegre)

Profª Drª Zilda Elisabeth de Albuquerque Santos - Orientadora

Profª Drª Vivian Cristine Luft - Coorientadora

RESUMO

Introdução: O *NutritionDay* é um projeto multicêntrico, realizado em hospitais do mundo todo, com o objetivo de alertar e combater a desnutrição hospitalar, identificando o envolvimento dos profissionais e os recursos das instituições para lidar com estas condições. A avaliação do cuidado nutricional realizado pelas instituições de saúde é essencial para que as causas desta alta prevalência sejam reconhecidas e melhorias sejam implementadas. **Objetivo:** Avaliar o processo do cuidado nutricional e o estado nutricional dos pacientes internados, por meio dos resultados do projeto NutriDia Brasil. **Método:** Trata-se de um projeto transversal, no qual as coletas de dados ocorreram em um único dia em 2017 e 2018, em um hospital público e universitário da cidade de Porto Alegre/RS. Questionários padronizados do *NutritionDay* foram aplicados por profissionais capacitados. Foram realizadas análises descritivas e, para avaliar as diferenças entre os grupos, realizaram-se os testes Qui-Quadrado de Pearson e Kruskal-Wallis, sendo considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 116 pacientes hospitalizados, sendo 52,6% do sexo masculino. No período do estudo, o hospital possuía equipe capacitada em suporte nutricional e utilizava ferramenta padronizada para triagem nutricional, bem como protocolo de avaliação nutricional. Com relação ao estado nutricional, 32,8% dos pacientes estavam com desnutrição e 14,7% com risco nutricional, sendo que este número aumenta em pacientes oncológicos (51,9% com desnutrição). A perda de peso não intencional nos últimos 3 meses esteve presente em 51,7% dos pacientes. Os indivíduos desnutridos apresentaram menor Índice de Massa Corporal ($p=0,000$), maior tempo de internação ($p=0,006$), perda de peso ($p=0,000$), uso de suporte nutricional ($p=0,001$), estavam mais acamados ($p=0,019$) e foram mais visitados pelos nutricionistas ($p=0,025$) quando comparado aos pacientes não desnutridos (com ou sem risco nutricional). **Conclusão:** O hospital possui cuidado nutricional individualizado e padronizado, há priorização e direcionamento de recursos para pacientes desnutridos ou em risco nutricional. Apesar disso, a desnutrição esteve presente em mais de 30% dos avaliados, indicando que esta condição ainda é um problema que precisa ser mais estudado.

Palavras-chave: Desnutrição. Estado Nutricional. Assistência ao Paciente. Serviço Hospitalar de Nutrição.

ABSTRACT

Introduction: NutritionDay is a multi-center project carried out in hospitals around the world to alert and combat hospital malnutrition by identifying the involvement of professionals and institutional resources to address these conditions. The assessment of nutritional care by health institutions is essential for the causes of this high prevalence to be recognized and improvements to be implemented. **Objective:** To evaluate the nutritional care actions and the nutritional status of hospitalized patients through the results of the NutriDia Brazil project. **Method:** This is a cross-sectional project in which data collection occurred on a single day in 2017 and 2018, in a public and university hospital in the city of Porto Alegre/RS. NutritionDay standardized questionnaires were applied by trained professionals. Descriptive analyzes were performed and, to evaluate the differences between the groups, Pearson's chi-square and Kruskal-Wallis tests were performed, being considered statistically significant $p < 0.05$. **Results:** A total of 116 hospitalized patients were evaluated, 52.6% were male. During the study period, the hospital had staff trained in nutritional support and used a standardized tool for nutritional screening, as well as a nutritional assessment protocol. Regarding nutritional status, 32.8% of patients were malnourished and 14.7% at nutritional risk, this number increased in cancer patients (51.9% with malnutrition). Unintentional weight loss in the last 3 months was present in 51.7% of the patients. Malnourished individuals had longer hospital stays ($p=0,006$), lower Body Mass Index ($p=0,000$), more weight loss ($p=0,000$), more use of nutritional support ($p=0,001$), were more bedridden ($p=0,019$) and were more attended by nutritionists ($p=0,025$) when compared to patients not malnourished (without or with nutritional risk). **Conclusion:** The hospital has individualized and standardized nutritional care, resources are prioritized and directed to malnourished or at-risk nutritional patients. Despite this, malnutrition was present in more than 30% of the evaluated, indicating that this condition is still a problem that needs further study.

Key words: Malnutrition. Nutritional Status. Patient Care. Food Service, Hospital.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características gerais dos pacientes.....	35
Tabela 2. Características nutricionais dos pacientes.....	36
Tabela 3. Presença do Cuidado Nutricional.....	37
Tabela 4. Características gerais e nutricionais dos pacientes pelos grupos desnutrido, com e sem risco nutricional.....	38

LISTA DE SIGLAS

AND	Academia de Nutrição e Dietética
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
ASG	Avaliação Subjetiva Global
ASPEN	<i>American Society for Parenteral and Enteral Nutrition</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CRN	Conselho Regional de Nutricionistas
ESPEN	<i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i>
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBRANUTRI	Inquerito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MNA	<i>Mini-Nutritional Assessment</i>
MST	<i>Malnutrition Screening Tool</i>
MUST	<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i>
NA	Níveis Assistenciais
NPO	Nada por via oral
NRS-2002	<i>Nutritional Risk Screening 2002</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNH	Política Nacional de Humanização
POP	Procedimento Operacional Padronizado
SBNPE	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
SICNUT	Sistematização do Cuidado de Nutrição
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAN	Unidade de Alimentação e Nutrição
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VET	Valor Energético Total

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR	9
2.2 CUIDADO NUTRICIONAL	11
2.3 <i>NUTRITIONDAY</i>	15
3 JUSTIFICATIVA	19
4 OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5 ARTIGO ORIGINAL	21
REFERÊNCIAS	40
ANEXO A - NORMAS DA REVISTA DE INTERESSE DE SUBMISSÃO	46
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE O HOSPITAL	65
ANEXO D – QUESTIONÁRIO SOBRE A UNIDADE	66
ANEXO E – QUESTIONÁRIO SOBRE O PACIENTE	68
ANEXO F – QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELO PACIENTE	70
ANEXO G – FORMULÁRIO DESFECHO EM 30 DIAS	72

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição hospitalar afeta em média 20 a 50% dos pacientes em todo o mundo (KANG et al., 2018). No Brasil, essa prevalência fica em torno de 40% (CORREIA; PERMAN; WAITZBERG, 2017), chegando a 61,2% em pacientes oncológicos (DE PINHO et al., 2019). Está associada a maiores taxas de infecção, aumento da disfunção imune, da morbidade (ARENAS MOYA et al., 2016; RINNINELLA et al., 2018; ZHENG et al., 2017), da mortalidade, do tempo de hospitalização, da incidência de re-internação e dos custos com o cuidado (CURTIS et al., 2017; LEÓN-SANZ et al., 2015).

O cuidado nutricional prestado pela instituição de saúde deve objetivar a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, através de triagem de risco nutricional, determinação dos níveis de assistência, avaliação do estado nutricional, determinação de diagnósticos, intervenção nutricional, acompanhamento, gestão e comunicação (FIDELIX, 2014). Fontes et al. (2016) identificaram que apenas 64% dos pacientes com risco nutricional receberam plano de cuidado nutricional individualizado (FONTES et al., 2016). Um outro estudo que avaliou oito hospitais públicos brasileiros observou que em 93% dos prontuários revisados não foi encontrado nenhum registro sobre o estado nutricional na admissão dos pacientes (DE SETA et al., 2010).

O *nutritionDay* é um projeto multicêntrico, com centro coordenador localizado na Áustria, que busca identificar o risco, a desnutrição hospitalar e o envolvimento dos profissionais de saúde, melhorando o conhecimento e a conscientização sobre desnutrição em instituições de saúde e aperfeiçoando a qualidade do cuidado nutricional (DE JESUS SAMPAIO et al., 2015). Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar o processo de cuidado nutricional em um hospital público e universitário de Porto Alegre/RS, caracterizando tanto a instituição quanto os pacientes avaliados, através dos questionários do *nutritionDay* 2017 e 2018.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR

Segundo a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), a desnutrição pode ser definida como “um estado nutricional agudo, subagudo ou crônico, no qual uma combinação de diferentes graus de supernutrição ou desnutrição, com ou sem atividade inflamatória, levam a uma mudança na composição corporal e função diminuída” (A.S.P.E.N., 2018).

Na prática clínica, três tipos de desnutrição podem ser identificados: (1) desnutrição relacionada à fome - fome crônica sem inflamação; (2) desnutrição crônica relacionada à doença - inflamação crônica, de grau leve a moderado e (3) desnutrição relacionada a lesão ou doença aguda - inflamação aguda, de grau grave (A.S.P.E.N., 2018).

Há diversos fatores de risco para a desnutrição hospitalar, como perda elevada de gordura corporal e de massa muscular (RINNINELLA et al., 2018; SOETERS et al., 2017), ingestão insuficiente de nutrientes, absorção prejudicada ou hipermetabolismo (SOETERS et al., 2017), oferta inadequada de alimentos (ARENAS MOYA et al., 2016), imobilização (ALZHRANI; ALAMRI, 2017), sintomas gastrointestinais (DE PINHO et al., 2019), diminuição dos valores de albumina, idade (> 60 anos) (KANG, et al., 2018), infecção, tempo de internação (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001) e disfagia (CARRIÓN et al., 2015).

A desnutrição relacionada à doença em pacientes hospitalizados é ainda um problema de saúde pública, em especial em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (KONTUREK et al., 2015). Está associada a maiores taxas de infecção, aumento da disfunção imune, da morbidade (ARENAS MOYA et al., 2016; CORREIA; WAITZBERG, 2003; DICKINSON; WELCH; AGER, 2008; RINNINELLA et al., 2018; ZHENG et al., 2017), da mortalidade, do tempo de hospitalização, da incidência de re-internação e dos custos com o cuidado (CURTIS et al., 2017; LEÓN-SANZ et al., 2015; LIM et al., 2012).

Apesar do conhecimento sobre as consequências da desnutrição no prognóstico do paciente e da carga econômica que acarreta - o custo da internação hospitalar aumenta cerca de 68% em pacientes desnutridos, devido aos gastos para tratar complicações e com o suporte nutricional (PÉREZ DE LA CRUZ et al., 2004) - esta condição ainda é um problema sub-reconhecido e subnotificado, que afeta um

numero expressivo de pacientes hospitalizados (KONTUREK et al., 2015; RINNINELLA et al., 2018; ZHENG et al., 2017).

Mesmo em países desenvolvidos, as taxas de desnutrição hospitalar são elevadas. Na Espanha, um estudo que avaliou 384 pacientes adultos identificou quase 50% com desnutrição. Desses, apenas 17,7% receberam suporte nutricional durante a internação (MARTIN-PALMERO et al., 2017). Na Coreia do Sul, um estudo realizado com 300 pacientes mostrou que a taxa de desnutrição chegou a 22%. À medida que a desnutrição se agravou (de moderada para severa), o tempo de internação aumentou e a taxa de sobrevida diminuiu (KANG et al., 2018). Na Alemanha, 53,6% dos 815 pacientes hospitalizados submetidos a Avaliação Subjetiva Global (ASG) apresentaram desnutrição (KONTUREK et al., 2015). Na Arábia Saudita, entre os 248 pacientes estudados, 27% estavam desnutridos e 47,6% com risco de desnutrição (ALZHRANI; ALAMRI, 2017).

Em 2017, uma revisão sistemática que incluiu 66 estudos para avaliar a desnutrição hospitalar na América Latina e suas consequências, tanto para os pacientes quanto para a instituição de saúde, encontrou alguns resultados impactantes: aumento do custo médio diário de atendimento em 61% para pacientes desnutridos, comparado com aqueles que estavam bem nutridos; prevalência acima de 45% de desnutrição na Argentina, Colômbia, Peru e Venezuela, e aumento de 3,5 a 17,1 dias no tempo de internação dos pacientes desnutridos, comparados àqueles bem nutridos (CORREIA; PERMAN; WAITZBERG, 2017).

No Brasil, informações acerca da desnutrição hospitalar foram bem documentadas em 1999, quando o estudo intitulado Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) revelou que: 48% da população hospitalizada no Brasil apresentava algum grau de desnutrição; a terapia nutricional foi utilizada em apenas em 7,3% dos pacientes (6,1% nutrição enteral e 1,2% nutrição parenteral); menos de 18,8% dos prontuários continham informações relacionadas ao cuidado nutricional e que pacientes bem nutridos permanecessem internados, em média, 6 dias, enquanto aqueles desnutridos graves ficavam, em média, 13 dias hospitalizados (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

Apesar do alerta feito pelo IBRANUTRI, um estudo envolvendo 1688 pacientes brasileiros, em 2010, mostrou que a desnutrição ainda estava presente em 40,2% destes, no momento da admissão, aumentando para 55,2% no 7º dia e 64,6% no 14º dia de internação (GOMES BEGHETTO; KOGLIN; DANIEL DE

MELLO, 2010). Em 2014, a análise de uma amostra de pacientes em estado crítico, encontrou uma prevalência ainda maior de desnutrição, 45,5% nas primeiras 48 horas de internação na UTI e 70,3% após este período (FONTES; GENEROSO; TOULSON DAVISSON CORREIA, 2014). Dessa forma, no ambiente hospitalar, cabe ao nutricionista prover o cuidado nutricional ao paciente, desde o momento da admissão até a sua alta hospitalar e assim, minimizar o impacto da doença e da hospitalização no estado nutricional destes.

2.2 CUIDADO NUTRICIONAL

Os cuidados de nutrição, segundo a *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND), incluem: (1) avaliação do estado nutricional do paciente, (2) identificação de metas terapêuticas, (3) escolha das intervenções a serem implementadas, (4) identificação das orientações necessárias ao paciente e (5) formulação de um plano de avaliação, devidamente documentado (FIDELIX, 2014). A partir disso, a AND formulou o *Nutrition Care Process* (NCP) objetivando fornecer cuidados seguros, efetivos e de alta qualidade aos indivíduos, englobando avaliação, diagnóstico, intervenção e monitoramento de resultados. Essas quatro etapas são de responsabilidade do nutricionista. Duas outras etapas, triagem nutricional e gestão dos resultados, também fazem parte do cuidado nutricional, mas não são, necessariamente, responsabilidade do nutricionista.

Esse cuidado objetiva a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e deve estar associado às demais ações de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Alinhada às diretrizes do SUS e da PNAN e baseada no NCP, a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) publicou, em 2014, o Manual Orientativo de Sistematização do Cuidado de Nutrição (SICNUT), visando orientar o trabalho do nutricionista para priorizar o paciente que mais necessita de cuidado nutricional. A sistematização é composta por oito etapas que podem direcionar o atendimento nutricional no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sendo: triagem de risco nutricional, determinação dos níveis de assistência de nutrição, avaliação do estado

nutricional, diagnósticos de nutrição, intervenção nutricional, acompanhamento, gestão e comunicação (FIDELIX, 2014).

A triagem nutricional se constitui como elemento essencial para a identificação de risco nutricional, possibilitando intervenção nutricional precoce e melhor alocação de recursos (DUCHINI et al., 2010). Diversas ferramentas podem ser usadas para triagem nutricional de pacientes hospitalizados, como a *Nutritional Risk Screening* (NRS 2002); *Malnutrition Screening Tool* (MST); *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) e a *Mini Nutritional Assessment* (MNA). Ainda não há uma ferramenta considerada padrão ouro para triagem nutricional, mas a NRS 2002 é recomendada pela *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) para pacientes hospitalizados, sendo uma ferramenta de fácil acesso, baixo custo, bom prognóstico e relevância clínica (KONDRUP et al., 2003).

A NRS 2002 detecta a desnutrição ou o risco de desenvolvê-la durante a internação hospitalar e classifica os pacientes segundo a deterioração do estado nutricional e a gravidade da doença, ajustado à idade (KONDRUP et al., 2003; KOREN-HAKIM et al., 2016). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) também adotou esse instrumento como protocolo de triagem nutricional de adultos e idosos hospitalizados, recomendando que a triagem seja realizada em todos os pacientes internados em, no máximo, 72 horas (NUNES; MARSHALL, 2015). Em estudo multicêntrico, com 5.051 pacientes hospitalizados, os resultados da NRS 2002 foram significativamente relacionados com tempo de hospitalização, morbidade e mortalidade (SORENSEN et al., 2008).

Após a triagem nutricional, os pacientes devem ser classificados em Níveis Assistenciais (NA). Conforme o risco nutricional identificado, o paciente será reavaliado com determinada frequência: uma, duas ou até três vezes por semana. Este sistema de classificação beneficia tanto o nutricionista quanto o paciente, pois prioriza aqueles pacientes com pior estado nutricional, direcionando os recursos e o tempo do profissional aos que mais necessitam (TOSCANI et al., 2010).

O próximo passo corresponde à avaliação nutricional. São coletados e sintetizados inicialmente os dados chamados de indicadores nutricionais, medidas usadas para identificar problemas e verificar mudanças após as intervenções. Dessa forma, após a coleta, os indicadores são comparados com padrões de normalidade, definidos para cada população específica e interpretados por profissional treinado e experiente (MARTINS, 2016).

Na avaliação nutricional, são identificados um ou mais problemas, chamados de diagnósticos em nutrição, cuja relevância indica a necessidade de intervenção nutricional. Os diagnósticos foram criados especificamente para o nutricionista e devem ter uma possibilidade de resolução através da intervenção nutricional (MARTINS, 2016).

Na etapa de intervenção, o nutricionista planeja ações para solucionar, frear ou minimizar os problemas detectados. Dentre as ações de planejamento da intervenção, estão: adequação de macro e micronutrientes, número de refeições, indicação de suplementos e complementos alimentares e promoção de educação alimentar e nutricional (FIDELIX, 2014).

Segundo a Resolução nº 600/2018, do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), a prescrição dietética deve ser elaborada com base nas diretrizes estabelecidas na avaliação e no diagnóstico de nutrição. O registro da prescrição deve constar no prontuário do paciente, com os seguintes dados: data; Valor Energético Total (VET) da dieta; consistência da alimentação; composição de macro e micronutrientes mais importantes para o caso clínico; fracionamento; assinatura seguida de carimbo, número e região da inscrição no Conselho Regional de Nutrição (CRN) do profissional responsável pela prescrição (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018).

Para que a atuação do nutricionista seja bem sucedida, o CFN também preconiza que, nos hospitais que servem acima de 3000 grandes refeições por dia, o número de nutricionistas, atuando na produção de alimentos, seja de 4 + 1 a cada 1.000 refeições/dia, com carga horária técnica semanal de 30h, cada profissional. Nos hospitais de alta complexidade, deverá ter um nutricionista da área clínica, com carga horária técnica de 30h semanais, a cada 15 leitos. Na instituição onde há atendimento noturno, deverá ter nutricionista para a assistência nutricional vinte e quatro horas/dia ininterruptas, inclusive nos finais de semana e feriados (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018).

Além disso, para um cuidado nutricional efetivo, é necessário haver ações integradas entre os setores de produção de refeições e atendimento clínico-nutricional. Estudos destacam que pacientes com baixa aceitação das refeições não possuem como causas apenas questões relacionadas à doença, como falta de apetite, alterações no paladar e saída para exames, mas também há insatisfação com a apresentação das preparações, condições do ambiente hospitalar e o tipo de

atendimento prestado (DICKINSON; WELCH; AGER, 2008; JOHNS; HARTWELL; MORGAN, 2010; SORENSEN et al., 2003). Assim, aspectos como sabor, cor, forma, aroma, textura, temperatura das refeições, horários de distribuição, entre outros elementos, precisam ser consideradas no cuidado nutricional. A melhoria da apresentação das refeições no ambiente hospitalar pode aumentar a ingestão de alimentos, reduzir o desperdício e inclusive a taxa de reinternação (NAVARRO et al., 2016).

Um estudo que avaliou o cuidado nutricional em oito hospitais públicos brasileiros, através da aplicação de questionários semiestruturados, observação direta do trabalho da equipe de nutrição e revisão de prontuários, encontrou como resultado que o número e profissionais era insuficiente, mostrando-se como um obstáculo para a realização efetiva das atividades relacionadas ao cuidado nutricional. Foi observado também que nutricionistas da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) não trabalhavam de forma integrada com a equipe de nutrição clínica, limitando-se apenas a gerenciar a produção de alimentos. Além disso, em 93% dos prontuários revisados, não foi encontrado nenhum registro, por qualquer profissional, sobre o estado nutricional na admissão dos pacientes. Também não se verificaram registros, por parte dos nutricionistas, da prescrição dietética, avaliação nutricional ou evolução nutricional dos pacientes, em sete hospitais avaliados (DE SETA et al., 2010).

Pedroso et al. (2011), através das perspectivas de treze nutricionistas de um hospital de referência para a Política Nacional de Humanização (PNH), em Santa Catarina, encontraram que, apesar das nutricionistas terem preocupação com a qualidade do cuidado prestado ao paciente, realizavam ações fragmentadas, não sistematizadas e possuíam dificuldades de interação com a equipe, principalmente com os médicos, destacando que alguns não aderiam ao trabalho multidisciplinar. Uma outra questão trazida pelas nutricionistas é que muitas vezes os pacientes já possuíam dados de peso e estatura no prontuário, registrados pela enfermagem, mas eram dados apenas referidos. O estudo ressalta que é importante que as medidas antropométricas sejam aferidas pela equipe de saúde, pois quando referidas pelo paciente nem sempre são fidedignas (PEDROSO; DE SOUSA; DE SALLES, 2011).

Fontes et al. (2016) identificaram que, dos 543 pacientes identificados com risco nutricional, apenas 64% receberam plano de cuidado nutricional

individualizado. Analisando apenas o grupo que recebeu o plano em relação ao desfecho, os autores constataram que naqueles com desfecho desfavorável (óbito, transferência hospitalar) o número de avaliações nutricionais ($p=0,002$) e evoluções ($p<0,001$) foi maior. Porém, deve-se considerar que os pacientes que receberam o plano de cuidado eram mais idosos, com escore total de triagem maior e apresentaram mais infecção durante a internação, portanto eram pacientes mais graves e com pior prognóstico (FONTES et al., 2016).

Um outro estudo avaliou o dimensionamento de recursos humanos em serviços de alimentação e nutrição, de 27 hospitais públicos e privados de São Paulo. A jornada de oito horas/dia foi o regime de trabalho que predominou em 52% das instituições. A maioria dos profissionais que acumulavam funções de gerência, clínica e produção (63,4%) tinha jornada de trabalho de 8 horas ou mais por dia. Mais de 2/3 dos nutricionistas (67,5%) referiram frequentar cursos de atualização como estratégia para melhorar sua formação profissional. A média de leitos por nutricionista nos hospitais públicos foi de 32,8 e nos privados 94,6 (SANTOS, 2011).

Avaliar o cuidado nutricional em hospitais brasileiros é um desafio, visto que são muitos os fatores que estão associados e que influenciam no mesmo, portanto o desenvolvimento e a aplicação de ferramentas e projetos com este objetivo possuem grande relevância.

2.3 NUTRITIONDAY

O *nutritionDay* é um projeto multicêntrico, criado em 2004 pela ESPEN, com o objetivo de alertar e combater a desnutrição hospitalar, considerando a sua prevalência no mundo todo. Trata-se de um estudo transversal, realizado em um mesmo dia, em hospitais e instituições de longa permanência que se inscrevem para participar. O Centro Coordenador localiza-se em Viena, na Áustria, onde são compilados todos os dados, em um grande banco, que permite não somente cada instituição participante conhecer seus resultados, bem como compará-los com a média dos dados internacionais.

O estudo é realizado anualmente, em uma quinta-feira de novembro, sendo a data divulgada antecipadamente pelo site do projeto (<https://www.nutritionday.org>). Neste dia, são avaliados os hospitais e as unidades inscritas, através de questionários padronizados e traduzidos para diversos idiomas (anexos C e D

respectivamente). Os pacientes são avaliados através de questionário respondido pelo próprio paciente (anexo F) e formulário preenchido pelo profissional através de dados coletados no prontuário (anexo E), após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B). Trinta dias após a aplicação dos questionários é realizada uma nova revisão dos prontuários dos pacientes participantes para identificar desfecho (alta, transferência, morte) e diagnóstico de alta do paciente (anexo G).

Mundialmente, o projeto já está presente em 65 países, envolvendo mais de 265.000 pacientes, em mais de 7.000 unidades de saúde. No Brasil, é organizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), sendo intitulado NutriDia Brasil. Em 2011, foi executado pela primeira vez no país, com a participação de 25 hospitais, de 11 estados. Atualmente, já foi realizado em mais de 60 hospitais brasileiros, sendo que em 2017 onze hospitais participaram e em 2018 doze, conforme relatórios do site do projeto.

Em 2009, três hospitais da cidade de Pelotas participaram do NutriDia Brasil, sendo avaliado um total de 94 pacientes, predominantemente do sexo masculino (64,9%). Risco nutricional foi identificado em 66,7% dos pacientes participantes. Aproximadamente 36% recebiam dieta especial (baixo teor de sal, de carboidratos, de gordura, sem açúcar, textura modificada). Em relação à alimentação da última semana, 57,3% informou ter uma ingestão inferior à habitual, sendo a falta de apetite o principal motivo. Esse estudo possibilitou a reflexão sobre a importância da triagem nutricional, que alerta para a necessidade de uma imediata intervenção nutricional, além da necessidade de monitoramento da ingestão alimentar, a fim identificar se o prescrito está sendo realmente ingerido (CÉSAR et al., 2013).

Na Bahia, um hospital universitário, em processo de acreditação pela *Joint Commission International* (JCI), participou no NutriDia Brasil, em 2012. Foram avaliados 78 pacientes, com idade média de 53,5 anos, sendo 53,85% do sexo masculino. A média do IMC foi de 22,83 kg/m², porém a perda de peso nos últimos três meses foi identificada em 62 pacientes (79,5%), 31 (39,7%) relataram apetite reduzido na última semana e 5 (16%) relataram ingerir menos de 25% ou nada da dieta. Dentre as causas de redução da ingestão alimentar, a falta de apetite (64,5%) foi a principal. A permanência hospitalar foi longa, em média 27 dias, fato que pode ter contribuído para a perda ponderal de peso dos pacientes e redução do apetite e da ingestão alimentar (DE JESUS SAMPAIO et al., 2015).

Em um hospital de alta complexidade da Colômbia, em 2015, foram avaliados 70 pacientes adultos com os formulários do *nutritionDay*. Cerca de 54,3% dos pacientes haviam perdido peso nos últimos 3 meses, com uma perda média de 6,8 kg. A prevalência de risco nutricional foi de 52,86% e cerca de 19% dos pacientes não consumiram nenhum alimento no almoço no dia da pesquisa. As causas mais comuns para o baixo consumo foram a falta de apetite e não gostar da comida. As variáveis associadas ao risco de desnutrição foram: quantidade de alimentos consumida durante o almoço, tempo de internação e reingresso (VARELA; DELGADO, 2015).

Em Santa Maria, nos anos 2015 e 2016, foram aplicados os questionários do NutriDia com 75 pacientes de um hospital de ensino, sendo 57 pacientes da enfermaria e 18 da UTI, a maioria do sexo masculino. Na enfermaria, a via de dieta predominante foi a oral (86,7% em 2015 *versus* 88,9% em 2016), seguida de nutrição enteral (13,3% *versus* 11,1%). Um número elevado de participantes referiu consumo de alimentos externos (46,2% *versus* 41,7%), além da dieta hospitalar. Quanto ao desfecho, a maioria recebeu alta hospitalar, 93,3% em 2015 e 77,8% em 2016. Sobre o estado nutricional, em 2015, 50% dos pacientes adultos e idosos apresentavam eutrofia e 28,6% dos adultos e 25% dos idosos apresentavam sobrepeso. Já em 2016, 46,2% dos pacientes adultos e 28,6% dos idosos estavam com sobrepeso e 30,8% dos adultos e 50% dos idosos estavam eutróficos (TATSCH et al., 2018).

Em 2016, na China, 781 pacientes, de 9 hospitais, foram avaliados pelos questionários do *nutritionDay* (46). A maioria dos pacientes estavam internados no departamento de cirurgia geral (45,7%) e na gastroenterologia/hepatologia (18,6%). A idade média foi de 55,4 anos e o IMC médio foi de 22,9 kg/m². O percentual de desnutrição foi de 29,6% e de risco nutricional 12%. Entretanto, entre os pacientes com desnutrição ou risco nutricional, 41,8% não receberam nenhum suporte nutricional (suplementos, nutrição enteral ou parenteral). A perda de peso nos últimos três meses esteve presente em 42,8% dos pacientes e cerca de 2/3 destes perderam peso de forma involuntária. No dia da aplicação dos questionários, 68,7% referiram não ter ingerido todo o almoço ou jantar e 38,7% não ingeriu nada. Em relação aos desfechos em 30 dias, os pacientes com desnutrição, quando comparados aos pacientes bem nutridos, apresentaram maior tempo de internação,

maior taxa de transferência para outro hospital e menor taxa de alta, no entanto, a taxa de mortalidade foi similar ($p=0,123$) (SUN et al., 2018).

Um importante fator de risco para desnutrição é a disfagia, extremamente presente entre os pacientes hospitalizado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2011). Sabe-se que a disfagia está associada a múltiplos desfechos negativos de saúde, como pneumonia aspirativa, redução da qualidade de vida, desidratação e inclusive desnutrição (ANDRADE et al., 2018; CARRIÓN et al., 2015). Streicher et al. (2018) avaliaram o impacto da disfagia na mortalidade em residentes de asilos da Europa e dos Estados Unidos, através dos questionários do *NutritionDay*. Como resultados, o estudo apontou que a mortalidade em seis meses foi significativamente maior entre aqueles com disfagia (24,7% versus 11,9%). Os indivíduos com disfagia apresentaram IMC significativamente mais baixos e maior perda de peso. A disfagia, quando acompanhada da perda de peso, foi identificada como um grande fator de risco para mortalidade (STREICHER et al., 2018).

A análise de 9959 pacientes que participaram do *nutritionDay* nos Estados Unidos, entre os anos de 2009 a 2015, encontrou a prevalência de risco nutricional de 32,7%, sendo este maior nas seguintes especialidades: doenças infecciosas (46,1%) e com cuidado de longo prazo (45,8%). Sobre a ingestão das refeições principais, 25,8% ingeriu apenas metade da refeição, 25,2% ingeriu um quarto ou nada e 6,9% não podiam ingerir alimentos devido a procedimentos ou exames. Nesse estudo, a porcentagem de pacientes em uso de dieta especial foi elevado, entre 22,7% a 37,8%. Outro resultado importante que este estudo traz é a taxa de pacientes com suporte nutricional. Entre os pacientes que podiam comer, mas não consumiram nada das suas refeições principais, apenas 14,7% recebiam suplementos ou nutrição enteral ou parenteral (SAUER et al., 2019). Esses dados são preocupantes pois podem refletir uma falta de reconhecimento de quais pacientes estão se alimentando mal e isso pode refletir em perda de oportunidade para implementar uma intervenção nutricional adequada.

O *nutritionDay*, portanto, busca identificar não somente o risco e a desnutrição hospitalar, mas também o envolvimento dos profissionais de saúde e os recursos das instituições para lidar com estas condições, melhorando o conhecimento e a conscientização sobre desnutrição em instituições de saúde e aperfeiçoando a qualidade do cuidado nutricional.

3 JUSTIFICATIVA

A desnutrição é bastante frequente no contexto hospitalar e se constitui como importante problema aos indivíduos acometidos e ao sistema de saúde, pois está intimamente relacionada com permanência hospitalar prolongada, aumento na incidência de infecções, maior mortalidade e maiores gastos para o hospital (KONTUREK et al., 2015; PLANAS et al., 2016; RINNINELLA et al., 2018). O *nutritionDay* é um projeto multicêntrico que possui o objetivo de melhorar o conhecimento e a conscientização sobre desnutrição em instituições de saúde, possibilitando que medidas preventivas e corretivas sejam otimizadas visando a saúde e segurança do paciente. Através de questionários padronizados, de simples aplicação e replicação, instituições de saúde de diversos países conseguem ter uma visão ampla do estado nutricional dos seus pacientes, dos fatores que interferem no mesmo e da estrutura e dos recursos que caracterizam o cuidado nutricional hospitalar. Diante da relevância da desnutrição sobre o prognóstico dos pacientes hospitalizados e da escassez de estudos que abordem o cuidado nutricional de hospitais brasileiros, este estudo se propôs avaliar o processo de cuidado nutricional, em um hospital universitário, a partir dos dados do *nutritionDay* de 2017 e 2018.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo de cuidado nutricional, em um hospital universitário, a partir dos dados do NutriDia Brasil de 2017 e 2018.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a instituição e as unidades avaliadas;
- b) Conhecer o cuidado nutricional realizado nesta instituição;
- c) Identificar as características gerais e nutricionais dos pacientes que participaram do NutriDia Brasil em 2017 e 2018 nesta instituição;
- d) Identificar os potenciais fatores que influenciam o estado nutricional;
- e) Identificar a influência do estado nutricional no tempo de internação.

5 ARTIGO ORIGINAL

Este artigo será submetido à Revista de Nutrição (Brazilian Journal of Nutrition - B2).

O Cuidado Nutricional em um Hospital Público de Porto Alegre: Resultados do Projeto NutriDia Brasil de 2017 e 2018

Nutritional Care in a Public Hospital in Porto Alegre: Results of the nutritionDay Project of 2017 and 2018

Título curto em inglês: *Results of nutritionDay 2017 and 2018*

Título curto em Português: Resultados do NutriDia 2017 e 2018

¹Danieli Santer (orcid.org/0000-0001-5924-7567). Graduada em Nutrição. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Nutrição. Ramiro Barcelos 2400, 4º andar, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: danisanter@hotmail.com Telefone: (51) 993290994.

²Vivian Cristine Luft (orcid.org/0000-0003-2371-9264). Nutricionista. Doutora. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde. Ramiro Barcelos 2400, 2º andar. 90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: vcluft@hcpa.edu.br Telefone: (51) 999428234.

³Zilda Elisabeth de Albuquerque Santos (orcid.org/0000-0002-0007-0557). Nutricionista. Doutora. Departamento de Nutrição. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ramiro Barcelos 2400, 4º andar. 90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: zesantos@hcpa.edu.br Telefone: (51) 991167836.

Autor correspondente

Zilda Elisabeth de Albuquerque Santos (orcid.org/0000-0002-0007-0557). Nutricionista. Doutora. Departamento de Nutrição. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ramiro Barcelos 2400, 4º andar. 90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: zesantos@hcpa.edu.br Telefone: (51) 991167836.

Contribuição autoral

Esse artigo foi escrito por Danieli Santer, Zilda Elizabeth de Albuquerque Santos e Vivian Cristine Luft. Os dados foram organizados e tabulados por Danieli Santer, Zilda Elizabeth de Albuquerque Santos e Vivian Cristine Luft. Os dados foram analisados por Danieli Santer e revisados por Zilda Elizabeth de Albuquerque Santos.

Orçamento

Esse projeto de pesquisa não contou com nenhum tipo de financiamento.

Conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Categoria do artigo: Original

Área temática: Nutrição Clínica

Número total de ilustrações: 4 tabelas

Número total de palavras: 3.427 (sem tabelas)

RESUMO

Objetivo: Avaliar o processo de cuidado nutricional e o estado nutricional dos pacientes internados, por meio dos resultados do projeto NutriDia Brasil. **Método:** Estudo transversal em um hospital público da cidade de Porto Alegre. Questionários padronizados do *NutritionDay* foram aplicados, em um único dia, por profissionais capacitados, em 2017 e 2018. Foram feitas análises descritivas e, para avaliar as diferenças entre os grupos, realizaram-se os testes Qui-Quadrado de Pearson e de Kruskal-Wallis, sendo considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 116 pacientes, sendo 52,6% do sexo masculino. No período do estudo, o hospital possuía equipe capacitada em suporte nutricional e utilizava ferramenta padronizada para triagem nutricional, bem como protocolo de avaliação nutricional. Com relação ao estado nutricional, 32,8% dos pacientes estavam com desnutrição, sendo maior a prevalência entre pacientes oncológicos (51,9%). A perda de peso involuntária esteve presente em 51,7%. Indivíduos

desnutridos apresentaram menor Índice de Massa Corporal ($p=0,000$), maior tempo de internação ($p=0,006$), perda de peso ($p=0,000$), uso de suporte nutricional ($p=0,001$), visita do nutricionista ($p=0,025$) e estavam mais acamados ($p=0,019$), quando comparados a pacientes com e sem risco nutricional. **Conclusão:** O hospital possui cuidado nutricional individualizado e padronizado, há priorização e direcionamento de recursos para pacientes desnutridos ou em risco nutricional. Apesar disso, a desnutrição esteve presente em mais de 30% dos avaliados, indicando que esta condição ainda é um problema que precisa ser mais estudado.

Palavras-chave: Desnutrição. Estado Nutricional. Assistência ao Paciente. Serviço Hospitalar de Nutrição.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nutritional care process and the nutritional status of hospitalized patients through the results of the NutritionDay project. **Method:** Cross-sectional study in a public hospital in Porto Alegre. NutritionDay standardized questionnaires were administered on a single day by trained professionals in 2017 and 2018. Descriptive analyzes were performed and, to assess differences between groups, the Pearson Chi-Square and Kruskal-Wallis tests were performed, being considered statistically significant $p < 0.05$. **Results:** A total of 116 patients were evaluated, 52.6% male. During the study period, the hospital had staff trained in nutritional support and used a standardized tool for nutritional screening, as well as a nutritional assessment protocol. Regarding nutritional status, 32.8% of the patients were malnourished, with a higher prevalence among cancer patients (51.9%). Involuntary weight loss was present in 51.7%. Malnourished individuals had lower Body Mass Index ($p = 0.000$), longer hospital stay ($p = 0.006$), weight loss ($p = 0.000$), use of nutritional support ($p = 0.001$), were more bedridden ($p = 0.019$), more visits by the nutritionist ($p = 0.025$) when compared to patients with and without nutritional risk. **Conclusion:** The hospital has individualized and standardized nutritional care, resources are prioritized and directed to malnourished or at-risk patients. Despite this, malnutrition was present in more than 30% of the evaluated, indicating that this condition is still a problem that needs further study.

Key words: Malnutrition. Nutritional Status. Patient Care. Food Service, Hospital.

INTRODUÇÃO

A desnutrição hospitalar afeta em média 20 a 50% dos pacientes em todo o mundo [1]. No Brasil, essa prevalência fica em torno de 40% [2], chegando a 61,2% em pacientes oncológicos [3]. Está associada a maiores taxas de infecção, atraso na cicatrização, aumento da disfunção imune, do desenvolvimento de úlceras de pressão, da morbidade [4–6], da mortalidade, do tempo de hospitalização, da incidência de re-internação e dos custos com o cuidado [7,8].

Há diversos fatores que influenciam o estado nutricional durante a hospitalização como disfagia [9], oferta inadequada de alimentos [4], hipermetabolismo [10], imobilização [11] e sintomas gastrointestinais [3]. O cuidado nutricional prestado nas instituições deve identificar precocemente a desnutrição e tratá-la, visto que esses pacientes são mais suscetíveis a complicações, objetivando a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças [12]. Fontes et al. identificaram, entretanto, que apenas 64% dos pacientes identificados com risco nutricional de um hospital terciário receberam cuidado nutricional individualizado [13], ressaltando que ainda há grandes desafios nesta área. Além disso, poucos são os pacientes desnutridos que recebem adequado suporte nutricional [14].

O *nutritionDay*, também conhecido por NutriDia Brasil, é um projeto multicêntrico, que busca através da identificação do risco nutricional, da desnutrição hospitalar e do envolvimento dos profissionais de saúde com estas condições, aperfeiçoar a qualidade do cuidado nutricional [15]. O presente estudo teve como objetivo, portanto, avaliar o processo de cuidado nutricional em um hospital público e universitário de Porto Alegre/RS, através dos dados do NutriDia Brasil 2017 e 2018.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal utilizando dados secundários do projeto NutriDia Brasil, coletados em novembro de 2017 e 2018. Um novo acesso aos prontuários foi realizado nos dias nove de dezembro de 2018 e oito de dezembro de 2018, buscando identificar desfechos em 30 dias.

Foram utilizados cinco questionários padronizados, disponíveis em Português no site do projeto, aplicados por nutricionistas do hospital previamente capacitados.

Os questionários abrangiam dados como a estrutura e recursos pessoais do hospital, procedimentos nutricionais realizados nas unidades avaliadas, características gerais e nutricionais dos pacientes internados (doença principal, comorbidades, risco e estado nutricional, tipo de dieta utilizada, meta nutricional, internação prévia em UTI, realização de cirurgia, hidratação). Dos cinco questionários, um era respondido pelo próprio paciente, no qual ele assinalava se houve perda de peso nos últimos 3 meses, mudança de apetite, satisfação com a comida, ingestão alimentar na semana anterior à admissão, ingestão no dia da pesquisa, consumo de alimento externo e mobilidade.

O estudo NutritionDay é um projeto aprovado pelo Comitê de Ética do centro coordenador de Vienna, na Áustria. O NutriDia de 2017 e 2018 foram realizados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, sendo o projeto registrado sob o número 17-0583. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram analisados utilizando-se o programa Statistical Package for Social Science (SPSS versão 18.0). As variáveis contínuas foram descritas em média e desvio padrão ou medianas e amplitude interquartil, e as categóricas, como números absolutos e percentuais. O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparações de variáveis categóricas e o Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes foi utilizado para identificar diferença de tempo de internação entre os grupos. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

O hospital e unidades avaliadas

A auditoria ocorreu em um hospital público, universitário, de grande porte, localizado no sul do Brasil, com capacidade de 839 leitos, onde foram admitidos mais de 30.000 pacientes/ano em 2017 e 2018, em diferentes especialidades, predominando as áreas clínica e cirúrgica. Nesta instituição havia uma Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional, assim como 47 nutricionistas, 42 técnicos em alimentação e nutrição e 95 funcionários na produção de alimentos, compondo o Serviço de Nutrição e Dietética do hospital em 2018. Conforme os dados coletados,

o serviço realizava, periodicamente, pesquisa de satisfação sobre a alimentação com os pacientes e utilizava indicadores de qualidade para a melhoria dos serviços.

O projeto foi realizado com uma população inicial de 70 pacientes em 2017 e 86 em 2018. Destes, em 2017 foram excluídas nove crianças e em 2018 foram excluídas seis crianças, vinte pacientes em tratamento na unidade de terapia intensiva e três que não responderam ao questionário do paciente. Em 2017, a ferramenta de triagem e avaliação nutricional utilizada na admissão e para o monitoramento do estado nutricional foi elaborada pelo serviço de nutrição do hospital, a partir de recomendações nacionais e internacionais. Em 2018 a ferramenta utilizada para triagem nutricional foi a NRS-2002.

Conforme respostas dos questionários, todas as cinco unidades de internação avaliadas neste estudo possuíam nutricionista disponível e pessoal treinado para prestar auxílio aos pacientes durante as refeições. Na rotina de cuidados nutricionais, para todos os pacientes, eram realizadas: visita pelo nutricionista, discussão dos cuidados nutricionais com equipe multiprofissional, elaboração de plano individual de terapia nutricional, cálculo de necessidades energéticas e proteicas. Os pacientes eram pesados na admissão, todas as semanas e quando solicitado. Para fornecer um aporte alimentar e nutricional adequado, eram fornecidas refeições adicionais, os pacientes eram consultados sobre suas preferências alimentares, assim como sobre a presença de alergias e intolerâncias. Eram fornecidas recomendações da terapêutica nutricional para o período pós-alta. No prontuário eram registrados o resultado da triagem nutricional, do estado nutricional e a terapia nutricional instituída.

Os Pacientes

Um total de 116 pacientes foi avaliado, sendo 52,6% do sexo masculino. A doença principal da maioria dos pacientes foi neoplasia (23,3%), seguida de doenças do aparelho circulatório (20,7%) e do aparelho digestivo (15,5%). A idade média foi 60,2 anos e a maior parte deles (66,4%) conseguia deambular sem auxílio. (Tabela 1)

O IMC médio foi de 25,6kg/m², no entanto quase metade (47,5%) dos avaliados estava desnutrido ou com risco nutricional, sendo que três pacientes obesos estavam desnutridos. Perda de peso não intencional (nos últimos 3 meses)

esteve presente em 51,7%. No dia da pesquisa, a maioria dos pacientes estava em uso de dieta regular (43,1%) ou nutrição especial (44%), que se refere a dieta com baixo teor de sal, de carboidratos, de gordura, sem açúcar ou textura modificada. A maior parte dos pacientes (48,3%) ingeriu quase tudo no almoço, no dia da pesquisa, e apenas 10,3% não ingeriram nada (Tabela 2). Os principais motivos para não consumir nada foram falta de apetite (33,3%), jejum para realização de procedimento ou exame (25%) e problemas de mastigação/deglutição (16,6%).

Aproximadamente metade dos pacientes (56,9%) foi informada sobre o seu diagnóstico nutricional e as opções de tratamento. Um plano de intervenção foi desenvolvido para 94,8% e a ingestão alimentar foi registrada em 80,2% dos prontuários. Apesar de haver informação do peso em todos os prontuários, 13,8% dos pacientes afirmaram não terem sido pesados durante a internação, possivelmente pelo uso de peso relatado ao invés do aferido nestes casos (Tabela 3).

Classificando os pacientes em três grupos (desnutridos, com e sem risco nutricional), foi possível identificar que entre os desnutridos o IMC foi menor, o uso de suporte nutricional e a perda de peso nos últimos três meses foram maiores, e a via oral foi mais predominante entre pacientes com e sem risco. Entre os paciente oncológicos, a maior parte (51,9%) estavam desnutridos. Quando analisada a consulta com nutricionista, 100% dos pacientes desnutridos e com risco tiveram consulta com a nutrição, comparado a 88,5% dos pacientes sem risco. O tempo de internação foi maior entre os pacientes desnutridos quando comparado aos pacientes sem risco, sem diferença quando comparado com pacientes com risco. Em relação ao desfecho, 96,7% dos pacientes sem risco tiveram alta e nenhum foi a óbito, comparado a 70,6% dos pacientes com risco com alta e 11,8% a óbito (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O hospital avaliado neste estudo contava com uma equipe ampla no Serviço de Nutrição e Dietética e as nutricionistas utilizavam, em 2018, ferramenta validada para a realização de triagem nutricional, a NRS 2002, recomendada pela *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) para pacientes hospitalizados, sendo uma ferramenta de fácil acesso, baixo custo, bom prognóstico e relevância

clínica [16]. Todas as unidades possuíam nutricionista responsável e estava instituída uma rotina de cuidados nutricionais individualizada e padronizada, a ser realizada para todos os pacientes internados, conforme preconizado pela Resolução nº 600/2018 [17], do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Porém, o registro da ingestão alimentar não esteve presente em 20% dos prontuários, uma etapa fundamental do cuidado nutricional para que os outros profissionais envolvidos no caso estejam cientes dos aspectos nutricionais do paciente [14,17].

A desnutrição esteve presente em 32,8% dos pacientes deste estudo e o risco nutricional em 14,7%, dado superior ao encontrado pela Coreia do Sul (22% de desnutridos), em um estudo realizado com quase 300 pacientes [1]; na Arábia Saudita (27% desnutridos e 47,6% em risco), em estudo com 248 pacientes [11]; mas inferior a um estudo na Espanha com 384 pacientes, que mostrou que quase 50% dos pacientes estavam desnutridos [18].

O envolvimento do paciente no seu cuidado nutricional e nas decisões acerca de sua saúde é muito importante para uma melhor adesão ao tratamento proposto e está consagrado em diretrizes legislativas, como a Política Nacional de Atenção Básica (2005), do Ministério da Saúde [19]. Apesar disso, apenas 56,9% dos pacientes foi informado sobre o seu diagnóstico nutricional e as opções de tratamento e 63,8% foi informado sobre suas opções terapêuticas. A atenção centrada no paciente tem como um de seus princípios uma melhor comunicação entre profissional e paciente, e proporciona melhoria na percepção de satisfação e manejo dos sintomas do paciente [20].

Na maioria das vezes, os pacientes desnutridos precisam de suporte nutricional durante a internação. Foi encontrado que apenas 42,1% dos pacientes desnutridos estavam em uso de suporte nutricional, taxa mais alta do que comparado a um estudo na Espanha [18], 17,7%, e a um estudo na China [21], 38,7%, e bem próximo ao encontrado na Noruega, 41% [14]. A perda de peso não intencional nos últimos três meses (51,7%) foi inferior ao encontrado em outro estudo nacional [15], 79,5%, mas superior quando comparado a outros países, como China [21], 42,8%, e Polônia [22] 42,47%. Essa alta prevalência de perda de peso involuntária reforça que vários pacientes já chegam desnutridos ou com deficiências nutricionais no ambiente hospitalar, portanto um individualizado cuidado nutricional, incluindo triagem, avaliação e prescrição adequada de suporte nutricional, é

necessário para identificar e cessar esta perda de peso o mais rápido possível e melhorar o estado nutricional do paciente [23].

Pacientes com câncer são mais propensos a serem desnutridos do que pacientes tratados em muitas outras especialidades [24]. A prevalência de desnutrição em pacientes com câncer varia de 20% a mais de 50% em estudos mundiais [1,3,5,25], com diferenças relacionadas à idade do paciente, tipo e estágio do câncer [24]. O presente estudo se manteve nesta faixa de prevalência, visto que 51,9% dos pacientes com neoplasia estavam desnutridos. Alguns fatores, como a presença de distúrbios metabólicos relacionados ao processo neoplásico, ingestão insuficiente de nutrientes e uma alta incidência de sintomas de impacto nutricional, como a falta de apetite e dificuldade para deglutir, têm sido relacionados a alterações no estado nutricional de pacientes oncológicos [3].

A falta de apetite, assim como neste estudo, foi a principal causa para os pacientes não consumirem a refeição principal no NutriDia realizado na Bahia [15] e na Colômbia [26]. Sabemos que a baixa aceitação da dieta está relacionada, muitas vezes, aos aspectos da doença, mas a melhoria da apresentação das refeições no ambiente hospitalar poderia aumentar a ingestão de alimentos [27].

A disfagia, também citada como uma das principais causas para baixa aceitação alimentar, é uma condição extremamente presente em pacientes hospitalizados [28] e está associada a múltiplos desfechos negativos de saúde, como a desnutrição [9,28]. Conforme estudo realizado na Europa e Estados Unidos, em 2018, os indivíduos com disfagia apresentaram IMC significativamente mais baixos e maior perda de peso em seis meses [29]. Dessa forma, identificar a razão para a baixa ingestão alimentar é essencial para que o tratamento correto seja instituído antes que o paciente tenha consequências nutricionais mais graves.

O tempo de internação foi maior entre os desnutridos quando comparados com os pacientes sem risco (25 *versus* 17 dias), resultado que também foi visto em um estudo com 300 pacientes na Coreia do Sul (12,2 *versus* 7,6 dias) [1], em uma revisão sistemática sobre desnutrição na América Latina (aumento de 3,5 a 17,1 dias) [2], no *Nutritionday* realizado na China com 781 pacientes (16 *versus* 11 dias) [21] e na Grécia, com 295 pacientes (14,1 *versus* 3,7 dias) [30]. Conforme estudo realizado no Canadá, os pacientes moderadamente desnutridos tiveram internação 18% mais longa do que os bem nutridos e os custos foram de 31 a 34% maiores, sendo 38% maior se desnutrição grave [7].

O estudo possui algumas limitações, como: amostra pequena de indivíduos, que pode não refletir a totalidade dos pacientes, assim os resultados devem ser interpretados com cautela; o uso de diferentes ferramentas de triagem em cada ano pelo hospital; particularidades da doença que podem ter influenciado nos resultados, e informações de peso e altura que podem ter sido relatadas e não realmente aferidas pela equipe, apesar da existência dos Procedimentos Operacionais Padronizados na instituição.

CONCLUSÃO

O hospital possui cuidado nutricional individualizado e padronizado, sendo que todos os pacientes foram triados e a maior parte deles foi pesada, consultada pelo nutricionista, teve suas necessidades energéticas e proteicas calculadas, um plano de intervenção desenvolvido e ingestão alimentar registrada no prontuário. Há priorização e direcionamento de recursos para aqueles pacientes desnutridos ou em risco nutricional quando comparado aos pacientes sem risco, visto que foram mais visitados pelo nutricionista e tiveram maior uso de suporte nutricional. A taxa de desnutrição encontrada nesta pesquisa demonstrou que este continua sendo um grande problema e que diversos são os desafios para sua superação, necessitando de maior atenção pelos profissionais de saúde e gestores. Por fim, o NutriDia Brasil se constituiu como uma importante ferramenta para auditoria neste hospital e deve ser aplicado anualmente, possibilitando a identificação de problemas e guiando o desenvolvimento de melhorias para o serviço.

REFERÊNCIAS

1. Kang MC, Kim JH, Ryu SW, Moon JY, Park JH, Park JK, et al. Prevalence of malnutrition in hospitalized patients: A multicenter cross-sectional study. *J Korean Med Sci.* 2018;33(2):1–10.
2. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr [Internet].* 2017;36(4):958–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.06.025>.
3. De Pinho NB, Martucci RB, Rodrigues VD, D'almeida CA, Thuler LC, Saunders C, et al. High Prevalence of Malnutrition and Nutrition Impact Symptoms in

- Older Patients with Cancer: Results of a Brazilian Multicenter Study. *Clin Nutr*. 2019;38:S202.
4. Arenas Moya D, Plascencia Gaitán A, Ornelas Camacho D, Arenas Márquez H. Hospital Malnutrition Related to Fasting and Underfeeding: Is It an Ethical Issue? *Nutr Clin Pract*. 2016;31(3):316–24.
 5. Rinninella E, Cintoni M, De Lorenzo A, Addolorato G, Vassallo G, Moroni R, et al. Risk, prevalence, and impact of hospital malnutrition in a Tertiary Care Referral University Hospital: a cross-sectional study. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2018;13(5):689–97. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11739-018-1884-0>
 6. Zheng H, Huang Y, Shi Y, Chen W, Yu J, Wang X. Nutrition Status, Nutrition Support Therapy, and Food Intake are Related to Prolonged Hospital Stays in China: Results from the NutritionDay 2015 Survey. *Ann Nutr Metab*. 2017;69(3–4):215–25.
 7. Curtis LJ, Bernier P, Jeejeebhoy K, Allard J, Duerksen D, Gramlich L, et al. Costs of hospital malnutrition. *Clin Nutr* [Internet]. 2017;36(5):1391–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.009>.
 8. León-Sanz M, Brosa M, Planas M, García-de-Lorenzo A, Celaya-Pérez S, Hernández JÁ, et al. PREDyCES study: The cost of hospital malnutrition in Spain. *Nutrition*. 2015;31(9):1096–102.
 9. Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M, et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr*. 2015;34(3):436–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.014>.
 10. Soeters P, Bozzetti F, Cynober L, Forbes A, Shenkin A, Sobotka L. Defining malnutrition: A plea to rethink. *Clin Nutr*. 2017;36(3):896–901.
 11. Alzahrani SH, Alamri SH. Prevalence of malnutrition and associated factors among hospitalized elderly patients in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):1–7.
 12. Fidelix MSP. Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição. *Assoc Bras Nutr*. 2014;66.
 13. Fontes SR, Henriques GS, Nahim-Safadi CMA, Souza ASB e, Jansen AK. Triagem nutricional como ferramenta de organização da atenção nutricional hospitalar. *Rev Bras Nutr Clin*. 2016;31(2):124–8.

14. Henriksen C, Gjelstad IM, Nilssen H, Blomhoff R. A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment — results from nutritionDay. *Food Nutr Res* [Internet]. 2017;61(1):1391667. Available from: <https://doi.org/10.1080/16546628.2017.1391667>.
15. de Jesus Sampaio E, Nogueira Meirelles A, Lima Gusmão M, dos Santos Cruz I, Luedy A. Participação do Hospital Universitário no NUTRIDIA Brasil 2012: Estratégia para a Assistência Segura ao Paciente. *Rev Acreditação ACRED*. 2015;5(9):21–9.
16. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22(4):415–21.
17. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600 de 25 de fevereiro de 2018. 2018. Available from: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11253722/do1-2018-04-20-resolucao-n-600-de-25-de-fevereiro-de-2018-11253717.
18. Martin-Palmero A, Serrano-Pérez A, Chinchetru-Ranedo J, Cámara-Balda A, de Salinas ÁM, Villar-García G, et al. Malnutrition in hospitalized patients : results from La Rioja. *Nutrición hospitalaria*. 2017;34(2):402–6.
19. Sousa P, Mendes W. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2014.
20. Jakobsson S, Eliasson B, Andersson E, Johannsson G, Ringström G, Simrén M, et al. Person-centred inpatient care - A quasi-experimental study in an internal medicine context. *J Adv Nurs*. 2019;75(8):1678–89.
21. Sun H, Zhang L, Zhang P, Yu J, Kang W, Guo S, et al. A comprehensive nutritional survey of hospitalized patients: Results from nutritionDay 2016 in China. *PLoS One*. 2018;13(3):1–16.
22. Ostrowska J, Jeznach-Steinhagen A. Fight against malnutrition (FAM): Selected results of 2006-2012 nutrition day survey in Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2016;67(3):291–300.
23. Toledo D, Plovacari S, Horie L, De Matos L, Castro M, Ceniccola G, et al. Campanha diga não à desnutrição: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *BRASPEN J*. 2018;33(1):86–100.
24. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition.

- Clin Nutr [Internet]. 2017;36(5):1187–96. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.06.017>
25. Planas M, Álvarez-Hernández J, León-Sanz M, Celaya-Pérez S, Araujo K, García de Lorenzo A. Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES® study. *Support Care Cancer*. 2016;24(1):429–35.
 26. Varela ALV, Delgado EMG. Riesgo de malnutrición asociado a baja ingesta alimentaria, estancia hospitalaria prolongada y reingreso en un hospital de alto nivel de complejidad en Colombia. *Nutr Hosp*. 2015;32(3):1308–14.
 27. Navarro DA, Boaz M, Krause I, Elis A, Chernov K, Giabra M, et al. Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients. *Clin Nutr [Internet]*. 2016;35(5):1153–8. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.012>.
 28. Andrade PA, Santos CA Dos, Firmino HH, Rosa C de OB. The importance of dysphagia screening and nutritional assessment in hospitalized patients. *Einstein (Sao Paulo)*. 2018;16(2):eAO4189.
 29. Streicher M, Wirth R, Schindler K, Sieber CC, Hiesmayr M, Volkert D. Dysphagia in Nursing Homes—Results From the NutritionDay Project. *J Am Med Dir Assoc [Internet]*. 2018;19(2):141-147.e2. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.08.015>.
 30. Tsaousi G, Panidis S, Stavrou G, Tsouskas J, Panagiotou D, Kotzampassi K. Prognostic indices of poor nutritional status and their impact on prolonged hospital stay in a greek university hospital. *Biomed Res Int*. 2014;2014.

Tabela 1. Características gerais dos pacientes

Características gerais	Número de Pacientes (%)
Ano:	
2017	59 (50,9)
2018	57 (49,1)
Sexo:	
Feminino	55 (47,4)
Masculino	61 (52,6)
Idade (anos) – média ±DP	60,2 ± 17,4
Idosos (idade ≥ 60 anos)	68 (58,6)
Nº de comorbidades – mediana (P25-P75)	2 (1-3)
Doença principal:	
Doenças Infecciosas e Parasitárias	2 (1,7)
Neoplasia	27 (23,3)
Doenças do Sangue	3 (2,6)
Doenças Endócrinas e de Nutrição	3 (2,6)
Transtorno Mental	6 (5,2)
Doenças do Aparelho Circulatório	24 (20,7)
Doenças do Aparelho Respiratório	12 (10,3)
Doenças do Aparelho Digestivo	18 (15,5)
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	9 (7,8)
Doenças do Aparelho Geniturinário	8 (6,9)
Anomalias Congênitas	1 (0,9)
Achados laboratoriais anormais	2 (1,7)
Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde	1 (0,9)
Mobilidade:	
Deambulando sozinho	77 (66,4)
Com auxílio (terceiros ou bengala)	31 (26,7)
Cadeirante	5 (4,3)
Acamado	3 (2,6)

IMC: Índice de Massa Corporal

Os dados foram coletados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2017-2018).

Tabela 2. Características nutricionais dos pacientes

Características nutricionais	Número de Pacientes (%)
IMC (kg/m²) – média ± DP	25,6 ± 5,7
IMC (kg/m²)	
<16	1 (0,9)
Entre 16 e 16,9	3 (2,6)
Entre 17 e 18,4	4 (3,4)
Entre 18,5 e 24,9	52 (44,8)
Entre 25 e 29,9	31 (26,7)
Entre 30 e 34,9	14 (12,1)
Entre 35 e 39,9	8 (6,9)
≥ 40	3 (2,6)
Perda de peso nos últimos 3 meses	
Intencional	13 (11,2)
Involuntária	60 (51,7)
Manutenção do peso	20 (17,2)
Ganho de peso	16 (13,8)
Não sabe	7 (6)
Tipo de Nutrição¹:	
Regular	50 (43,1)
Fortificada	17 (14,7)
Suplementada	14 (12,1)
Enteral	14 (12,1)
Parenteral	3 (2,6)
Especial	51 (44)
NPO	2 (1,7)
Ingestão na semana anterior à admissão:	
Mais que o normal	2 (1,7)
Normal	72 (62,1)
75% do normal	12 (10,3)
50%	10 (8,6)
25% do normal	19 (16,4)
Não respondeu	1 (0,9)
Ingestão do almoço no dia do NutritionDay:	
Quase tudo	56 (48,3)
50%	30 (25,9)
25%	18 (15,5)
Nada	12 (10,3)
Satisfação com a comida:	
Satisfeito	87 (75)
Neutro	14 (12,1)
Insatisfeito	8 (6,9)
Não sabe	6 (5,2)
Não respondeu	1 (0,9)
Desnutrido	38 (32,8)
Com risco nutricional	17 (14,7)

IMC: Índice de Massa Corporal NPO: Nada por Via Oral

¹possível mais de um tipo de nutrição por paciente

Os dados foram coletados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2017-2018).

Tabela 3. Presença do Cuidado Nutricional

Cuidado Nutricional	Número de Pacientes (%)
Necessidades Calóricas foram calculadas	106 (91,4)
Necessidades Proteicas foram calculadas	104 (89,7)
Ingestão do paciente registrada no prontuário	93 (80,2)
Plano de intervenção foi desenvolvido	110 (94,8)
Foi consultado por nutricionista	109 (94)
Foi pesado na internação	100 (86,2)
Foi informado sobre o diagnóstico nutricional e opções de tratamento	66 (56,9)
Informado sobre opções terapêuticas	74 (63,8)
Recebeu tratamento nutricional especial	61 (52,6)

Os dados foram coletados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2017-2018).

Tabela 4. Características gerais e nutricionais dos pacientes pelos grupos desnutrido e não desnutrido (com e sem risco nutricional)

Características	Desnutrido n (%)	Com risco n (%)	Sem risco n (%)	p*
Sexo:				0,163
Feminino	14 (36,8)	11 (64,7)	30 (49,2)	
Masculino	24 (63,2)	6 (35,3)	31 (50,8)	
Idade:				0,519
20 a 29 anos	4 (10,5)	0 (0)	9 (14,8)	
30 a 39 anos	1 (2,6)	1 (5,9)	2 (3,3)	
40 a 49 anos	1 (2,6)	1 (5,9)	5 (8,2)	
50 a 59 anos	9 (23,7)	4 (23,5)	14 (23)	
60 a 69 anos	7 (18,4)	4 (23,5)	15 (24,6)	
70 a 79 anos	10 (26,3)	7 (41,2)	10 (16,4)	
≥ 80 anos	6 (15,8)	0 (0)	6 (9,8)	
IMC (kg/m²):				0,000
< 18,5	8 (21,1)	0 (0)	0 (0)	
Entre 18,5 e 24,9	22 (57,9)	7 (41,2)	23 (37,7)	
Entre 25 e 29,9	5 (13,2)	9 (52,9)	17 (27,9)	
≥ 30	3 (7,9)	1 (5,9)	21 (34,4)	
Tipo de Nutrição:				0,029
Oral	22 (57,9)	14 (82,4)	53 (85,5)	
Com Suplemento Via Oral	9 (23,7)	1 (5,9)	3 (4,8)	
Enteral	3 (7,9)	1 (5,9)	2 (3,2)	
Multiformas	4 (10,5)	1 (5,9)	2 (3,2)	
NPO	0 (0)	0 (0)	2 (3,2)	
Suporte Nutricional:				0,001
Sim	16 (42,1)	3 (17,6)	6 (9,8)	
Não	22 (57,9)	14 (82,4)	55 (90,2)	
Neoplasia como principal doença:	14 (51,9)	9 (33,3)	4 (14,8)	0,041
Internação na UTI:				0,879
Sim	9 (23,7)	3 (17,6)	13 (21,3)	
Não	29 (76,3)	14 (82,4)	48 (78,7)	
Teve cirurgia durante esta internação:				0,493
Planejada	10 (26,3)	4 (23,5)	15 (24,6)	
Urgente	2 (5,3)	2 (11,8)	11 (18)	
Não	26 (68,4)	11 (64,7)	35 (57,4)	
Apetite:				0,787
Aumentado	12 (31,6)	3 (17,6)	12 (19,7)	
Diminuído	10 (26,3)	7 (41,2)	22 (36,1)	
Sem alteração	15 (39,5)	7 (41,2)	25 (41)	
Não sabe	1 (2,6)	0 (0)	2 (3,3)	
Foi consultado nutricionista:				0,025
Sim	38 (100)	17 (100)	54 (88,5)	
Não	0 (0)	0 (0)	7 (11,5)	
Cálculo de necessidades calóricas:				0,047
Sim	37 (97,4)	17 (100)	52 (85,2)	
Não	1 (2,6)	0 (0)	9 (14,8)	

Tabela 4. Características gerais e nutricionais dos pacientes pelos grupos desnutrido e não desnutridos (com e sem risco nutricional) – Continuação

Características	Desnutrido n(%)	Com risco n (%)	Sem risco n (%)	p*
Ingestão na semana anterior à admissão:				0,505
Mais que o normal	1 (2,7)	0 (0)	1 (1,6)	
Normal	18 (48,6)	11 (64,7)	43 (70,5)	
75% do normal	4 (10,8)	3 (17,6)	5 (8,2)	
50% do normal	4 (10,8)	1 (5,9)	5 (8,2)	
25% do normal	10 (27)	2 (11,8)	7 (11,5)	
Ingestão do almoço no dia do NutritionDay:				0,297
Quase tudo	12 (31,6)	10 (58,8)	34 (55,7)	
50%	12 (31,6)	3 (17,6)	15 (24,6)	
25%	9 (23,7)	2 (11,8)	7 (11,5)	
Nada	5 (13,2)	2 (11,8)	5 (8,2)	
Tempo de internação – mediana (P25-P75):	25,5 (18-37)	16 (10,5-30,5)	17 (9,5-27)	0,006**
Desfecho:				0,014
Alta	33 (86,8)	12 (70,6)	59 (96,7)	
Óbito	1 (2,6)	2 (11,8)	0 (0)	
Ainda no hospital	4 (10,5)	3 (17,6)	2 (3,3)	
Consumo de alimento externo:				0,635
Sim	8 (21,1)	3 (18,8)	17 (27,9)	
Não	30 (78,9)	13 (81,3)	44 (72,1)	
Mobilidade:				0,019
Sem assistência	24 (63,2)	8 (47,1)	45 (73,8)	
Com auxílio de terceiros ou bengala	10 (26,3)	9 (52,9)	12 (19,7)	
Cadeirante	1 (2,6)	0 (0)	4 (6,6)	
Acamado	3 (7,9)	0 (0)	0 (0)	
Perda de peso nos últimos 3 meses:				0,000
Intencional	2 (5,3)	1 (5,9)	10 (16,4)	
Involuntária	31 (81,6)	11 (64,7)	18 (29,5)	
Manutenção do peso	3 (7,9)	1 (5,9)	16 (26,2)	
Ganho de peso	0 (0)	3 (17,6)	13 (21,3)	
Não sabe	2 (5,3)	1 (5,9)	4 (6,6)	
Estado de Hidratação:				0,092
Normal	30 (78,9)	10 (58,8)	38 (62,3)	
Sobrecarga	0 (0)	2 (11,8)	7 (11,5)	
Desidratado	3 (7,9)	2 (11,8)	1 (1,6)	
Não sabe	5 (13,2)	3 (17,6)	15 (24,6)	

IMC: Índice de Massa Corporal

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

*Teste do qui quadrado de Pearson

** Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes

Valores de p em negrito são considerados estatisticamente significativos (<0,05)

Os dados foram coletados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2017-2018).

REFERÊNCIAS

- A.S.P.E.N. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Definition of Terms, Style, and Conventions Used in ASPEN Board of Directors–Approved Documents. **American Society for Parenteral and Enteral Nutrition**. 2018. Disponível em: http://www.nutritioncare.org/Clinical_Practice_Library/. Acesso em: 10 out. 2019.
- ALZHRANI, Sami H.; ALAMRI, Sultan H. Prevalence of malnutrition and associated factors among hospitalized elderly patients in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia. **BMC Geriatrics**, England, v. 17, n. 1, p. 1–7, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496255/>. Acesso em: 11 set. 2019.
- ANDRADE, Patrícia Amaro et al. The importance of dysphagia screening and nutritional assessment in hospitalized patients. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 1-6, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000200201. Acesso em: 11 set. 2019.
- ARENAS MOYA, Diego et al. Hospital Malnutrition Related to Fasting and Underfeeding: Is It an Ethical Issue? **Nutrition in Clinical Practice**, United States, v. 31, n. 3, p. 316–324, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27208012>. Acesso em: 10 set. 2019
- CARRIÓN, Silvia et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. **Clinical Nutrition**, England, v. 34, n. 3, p. 436–442, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.014>. Acesso em: 10 out. 2019.
- CÉSAR, Josi Guimarães et al. Impacto da hospitalização no consumo alimentar de pacientes: resultados do nutriDia Brasil na cidade de Pelotas - RS. **Rev Bras Nutr Clin**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 226–230, 2013. Disponível em: <http://www.sbnpe.com.br/wp-content/uploads/2016/12/12-.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução CFN Nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Disponível em: http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm. Acesso em: 16 set. 2019.
- CORREIA, M. Isabel T. D.; WAITZBERG, Dan L. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. **Clinical Nutrition**, England, v. 22, n. 3, p. 235–239, 2003. Disponível em: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(02\)00215-7/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(02)00215-7/fulltext). Acesso em: 8 set. 2019.
- CORREIA, Maria Isabel T. D.; PERMAN, Mario Ignacio; WAITZBERG, Dan Linetzky. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. **Clinical Nutrition**, England, v. 36, n. 4, p. 958–967, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.06.025>. Acesso em: 10 out. 2019.

CURTIS, Lori Jane et al. Costs of hospital malnutrition. **Clinical Nutrition**, England, v. 36, n. 5, p. 1391–1396, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.009>. Acesso em: 10 out. 2019.

DE JESUS SAMPAIO, Ethiane et al. Participação do Hospital Universitário no NUTRIDIA Brasil 2012: Estratégia para a Assistência Segura ao Paciente. **Revista Acreditação: ACRED**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, p. 21–29, 2015. Disponível em: <http://docplayer.com.br/45736750-Participacao-do-hospital-universitario-no-nutridia-brasil-2012-estrategia-para-a-assistencia-segura-ao-paciente.html>. Acesso em: 7 out. 2019.

DE PINHO, N. B. et al. High Prevalence of Malnutrition and Nutrition Impact Symptoms in Older Patients with Cancer: Results of a Brazilian Multicenter Study. **Clinical Nutrition**, England, v. 38, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.32437>. Acesso em: 7 out. 2019.

DE SETA, Marismary Horsth et al. Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: Contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de services. **Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3413-3422, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900016&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 7 set. 2019.

DICKINSON, Angela; WELCH, Carol; AGER, Laurie. No longer hungry in hospital: Improving the hospital mealtime experience for older people through action research. **Journal of Clinical Nursing**, England, v. 17, n. 11, p. 1492–1502, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2007.02063.x>. Acesso em: 7 set. 2019.

DUCHINI, Lya et al. Avaliação e monitoramento do estado nutricional de pacientes hospitalizados: Uma proposta apoiada na opinião da comunidade científica. **Revista de Nutricao**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 513–522, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-52732010000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 set. 2019.

FIDELIX, Marcia Samia Pinheiro. Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição. **Associação Brasileira de Nutrição**, São Paulo, p. 1-66, 2014. Disponível em: <http://cev.org.br/arquivo/biblioteca/4032569.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

FONTES, Daniel; GENEROSO, Simone de Vasconcelos; TOULSON DAVISSON CORREIA, Maria Isabel. Subjective global assessment: A reliable nutritional assessment tool to predict outcomes in critically ill patients. **Clinical Nutrition**, England, v. 33, n. 2, p. 291–295, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2013.05.004>. Acesso em: 10 out. 2019.

FONTES, Susana Resende et al. Triagem nutricional como ferramenta de organização da atenção nutricional hospitalar. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 124–128, 2016. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/07-Triagem-nutricional-como-ferramenta.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

GOMES BEGHETTO, M.; KOGLIN, G.; DANIEL DE MELLO, E. Influence of the assessment method on the prevalence of hospital malnutrition: A comparison between two periods. **Nutricion Hospitalaria**, Madrid, v. 25, n. 5, p. 774–780, 2010. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61394/000762769.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 set. 2019.

JOHNS, Nick; HARTWELL, Heather; MORGAN, Michael. Improving the provision of meals in hospital. The patients' viewpoint. **Appetite**, London, v. 54, n. 1, p. 181–185, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666309006424?via%3Dihub>. Acesso em: 10 ago. 2019.

KANG, Min Chang et al. Prevalence of malnutrition in hospitalized patients: A multicenter cross-sectional study. **Journal of Korean Medical Science**, Korean, v. 33, n. 2, p. 1–10, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5729651/>. Acesso em: 12 ago. 2019.

KONDRUP, J. et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. **Clinical Nutrition**, England, v. 22, n. 4, p. 415–421, 2003. Disponível em: <https://espen.info/documents/Screening.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

KONTUREK, Peter C. et al. Malnutrition in hospitals: It was, is now, and must not remain a problem! **Medical Science Monitor**, United States, v. 21, p. 2969–2975, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4596423/>. Acesso em: 15 ago. 2019.

KOREN-HAKIM, Tamar et al. Comparing the adequacy of the MNA-SF, NRS-2002 and MUST nutritional tools in assessing malnutrition in hip fracture operated elderly patients. **Clinical Nutrition**, England, v. 35, n. 5, p. 1053–1058, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2015.07.014>. Acesso em: 10 out. 2019.

LEÓN-SANZ, Miguel et al. PREDyCES study: The cost of hospital malnutrition in Spain. **Nutrition**, United States, v. 31, n. 9, p. 1096–1102, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26233866>. Acesso em: 14 ago. 2019.

LIM, Su Lin et al. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. **Clinical Nutrition**, England, v. 31, n. 3, p. 345–350, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2011.11.001>. Acesso em: 10 out. 2019.

MARTIN-PALMERO, Angela. Malnutrition in hospitalized patients : results from La Rioja. **Nutrición hospitalaria**, Spain, v. 34, n. 2, p. 402–406, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112017000200402&script=sci_abstract&tlng=en. Acesso em: 29 ago. 2019.

MARTINS, Cristina. *Diagnósticos em Nutrição: Fundamentos e Implementação da Padronização Internacional*. Porto Alegre, Artmed, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 84 p., 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 1 set. 2019.

NAVARRO, Daniela Abigail et al. Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients. **Clinical Nutrition**, England, v. 35, n. 5, p. 1153–1158, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.012>. Acesso em: 10 out. 2019.

NUNES, Patrícia Pereira; MARSHALL, Norma Guimarães. Nutritional Risk Screening (NRS 2002) como instrumento preditor de desfechos pós-operatórios em pacientes submetidos a cirurgias gastrointestinais. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 120–125, 2015. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/06-Nutritional-Risk.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

PEDROSO, Cassiani Gotâma Tasca; DE SOUSA, Anete Araújo; DE SALLES, Raquel Kuersten. Cuidado nutricional hospitalar: Percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. **Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. SUPPL. 1, p. 1155–1162, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a47v16s1.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

PÉREZ DE LA CRUZ, Antonio et al. Malnutrition in hospitalized patients: prevalence and economic impact. **Medicina clinica**, Spain, v. 123, n. 6, p. 201–206, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15282072>. Acesso em: 10 out. 2019.

PLANAS, MÉRCE et al. Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES® study. **Support Care Cancer**, Espanha, v. 24, n. 1, p. 429–435, 2016. Disponível em: <https://cyberleninka.org/article/n/1041565/viewer>. Acesso em: 11 out. 2019.

RINNINELLA, Emanuele et al. Risk, prevalence, and impact of hospital malnutrition in a Tertiary Care Referral University Hospital: a cross-sectional study. **Internal and Emergency Medicine**, Italy, v. 13, n. 5, p. 689–697, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11739-018-1884-0>. Acesso em: 10 out. 2019.

SAUER, Abby C. et al. Prevalence of Malnutrition Risk and the Impact of Nutrition Risk on Hospital Outcomes: Results From nutritionDay in the U.S. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, United States, v. 0, n. 0, p. 918–926, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jpen.1499>. Acesso em: 15 set. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos hospitalizados**. Editora Manole, Barueri, 106 p., 2011. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp->

content/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf. Acesso em: 22 set. 2019.

SOETERS, P. et al. Defining malnutrition: A plea to rethink. **Clinical Nutrition**, England, v. 36, n. 3, p. 896–901, 2017. Disponível em: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(16\)31272-9/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(16)31272-9/fulltext). Acesso em: 14 ago. 2019.

SORENSEN, Janice et al. EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. **Clinical Nutrition**, England, v. 27, n. 3, p. 340–349, 2008. Disponível em: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(08\)00067-8/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(08)00067-8/fulltext). Acesso em: 10 set. 2019.

SORENSEN, L. B. et al. Effect of sensory perception of foods on appetite and food intake: A review of studies on humans. **International Journal of Obesity**, England, v. 27, n. 10, p. 1152–1166, 2003. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1038/sj.ijo.0802391>. Acesso em: 10 set. 2019.

STREICHER, Melanie et al. Dysphagia in Nursing Homes—Results From the NutritionDay Project. **Journal of the American Medical Directors Association**, United States, v. 19, n.2, p. 141-147, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.08.015>. Acesso em: 10 out. 2019.

SUN, Haifeng et al. A comprehensive nutritional survey of hospitalized patients: Results from nutritionDay 2016 in China. **PLoS ONE**, China, v. 13, n. 3, p. 1–16, 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194312>. Acesso em: 4 set. 2019.

TATSCH, Carina Garcia et al. NutriDia Brasil: A atuação de um hospital de ensino nos anos de 2015 e 2016. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 44, n. 2, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/27192>. Acesso em: 4 set. 2019.

TOSCANI, Cristina et al. Protocolo de Atendimento e Acompanhamento Nutricional Pediátrico por Níveis Assistenciais. **Clinical & Biomedical Research**, Brasil, v. 29, n. 3, p. 229–238, 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/8227>. Acesso em: 15 set. 2019.

VARELA, Andrea Liliana Vesga; DELGADO, Edna Magaly Gamboa. Riesgo de malnutrición asociado a baja ingesta alimentaria, estancia hospitalaria prolongada y reingreso en un hospital de alto nivel de complejidad en Colombia. **Nutricion Hospitalaria**, Spain, v. 32, n. 3, p. 1308–1314, 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n3/47originalvaloracionnutricional03.pdf>. Acesso em: 7 out. 2019.

WAITZBERG, Dan L.; CAIAFFA, Waleska T.; CORREIA, M. Isabel T. D. Hospital malnutrition: The Brazilian national survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. **Nutrition**, United States, v. 17, n. 7–8, p. 573–580, 2001. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900701005731>. Acesso em: 5 set. 2019.

ZHENG, Huijun et al. Nutrition Status, Nutrition Support Therapy, and Food Intake are Related to Prolonged Hospital Stays in China: Results from the NutritionDay 2015 Survey. **Annals of Nutrition and Metabolism**, Switzerland, v. 69, n. 3–4, p. 215–225, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27894108>. Acesso em: 4 set. 2019.

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA DE INTERESSE DE SUBMISSÃO

A Revista de Nutrição (e-ISSN 1678-9865) é um periódico especializado que publica artigos que contribuem para o estudo da Nutrição em suas diversas subáreas e interfaces. Com periodicidade bimestral, está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional.

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

Submissão

Todos os artigos devem ser submetidos de forma eletrônica pela página <<http://mc04.manuscriptcentral.com/rn-scielo>>.

Qualquer outra forma de envio não será apreciada pelos editores.

No momento da submissão deve ser anexado: (1) O artigo (arquivo completo em formato Word, incluindo folha de rosto, resumo, abstract, texto, referências e ilustrações); (2) As ilustrações (em arquivo editável, nos formatos aceitos pela revista); (3) Toda a documentação exigida pela revista (devidamente assinada por todos os autores).

Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da Revista, se os artigos forem considerados inadequados ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

A Revista de Nutrição não publica mais que 1 (um) artigo do mesmo autor no mesmo ano (volume), para evitar a endogenia. Esse procedimento visa aumentar o número de temas e de colaborações provenientes de autores nacionais e internacionais.

Política de acesso público

A Revista proporciona acesso público - Open Access - a todo seu conteúdo e são protegidos pela Licença Creative Commons (CC-BY).

Pesquisas envolvendo seres vivos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos e animais devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa.

Registros de Ensaio Clínicos

Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Conflito de interesse

Autores: Os autores devem declarar, de forma explícita, individualmente, qualquer potencial conflito de interesse financeiro, direto e/ou indireto, e não financeiro etc., bem como qualquer conflito de interesse com revisores ad hoc.

Revisores ad hoc: No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc.

Plágio

A Revista verificará os artigos submetidos, por meio de uma ferramenta de detecção de plágio CrossCheck, após o processo de revisão por pares.

Redes

Sociais

A Revista de Nutrição visando maior disseminação do seu conteúdo, solicita aos autores que, após a publicação no site da SciELO, divulguem seus artigos nas redes sociais abaixo, entre outras:

Academia.edu – <https://www.academia.edu/>

Mendeley – <https://www.mendeley.com/>

ResearchGate– <http://www.researchgate.net/>

Google Acadêmico - <https://scholar.google.com.br/schhp?hl=pt-BR>

Revisores

Os autores devem indicar três possíveis revisores para o manuscrito com os

respectivos e-mails e as instituições as quais estão vinculados. Opcionalmente, podem indicar três revisores para os quais não gostaria que seu trabalho fosse enviado.

Processo de avaliação

Os originais serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido enviados para nenhum outro periódico e/ou publicados anteriormente em eventos, preservando o caráter inédito do artigo, e que venham acompanhados de: Carta de apresentação de artigo para submissão, Checklist para submissão preenchido além dos demais documentos listados no item "Documentação". Todos os documentos devem estar assinados por todos os autores do trabalho.

Todos os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Instruções aos Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou de outros documentos eventualmente necessários.

Originais identificados com incorreções e/ou inadequações morfológicas ou sintáticas serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação. Veja o item Preparo do Manuscrito.

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a área de nutrição.

Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Cada manuscrito será enviado para três revisores de reconhecida competência na temática abordada, podendo um deles ser escolhido a partir da indicação dos autores. Em caso de desacordo, o original será enviado para um quarto revisor.

O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Por isso os

autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise; c) recusa. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

Os pareceres são analisados pelos editores associados, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito. Caberá ao Editor-Chefe a decisão final sobre o parecer do artigo (Aprovado ou Rejeitado).

Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Os trabalhos que receberem sugestões para alterações serão devolvidos aos autores para as devidas correções, com os pareceres emitidos, devendo ser devolvidos no prazo máximo de 20 (vinte) dias, respeitando-se o fuso horário do sistema (fuso-horário de Londres).

Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Publicação em inglês: em caso de aprovação, os artigos serão publicados na versão em inglês. Nestes casos para que o manuscrito seja publicado, os autores deverão providenciar sua versão completa (tal como aprovado) para o inglês, arcando com os custos de sua tradução.

Para assegurar a qualidade e uniformidade dos textos traduzidos para a Língua Inglesa, esse trabalho deverá ser realizado, necessariamente, por um tradutor altamente capacitado e com experiência comprovada na versão de textos científicos, indicados e credenciados junto à Revista.

Havendo necessidade de revisão de inglês do artigo por um profissional credenciado pela Revista, os autores deverão seguir as instruções de normalização do mesmo, conforme orientação enviada por e-mail. Os autores

ficarão responsáveis pela verificação da tradução, em todos os itens do trabalho (corpo do texto, ilustrações, tabelas, quadros, etc.).

Preparando o manuscrito

A Revista só publica artigos inéditos no idioma inglês. No entanto, os autores podem submeter os artigos em português e, após a avaliação do manuscrito, o mesmo passará pelo processo de tradução com tradutores credenciados pela Revista, com o custo da tradução arcado pelos autores, nas seguintes categorias:

Categoria dos artigos

Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisas inéditas, tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa (limite máximo de 3.500 palavras - incluindo: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências).

Revisão (a convite): síntese de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa (limite máximo de 4 mil palavras - incluindo: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências). Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.

Nota Científica: dados inéditos parciais de uma pesquisa em andamento (limite máximo de 1.500 palavras - incluindo resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências).

Seção Temática (a convite): seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 10 mil palavras no total - incluindo: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências).

Categoria e a área temática do artigo: Os autores devem indicar a categoria do

artigo e a área temática, a saber: alimentação e ciências sociais, avaliação nutricional, bioquímica nutricional, dietética, educação nutricional, epidemiologia e estatística, micronutrientes, nutrição clínica, nutrição experimental, nutrição e geriatria, nutrição materno-infantil, nutrição em produção de refeições, políticas de alimentação e nutrição e saúde coletiva.

A Revista de Nutrição não avalia trabalhos que já foram apresentados em eventos (nacionais e internacionais) e/ou traduzidos em outros idiomas, a fim de preservar o caráter inédito da obra.

O texto deverá contemplar o número de palavras de acordo com a categoria do artigo.

Estrutura do texto

O texto deve ser preparado em:

- Espaçamento 1,5 entre linhas;
- Com fonte Arial 12;
- A quantidade total de palavras deve estar de acordo com a categoria do artigo (Contabiliza-se a partir do resumo, até a última página do conteúdo do artigo. Não devem ser consideradas a folha de rosto, referências e ilustrações);
- A seguinte ordem de apresentação deverá ser respeitada, incluindo-se os itens em páginas distintas:
 - Folha de rosto (página 1);
 - Resumo/Abstract (página 2);
 - Texto (página 3);
 - referências (em uma página separada, após o final do texto);
 - Ilustrações (iniciar cada uma em uma página separada, após as referências).
- O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar à versão 2010 do Word;
- O papel deverá ser de tamanho A4 com formatação de margens superior e

inferior (2,5 cm), esquerda e direita (3 cm);

- A numeração das páginas deve ser feita no canto inferior direito;
- A formatação das referências deverá facilitar a tarefa de revisão e de editoração. Para tal, deve-se utilizar espaçamento 1,5 entre linhas e fonte tamanho 12, e estar de acordo com o estilo Vancouver;
- As Ilustrações (Figuras e Tabelas) deverão ser inseridas após a seção de referências, incluindo-se uma ilustração por página, independentemente de seu tamanho.

Página de rosto deve conter:

a) Título completo em português: (i) deverá ser conciso e evitar palavras desnecessárias e/ou redundantes, (ii) sem abreviaturas e siglas ou localização geográfica da pesquisa.

b) Sugestão obrigatória de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês.

c) Título completo em inglês, compatível com o título em português.

d) Nome de cada autor, por extenso. Não abreviar os prenomes. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6. A revista recomenda fortemente que todos os autores e coautores tenham seus currículos atualizados na Plataforma Lattes, para submissão de artigos.

e) Informar os dados da titulação acadêmica dos autores (se é mestre, doutor, etc.), a afiliação institucional atual (somente um vínculo por autor, em 3 níveis, sem abreviaturas ou siglas), além de cidade, estado e país.

f) Indicação do endereço completo da instituição à qual o autor de correspondência está vinculado.

g) Informar telefone e e-mail de todos os autores.

h) Informar, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores no artigo. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como

concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. Redigir a contribuição no idioma que o artigo será publicado.

i) Informar o número de Registro ORCID® (Open Researcher and Contributor ID). Caso não possua, fazer o cadastro através do link: <<https://orcid.org/register>>. O registro é gratuito. Saiba mais [aqui](#).

j) Informar se o artigo é oriundo de Dissertação ou Tese, indicando o título, autor, universidade e ano da publicação.

k) Indicar os seguintes itens:

Categoria do artigo;

Área temática;

Quantidade total de ilustrações (tabelas, quadros e figuras);

Quantidade total de palavras (de acordo com a categoria do manuscrito).

Poderá ser incluída nota de rodapé contendo apoio financeiro e o número do processo e/ou edital, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos, em parágrafo não superior a três linhas. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores, e outros tipos de notas não serão aceitos (exceto em tradução de citações).

A tramitação do artigo só será iniciada após a inclusão destas informações na página de rosto.

Resumo

Todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde

- DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês.

Texto

Com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos:

Introdução

Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos

Deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório -, foram seguidas.

Resultados

Sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas, quadros ou figuras, elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Discussão

Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo Vancouver

Devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, todos devem ser citados. Nas referências com mais de 6 autores, deve-se citar os seis primeiros, e depois incluir a expressão et al.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o Index Medicus.

Citar no mínimo 80% das referências dos últimos 5 anos e oriundas de revistas indexadas, e 20% dos últimos 2 anos.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, de trabalhos de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros, e de textos não publicados (aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito e/ou de outras fontes, for citado (ou seja, um artigo in press), é obrigatório enviar cópia da carta de aceitação (artigo já aprovado com previsão de publicação) da revista que publicará o referido artigo. Caso contrário, a citação/referência será excluída.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

Quando o documento citado possuir o número do DOI (Digital Object Identifier), este deverá ser informado, dispensando a data de acesso do conteúdo (vide exemplos de material eletrônico). Deverá ser utilizado o prefixo [https://doi.org/...](https://doi.org/)

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, dentro de colchetes (exemplo: [1], [2], [3]), após a citação, e devem constar da lista de referências.

Em citações diretas traduzidas pelos autores deve constar em nota de rodapé o trecho no idioma original. Na indicação da fonte deve constar: Tradução minha ou tradução nossa. Exemplo: (Rodgers et al., 2011, tradução nossa).

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os trabalhos citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Artigo em publicação periódica científica impressa

Canuto JMP, Canuto VMP, Lima MHA, Omena ALCS, Morais TML, Paiva AM, et al. Fatores de risco associados à hipovitaminose D em indivíduos adultos infectados pelo HIV/aids. Arch Endocrinol Metab. 2015;59(1):34-41.

Artigo com mais de seis autores na Internet

Fuermaier ABM, Tucha L, Janneke K, Weisbrod M, Lange KW, Aschenbrenner S, et al. Effects of methylphenidate on memory functions of adults with ADHD.s Appl Neuropsychol Adult. 2017 [2017 May 15];24(3):199-211. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23279095.2015.1124108>

Artigo com o nº de DOI

Lazarini FM, Barbosa DA. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017 [citado 2017 maio 2];25:e2845. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>

Livro

Damiani D. Endocrinologia na prática pediátrica. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016.

Livro em suporte eletrônico

Baranoski MCR. A adoção em relações homoafetivas. Ponta Grossa: UEPG; 2016 [citado 2017 maio 25]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/ym6qv>

Capítulos de livros

Cominetti CR, Horst MM, Aderuza M. Parte 4: nutrientes, genômica nutricional e relação saúde-doença. In: Cominetti CR, Horst MM, Aderuza M. Genômica Nutricional: dos fundamentos à nutrição molecular. Barueri: Manole; 2015.

Capítulo de livro em suporte eletrônico

Baranoski MCR. Cidadania dos homossexuais. In: Baranoski MCR. A adoção em relações homoafetivas. Ponta Grossa: UEPG; 2016 [citado 2017 maio 25]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/ym6qv>.

Dissertações e teses

Agena F. Avaliação da prevalência de síndrome metabólica ao longo do primeiro ano pós-transplante renal [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.

Texto em formato eletrônico
Loss S. Nutrição enteral plena vs hipocalórica no paciente crítico. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; 2017 [acesso 2017 maio 25]. Disponível em: www.sbnpe.com.br/news-braspen/atualizacao-em-tn/nutricao-enteral-plena-vs-hipocalorica-no-paciente-critico.

Programa de computador
Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados. Dietwin: software de nutrição. Porto Alegre: Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados Ltda; 2017.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) <<http://www.icmje.org>>.

Preparando as ilustrações

São consideradas ilustrações todo e qualquer tipo de tabelas, figuras, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, mapas, organogramas, diagramas, plantas, quadros, retratos, etc., que servem para ilustrar os dados da pesquisa. É imprescindível a informação do local e ano do estudo para artigos empíricos. Não é permitido que figuras representem os mesmos dados de tabelas ou de dados já descritos no texto.

A quantidade total de ilustrações aceitas por artigo é de 5 (cinco), incluindo todas as tipologias citadas acima.

As ilustrações devem ser inseridas após o item referências, incluindo-se uma ilustração por página, independentemente de seu tamanho, e também enviadas separadamente em seu programa original, através da plataforma ScholarOne, no momento da submissão, na Etapa 6.

As ilustrações devem ser editáveis, sendo aceitos os seguintes programas de edição: Excel, GraphPrism, SPSS 22, Corel Draw Suite X7 e Word. Sendo

assim, poderão ser submetidas imagens apenas nas seguintes extensões: .cdr, .pzf, .spv, .jpg, .jpeg, .xls, .xlsx, .doc, .docx, .vsdx, .vst. Caso opte pelo uso de outro programa, deverá ser usada a fonte padrão Frutiger, fonte tamanho 7, adotada pela Revista na edição.

As imagens devem possuir resolução igual ou superior a 600 dpi. Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

Não são aceitos gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D).

O autor se responsabiliza pela qualidade das ilustrações, que deverão permitir redução de tamanho sem perda de definição para os tamanhos de uma ou duas colunas (7,5cm e 15cm, respectivamente), pois não é permitido o uso de formato paisagem.

A cada ilustração deverá ser atribuído um título breve e conciso, sendo numeradas consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

Para Gráficos, deverá ser informado título de todos os eixos.

Todas as colunas de Tabelas e Quadros deverão ter cabeçalhos.

As palavras Figura, Tabela e Anexo, que aparecerem no texto, deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Os títulos deverão ser concisos.

Inclua, sempre que necessário, notas explicativas. Caso haja alguma sigla ou destaque específico (como o uso de negrito, asterisco, entre outros), este deve ter seu significado informado na nota de rodapé da ilustração.

Para artigos em outro idioma que não o português, deve ser observado a tradução correta das ilustrações, tabelas, quadros e figuras, além da conversão de valores para o idioma original do artigo.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso, e citada a devida fonte. No caso de fotografias, é necessário o envio de uma declaração com a autorização para uso de imagem, mesmo que haja tentativa de ocultar a respectiva identidade do fotografado.

Os autores devem garantir que nada no manuscrito infringe qualquer direito autoral ou propriedade intelectual de outrem, pois caso contrário poderão responder juridicamente conforme os termos da Lei nº 9.610/98, que consolida a legislação sobre direitos autorais.

O uso de imagens coloridas é recomendável e não possui custos de publicação para o autor.

Checklist de submissão

Baixe [aqui](#) o Checklist de submissão. Seu preenchimento é obrigatório, e o mesmo deverá ser assinado e anexado no ScholarOne, junto com os demais documentos.

Envio de novas versões

Versões reformuladas: a versão reformulada deverá ser encaminhada via site, através do link: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rn-scielo>. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho.

O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) ou sublinhar, para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito, na versão reformulada. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos

que justificam sua posição. Caso os autores não encaminhem o manuscrito revisado e a carta-resposta no prazo estipulado, o processo editorial será encerrado, em qualquer etapa da submissão. O título e o número do protocolo do manuscrito deverão ser especificados.

Após Aceitação

Provas

Serão enviadas provas em PDF aos autores para a correção da arte-final do artigo. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada (48 horas). Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

São permitidas apenas correções de grafia, troca de uma palavra ou outra e dados numéricos nas tabelas e gráficos. Não será aceita inclusão e/ou exclusão de frases, parágrafos, imagens e referências. Caso encontre algo a ser corrigido, fazer os devidos apontamentos da seguinte forma:

- 1) No próprio PDF do artigo utilizando os recursos disponíveis, ou
- 2) Anotar em letra maiúscula na margem do papel e enviar somente as páginas corrigidas digitalizadas
- 3) Listar em documento do Word, informando: página, coluna (se da direita ou esquerda), parágrafo correspondente, início da frase e sua respectiva linha.

Os autores deverão assinar os termos de concordância da arte final, cujo modelo será enviado junto com as provas.

Documentos

No momento da submissão, a obrigatoriedade dos autores encaminharem juntamente com o artigo, a seguinte documentação anexa:

- 1) Carta de apresentação de artigo para submissão. [Modelo]
- 2) Checklist de submissão preenchido.
- 3) Declaração do currículo Lattes atualizado nos últimos 3 meses, de todos os

autores (somente autores brasileiros). [Modelo]

- 4) Declaração de Registro de Ensaio Clínico, validado pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), e inclusão do n° do registro no final do resumo (nos casos onde se aplica).
- 5) Cópia de aprovação do Parecer do Comitê de ética em Pesquisa.
- 6) Declaração de Certificado de tradução.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar os documentos. Na plataforma ScholarOne, eles devem ser inseridos na Etapa 6 da submissão.

Não serão aceitas fotos de assinaturas. São permitidos somente assinaturas escaneadas ou eletrônicas, a fim de evitar qualquer tipo de fraude. É preferível que a documentação seja enviada digitalizada e em formato PDF.

Revista de Nutrição

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <<http://mc04.manuscriptcentral.com/rn-scielo>>.

Núcleo de Editoração SBI - Campus II Av. John Boyd Dunlop, s/n. Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama - 13060-904 - Campinas, SP, Brasil

Fone/Fax: +55-19-3343-6875

E-mail: sbi.submissionrn@puc-campinas.edu.br

URL: <http://www.scielo.br/rn>

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Número do projeto GPPG ou CAAE__17-0583__

Título do Projeto: **NutriDia Brasil**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa NutriDia Brasil, cujo objetivo é avaliar o estado nutricional, o consumo alimentar e como são prestados os cuidados em nutrição em vários hospitais no país e no mundo. Esta pesquisa é realizada neste mesmo dia em mais de 40 países. Serão convidados todos os pacientes internados na unidade em que você se encontra. A informação reunida poderá ajudar os hospitais a melhorar os cuidados nutricionais dos pacientes, assim como constituir a base para ações de controle da qualidade. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), junto à coordenação nacional na Sociedade Pelotense de Assistência e Cultura (SPAC) e coordenação internacional na Universidade de Medicina de Viena na Áustria.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

- Consulta pela equipe de pesquisa em seu prontuário para a coleta de informações sobre o motivo de sua internação, terapias em uso e seu diagnóstico nutricional. As informações serão acessadas do dia de hoje e 30 dias depois para saber sobre a possível alta hospitalar (se for o caso);

- Responder a um questionário, que leva aproximadamente 20 minutos, que contém questões sobre alterações do seu peso nos últimos meses, sobre o que você come e bebe usualmente em casa e no hospital, sobre atividades que você faz e como você se sente.

Caso concorde com a participação, você poderá participar concordando com os dois procedimentos propostos pela pesquisa ou apenas um deles:

- Autorizo a revisão de meu prontuário
- Concordo em responder aos questionários

Se tiver quaisquer dúvidas ou precisar de ajuda para preencher o questionário, a equipe do projeto irá lhe auxiliar.

Não são conhecidos riscos decorrentes da participação na pesquisa. Você poderá se sentir desconfortável ao responder alguma questão pessoal ou sobre a sua doença. Um possível incômodo está relacionado com o tempo que deverá ser destinado para responder o questionário.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e assim possivelmente beneficiará futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes e os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem a identificação dos indivíduos que participaram do estudo.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora local responsável Zilda de Albuquerque Santos, pelo telefone 3359-8183 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2 andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa


Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo


Assinatura


Local e Data: _____

ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE O HOSPITAL

Por favor assinale corretamente o que se aplica ao seu hospital																												
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">nutritionDay worldwide</div> <div style="font-size: 1.5em; font-weight: bold; text-align: center;">FOLHA DO HOSPITAL</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">Data <input type="text"/></div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">Código da Instituição <input type="text"/></div> <div style="text-align: right;">Código da Unidade <input type="text"/></div> </div>																											
1. Número total de camas no hospital	<input type="text"/>																											
2. Número total de admissões no hospital no ano passado	<input type="text"/>																											
3. Número total de colaboradores no hospital																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Número total</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Com horário completo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Total de médicos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Total de médicos especialistas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Total de médicos não especialistas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Enfermeiros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dietistas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nutricionistas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Farmacêuticos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Pessoal da cozinha</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Número total	Com horário completo	Total de médicos			Total de médicos especialistas			Total de médicos não especialistas			Enfermeiros			Dietistas			Nutricionistas			Farmacêuticos			Pessoal da cozinha		
	Número total	Com horário completo																										
Total de médicos																												
Total de médicos especialistas																												
Total de médicos não especialistas																												
Enfermeiros																												
Dietistas																												
Nutricionistas																												
Farmacêuticos																												
Pessoal da cozinha																												
4. O hospital tem uma estratégia de cuidados nutricionais?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei																											
5. Quais as atividades normais e de rotina existentes no seu hospital?																												
<input type="checkbox"/> Formação em nutrição é possível <input type="checkbox"/> Existe um serviço de nutrição e alimentação <input type="checkbox"/> Indicadores de qualidade são compilados e declarados ao nível nacional / regional <input type="checkbox"/> Indicadores de qualidade são utilizados para avaliação interna <input type="checkbox"/> Avaliação da alimentação do doente e do serviço alimentação através de questionário																												
6. Que códigos estão disponíveis / são rotineiramente utilizados no seu hospital para promover pagamento e reembolso																												
Códigos disponíveis <input type="checkbox"/> Suporte Nutricional <input type="checkbox"/> Suplementos nutricionais orais <input type="checkbox"/> Nutrição parentérica <input type="checkbox"/> Nutrição entérica <input type="checkbox"/> Aconselhamento alimentar <input type="checkbox"/> Intervenção dietética específica <input type="checkbox"/> Triagem nutricional <input type="checkbox"/> Risco de malnutrição <input type="checkbox"/> Malnutrição (em geral) <input type="checkbox"/> Gravidade da malnutrição (ligeira, moderada, grave) <input type="checkbox"/> Sem informação disponível para pagamento/financeira/seguradora	Códigos rotineiramente utilizados <input type="checkbox"/> Suporte Nutricional <input type="checkbox"/> Suplementos nutricionais orais <input type="checkbox"/> Nutrição parentérica <input type="checkbox"/> Nutrição entérica <input type="checkbox"/> Aconselhamento alimentar <input type="checkbox"/> Intervenção dietética específica <input type="checkbox"/> Triagem nutricional <input type="checkbox"/> Risco de malnutrição <input type="checkbox"/> Malnutrição (em geral) <input type="checkbox"/> Gravidade da malnutrição (ligeira, moderada, grave) <input type="checkbox"/> Sem informação disponível para pagamento/financeira/seguradora																											
Obrigado(a)!																												


ANEXO D – QUESTIONÁRIO SOBRE A UNIDADE


Por favor assinale as alíneas que se aplicam à sua Unidade / Serviço																												
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> Folha da Unidade/Serviço Folha 1a </div> <div style="text-align: right;"> Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código da Instituição <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código da Unidade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>																											
1. Lista da especialidade (escolha só uma)																												
<input type="radio"/> Medicina interna - geral <input type="radio"/> Medicina interna - cardiologia <input type="radio"/> Medicina interna - gastroenterologia e hepatologia <input type="radio"/> Medicina interna - geriatria <input type="radio"/> Medicina interna - doenças infecciosas <input type="radio"/> Medicina interna - nefrologia <input type="radio"/> Medicina interna - oncologia incluindo radioterapia <input type="radio"/> Interdisciplinar <input type="radio"/> Doentes crónicos <input type="radio"/> Neurologia	<input type="radio"/> Cirurgia Geral <input type="radio"/> Cirurgia Cardíaca/Vascular/Torácica <input type="radio"/> Neurocirurgia <input type="radio"/> Ortopedia <input type="radio"/> Traumatologia <input type="radio"/> Otorrinolaringologia <input type="radio"/> Ginecologia <input type="radio"/> Pediatria <input type="radio"/> Psiquiatria <input type="radio"/> Outros																											
2. Número de doentes internados presentes na refeição principal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																											
3. Total de camas na Unidade	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																											
4. Número de cada tipo profissional no turno da manhã (excluindo pessoal da limpeza ou temporário no serviço)																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">Profissionais formados</th> <th style="width: 20%;">Estagiários</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médicos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estudantes de Medicina</td> <td style="background-color: #cccccc;">NA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermeiras</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Auxiliares de enfermagem</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dietistas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nutricionistas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Administrativos</td> <td></td> <td style="background-color: #cccccc;">NA</td> </tr> <tr> <td>Outros profissionais presentes</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Profissionais formados	Estagiários	Médicos			Estudantes de Medicina	NA		Enfermeiras			Auxiliares de enfermagem			Dietistas			Nutricionistas			Administrativos		NA	Outros profissionais presentes		
	Profissionais formados	Estagiários																										
Médicos																												
Estudantes de Medicina	NA																											
Enfermeiras																												
Auxiliares de enfermagem																												
Dietistas																												
Nutricionistas																												
Administrativos		NA																										
Outros profissionais presentes																												
5. Existe uma equipa de suporte nutricional no hospital?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não																											
6. O hospital tem uma estratégia de cuidados nutricionais?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não																											
7. Existe um responsável na Unidade/Serviço pelos cuidados nutricionais?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não																											
8. Existe dietista/nutricionista ou assistente de dietética de chamada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não																											
9. Existe pessoal especificamente treinado para prestar auxílio alimentar aos doentes durante as refeições?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não																											
10. Qual é a forma principal de triagem/monitorização dos pacientes para identificar a desnutrição? (escolha só uma resposta por coluna)																												
Na admissão <input type="radio"/> Sem triagem de rotina <input type="radio"/> Sem critério fixo <input type="radio"/> Experiência / Exame físico <input type="radio"/> Peso / IMC <input type="radio"/> Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 <input type="radio"/> Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) <input type="radio"/> Malnutrition Screening Tool (MST) <input type="radio"/> SNAQ <input type="radio"/> Outra ferramenta validada Especifique:	Durante a estadia hospitalar <input type="radio"/> Sem monitorização de rotina <input type="radio"/> Sem critério fixo <input type="radio"/> Experiência / Exame físico <input type="radio"/> Peso / IMC <input type="radio"/> Outra ferramenta validada Especifique:																											
Por favor continue com esta folha 1b																												

Por favor assinale as alíneas que se aplicam à sua Unidade / Serviço			
	FOLHA DA UNIDADE / SERVIÇO	Data	<input type="text"/>
	FOLHA 1b	Código da Instituição	<input type="text"/>
		Código da Unidade	<input type="text"/>
11a. São utilizadas guidelines ou normas nos cuidados nutricionais?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
11b. Se sim, qual(ais) é(são) o(s) mais utilizado(s)?			
<input type="radio"/> Recomendações internacionais		<input type="radio"/> Normas da Unidade / Serviço	
<input type="radio"/> Recomendações nacionais		<input type="radio"/> Plano individual de cuidados nutricionais	
<input type="radio"/> Normas hospitalares		<input type="radio"/> Outros	
12. O que é feito rotineiramente na sua unidade para determinados grupos de pacientes? (assinalar todos os que se aplicam)			
Reavaliação visual	<input type="checkbox"/> Em risco	<input type="checkbox"/> Malnutrido / Desnutrido	<input type="checkbox"/> Todos os doentes <input type="checkbox"/> Nunca
Discutir cuidados nutricionais durante reuniões da unidade	<input type="checkbox"/> Em risco	<input type="checkbox"/> Malnutrido / Desnutrido	<input type="checkbox"/> Todos os doentes <input type="checkbox"/> Nunca
Elaborar um plano individual de terapêutica nutricional	<input type="checkbox"/> Em risco	<input type="checkbox"/> Malnutrido / Desnutrido	<input type="checkbox"/> Todos os doentes <input type="checkbox"/> Nunca
Inicia terapêutica / intervenção nutricional	<input type="checkbox"/> Em risco	<input type="checkbox"/> Malnutrido / Desnutrido	<input type="checkbox"/> Todos os doentes <input type="checkbox"/> Nunca
Consulta um expert em nutrição (dietista / nutricionista / outro)	<input type="checkbox"/> Em risco	<input type="checkbox"/> Malnutrido / Desnutrido	<input type="checkbox"/> Todos os doentes <input type="checkbox"/> Nunca
Consulta um profissional médico diferente	<input type="checkbox"/> Em risco	<input type="checkbox"/> Malnutrido / Desnutrido	<input type="checkbox"/> Todos os doentes <input type="checkbox"/> Nunca
Calcular as necessidades energéticas	<input type="checkbox"/> Em risco	<input type="checkbox"/> Malnutrido / Desnutrido	<input type="checkbox"/> Todos os doentes <input type="checkbox"/> Nunca
Calcular as necessidades proteicas	<input type="checkbox"/> Em risco	<input type="checkbox"/> Malnutrido / Desnutrido	<input type="checkbox"/> Todos os doentes <input type="checkbox"/> Nunca
13. Quando é que os doentes são pesados? (assinalar todos os que se aplicam)			<input type="checkbox"/> Quando solicitado
<input type="checkbox"/> Na admissão	<input type="checkbox"/> Nas 1 ^{as} 48 horas	<input type="checkbox"/> Todas as semanas	<input type="checkbox"/> No momento de alta
<input type="checkbox"/> Nas 1 ^{as} 24 horas	<input type="checkbox"/> Nas 1 ^{as} 72 horas	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
14. O que é realizado para fornecer um aporte alimentar adequado? (assinalar todos os que se aplicam)			
<input type="checkbox"/> Fornece refeições adicionais ou entre os lanches	<input type="checkbox"/> Assegura horas das refeições não perturbadas / protege regras das horas das refeições		
<input type="checkbox"/> Promove escolhas alimentares	<input type="checkbox"/> Promove um ambiente positivo nas refeições		
<input type="checkbox"/> Oferecer diferentes tamanhos de porção	<input type="checkbox"/> Considera preferências culturais / religiosas		
<input type="checkbox"/> Tem em consideração a apresentação dos alimentos	<input type="checkbox"/> Considera alergias / intolerâncias		
<input type="checkbox"/> Altera a textura alimentar / consistência se necessário	<input type="checkbox"/> Outros		
<input type="checkbox"/> Considera os problemas dos doentes na alimentação e bebidas			
15. Que atividades realiza no seu hospital relacionadas com a nutrição? (assinalar todos os que se aplicam)			
<input type="checkbox"/> Treino em Nutrição está disponível			
<input type="checkbox"/> Atualiza a Administração dando informação relacionada com a nutrição			
<input type="checkbox"/> Indicadores de qualidade são compilados e declarados ao nível nacional / regional			
<input type="checkbox"/> São usados, por rotina, indicadores-chave para referência interna			
<input type="checkbox"/> Utilizado questionário para coletar o feedback do paciente sobre a alimentação e o serviço de alimentação			
16. Na admissão o que é questionado e documentado? (assinalar todos os que se aplicam)			
<input type="checkbox"/> Alterações de peso			
<input type="checkbox"/> Hábitos/dificuldades alimentares			
<input type="checkbox"/> Nutrição/alimentação prévia à admissão			
17. Em que formulários existe uma parte específica sobre desnutrição, ingestão alimentar ou nutricional? (assinalar todos os que se aplicam)			
a. O processo do doente tem uma secção para...			
<input type="checkbox"/> indicar se o doente está desnutrido ou em risco de desnutrição		<input type="checkbox"/> terapêutica alimentar/nutricional	
b. Nota de alta...			
<input type="checkbox"/> resume a terapêutica nutricional instituída durante o internamento			
<input type="checkbox"/> faz recomendações de terapêutica nutricional a instituir no período pós-alta			
18. São fornecidos panfletos sobre desnutrição aos doentes desnutridos/em risco de desnutrição?		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
19. Quem preencheu esta folha? (assinalar todos os que se aplicam)			
<input type="checkbox"/> Chefe de serviço		<input type="checkbox"/> Enfermeira	
<input type="checkbox"/> Dietista/nutricionista		<input type="checkbox"/> Médico	
		<input type="checkbox"/> Pessoal administrativo	
		<input type="checkbox"/> Outros	


Obrigado(a)!



ANEXO E – QUESTIONÁRIO SOBRE O PACIENTE

Por favor seleccione as opções correctas que se aplicam a este doente			
	Sobre o seu doente Folha 2a	Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Código da Instituição <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Código da Unidade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Numero do doente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Iniciais do doente <input style="background-color: black; color: black;" type="text"/>	Ano de nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Sexo <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	Data de admissão <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
peso (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="radio"/> estimado <input type="radio"/> medido	consentimento informado do doente <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
altura (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="radio"/> estimado <input type="radio"/> medido			
Por favor continue apenas se o doente tiver dado o seu consentimento			
1. Esta admissão hospitalar foi		<input type="radio"/> planeada <input type="radio"/> uma emergência <input type="radio"/> Não sei	
2a. Diagnóstico na admissão (assinalar todos os que se aplicam)			
<input type="checkbox"/> 0100 Doenças Infecciosas e Parasitárias <input type="checkbox"/> 0200 Neoplasias <input type="checkbox"/> 0300 Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoético <input type="checkbox"/> 0400 Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo <input type="checkbox"/> 0500 Transtornos Mentais <input type="checkbox"/> 0600 Doenças do Sistema Nervoso <input type="checkbox"/> 0700 Olho e anexos <input type="checkbox"/> 0800 Processo de ouvido e mastóide <input type="checkbox"/> 0900 Doenças do Aparelho Circulatório <input type="checkbox"/> 1000 Doenças do Aparelho Respiratório <input type="checkbox"/> 1100 Doenças do Aparelho Digestivo <input type="checkbox"/> 1200 Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	<input type="checkbox"/> 1300 Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo <input type="checkbox"/> 1400 Doenças do Aparelho Geniturinário <input type="checkbox"/> 1500 Gravidez, do Parto e do Puerpério <input type="checkbox"/> 1600 Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal <input type="checkbox"/> 1700 Anomalias Congênicas/Cromossômicas <input type="checkbox"/> 1800 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório <input type="checkbox"/> 1900 Lesões, envenenamentos <input type="checkbox"/> 2000 Causas externas de morbilidade e de mortalidade (ex.: acidentes de trânsito, assaltos) <input type="checkbox"/> 2100 Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com os serviços de saúde.		
2b. Principal motivo de admissão (escolher apenas um dos códigos acima descritos)			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
3. Quais condições/morbilidades que este paciente tem? (escolha cada uma que se aplique)			
Insuficiência cardíaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Enfarte do miocárdio <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Doença pulmonar crónica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Doença cerebral vascular <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Doença vascular periférica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Doença hepática crónica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Doença renal crónica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Diabetes tipo 1 ou tipo 2 <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Neoplasia <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Infecção <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Demência <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Depressão nervosa <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Outra doença mental crónica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Outras doenças crónicas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
4a. Cirurgia prévia durante este período de internamento <input type="radio"/> Sim, planeada <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, urgente n.º de dias desde a cirurgia <input type="text"/> Dias	4b. Cirurgia programada durante este período de internamento <input type="radio"/> Sim, hoje ou amanhã <input type="radio"/> Sim, mais tarde <input type="radio"/> Não		
5. Admissão prévia nos cuidados intensivos durante este período de internamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
6. Este é um doente terminal? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
7. Estado de hidratação (HOJE) <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sobrecarga <input type="radio"/> Desidratado <input type="radio"/> Não sei			
8. Número de medicamentos planeados (HOJE) oral <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Outros <input type="text"/> <input type="text"/>			
9. Este doente foi identificado como desnutrido ou em risco de desnutrição? <input type="radio"/> Desnutrido <input type="radio"/> Em risco de desnutrição <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
Por favor continue para a folha 2b			


Por favor assinale as opções que se aplicam ao doente			
	Sobre o seu doente folha 2b		Data <input type="text"/>
			Código da Instituição <input type="text"/>
Número do doente <input type="text"/>		Iniciais do doente <input type="text"/>	
10. Flúidos intravenosos (HOJ) <input type="checkbox"/> Solução eletrolítica (Lactato de Ringer, NaCl, etc) <input type="checkbox"/> Soro glicosado 5%			
11. Número de suplementos nutricionais orais planeados (HOJE) <input type="text"/>			
12. Ingestão alimentar (HOJE) (escolha cada uma que se aplique)			
Alimentação hospitalar normal <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
Alimentação hospitalar fortificada <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
Suplementação proteica/energética (Ex.: suplementos nutricionais orais) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
Nutrição entérica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
Nutrição parentérica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
Dieta especial <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
13a. Acessos e Sondas (HOJE) (escolha cada uma que se aplique)			
Catéter venoso central <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Nasoduodenal <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Acesso venoso periférico <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Enterostomia <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Nasogástrica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Gastrostomia percutânea endoscópica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Nasojejunal <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Jejunostomia percutânea endoscópica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
13b. Houve complicações relacionadas com catéteres ou sondas de alimentação desde a admissão? (Infecções/obstruções)			
<input type="radio"/> Sim, previamente <input type="radio"/> Sim, neste momento <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
14. Por favor indique se alguma das situações se aplica a este doente, desde a admissão (escolha cada uma que)			
Foram determinadas as necessidades energéticas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
Foram determinadas as necessidades proteicas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
A ingestão alimentar/nutricional foi registada no processo do doente <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
Foi desenvolvido um plano de terapêutica nutricional <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
Foi consultado especialista em nutrição <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
registada. A presença/ausência de desnutrição no processo do doente <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei			
15a. Objetivo energético (ONTEM)		15b. Ingestão energética (ONTEM)	
<input type="radio"/> < 500 kcal		<input type="radio"/> < 500 kcal	
<input type="radio"/> 500 - 999 kcal		<input type="radio"/> 500 - 999 kcal	
<input type="radio"/> 1000 - 1499 kcal		<input type="radio"/> 1000 - 1499 kcal	
<input type="radio"/> 1500 - 1999 kcal		<input type="radio"/> 1500 - 1999 kcal	
<input type="radio"/> >= 2000 kcal		<input type="radio"/> >= 2000 kcal	
<input type="radio"/> Não determinado		<input type="radio"/> Não determinado	
<input type="radio"/> Não sei		<input type="radio"/> Não sei	
OUTRO por favor escolha <input type="text"/> kcal/kg		OUTRO por favor escolha <input type="text"/> kcal/kg	
16. Desde a admissão, o nível de saúde deste doente...			
<input type="radio"/> Melhorou		<input type="radio"/> Este doente acabou de ser admitido	
<input type="radio"/> Piorou		<input type="radio"/> Não sei	
<input type="radio"/> Permanece semelhante			
Obrigado(a)!			

ANEXO F – QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELO PACIENTE

Por favor assinale as opções adequadas		
	FOLHA DO DOENTE FOLHA 3a	Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código da Instituição <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código da Unidade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número do doente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Iniciais do doente <input type="text"/> <input type="text"/>	
1. Quais são os seus hábitos alimentares mais usuais? (assinalar todos os que se aplicam) <input type="checkbox"/> Sem hábitos dietéticos específicos <input type="checkbox"/> Eu sou vegetariano <input type="checkbox"/> Eu aderi a dieta vegana <input type="checkbox"/> Eu como dieta isenta de glúten <input type="checkbox"/> Eu evito açúcares de adição <input type="checkbox"/> Eu evito hidratos de carbono/Dieta pobre em hidratos de carbono <input type="checkbox"/> Eu como dieta pobre em gorduras <input type="checkbox"/> Eu sou intolerante à lactose <input type="checkbox"/> Outras dietas especiais devido a intolerâncias/alergias <input type="checkbox"/> Outra		
2. Onde residia antes deste internamento hospitalar? <input type="radio"/> Domicílio <input type="radio"/> Num Lar ou Instituição de Saúde <input type="radio"/> Vim transferido de outro hospital <input type="radio"/> Outros		
3. Em geral, tem capacidade para a marcha? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Sim, com auxílio de terceiros <input type="radio"/> Sim, autónomo com bengala, andarilho ou canadianas <input type="radio"/> Não, tenho cadeira de rodas <input type="radio"/> Não, estou acamado		
4. Em geral, diria que a sua a saúde é? <input type="radio"/> Muito boa <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Média <input type="radio"/> Fraca <input type="radio"/> Muito fraca		
5. Durante os 12 meses antes deste internamento aproximadamente <div style="text-align: right;"> ...quantas vezes foi ao médico? <input type="text"/> Vezes ...quantas vezes foi internado no hospital (S.Urg./programado) <input type="text"/> Vezes ...quantas noites passou no hospital <input type="text"/> Noites </div>		
6. Quantos medicamentos tomava por rotina diariamente antes deste internamento? <input type="radio"/> 1 a 2 <input type="radio"/> Mais que 5 <input type="radio"/> 3 a 5 <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/> nenhum		
7. Tem seguro de saúde? <input type="radio"/> Sim, privado <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não, setor público <input type="radio"/> Prefiro não responder <input type="radio"/> Sim, ambos		
8. Quanto pesava há cinco anos <input type="text"/> kg <input type="radio"/> Não sei		
9a. Perdeu peso nos últimos 3 meses? <input type="radio"/> Sim, intencionalmente <input type="radio"/> Não, eu aumentei de peso <input type="radio"/> Sim, sem intenção <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/> Não, o meu peso é o mesmo		
9b. Se sim, quantos kg perdeu? <input type="text"/> kg <input type="radio"/> Não sei		
10. Sabia da sua hospitalização 2 dias antes da admissão? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
11. Por favor indique se... <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <div style="text-align: right;"> ...foi pesado na admissão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei </div> <div style="text-align: right;"> ...foi informado sobre o diagnóstico nutricional <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei </div> <div style="text-align: right;"> ...foi informado sobre opções terapêuticas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei </div> <div style="text-align: right;"> ...recebeu tratamento nutricional específico <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei </div> </div>		
Por favor continue com a folha 3b		

Por favor assinale os itens que se aplicam a si			
		FOLHA DO DOENTE FOLHA 3b	
		Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Código da Instituição <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Código da Unidade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Número do doente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Iniciais do doente <input type="text"/>	
12. Como foi a sua ingestão alimentar na semana antes da admissão hospitalar? <input type="radio"/> Maior que o normal <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Cerca de 3/4 do normal <input type="radio"/> Cerca de 1/2 do normal <input type="radio"/> Cerca de 1/4 ou quase nada		13. Em geral, quão satisfeito está com a comida hospitalar? <input type="radio"/> Muito satisfeito <input type="radio"/> Relativamente satisfeito <input type="radio"/> Neutro <input type="radio"/> Pouco satisfeito <input type="radio"/> Muito insatisfeito <input type="radio"/> Não sei	
14. Teve alguma ajuda na refeição HOJE? <input type="radio"/> Sim, pela família ou amigos <input type="radio"/> Sim, pelo pessoal hospitalar <input type="radio"/> Não		15. Esteve apto para comer sem interrupções HOJE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
16a. Por favor, indique qual a quantidade de comida que ingeriu na refeição principal HOJE: Toda 1/2 1/4 Nada 		16b. O tamanho da porção da refeição que pedi HOJE foi... <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Menor <input type="radio"/> Maior <input type="radio"/> Não sei	
17. Se não ingeriu tudo o que vinha no seu prato, por favor, diga porquê: (assinalar todos os que se aplicam)			
<input type="checkbox"/> Eu não gosto do tipo de comida fornecida <input type="checkbox"/> Eu não gosto do cheiro/sabor da comida <input type="checkbox"/> A comida não se enquadra nas minhas preferências culturais / religiosas <input type="checkbox"/> A comida estava muito quente <input type="checkbox"/> A comida estava muito fria <input type="checkbox"/> Devido a alergia alimentar / intolerância <input type="checkbox"/> Eu não estava com fome no momento <input type="checkbox"/> Eu não tenho o meu apetite habitual		<input type="checkbox"/> Tenho problemas com mastigação/ deglutição <input type="checkbox"/> Eu normalmente como menos do que é servido <input type="checkbox"/> Tive náuseas/vômitos <input type="checkbox"/> Eu estava muito cansado <input type="checkbox"/> Não consigo comer sem ajuda <input type="checkbox"/> Não fui autorizado a comer <input type="checkbox"/> Por ter um exame / cirurgia perdi a refeição <input type="checkbox"/> Eu não recebi a comida pedida	
18. Assinale o número de copos de bebidas que consumiu nas 24 horas			
<input type="checkbox"/> Água	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Suco de fruta	<input type="checkbox"/> Suplementos bebíveis
<input type="checkbox"/> Chá	<input type="checkbox"/> Leite	<input type="checkbox"/> Refrigerantes	<input type="checkbox"/> Outros
19a. Você comeu alguma comida vinda fora do hospital HOJE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
19b. Se sim, o que você comeu?			
<input type="checkbox"/> Snacks doces <input type="checkbox"/> Snacks salgados <input type="checkbox"/> Comida feita em casa <input type="checkbox"/> Frutas		<input type="checkbox"/> Produtos frescos <input type="checkbox"/> Comida pronta/restaurante <input type="checkbox"/> Sanduíches <input type="checkbox"/> Outra	
20. Como é que a sua alimentação se alterou durante o internamento hospitalar?			
<input type="radio"/> Aumentou <input type="radio"/> Diminuiu		<input type="radio"/> Na mesma <input type="radio"/> Não sei	
21. HOJE sinto-me... <input type="radio"/> Mais restabelecido que na admissão <input type="radio"/> Mais debilitado que na admissão <input type="radio"/> Igual ao dia de admissão <input type="radio"/> Fui internado hoje <input type="radio"/> Não sei		22. Consegue andar sem ajuda HOJE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, só com ajuda <input type="radio"/> Não, estou acamado	
23. Alguém o ajudou a preencher este questionário? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Obrigado(a)!			

ANEXO G – FORMULÁRIO DESFECHO EM 30 DIAS

Lista de doentes e desfecho (todos pacientes NDia)							
		DESFECHO aos 30 dias		Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
				Código da Instituição		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
				Código da Unidade		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Número do paciente	Iniciais do paciente	Data da alta	Diagnóstico de alta			Desfecho	Readmitido desde o nDia
			(ver códigos na caixa 1)			(ver códigos na caixa 2)	(ver códigos na caixa 3)
	MA MU	24.11.2015	1. J15.212	2. G89.3	3. T45.1X5	1	1
			4. Z61.12	5.	6.		
1. Use APENAS códigos do ICD-10 OU os descritos abaixo			2. Código de seguimento				
Colocar mais de 6 códigos, na mesma ordem dos seus registos			1= Ainda no hospital 2= Transferido para outro hospital 3= Transferido para instituição de doentes crónicos 4= Reabilitação 5= Alta domiciliária 6= Falecimento 7= Outros				
0100 Doenças Infecciosas e Parasitárias	1200 Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo		3. Código de readmissão / Reinternamento 1= Não 2= Sim, planeado no mesmo hospital 3= sim, não planeado no mesmo hospital 4= Sim, planeado em hospital diferente 5= Sim, não planeado em hospital diferente 6= Não sei				
0200 Neoplasias	1300 Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo						
0300 Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos	1400 Doenças do Aparelho Geniturinário						
0400 Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo	1500 Gravidez, do Parto e do Puerpério						
0500 Transtornos Mentais	1600 Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal						
0600 Doenças do Sistema Nervoso	1700 Anomalias Congénitas/Cromossómicas						
0700 Olho e anexos	1800 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório						
0800 Processo de ouvido e mastóide	1900 Lesões, envenenamentos						
0900 Doenças do Aparelho Circulatório	2000 Causas externas de morbidade e de mortalidade (ex.: acidentes de trânsito, assaltos)						
1000 Doenças do Aparelho Respiratório	2100 Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com os serviços de saúde.						
1100 Doenças do Aparelho Digestivo							
Obrigado(a)!							