



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 1/53	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/01/2023

MANUAL DE NUTRIÇÃO CLÍNICA



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 2/53	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/01/2023
		Versão: 1	

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	3
2	OBJETIVO	3
3	TRIAGEM NUTRICIONAL	3
4	NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL	4
4.1	Nível de assistência nutricional primário	5
4.2	Nível de assistência nutricional secundário	5
4.3	Nível de assistência nutricional terciário	6
5	AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E METABÓLICO	7
5.1	Componentes da avaliação nutricional e metabólica	8
5.1.1	História nutricional global	8
5.1.2	Método dietético	8
5.1.3	Exame físico nutricional	10
5.1.4	Funcionamento intestinal	11
5.1.5	Avaliação da capacidade funcional	13
5.1.6	Antropometria	13
5.1.6.1	Peso	13
5.1.6.2	Altura	17
5.1.6.3	Índice de massa corporal (IMC)	18
5.1.6.4	Circunferência da cintura (CC)	18
5.1.6.5	Diâmetro sagital abdominal (DSA)	19
5.1.6.6	Circunferência da panturrilha (CP)	19
5.1.6.7	Circunferência do braço (CB)	20
5.1.6.8	Dobra cutânea tricipital (DCT)	21
5.1.6.9	Circunferência muscular do braço (CMB)	22
5.1.6.10	Área muscular do braço (AMB)	22
5.1.7	Impedância bioelétrica (BIA)	23
5.1.8	Avaliação bioquímica	24
5.1.9	Diagnósticos nutricionais	25
5.1.10	Cálculo das necessidades nutricionais	25
5.1.11	Prescrição dietética	27

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 3/53	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/01/2023

5.1.12	Plano de cuidado nutricional.....	27
5.1.13	Registro no prontuário	28
5.1.14	Acompanhamento de nutrição	29
5.1.15	Alta hospitalar	30
6	REFERÊNCIAS	32
7	HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO	35
8	ANEXOS.....	36

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 3/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

1 APRESENTAÇÃO

No que tange à desnutrição hospitalar, Correia et al. (1998) destaca que: no Brasil está presente em cerca de 48% dos pacientes internados no Sistema Público de Saúde, sendo que parte destes pacientes apresenta algum grau de desnutrição quando admitidos enquanto outros a desenvolvem durante a internação. Estudos demonstram que após a internação hospitalar, cerca de 70% dos pacientes inicialmente desnutridos têm uma piora gradativa do seu estado nutricional, o que contribui para o aumento da morbidade e mortalidade em até 65% dos pacientes.

O alto índice de desnutrição hospitalar deve-se à ingestão inadequada de alimentos por grande parte dos indivíduos, conforme demonstrado nos estudos. A terapia nutricional tem como objetivo diminuir a prevalência de desnutrição, traçar o plano de cuidado nutricional quando a mesma estiver instalada, preparar o paciente para os diversos procedimentos hospitalares, cirúrgicos e clínicos, modular a resposta imunológica, otimizar a cicatrização, prevenir e tratar complicações infecciosas e não infecciosas, melhorar a qualidade de vida do paciente, assim como reduzir mortalidade, tempo e custo da internação (BRASIL, 2016).

A terapia nutricional individualizada e especializada é indicada para suprir as necessidades nutricionais do organismo prevenindo a perda de peso e de massa muscular e contribuindo para diminuir as complicações durante a internação e evitando o aporte excessivo de nutrientes, o qual pode causar danos ao paciente como, por exemplo, sobrecarga dos órgãos e sistemas (COPPINI et al., 2011).

Neste contexto, a Unidade de Nutrição Clínica (UNC) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) cria este manual com as orientações, instrumentos e procedimentos padronizados para realização das atividades pelos profissionais de nutrição da referida unidade.

2 OBJETIVO

Sistematizar e otimizar o trabalho do profissional nutricionista e técnico de nutrição, e o cuidado nutricional ao paciente hospitalizado do HC-UFTM.

3 TRIAGEM NUTRICIONAL

“A triagem nutricional é uma ferramenta de aplicação rápida que antecede a avaliação nutricional completa - que requer mais tempo e tem o intuito de rastrear pacientes que precisam de maior atenção nutricional” (BAZERRA et al., 2012).

O Ministério da Saúde instituiu como obrigatório nos hospitais do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a aplicação de triagem nutricional, mediante a Portaria nº 343, de 7 de março de 2005, buscando mecanismos para a organização e implantação da assistência de alta complexidade em terapia nutricional, e cita no Anexo I na Portaria nº 120, de 14 de abril de 2009, “o registro da triagem, avaliação e acompanhamento nutricional no prontuário dos pacientes como informações mínimas e indispensáveis para o credenciamento e habilitação das unidades de assistência de alta complexidade em terapia nutricional e centros de referência” (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 4/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

De acordo com o Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado Nutricional da Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN, 2014) é indicado “aplicar a triagem nutricional em até 24 horas da admissão do paciente no hospital com o objetivo de identificar precocemente o risco nutricional e a partir disso realizar intervenção necessária”.

Existem vários instrumentos propostos para avaliar o risco nutricional, como a Miniavaliação Nutricional (MAN); Avaliação Subjetiva Global (ASG); *Nutritional Risk Screening* (NRS 2002); *Screening Tool Risk Nutritional Status And Growth (Strong Kids)*; Instrumento de Triagem de Desnutrição (MST); Instrumento de Triagem Universal de Desnutrição (MUST).

No HC-UFTM adotou-se a ASG (anexo 1) como instrumento de triagem nutricional para adultos (maiores de 18 anos) e a *Strong Kids* (anexo 2) para crianças e adolescentes (0 a 18 anos) a serem aplicadas em até 48 horas (h) após admissão (adaptado conforme realidade do local). A ASG classifica o paciente em A (bem nutrido), B (moderadamente ou suspeita de ser desnutrido) ou C (gravemente desnutrido), enquanto a *Strong Kids* classifica em baixo risco (A), médio risco (B) ou alto risco (C). De acordo com o risco e a presença de doença de base com necessidade de dietoterapia específica, o paciente é classificado em Nível de Assistência Nutricional, conforme tópico a seguir.

Após realização da triagem nutricional, é necessário fazer o registro em prontuário eletrônico no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) no modo equipe multiprofissional, colocando o registro na anamnese do paciente, devendo constar:

- A descrição “Nutrição Clínica” no topo do registro;
- Data da realização da triagem;
- Diagnóstico médico do paciente;
- Comorbidades;
- Alergia/intolerância alimentar, quando houver;
- Resultado da triagem (A, B ou C) com as justificativas;
- O nível de assistência nutricional.

Pacientes internados para cirurgias eletivas com alta prevista em até 48h, como realização de histeriorrafia, cirurgias plásticas (exceto queimados), colecistectomia, apendicectomia, prostatectomia, laqueadura, polipectomia, drenagem de abscesso, curetagem e drenagem da bartolinite, não serão triados, a menos que seja solicitado ou ocorra complicações durante a internação. Pacientes que irão realizar cirurgia bariátrica e gestantes não serão triados, pois já são acompanhados pelos nutricionistas responsáveis pelos respectivos credenciamentos do HC-UFTM.

4 NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

A categorização em níveis de assistência nutricional é indicada pela ASBRAN a fim de sistematizar o atendimento nutricional, uma vez que possibilita ao nutricionista estabelecer condutas dietoterápicas uniformes, tornando o atendimento mais célere e objetivo, trazendo benefícios tanto para a equipe multidisciplinar como para os pacientes e para a instituição (ASBRAN, 2014).

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 5/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

A partir desta classificação, ter-se-á os pacientes que são de nível de assistência nutricional terciário, secundário e primário, conforme descrito nos Quadros 1 e 2:

Quadro 1. Critérios para classificação dos níveis de assistência de nutrição

Nível	Descrição
Primário	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes cuja doença de base não exija dietoterápicos específicos (pneumonia, varicela); ➤ Pacientes que não apresentam risco nutricional.
Secundário	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes cuja doença de base não exija cuidados dietoterápicos específicos, porém apresentam riscos nutricionais ou; ➤ Pacientes cuja doença de base exija dietoterapia específica, mas não apresentam risco nutricional (diabetes, disfagia, intolerância à lactose).
Terciário	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes cuja doença de base não exija cuidados dietoterápicos específicos e também apresentem risco nutricional (prematuridade, erros inatos do metabolismo, desnutrição).

Fonte: ASBRAN (2014).

Quadro 2. Critérios relacionados ao paciente para classificação dos níveis de assistência de nutrição

Critérios relacionados ao paciente	Nível de assistência nutricional			
	Primário	Secundário		Terciário
Risco nutricional	Não	Sim	Não	Sim
Necessidade de dietoterapia específica	Não	Não	Sim	Sim

Fonte: ASBRAN (2014).

Após aplicada a ASG ou a *Strong Kids* para avaliação do risco nutricional, será identificado em qual nível de assistência o paciente será classificado, de acordo com o resultado da triagem e a necessidade ou não de dietoterapia específica para a doença de base e, a partir dessa classificação, as próximas condutas serão estabelecidas.

Para pacientes em uso de terapia nutricional enteral (TNE) deve-se marcar que há necessidade de dietoterapia específica, mas para classificação em nível de assistência dependerá do resultado da triagem nutricional.

4.1 Nível de assistência nutricional primário

Pacientes que apresentarem classificação A na triagem nutricional, ou seja, sem risco, e não necessitarem de dietoterapia específica para a doença de base serão classificados em nível de assistência nutricional primário e, caso continuem internados, devem ser retriados sete dias após a aplicação da primeira triagem.

Além disso, no momento da triagem o aplicador deverá coletar com o entrevistado se este apresenta alguma alergia/intolerância alimentar e se há aversões alimentares, a fim de melhorar a adesão à terapia nutricional hospitalar.

4.2 Nível de assistência nutricional secundário

Pacientes que apresentam risco nutricional, segundo a triagem ou necessitam de dietoterapia específica para a doença de base, são classificados em nível de assistência nutricional secundário e devem ser avaliados sempre que pertencerem a um credenciamento,

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 6/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

houver solicitação por interconsulta ou quando todos os pacientes terciários da unidade assistencial estiverem em acompanhamento nutricional.

Quanto ao acompanhamento, estes pacientes devem ser reavaliados de 10 em 10 dias, não se esquecendo da necessidade de visitas periódicas para verificação da adesão ao plano terapêutico dietoterápico e de mudanças no quadro clínico.

Esses pacientes necessitam ser orientados quanto à alta hospitalar e essa orientação deve ser planejada no decorrer do período de internação. Deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento nutricional após a alta hospitalar e fazer os devidos encaminhamentos.

4.3 Nível de assistência nutricional terciário

Aqueles que apresentam risco nutricional segundo a triagem e necessitam de dietoterapia específica para a doença de base, são classificados como terciários.

Pacientes que apresentarem classificação C na triagem, já devem ser classificados como nível de assistência nutricional terciário por necessitarem de dietoterapia específica devido à desnutrição. E pacientes que apresentarem stress elevado, também já devem ser classificados como nível de assistência nutricional terciário (ASBRAN, 2014).

Com a classificação em níveis de assistência nutricional, deve-se priorizar a avaliação e acompanhamento dos pacientes terciários, o qual deve ocorrer em até 48 horas após a aplicação da triagem nutricional. Quando houver uma quantidade de pacientes terciários maior do que a UNC consiga atender de imediato, orienta-se o uso de alguns critérios de priorização de atendimento:

- 1º Pacientes com classificação C na triagem de risco nutricional;
- 2º Uso de terapia nutricional enteral;
- 3º Maior tempo de internação.

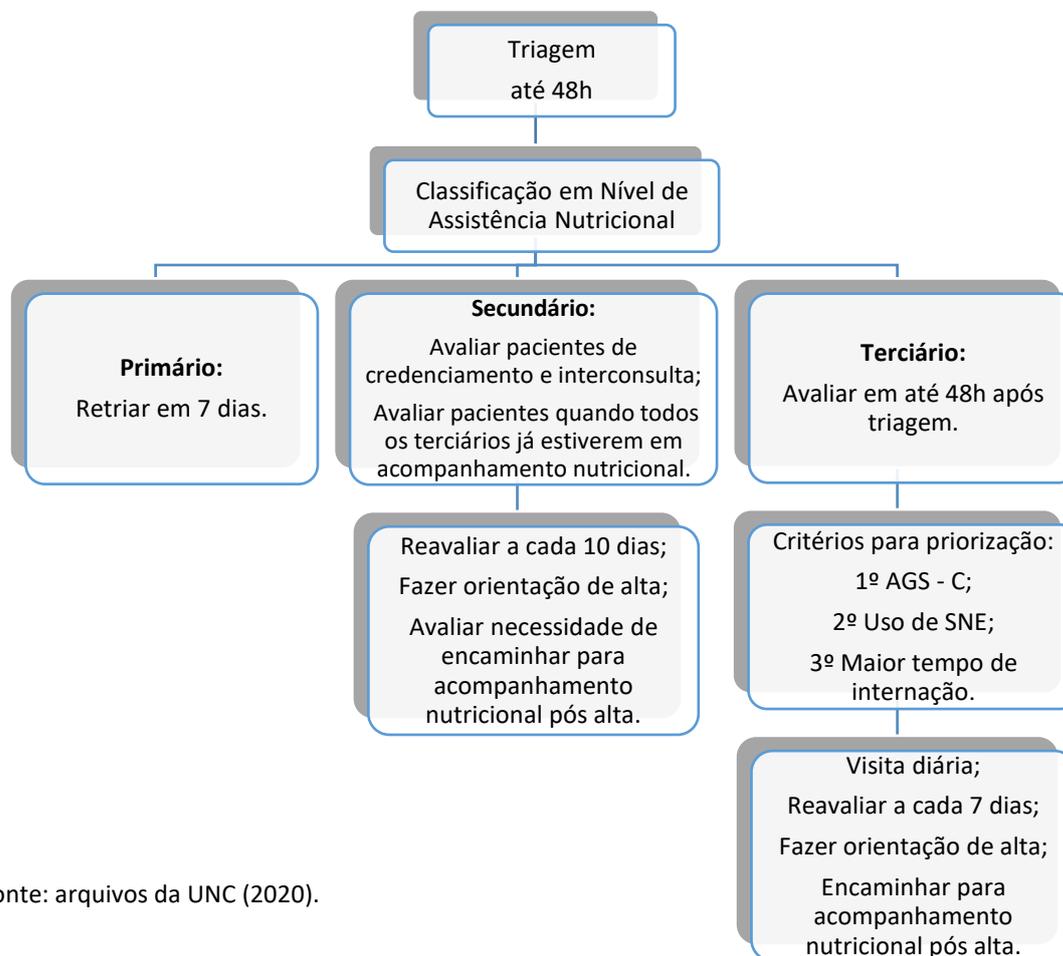
Para o acompanhamento dos pacientes terciários, padroniza-se a visita diária para verificação da adesão ao plano terapêutico dietoterápico e de mudanças no quadro clínico, e a reavaliação deve ser feita de 7 em 7 dias.

A alta deve ser planejada durante a internação e estes pacientes devem ser encaminhados para acompanhamento nutricional após alta hospitalar em ambulatório ou unidade básica de saúde.

Na Figura 1, pode-se observar o fluxo de assistência nutricional aos pacientes do HC-UFTM.

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 7/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

Figura 1. Fluxograma do atendimento nutricional do Hospital de Clínicas da UFTM



Fonte: arquivos da UNC (2020).

5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E METABÓLICO

Segundo a *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*, “avaliação nutricional é o exame detalhado das variáveis metabólicas, nutricionais e funcionais, realizado por nutricionista, e que a partir deste é possível estruturar um plano de cuidado nutricional apropriado” (KONDRUP et al., 2003). “Essa avaliação engloba métodos subjetivos: história nutricional global, história alimentar e exame físico; e métodos objetivos: avaliação antropométrica e exames bioquímicos” (ASBRAN, 2014).

White et al. (2012) reforçou a importância de uma avaliação nutricional completa e a padronização do método de avaliação para identificação do diagnóstico nutricional do indivíduo.

No HC-UFTM foi padronizada uma ficha de avaliação nutricional (anexo 3), a qual foi produzida com base no Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição (ASBRAN, 2014).

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 8/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

5.1 Componentes da avaliação nutricional e metabólica

5.1.1 História nutricional global

A história nutricional do paciente é composta por dados sobre condições nutricionais atuais e passadas, alterações no estado nutricional e metabólico que podem ser coletados diretamente com o paciente, sua família, cuidadores ou outros profissionais de saúde. A partir desses dados é possível detectar deficiências, excessos ou interferências em aquisição, preparo, ingestão de alimentos, absorção, metabolismo e excreção de nutrientes e líquidos. São investigados aspectos sociais, psicológicos, culturais e econômicos do indivíduo, como também o nível de conhecimento, compreensão e tolerância para adesão às intervenções nutricionais (ASBRAN, 2014).

Para a ficha de avaliação do HC-UFTM foi elaborado um questionário (Figura 2), apropriado à realidade da instituição, adaptado dos indicadores de história nutricional global propostos pelo Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado Nutricional (ASBRAN, 2014).

Figura 2. Indicadores de história nutricional global contemplados na ficha de avaliação nutricional do HC-UFTM

Data da avaliação: ___/___/___ Data da Internação: ___/___/___ Leito: _____
 Nome: _____ RG: _____
 Diagnóstico clínico: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Procedência: _____
 Estado civil: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____
 Com quem reside: _____ Quem trabalha: _____ Recebe algum benefício?: _____
 Renda Familiar: _____ Quanto da renda é destinado à alimentação? _____ Tipo de moradia (casa, ap, zona rural, instituição, sem teto): _____ Paga aluguel?: () sim () não
 Alguma Unidade de Saúde próximo à residência? () sim () não. Já foi em um nutricionista? () sim () não
 História sobre o problema de saúde, com início e duração, sintomas: _____
 Condição psicológica: () Ansiedade () Depressão () Distúrbio alimentar () Estresse ou trauma recente
 Patologias prévias: _____ Antecedentes familiares: _____
 Doenças gastrointestinais ou de má absorção (gastrite, úlcera, colite, megacolon...) _____
 Queixas gastrointestinais: () Não () Náuseas () Vômitos () Diarreia () Obstipação () Pirose () Flatulências () Saciedade precoce
 Nº de evacuações/dia: _____ Consistência: _____ Coloração: _____ Esteatorreia? _____ Usa laxativos? _____
 Medicamentos de uso em casa: _____
 Medicamentos alternativos (ervas, chás, vitaminas): _____
 Já fez alguma cirurgia? () sim () não. Se sim, qual? _____ Quando? _____
 Presença de alguma ferida: _____ Alguma abertura (fístula, ostomia, ileostomia) _____
 Condição que altera o GET? () febre () infecção () sepse () trauma () ventilação mecânica () quimio/radio () diálise
 Condição funcional anterior à internação: () Ativo. Tipo de atividade: _____ Frequência: _____ Duração: _____
 () Independente em suas atividades diárias () Deambula, mas fica mais deitado () Dependente de auxílio
 () Acamado

Fonte: arquivo da UNC (2020)

5.1.2 Método dietético

Segundo a Resolução nº 417, de 18 de março de 2008 do Conselho Federal de

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 9/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

Nutricionistas, “a avaliação do consumo alimentar é um procedimento que deve fazer parte da anamnese e avaliação nutricional” (CFN – Conselho Federal de Nutrição, 2008).

Levando em consideração que o estado nutricional do indivíduo está diretamente relacionado à ingestão de nutrientes e suas necessidades nutricionais, a avaliação do consumo alimentar é essencial para estimar se a ingestão de alimentos está adequada, e auxilia na identificação de hábitos alimentares inadequados (FISBERG et al., 2009).

Com o objetivo de obter maior conhecimento sobre as características dos hábitos e das condições alimentares do indivíduo, foram incluídos indicadores do consumo alimentar na avaliação nutricional do HC-UFTM/Ebserh (Figura 3).

Figura 3. Indicadores de hábitos e condições alimentares contemplados na ficha de avaliação nutricional do HC-UFTM/Ebserh.

Limitações físicas ou mentais para aquisição e preparo dos alimentos: _____

Condição clínica atual: () Acamado () Ativo no leito () Cadeira de rodas () Deambula – Com dificuldade? _____

Tabagismo: () Não () Ex-tabagista Tempo: _____ () Sim Cigarros/dia: _____ Tempo: _____

Etilismo: () Não () Ex-etilista () Sim Frequência: _____ Tipo: _____ Qtde: _____

Alergia ou intolerância alimentar: () Não () Sim Se sim, qual alimento: _____

Uso de Suplementos nutricionais: () Não () Sim Qual? _____

Aversões alimentares: _____

Preferências alimentares: _____

Teve perda de apetite? () Sim () Não. Se sim, há quanto tempo? _____ Porque? _____

Alterou consistência da dieta? () Sim () Não. Se sim, há quanto tempo? _____ Porque? _____

Local que realiza as refeições: _____ Quem compra e prepara os alimentos: _____

Condições de armazenamento dos alimentos: _____ Formas de preparo: _____

Fonte: arquivo da UNC (2020).

Foi padronizado, também, a utilização de questionário de frequência alimentar (Quadro 3) que fornece análise especialmente qualitativa do padrão alimentar do indivíduo, ou até mesmo, semiquantitativa (ASBRAN, 2014).

Quadro 3. Questionário de frequência alimentar contemplado na ficha de avaliação nutricional do HC-UFTM/Ebserh.

Alimento	Frequência	Alimento	Frequência
Leite e derivados		Quitandas	
Carnes		Frituras	
Carnes gordas, pele, torresmo		Temperos industrializados, molhos prontos	
Ovos		Azeite de oliva	
Manteiga/margarina		Embutidos	
Arroz		Enlatados	
Feijão		Alimentos integrais	
Frutas / suco nat.		Alimentos diet/light	
Legumes cozidos		Doces/açúcar/sorvete/chocolate	
Folhas cruas		Refrigerantes / suco industrial	

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 10/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

Folhas refogadas		Tubérculos	
Pães e massas		Salgadinhos de pacote	
Café		Lanche (pizza, salgado, sanduiche)	
Óleo/mês:		Açúcar/mês:	Sal/mês:

Fonte: arquivo da UNC (2020).

Avaliar a ingestão e tolerância à dietoterapia recebida durante a hospitalização é fundamental. Deve-se questionar ao paciente sobre sua aceitação da dieta por via oral e tentar quantificar em porcentagem o que paciente informa que está aceitando, podendo incluir observações como o motivo da baixa aceitação, aversões alimentares, entre outros, e questionar também sobre a aceitação do suplemento por via oral. E para os pacientes com TNE, identificar a tolerância através dos relatos da enfermagem, prontuário médico ou até mesmo relato do paciente, quando possível.

Além disso, no HC-UFTM pode-se solicitar a aplicação do resto ingestão quando for necessário avaliar precisamente a aceitação da alimentação por via oral. O resto ingestão é realizado pelos técnicos de nutrição, durante 24 horas, e consiste em quantificar e pesar os alimentos antes da sua distribuição ao paciente e repetir a pesagem após a refeição, a fim de quantificar a sobra. Pode-se solicitar resto infusão para pacientes com TNE, também realizado pelos técnicos de nutrição, durante 24 horas. O resto infusão consiste em mensurar a quantidade de fórmula enteral e/ou suplemento ofertada ao paciente e verificar as sobras não infundidas ou não ingeridas em cada horário padronizado pela UNC.

A avaliação da ingestão hídrica diária também deve fazer parte do questionário.

5.1.3 Exame físico nutricional

A avaliação de sinais físicos deve fazer parte de uma avaliação nutricional completa por poder revelar várias características de desnutrição como o edema, depleção de massa muscular ou tecido adiposo subcutâneo, e sinais específicos de deficiência de micronutrientes (WHITE et al., 2012; CORKINS, 2015).

Para a realização do exame físico nutricional é necessário habilidades e treinamento do examinador em olhar, ouvir e sentir para identificar variações da normalidade, obtendo informações que adicionam profundidade e perspectivas únicas para a avaliação nutricional. A semiologia nutricional deve ser realizada da cabeça aos pés e pode ser dividida em tecidos de regeneração rápida e sistemas corporais, massa gorda e muscular e condição hídrica corporal, onde os tecidos de regeneração rápida (cabelo, lábios, pele, olhos e língua) são mais prováveis de refletir deficiências nutricionais precocemente (ASBRAN, 2014).

A seguir, pode-se observar um esquema com indicadores do exame físico nutricional a serem observados na avaliação dos pacientes do HC-UFTM, baseado no Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição (ASBRAN, 2014):

- Cabelo: avaliar cor, textura, brilho e queda.
- Olhos: avaliar cor e condições da conjuntiva, se há xeroftalmia, manchas de Bitot, e as condições do olhar (se o paciente está contactuante, se segue com o olhar, etc.).
- Cavidade oral: cor, condições dos lábios, se há xeroftalmia ou disgeusia.

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 11/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

- cantos da boca (queilose, queilite angular, estomatite angular);
- língua (glossite, atrofia das papilas, erosão, coloração diferente);
- gengivas (esponjosas, pálidas, sangrantes, mucosas secas, mucosite);
- dentes (presença e condições dos dentes, uso e condições de próteses);
- **Pele:** cor, textura, profundidade, umidade, integridade, temperatura, higiene e condições gerais (palidez, lesões, feridas, úlceras de pressão, dermatite e outras inflamações, cicatrização inadequada, turgor deficiente, descamação, hipopigmentação, eritema, equimoses, petéquias e áreas hemorrágicas ou hiperpigmentadas, xerose).
- **Unhas:** cor, formato, consistência, textura e vascularização (moles, finas, irregulares, pálidas, manchadas e facilmente dobráveis, com ondas transversas, coiloníquia).
- **Edema:** pele brilhante, esticada, com palidez localizada, particularmente nos membros inferiores e sacro, sinal de cacifo.
- **Nervos cranianos:** força da boca e língua, fechamento dos dentes, mastigação, deglutição, reflexo de tosse.
- **Alterações das reservas musculares:** da face (têmporas e masseter), da região do deltoide (clavícula, ombros e escápula), das costas (intercostais), dorso das mãos (interósseos), pernas (quadríceps, joelho, panturrilha).
- **Alteração de reservas gordurosas:** bochechas, região suborbital, abdome e tríceps.
- **Tônus muscular:** rigidez ou flacidez, fraqueza (principalmente membros superiores e inferiores), câibras musculares, paralisia.
- **Estado de consciência:** alerta, letargia, coma, confusão mental, torpor, contactuante.
- **Sinais abdominais:** aparência geral, pele e contorno (plano, escavado, globoso, distendido), ruídos abdominais (hipoativos, ausentes ou hiperativos), cólicas intestinais e dor à palpação.
- **Sinais urinários:** volume, cor, odor e turbidez da urina (sinais de desidratação).

5.1.4 Funcionamento intestinal

“A avaliação do funcionamento intestinal também é parte muito importante da avaliação nutricional, pois pode indicar muitos problemas nutricionais e guiar a tomada de decisão para diagnóstico nutricional e construção do plano dietoterápico” (CARVALHO et al., 2016).

A seguir tem-se a escala de Bistrol (Figura 4) para categorização de acordo com consistência e formato das evacuações, a classificação da diarreia quanto à fisiopatologia (Quadro 4) e duração (Quadro 5). Também é importante verificar com o indivíduo dificuldades de evacuação, dores ao evacuar, sangramentos, melena, fístulas, lesões, hemorroidas, prurido anal, formação de massas, fissuras, pólipos, entre outros.

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 12/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

Figura 4. Escala de Bristol para classificação das fezes.

Tipo 01		Pedacos separados, duros como amendoim
Tipo 02		Forma de salsicha, mas segmentada
Tipo 03		Forma de salsicha, mas com fendas na superfície
Tipo 04		Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole
Tipo 05		Pedacos moles, mas contornos nítidos
Tipo 06		Pedacos aerados, contornos esgarçados
Tipo 07		Aquosa, sem peças sólidas

Fonte: Lewis; Heaton (1997).

Quadro 4. Classificação da diarreia quanto à fisiopatologia

Osmótica	O conteúdo luminal está muito concentrado pela presença de substâncias não absorvíveis, de alta osmolaridade, que carregam grande quantidade de água para a luz intestinal, superando a capacidade intestinal de absorção. Exemplos: intolerância à lactose, ingestão de açúcares não absorvíveis (manitol, sorbitol, lactulose), alcoolismo crônico (atrofia das vilosidades), má absorção intestinal (espru celíaco, giardíase, pelagra), insuficiência pancreática.
Secretora	Há grande secreção de fluidos e eletrólitos ativamente para a luz intestinal. O conteúdo luminal tem osmolaridade normal. A desidratação ocorre rapidamente. Esta secreção aumentada decorre de vários fatores, entre eles, da ação de enterotoxinas (<i>V. cholera</i> , <i>E. coli</i> enteropatogênica), da secreção de hormônios (Vipoma, carcinoide) ou da lesão das vilosidades intestinais (Rotavírus).
Motora	Resulta de alterações motoras que levam ao trânsito intestinal acelerado ou por redução da área absorptiva. Doenças que promovem uma hiper motilidade intestinal, como o hipertireoidismo e alguns casos de diabetes, assim como uso de procinéticos, síndrome do intestino irritável, pós cirurgia (vagotomia, gastrectomia), supercrescimento bacteriano, síndrome carcinoide, são exemplos que causam diarreia motora.
Exsudativa	Decorre da invasão do patógeno na mucosa intestinal (<i>E. coli</i> enteroinvasiva, <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> e outras) ou agressão imunomediada, com perda da integridade da mucosa, citólise e necrose celular, resultando na exsudação de muco, sangue e células inflamatórias (doenças inflamatórias intestinais, colites diversas).

Fonte: Oliveira; Laudanna (2000); Dantas (2004); Lemos et al. (2009).

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 13/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

Quadro 5. Classificação da diarreia quanto a duração.

Diarreia aguda	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não ultrapassam 3 semanas ➤ São mais frequentes, auto-limitadas e cursam de forma benigna. ➤ As principais causas são infecciosas: virais, bacterianas e parasitárias. ➤ O tratamento na maioria dos casos se resume em hidratação oral.
Diarreia crônica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ >3 semanas ➤ As principais causas são as doenças inflamatórias intestinais, as parasitoses, as infecções bacterianas, cirurgias prévias, neoplasias, doença celíaca, deficiência de dissacaridases e pancreatopatias.

Fonte: Oliveira;Laudanna (2000).

5.1.5 Avaliação da capacidade funcional

A redução da capacidade funcional está diretamente relacionada com a piora do estado nutricional, salvo nos casos de acidentes vasculares, traumas, fraturas, entre outros, e geralmente acompanha a perda ponderal. Deve-se questionar o indivíduo sobre mudanças nas atividades diárias, velocidade para realização das atividades, especialmente nas últimas duas semanas (CARVALHO et al., 2016).

A Figura 5 mostra os indicadores para avaliação da capacidade funcional adotados no HC-UFTM.

Figura 5. Questionamento para avaliação da capacidade funcional no HC-UFTM.

Condição funcional anterior à internação: () Ativo. Tipo de atividade: _____ Frequência: _____ Duração: _____
 () Independente em suas atividades diárias () Deambula, mas fica mais deitado () Dependente de auxílio
 () Acamado
 Limitações físicas ou mentais para aquisição e preparo dos alimentos: _____
 Condição clínica atual: () Acamado () Ativo no leito () Cadeira de rodas () Deambula – Com dificuldade?

Fonte: arquivo da UNC (2020).

5.1.6 Antropometria

Antropometria é a medida do tamanho corporal e de suas proporções. É um dos indicadores diretos do estado nutricional e inclui medidas de peso, altura, pregas cutâneas e circunferências de membros (LOHMAN et al., 1988). A seguir serão descritas as medidas antropométricas a serem utilizadas na avaliação nutricional do HC-UFTM e suas respectivas técnicas de aferição, equações e formas de classificação.

5.1.6.1 Peso

a) Peso atual (PA)

- É o peso aferido na balança no dia ou em até 24 horas do atendimento. É a forma que deve ser usada preferencialmente, aderindo outra forma de obtenção do peso somente quando não houver possibilidade de se aferir o peso atual.
- Número de vezes a realizar a medida: duas (02);
- Equipamento: balança eletrônica;

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 14/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

- Técnica: colocar a balança em superfície plana, firme e lisa e afastada da parede. Ligar a balança antes de pôr o avaliado sobre ela. Posicionar o avaliado no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nesta posição. Realizar a leitura quando o valor do peso estiver fixado no visor;
- Registrar o valor mostrado no visor, sem arredondamentos, ex: 75,2 quilos (kg) (LOHMAN et al., 1988).
- b) Peso usual (PU)
 - Referido pelo paciente como sendo o seu peso **normal**. Deve ser utilizado quando não houver, por parte do paciente, relato de perda de peso e não for possível aferir o peso no momento da avaliação, e deve ser usado também para comparação com o peso atual.
- c) Peso ideal (PI)
 - O peso ideal é definido segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) médio. Deve ser calculado conforme mostrado abaixo:

$PI = \text{Altura (m)}^2 \times \text{IMC médio}^*$	
*Homens = 22 kg/m ²	*Mulheres = 21 kg/m ²

Fonte: FAO (1985).

Para idoso, calcula-se o PI a partir do IMC por faixa etária e sexo, conforme tabela 1:

Tabela 1. Peso ideal conforme IMC para idosos.

Idade	Homem (kg/m ²)	Mulher (kg/m ²)
60 a 69 anos	24,3	26,5
70 a 74 anos	25,1	26,3
75 a 79 anos	23,9	26,1
80 a 84 anos	23,7	25,5
+ 85 anos	23,1	23,6

Fonte: Burr; Philips (1984).

- d) **Peso ajustado**
 - O peso ajustado é estimado a partir do peso atual e do ideal.
 - **Peso ajustado para obesidade:**

$\text{Peso ajustado} = (PA - PI) \times 0,25 + PI$

Fonte: Cuppari (2005).

- **Peso ajustado para baixo peso:**

$\text{Peso ajustado} = (PI - PA) \times 0,25 + PA$

Fonte: Frankenfield et al. (2003).

- e) **Peso dos pacientes amputados**
 - Para pacientes amputados, deve-se descontar o percentual do membro amputado

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 15/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

do peso atual, conforme tabela seguinte (Tabela 2). Para amputações bilaterais, as proporções dobram.

Tabela 2. Percentual de peso a ser descontado de membros amputados.

Membro amputado	Proporção de peso (%)
Tronco sem membros	50
Mão	0,7
Antebraço com mão	2,3
Antebraço sem mão	1,6
Parte superior do braço	2,7
Braço inteiro (Mão+ antebraço + braço)	5,0
Pé	1,5
Perna abaixo do joelho com pé	5,9
Coxa	10,1
Perna inteira (Pé + perna + coxa)	16

Fonte: Osterkamp (1995).

f) **Peso estimado**

- Utilizado para os casos em que não é possível se realizar a medida do peso e não há outras formas de determiná-lo. A seguir são listadas as fórmulas para estimativa do peso utilizadas no HC-UFTM (Figura 6).

Figura 6. Fórmulas para estimativa do peso atual

Feminino Negro 19-59 anos = $(AJ \times 1,24) + (CB \times 2,97) - 82,48$
Feminino Negro 60-80 anos = $(AJ \times 1,50) + (CB \times 2,58) - 84,22$
Feminino Branco 19-59 anos = $(AJ \times 1,01) + (CB \times 2,81) - 66,04$
Feminino Branco 60-80 anos = $(AJ \times 1,09) + (CB \times 2,68) - 65,51$
Masculino Negro 19-59 anos = $(AJ \times 1,09) + (CB \times 3,14) - 83,72$
Masculino Negro 60-80 anos = $(AJ \times 0,44) + (CB \times 2,86) - 39,21$
Masculino Branco 19-59 anos = $(AJ \times 1,19) + (CB \times 3,14) - 86,82$
Masculino Branco 60-80 anos = $(AJ \times 1,10) + (CB \times 3,07) - 75,81$

AJ = altura do joelho (cm); CB = circunferência do braço (cm)

Fonte: Chumlea et al. (1988).

g) **Peso seco**

Peso corporal seco é o peso descontado de edemas. O valor a ser descontado dependerá do local e grau de edema apresentado pelo indivíduo. Segue abaixo as classificações que auxiliam na estimativa do peso seco (Quadro 6, Tabelas 3 e 4):

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 16/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

Quadro 6. Classificação do edema

Edema +	Depressão leve (2 mm) Contorno normal Associado com volume de líquido intersticial >30%
Edema ++	Depressão mais profunda (4 mm) Contorno quase normal Prolonga mais que edema +1
Edema +++	Depressão profunda (6 mm) Permanece vários segundos após a pressão Edema de pele óbvio pela inspeção geral
Edema ++++	Depressão profunda (8 mm) Permanece por tempo prolongado após a pressão Inchaço evidente. Presença de sinal de cacifo.

Fonte: Adaptado por Carvalho et al. (2016).

Tabela 3. Estimativa de peso relativo ao edema:

Edema	Localização	Excesso de peso hídrico (kg)
+	Tornozelo	1
++	Joelho	3 – 4
+++	Base da coxa	5 – 6
++++	Anasarca	10 – 12

Fonte: James (1989).

Tabela 4. Estimativa de peso relativo à ascite:

Edema	Peso da ascite (kg)	Edema periférico (kg)
Leve	2,2	1,0
Moderado	6,0	5,0
Grave	14,0	10,0

Fonte: James (1989).

h) Porcentagem de perda ponderal (PP%)

- Refere-se à porcentagem de perda de peso tendo como base o peso usual. A Tabela 5 mostra o grau de perda ponderal segundo tempo.

$$PP\% = \frac{(PU-PA)}{PU} \times 100$$

PU

Tabela 5. Classificação do grau de perda ponderal conforme o tempo:

Tempo	Perda significativa (%)	Perda severa (%)
1 semana	1 – 2	>2
1 mês	5	>5
3 meses	7,5	>7,5
6 meses	10	>10

Fonte: Blackburn; Thornton (1979).

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 17/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

5.1.6.2 Altura

a) Altura aferida

- Deve ser usada, preferencialmente; utilizar altura estimada somente quando não houver possibilidade de aferi-la ou o indivíduo ou seu familiar não souber relatar.
- Número de vezes a realizar a medida: duas (02);
- Equipamento: fita métrica inelástica, esquadro e fita adesiva.
- Técnica: escolher uma parede ou portal sem rodapé. A pessoa deverá ser posicionada ereta, e, sempre que possível, calcanhares, panturrilha, escápulas e ombros encostados na parede ou portal, joelhos esticados, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo. A cabeça deverá estar erguida (fazendo um ângulo de 90º com o solo), com os olhos mirando um plano horizontal à frente. Pedir à pessoa que inspire profundamente e prenda a respiração por alguns segundos. Neste momento, descer o esquadro até que este encoste a cabeça da pessoa, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Realizar a leitura da estatura sem soltar o esquadro;
- Registre o valor encontrado, imediatamente, sem arredondamentos. (ex: 1,734m) (LOHMAN et al., 1988).

b) Altura estimada

- Utilizada quando não é possível aferir a altura do indivíduo e não se consegue esse dado de outra forma. Na Figura 7, encontram-se as fórmulas utilizadas pelo HC-UFTM para estimativa da altura.

Figura 7. Fórmulas para se estimar a altura

Branços (18 a 60 anos)	$71,85 + (1,88 \times AJ)$	$70,25 + (1,87 \times AJ) - (0,06 \times I)$
Negros (18 a 60 anos)	$73,42 + (1,79 \times AJ)$	$68,10 + (1,86 \times AJ) - (0,06 \times I)$
Idosos	$64,19 - (0,04 \times I) + (2,04 \times AJ)$	$84,88 - (0,24 \times I) + (1,83 \times AJ)$

AJ = altura do joelho (cm); I = idade (anos)

Fonte: Chumlea et al. (1985).

- Altura do joelho
- Número de vezes a realizar a medida: duas (02);
- Equipamentos: antropômetro;
- Técnica: o indivíduo deve estar sentado. Dobra-se a perna esquerda de modo a formar um ângulo de 90º com o joelho. Posicionar a base do antropômetro no calcanhar do pé esquerdo. Estender o cursor do antropômetro paralelamente à tíbia até a borda superior da patela (rótula do joelho). Obter pelo menos duas medidas sucessivas, as quais deverão ter variação máxima de 5 mm. Se o valor obtido for superior a isto, realizar a terceira medida.
- Registrar o valor da altura do joelho (AJ) imediatamente, sem arredondamentos. Ex: 58,5 cm (LOHMAN et al., 1988).

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 18/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

5.1.6.3 Índice de massa corporal (IMC)

- Determinado pela relação entre peso e altura quadrática do indivíduo. Segue fórmula para cálculo do IMC e as respectivas classificações conforme valor (Tabelas 6 e 7).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2}$$

Tabela 6. Classificação do IMC para adultos:

IMC	Estado Nutricional
≥40	Obesidade grau III
35,00 a 39,99	Obesidade grau II
30,0 a 34,99	Obesidade grau I
25,00 a 29,99	Sobrepeso
18,50 a 24,99	Eutrófico (normal)
17,00 a 18,49	Magreza grau I
16,00 a 16,99	Magreza grau II
<16,00	Magreza grau III

Fonte: WHO (1995).

Tabela 7. Classificação do IMC para idosos:

IMC	Estado Nutricional
< 22	Baixo peso
22 a 27	Eutrófico
> 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz (1994).

- No caso do paciente amputado, soma-se o valor do percentual de amputação (Tabela 2) ao peso atual para cálculo do IMC. Para classificação deve-se levar em consideração as tabelas 6 e 7.

5.1.6.4 Circunferência da cintura (CC)

- A medida da circunferência da cintura tem grande relação com o risco de doenças cardiovasculares, mas é necessária atenção às alterações como edema, ascite, visceromegalias, que podem interferir na avaliação. Na Tabela 8 pode ser observado o risco de complicações metabólicas associado à medida da circunferência da cintura.

- Número de vezes a realizar a medida: duas (02);
- Equipamento: fita métrica inelástica;
- Técnica: a medida deverá ser feita na ausência de roupas na região de interesse. O indivíduo deve estar ereto, com o abdome relaxado (ao final da expiração), os braços estendidos ao longo do corpo e as pernas fechadas. A medida deverá ser feita no plano horizontal. Posicionar-se de frente para a pessoa e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A fita deverá ser passada por trás do participante ao redor deste ponto. Verificar se a fita está bem posicionada, ou seja, se ela está no mesmo nível em toda a extensão de interesse, sem fazer compressão na pele. Pedir a pessoa que inspire e, em

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 19/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

seguida, que expire totalmente. A medida deve ser feita neste momento, antes que a pessoa inspire novamente;

➤ Registrar o valor obtido, imediatamente, sem arredondamentos, ex: 78,6 cm (LOHMAN et al., 1988).

Tabela 8. Classificação de risco de complicações metabólicas associadas à medida da circunferência da cintura:

Sexo	Sem Risco	Risco moderado	Alto risco
Homem	<94 cm	94 a 102 cm	>102 cm
Mulher	<80 cm	80 a 88 cm	>88 cm

Fonte: WHO (2000).

5.1.6.5 Diâmetro sagital abdominal (DSA)

- O DSA é uma medida que prediz muito bem o acúmulo de gordura visceral, sendo recomendado como método alternativo à tomografia computadorizada.

➤ Número de vezes a realizar a medida: duas (02);

➤ Equipamento: fita métrica inelástica e estadiômetro ou calibrador abdominal;

➤ Técnica: o avaliado deve deitar em posição supina, com a face voltada para cima. No lado onde será aferida a medida, a mão é posicionada sobre o peito e o cotovelo alinhado ao corpo, sendo que o outro braço deve estar estendido ao longo do tronco. Deve-se localizar a crista ilíaca, traçar um ponto e transferi-lo com auxílio de uma fita inelástica para o centro do abdome (pode ou não coincidir com a cicatriz umbilical). A haste fixa do calibrador abdominal é posicionada sob as costas do paciente, e a móvel em cima do ponto transferido, mantendo o aparelho na posição vertical. É importante ressaltar que, mesmo em pacientes que apresentem algum desvio postural (cifose, lordose), a haste fixa do calibrador deverá ser posicionada sob as costas.

➤ A medida deve ser aferida no milímetro mais próximo, no momento da expiração (SAMPAIO, 2012).

Ponto de corte: diâmetro acima de 20 cm indica risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

5.1.6.6 Circunferência da panturrilha (CP)

- Uma medida de circunferência da panturrilha inferior ao ponto de corte indica depleção de massa muscular.

➤ Número de vezes a realizar a medida: duas (02);

➤ Equipamento: fita métrica inelástica;

➤ Técnica: o antropometrista posiciona-se lateralmente ao avaliado. O avaliado coloca-se em pé, com os pés afastados 20 cm um do outro, de forma que o peso fique distribuído igualmente em ambos os pés. Uma fita inelástica é colocada ao redor da panturrilha (circunferência máxima no plano perpendicular à linha longitudinal da panturrilha) e deve-se mover a fita para cima e para baixo a fim de localizar esta máxima circunferência. A fita

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 20/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

métrica deve passar em toda a extensão da panturrilha, sem fazer compressão. O valor zero da fita é colocado abaixo do valor medido;

➤ Registrar o valor obtido, imediatamente, sem arredondamentos. Ex: 31,3 cm (LOHMAN et al., 1988).

Ponto de corte: 31 cm (GUIGOZ et al., 1999).

5.1.6.7 Circunferência do braço (CB)

- A circunferência do braço é um bom indicador de reserva muscular.
- Número de vezes a realizar a medida: duas (02);
- Equipamento: fita métrica inelástica;
- Técnica: posicionar-se atrás do avaliado. Solicitar ao indivíduo que flexione o cotovelo a 90º, com a palma da mão voltada para cima. Por meio de apalpação, localizar e marcar o ponto mais distal do processo acromial da escápula e a parte mais distal do olécrano. Faz-se, então, uma pequena marcação do ponto médio entre estas duas extremidades. Pedir ao indivíduo, que em posição ereta, relaxe o braço, deixando-o livremente estendido ao longo do corpo. O avaliado deve estar com roupas leves ou com a toda a área do braço exposta, de modo a permitir uma total exposição da área dos ombros. Com a fita métrica inelástica, fazer a medida da circunferência do braço em cima do ponto marcado, sem fazer compressão;
- Registrar o valor obtido, imediatamente, sem arredondamentos. Ex: 33,6 cm (LOHMAN et al., 1988).

Adequação da CB (CB%)

- É a comparação entre a CB atual com valores de referência (percentil 50) propostos por Frisancho (2011) para adultos, e por Kuczmarski et al. (2000) para idosos. As tabelas segundo gênero e idade estão disponíveis no POP.UNC.001/ HC-UFTM-Ebserh “Avaliação Nutricional”.

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

- Após obter o percentual de adequação, a CB deve ser classificada conforme tabela a seguir (Tabela 9).

Tabela 9. Classificação da adequação da CB:

Classificação	Adequação da CB (%)
Desnutrição grave	< 70
Desnutrição moderada	70 – 80
Desnutrição leve	80 – 90
Eutrofia	90 – 100
Sobrepeso	110 – 120
Obesidade	>120

Fonte: Blackburn; Thornton (1979).

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 21/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

5.1.6.8 Dobra cutânea tricipital (DCT)

- A dobra cutânea tricipital é utilizada para avaliar a reserva de gordura corporal.
- Número de vezes a realizar a medida: três (03), de modo rotacional;
- Equipamento: adipômetro;
- Técnica: o indivíduo deve estar em pé, com os braços estendidos confortavelmente ao longo do corpo. O examinador posiciona-se atrás do indivíduo. A dobra sempre é levantada perpendicularmente ao local de superfície a ser medido, tracionada com o dedo polegar e indicador, aproximadamente 1 cm do nível marcado e as extremidades do adipômetro são fixadas no nível marcado. Todas as medidas são baseadas supondo-se que os antropometristas são destros. O adipômetro deve ser segurado com a mão direita enquanto a dobra cutânea é levantada com a mão esquerda. Caso o antropometrista seja não destro e não tenha habilidade de segurar o adipômetro com a mão direita, segurar o adipômetro com a mão esquerda (mão dominante) e tracionar a dobra com a mão direita. Isto não alterará os resultados das medidas;
- Deve-se cuidar para que apenas a pele e o tecido adiposo sejam separados;
- Erros de medidas são maiores em dobras cutâneas mais largas/espessas;
- A prega é mantida tracionada até que a medida seja completada;
- A medida é feita, no máximo, até 4 segundos após feito o tracionamento da dobra cutânea. Se o adipômetro exerce uma força por mais que 4 segundos em que o tracionamento é realizado, uma medida menor será obtida em função do fato de que os fluidos teciduais são extravasados por tal compressão;
- A DCT é medida no mesmo ponto médio localizado para a medida da circunferência braquial. O valor deve ser registrado, imediatamente, o mais próximo de 0,1 mm. Ex: 20,5 mm ou 21,0 mm (LOHMAN et al., 1988).

Adequação da DCT (DCT%)

- É a comparação entre a DCT atual com valores de referência (percentil 50) propostos por Frisancho (2011) para adultos, e por Kuczmarski et al. (2000) para idosos. As tabelas que levam em consideração gênero e idade estão disponíveis no POP.UNC.001 “Avaliação Nutricional, versão 2, disponível no sítio eletrônico do HC-UFTM, página de documentos institucionais.

$$DCT\% = \frac{DCT \text{ atual (mm)}}{DCT \text{ percentil 50}} \times 100$$

- Após obter o percentual de adequação, a DCT deve ser classificada conforme tabela a seguir (Tabela 10).

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 22/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

Tabela 10. Classificação da adequação da DCT:

DCT (%)	Desnutrição		Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
	Moderada	Leve			
	70 – 80 %	80 – 90 %	90 – 100%	100 – 120%	>120%

Fonte: Blackburn; Thornton (1979) (Adaptado).

5.1.6.9 Circunferência muscular do braço (CMB)

- Avalia a reserva de tecido muscular sem correção da massa óssea. É obtida a partir dos valores da CB e da prega cutânea tricipital (PCT).

$$\text{CMB (cm)} = \text{CB (cm)} - [\pi \times \text{DCT (mm)}]$$

Onde - π : 3,14

Adequação da CMB (CMB%)

- É a comparação entre a CMB atual com valores de referência (percentil 50) propostos por Frisancho (2011) para adultos, e por Kuczmarski et al. (2000) para idosos. As tabelas segundo gênero e idade estão disponíveis no POP.UNC.001 “Avaliação Nutricional”.

$$\text{CMB\%} = \frac{\text{CMB atual (cm)} \times 100}{\text{CMB percentil 50}}$$

- Após obter o percentual de adequação, a CMB deve ser classificada conforme tabela a seguir (Tabela 11).

Tabela 11. Classificação da adequação da CMB:

CMB (%)	Desnutrição			Eutrofia
	Grave	Moderada	Leve	
	< 70 %	70 – 80 %	80 – 90 %	90 %

Fonte: Blackburn; Thornton (1979) (Adaptado).

5.1.6.10 Área muscular do braço (AMB)

- Medida utilizada também para estimar a reserva de massa muscular.
- Para determinação do estado nutricional segundo AMB deve-se observar as tabelas de percentis propostas por Frisancho (2011), segundo gênero e idade, disponíveis no POP.UNC.001 “Avaliação Nutricional”, e também a classificação a seguir:

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 23/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

- Percentil 5 a 15: desnutrição leve/moderada
- Percentil <5: desnutrição grave
- Percentil >15: normal

$$AMB (mm^2) = \frac{[CB (cm) - \pi \times DCT]^2}{(4 \times \pi)}$$

Área muscular do braço corrigida (AMBc)

- Avalia o tecido muscular e corrige a área óssea. A estimativa da AMBc foi realizada a partir das equações propostas por Heymsfield et al. (1982).

$$\text{Homem: } \frac{AMB (mm^2)}{(4 \times \pi)} = [CB (cm) - \pi \times DCT]^2 - 10$$

$$\text{Mulher: } \frac{AMB (mm^2)}{(4 \times \pi)} = [CB (cm) - \pi \times DCT]^2 - 6,5$$

- Para classificação da AMBc, deve-se observar as tabelas de percentis propostas por Frisancho (1990), segundo gênero e idade, disponíveis no POP.UNC.001 “Avaliação Nutricional.

5.1.7 Impedância bioelétrica (BIA)

A avaliação da composição corporal é indicada para monitorar alterações nos compartimentos corporais, podendo auxiliar na identificação de como as patologias afetam o metabolismo energético e as reservas. A BIA resulta em determinação acurada da composição corporal de adultos saudáveis e sem distúrbios no estado de hidratação, e o ângulo de fase e a análise dos vetores são tidos como instrumentos de diagnóstico nutricional e de prognóstico clínico (ASBRAN, 2014). A estimativa da composição corporal através da utilização da BIA tem sido validada em diversas situações clínicas, como desnutrição, traumas, câncer, pré e pós-operatório, doenças hepáticas e insuficiência renal em crianças, idosos e atletas (SAMPAIO, 2012).

O HC-UFTM conta com a BIA de sistema tetrapolar de oito pontos, multifrequencial, com frequência de 1kHz a 1 kHz e ângulo de fase de 5kHz a 250kHz (Inbody S10), para avaliação da composição corporal quando necessário.

A análise está contraindicada em pacientes portadores de marcapasso. Para realização do teste de BIA, os indivíduos devem ficar de jejum, pelo menos nas 2 horas que antecederam o exame, para não contabilizar a massa do alimento no peso e para não resultar em erros na medição da composição corporal; devem estar vestindo roupas leves; sem joias ou adornos metálicos e estar com a bexiga vazia. Necessitam ser orientados a não praticar exercícios extenuantes ou movimentos vigorosos no dia anterior ao exame e

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 24/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

a não tomar banho ou sauna antes do teste, pois ambos podem provocar alterações temporárias na composição corporal. No caso das mulheres, as medições não podem coincidir com o período menstrual, para não ter alteração dos resultados devido ao aumento na água corporal. De preferência, que o teste seja realizado com os pacientes em decúbito dorsal, sendo que os mesmos devem permanecer nessa posição por cerca de 10 minutos, de modo que a água corporal seja dispersada uniformemente no interior do corpo. Os pacientes precisam estar confortáveis, com as pernas esticadas e afastadas na largura dos ombros, braços abertos, sem tocar a parte do tronco. São utilizados eletrodos do tipo contato, que devem ser certificados em relação à posição correta. Antes de posicionar os eletrodos, o local precisa ser umedecido com algodão embebido em água destilada, pois o teste pode não funcionar corretamente, ou os resultados podem ser imprecisos se o paciente tiver mãos ou pés muito secos.

São obtidos nos resultados do exame dados como massa livre de gordura (MLG), massa muscular esquelética (MME), massa gorda (MG), percentual de massa gorda (%MG), água corporal total (ACT), percentual de água corporal total (% ACT), presença de edema através da relação da água extracelular pela água corporal total (AEC/ACT), água intracelular, ângulos de fase segmentares, entre outros. Os valores de referência para os resultados da análise da composição corporal variam de acordo com o sexo e a idade do indivíduo e são gerados pelo próprio aparelho.

5.1.8 Avaliação bioquímica

Conforme Resolução nº 306 do CFN, de 24 de março de 2003, “compete ao nutricionista a solicitação de exames laboratoriais necessários à avaliação, prescrição e evolução nutricional do paciente, devendo ter responsabilidade técnica sobre posteriores questionamentos que podem surgir” (CFN, 2003).

A avaliação bioquímica faz parte dos métodos objetivos na avaliação nutricional por fornecer medidas objetivas e precoces de deficiências nutricionais antes da identificação de sinais e sintomas clínicos e auxilia no monitoramento do indivíduo em tratamento. Necessita que o avaliador seja treinado e saiba analisar os indicadores bioquímicos dentro do contexto da avaliação nutricional, pois estes indicadores podem sofrer influência dependendo da patologia, podem ocorrer interações droga/nutriente e interferência da ingestão recente, entre outras razões (SAMPAIO, 2012).

No HC-UFTM o profissional nutricionista pode solicitar através do AGHU todos os exames bioquímicos que considerar necessário para avaliação nutricional do paciente, sendo necessário observar se o exame já foi solicitado anteriormente e os horários padrões de coleta da amostra. Nos protocolos específicos de patologias, serão citados alguns exames bioquímicos importantes para cada caso.

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 25/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

5.1.9 Diagnósticos nutricionais

De acordo com a Resolução nº 417 do CFN, de 18 de março de 2008, “o diagnóstico nutricional é a identificação do estado nutricional do indivíduo, elaborado a partir de dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos” (CFN, 2008).

E segundo a ASBRAN (2014), “os diagnósticos de nutrição, a etiologia desses problemas e os indicadores nutricionais identificados com a avaliação nutricional e metabólica, é que direcionam a elaboração do planejamento dietoterápico e o monitoramento das intervenções”.

A *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND) propôs, em 2006, uma padronização internacional para os diagnósticos de nutrição a fim de facilitar a demonstração dos resultados e melhorar a comunicação entre os profissionais. Na proposta da AND, os diagnósticos são divididos em três esferas: ingestão, nutrição clínica e comportamento/ambiente nutricional.

A padronização para os diagnósticos de nutrição foi adotada pelo HC-UFTM e deve ser utilizada conforme lista anexa (anexo 4).

Ao fazer o registro no prontuário do paciente, deve-se registrar no local de diagnósticos nutricionais, o diagnóstico obtido através da ASG aplicada no momento da triagem nutricional, e os diagnósticos nutricionais obtidos através da padronização internacional, podendo neste último, indicar até três diagnósticos quando o paciente, dependendo da complexidade da condição, apresentar vários, observando aqueles que apresentam maior prioridade e possibilidade de intervenção no momento.

A identificação dos diagnósticos de nutrição deve ser baseada na urgência, no impacto e nos recursos disponíveis para a resolução dos mesmos, e se refere a identificação de problemas existentes relacionados à nutrição que apresentam possibilidade de resolução a partir da intervenção. Ou seja, todo diagnóstico de nutrição deve ter possibilidade de reversão mediante intervenção e adesão do indivíduo à mesma, sendo que a intervenção deve ser planejada para cada diagnóstico nutricional.

5.1.10 Cálculo das necessidades nutricionais

A calorimetria indireta é considerada o padrão ouro para a estimativa das necessidades energéticas por apresentar entre suas características: segurança, praticidade, não invasividade e possibilidade de ser realizada à beira leito. Na impossibilidade de utilização da mesma, recomenda-se o cálculo da estimativa através de quilocalorias por quilo de peso (Tabela 12) (COPPINI et al., 2011; McCLAVE et al., 2016).

Tabela 12. Cálculo da necessidade energética por fórmula de bolso, quilocaloria (kcal)/kg de peso:

Situação clínica	Necessidade energética
Manutenção do peso	25 kcal/kg de peso/dia
Fase aguda	20 a 25 kcal/kg de peso/dia
Ganho de peso	25 a 35 kcal/kg de peso/dia
IMC > 30 kg/m ²	11 a 14 kcal/kg de peso atual ou 22 a 25 kcal/kg de peso ideal
Idosos	30 kcal/kg de peso/dia

Fonte: Coppini et al. (2011); McClave et al. (2016).

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 26/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

“Várias fórmulas foram testadas para o cálculo estimado das necessidades energéticas e tem acurácia de 40 a 75% em comparação à CI, sendo que em indivíduos obesos e desnutridos o risco de superestimar ou subestimar em algum momento é alto” (McCLAVE et al., 2016).

“Devido à menor variação quando comparada à CI, a equação de Mifflin-St é recomendada para estimar o GET (gasto energético total) de indivíduos não obesos e obesos” (COPPINI et al., 2011):

- Homens: $GEB = 10 \times \text{peso (kg)} + 6,25 \times \text{altura (cm)} - 5 \times \text{idade (anos)} + 5$
- Mulheres: $GEB = 10 \times \text{peso (kg)} + 6,25 \times \text{altura (cm)} - 5 \times \text{idade (anos)} - 161$

Tem-se também a equação de Harris-Benedict que já foi bastante usada para calcular o GEB (gasto energético basal) e que depois necessita ser acrescida do fator de estresse e do fator de atividade para cálculo do GET (Quadro 7), mas seu uso não é indicado em pacientes obesos por superestimar o valor do GET (COPPINI et al., 2011):

- Homens: $GEB = 66,5 + 13,8 \times \text{peso (kg)} + 5 \times \text{altura (cm)} - 6,8 \times \text{idade (anos)}$
- Mulheres: $GEB = 655,1 + 9,5 \times \text{peso (kg)} + 1,8 \times \text{altura (cm)} - 4,7 \times \text{idade (anos)}$

Quadro 7. Fator Injúria, Fator Atividade e Fator Térmico para cálculo do GAT através da equação de Harris-Benedict:

Fator Injúria (FI)	
Cirurgia Eletiva/Pacientes Clínicos	1,1 – 1,2
Pós-trauma	1,35-1,5
Sepse	1,5-1,7
Fator Atividade (FA)	
Acamado no ventilador	1,1
Acamado	1,2
Acamado + móvel	1,25
Deambulando	1,3
Fator Térmico (FT)	
38º C	1,1
39º C	1,2
40º C	1,3
41º C	1,4

Fonte: Carvalho et al. (2016).

A necessidade proteica é estimada em cerca de 10 a 15% do GET, mas também pode ser calculada através de fórmula de bolso (Tabela 13) (COPPINI et al., 2011; McCLAVE et al., 2016).

Tabela 13. Cálculo da necessidade proteica:

Situação clínica	Necessidade proteica
Sem estresse metabólico	0,8 a 1 grama (g)/kg de peso/dia
Com estresse metabólico	1,2 a 2 g/kg de peso/dia
IMC entre 30 e 40 kg/m ²	Igual ou > que 2 g/kg de peso ideal/dia
IMC > 40 kg/m ²	Igual ou > que 2,5 g/kg de peso ideal/dia
Idosos	1 g/kg de peso/dia*

*Esse valor pode ser alterado conforme a enfermidade e condição atual do paciente idoso.

Fonte: Copini et al. (2011); McClave et al. (2016); Volkert et al. (2018).

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 27/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

A recomendação de carboidrato é de 50 a 60% do GET, não podendo ultrapassar 7 g/kg/dia; e a necessidade de lipídeos equivale de 20 a 35% do GET, não devendo ultrapassar 2,5 g/kg/dia. Ainda como recomendação dos lipídeos, sabe-se que a ingestão adequada de ácido graxo linoleico é de 10 a 17 g/dia (2 a 4% do valor energético total - VET) e de alfa-linolênico é de 0,9 a 1,6 g/dia (0,25 a 0,5% do VET), menor ou igual a 10% de gorduras saturadas, 10 a 15% de ácidos graxos monoinsaturados e menos de 300 mg/dia de colesterol (SMITH JR et al., 2006; COPPINI et al., 2011).

Quanto à recomendação de fibras alimentares, para indivíduos saudáveis a ingestão adequada é de 15 a 30 g/dia, sendo 75% das fibras insolúveis e 25% solúveis; para idosos a recomendação é de 25 g de fibras por dia. No caso dos micronutrientes, vitaminas e minerais, deve-se seguir as *Dietary Reference Intakes* (DRI's) e o limite superior tolerável de ingestão (UL) tanto para adultos como idosos, e quando houver necessidade, individualizar a prescrição de acordo com a condição clínica do paciente (COPPINI et al., 2011; VOLKERT et al., 2018).

Ainda sobre as necessidades nutricionais, é importante também saber que a necessidade hídrica para indivíduos adultos é de 30 a 40 mililitros (mL)/kg/dia ou 1,0 a 1,5 mL/kcal, e para os idosos essa ingestão deve ser no mínimo 30 mL/kg/dia (COPPINI et al., 2011; TRAMONTINO et al., 2009).

5.1.11 Prescrição dietética

Levando em consideração que a assistência dietoterápica hospitalar com prescrição, planejamento, análise, supervisão e avaliação de dietas para enfermos é atividade privativa do profissional nutricionista, e que a prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta também é atividade atribuída a este profissional, como esclarece os Art. 3º e 4º da Lei 8.234, de 17 de setembro de 1991, a prescrição dietética deve compor a avaliação nutricional em campo específico (BRASIL, 1991).

Ao registrar no prontuário, a prescrição dietética deve conter, obrigatoriamente, conforme Resolução nº 594, de 17 de dezembro de 2017 (CFN, 2017):

- Valor energético total;
- Consistência da alimentação;
- Composição de macro e micronutrientes mais importantes para o paciente;
- Fracionamento;
- Volume; quando se tratar de TNE e gramatura; quando se tratar de módulo;
- Outros itens relevantes, conforme o caso.

5.1.12 Plano de cuidado nutricional

“Na etapa do planejamento terapêutico, o nutricionista deve delinear intervenções com o objetivo de solucionar os problemas encontrados durante a avaliação do estado nutricional, descritos como diagnósticos nutricionais” (ASBRAN, 2014). Para cada diagnóstico de nutrição, deverá haver ações específicas com intuito de solucioná-lo.

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 28/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

Para o planejamento da intervenção de nutrição é necessário definir quais objetivos precisam ser alcançados para cada diagnóstico e selecionar as estratégias e os métodos de intervenção/conduta, adequando sempre com as diretrizes e os consensos nacionais e internacionais atualizados. E na etapa de implementação, o nutricionista deve executar diretamente as intervenções, delegar ou coordenar as ações que necessitam ser realizadas por outros profissionais da equipe, e fazer com que o paciente seja ativo no desenvolvimento e execução do planejamento terapêutico, deixando claro quais ações são de responsabilidade dele e se ele concorda com as mesmas (ASBRAN, 2014).

É no plano de cuidado nutricional que o profissional deve descrever como planeja alcançar as necessidades energéticas do indivíduo (ex.: prescrevendo suplementos, fazendo alterações na consistência da dieta, alterando a forma de preparo ou tipos de alimentos ofertados conforme preferências do paciente); apresentar o modo de progressão do volume da dieta, quando se trata de TNE; e o modo de progressão da consistência, quando se trata de terapia nutricional oral (TNO); delinear medidas de promoção da educação nutricional e alimentar; solicitar exames bioquímicos complementares e avaliação de outros profissionais, quando necessário, entre outras.

5.1.13 Registro no prontuário

Conforme Resolução nº 594 do CFN, de 17 de dezembro de 2017, “todas as informações administrativas e clínicas referentes à assistência nutricional devem constar no prontuário físico e/ou eletrônico do paciente” (CFN, 2017).

O prontuário é uma ferramenta de comunicação interprofissional importante, onde a padronização dos registros é parte essencial da sistematização do cuidado ao paciente por facilitar a comunicação multidisciplinar, além de ser obrigatório para respaldo legal do trabalho profissional e direito do paciente (ASBRAN, 2014).

No HC-UFTM o registro da avaliação nutricional deve ser feito no prontuário eletrônico através do AGHU, no modo equipe multiprofissional, e após finalização do registro, deve-se imprimir a evolução, assinar, carimbar e anexar a folha ao prontuário físico do paciente.

Para a realização do registro deve-se fazer uso de linguagem formal e impessoal, utilizar somente abreviações padronizadas e não expressar críticas sobre o cuidado ou registro de outros profissionais, e quando for documentar algum relato do paciente ou cuidador, transcrever exatamente como foi relatado entre aspas, e escrever na frente do relato SIC (segundo informações coletadas).

Conteúdo do registro no prontuário do paciente do HC-UFTM, referente à primeira avaliação:

- Escrever “Nutrição Clínica” no topo da evolução;
- Data;
- Identificação do paciente (nome, idade, procedência);
- Dados sociais (escolaridade, profissão, dado socioeconômico);

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 29/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

- Nível de assistência nutricional;
- Diagnóstico médico, motivo da internação;
- Patologias prévias;
- História sobre o problema de saúde atual;
- Queixas gastrointestinais e funcionamento intestinal habitual;
- Medicamentos de uso em casa;
- Se há alguma condição que altera o GET;
- Hábitos de vida anteriores à internação (atividade física, tabagismo, etilismo);
- Investigação dietética;
- Condições durante a internação (queixas, condição clínica atual, apetite, ingestão hídrica, funcionamento intestinal, medicamentos em uso que possuem interação com nutrientes);
- Exame físico;
- Avaliação bioquímica;
- Avaliação antropométrica;
- Diagnóstico nutricional segundo AGS;
- Diagnósticos nutricionais segundo Padronização Internacional dos Diagnósticos de Nutrição;
- Necessidades nutricionais;
- Prescrição dietética;
- Planejamento terapêutico nutricional.

Forma de Documentação dos Diagnósticos Nutricionais Segundo Padronização Internacional dos Diagnósticos de Nutrição:

O registro dos diagnósticos nutricionais deve seguir o formato PEI, onde P = problema; E = etiologia do problema e I = indicadores que evidenciam o problema. Exemplo de anotação no formato PEI:
P – ingestão insuficiente de energia estimada (IN-1.4);
E – associada à má dentição;
I – conforme evidenciada pelo relato do paciente, exame físico e perda de 3kg nos últimos 2 meses (ASBRAN, 2014).

5.1.14 Acompanhamento de nutrição

O acompanhamento de nutrição, ou seja, as reavaliações têm como objetivo avaliar as intervenções e a necessidade de definir novos diagnósticos de nutrição, objetivos e ações, comparando o estado nutricional atual do paciente com o anterior e analisando as metas propostas anteriormente (ASBRAN, 2014).

O Conselho Federal de Nutrição na Resolução nº 594, de 17 de dezembro de 2017, resolve que os atendimentos subsequentes de monitoramento da evolução nutricional deverão conter (CFN, 2017):

- Data e horário;

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 30/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

- Exame físico nutricional, antropometria e avaliação bioquímica;
- Diagnósticos nutricionais, efetuados a partir da reavaliação nutricional do paciente;
- Alteração da conduta dietética, em função da reavaliação da aceitação e tolerância digestiva à dieta prescrita anteriormente, ou por alteração das necessidades nutricionais;
- Outros itens relevantes, conforme o caso.

Pode-se incluir diagnósticos nutricionais identificados na avaliação anterior que ainda não foram resolvidos ou que não foram citados, quando o paciente apresentar mais de três diagnósticos. No HC-UFTM a evolução de acompanhamento no prontuário deve conter também a prescrição dietética e o planejamento terapêutico nutricional com as alterações necessárias. As avaliações de acompanhamento nutricional deverão ser feitas a cada sete dias nos pacientes de nível terciário de assistência nutricional e a cada dez dias nos pacientes de nível secundário.

5.1.15 Alta hospitalar

Conforme a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 do Ministério da Saúde, a alta hospitalar responsável deve ter como objetivo a autonomia do paciente e seus familiares quanto à continuidade do tratamento e o autocuidado, e a equipe é responsável pela articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Visando isto, a alta hospitalar deve ser planejada desde a primeira avaliação, onde os dados socioeconômicos, hábitos alimentares e de vida, entre outros, já devem ser analisados objetivando a construção de um plano de cuidado nutricional pós-alta, e a programação, com o preenchimento de fichas de alta hospitalar, confecção de relatórios e de encaminhamentos, deve ser feita com o mínimo de 24 horas de antecedência e deve compreender orientações sobre a transição do ambiente hospitalar para o domicílio e continuidade do cuidado nutricional em casa (BRASIL, 2016).

- a) Plano de cuidado nutricional pós-alta para pacientes com dieta exclusiva por via oral:
- Promover a educação nutricional e de mudança de hábitos durante a internação;
 - Fornecer as orientações nutricionais específicas para o caso por escrito e verbalmente;
 - Avaliar a necessidade de prescrição de suplementos;
 - Quando for prescrito suplemento, indicar no mínimo três opções de marca;
 - Preparar encaminhamentos e relatórios;
 - Estar sempre em contato com a equipe médica sobre programação da alta.
- b) Plano de cuidado nutricional pós-alta para pacientes com TNE exclusiva:
- Verificar com o cuidador/paciente a condição para aquisição de dieta industrializada ou a necessidade de prescrição de dieta semi-artesanal (consultar padronização da UNC);
 - Fornecer as orientações por escrito em formulário próprio da UNC (anexo 5) e explicar verbalmente sobre a forma de administração da dieta no domicílio, os materiais

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 31/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

necessários, o que será administrado, quantidades, frequência, cuidados higiênicos e de conservação;

- Quando for prescrita dieta industrializada indicar no mínimo três opções de marca;
- O ideal é que as orientações sejam feitas 72 horas antes da alta para assimilação das informações pelo acompanhante e/ou paciente e para preparo do domicílio e aquisição de materiais necessários, e refazer as orientações no momento da alta, sanando as dúvidas;
- Preparar encaminhamentos e relatórios;
- Estar sempre em contato com a equipe médica sobre programação da alta.

As orientações de alta devem ser realizadas tanto para pacientes de dieta por via oral quanto por via enteral.

Segundo a Resolução nº 594 de 17 de dezembro de 2017, “o nutricionista deverá registrar no prontuário do paciente, na alta hospitalar ou encerramento do acompanhamento, as orientações nutricionais fornecidas ou descrever que não há necessidade das mesmas” (CFN, 2017).

c) Itens para o registro no prontuário da alta hospitalar:

- Data;
- Identificação do paciente;
- Condição clínica do paciente no momento da alta;
- Avaliação antropométrica recente;
- Prescrição dietética;
- Via da terapia nutricional;
- Descrição das orientações fornecidas ao cuidador/paciente;
- Citar se houve prescrições, encaminhamentos ou fornecimento de relatórios;
- Outros itens relevantes, conforme o caso.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 32/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

6 REFERÊNCIAS

ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS (AND). **Nutrition Terminology Reference Manual (eNCPT)**: Dietetics Language for Nutrition Care, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO (ASBRAN). **Manual Orientativo**: Sistematização do Cuidado de Nutrição. São Paulo, 2014.

BAZERRA, J.D. et al. Aplicação de instrumentos de triagem nutricional em hospital geral: um estudo comparativo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Motion/Downloads/9709-Texto%20do%20artigo-41244-1-10-20120518.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BLACKBURN, G.L.; THORNTON, P.A. Nutritional assessment of the hospitalized patients. **Medical Clinics of North America**, v. 63, p. 1103-115, 1979.

BRASIL. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 343, de 7 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 120, de 14 de abril de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de Terapia Nutricional na Atenção Especializada Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF, 2016.

BURR, K. M.; PHILIPS, K. M. Anthropometric norms in the elderly. **British Journal of Nutrition**, v. 51, p. 165-169, 1984.

CARVALHO, A.P. et al. **Protocolo de Atendimento Nutricional do Paciente Hospitalizado: Adulto/Idoso**, v. 2. Goiânia: Gráfica UFG, 2016.

CHUMLEA, W.C. et al. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years age. **Journal of American Geriatric Society**, v. 33, n. 2, p. 116-120, 1985.

CHUMLEA, W.C. et al. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. **Journal of American Dietetic Association**, v. 88, p. 564-568, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução nº 306, de 24 de março de 2003. Dispõe sobre solicitação de exames laboratoriais na área de Nutrição Clínica, revoga a Resolução CFN nº 236, de 2000 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 mar. 2003. p. 187.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 33/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução nº 417, de 18 de março de 2008. Dispõe sobre procedimentos nutricionais para atuação dos nutricionistas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mar. 2008. p. 108 e 109.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução nº 594, de 17 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o registro das informações clínicas e administrativas do paciente, a cargo do nutricionista, relativas à assistência nutricional, em prontuário físico (papel) ou eletrônico do paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 dez. 2017. p. 413.

COPPINI, L.Z. et al. **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Recomendações nutricionais para adultos em terapia nutricional enteral e parenteral. São Paulo, Brasília: AMB/CFM; 2011.

CORKINS, K.G. Nutrition-focused Physical Examination in Pediatric Patients. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 30, 2015.

CORREIA, M.I.T.D. et al. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI): Metodologia do estudo multicêntrico. Revista brasileira de nutrição clínica, v. 13, n. 1, p. 30-40, 1998.

CUPPARI, L. **Guia de Nutrição: Nutrição Clínica no Adulto**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2005.

DANTAS, R. O. Diarreia e Constipação Intestinal. **Medic**, v. 37, p. 262-266, 2004.

FISBERG, R.M. et al. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metodologia**, São Paulo, v. 53, 2009. Disponível: <<https://www.scielo.br/pdf/abem/v53n5/14.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2020.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). **Human Energy Requirements**: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Rome, 2004.

FRANKENFIELD, D.C. et al. Validation of several established equations for resting metabolic rate in obese and nonobese people. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 103, n. 9, p. 1152-1159, 2003. Disponível em: <[https://jandonline.org/article/S0002-8223\(03\)00982-9/fulltext](https://jandonline.org/article/S0002-8223(03)00982-9/fulltext)>. Acesso em: 25 agosto 2020.

GUIGOZ, Y. et al. Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the elderly. Nestle nutrition workshop series. **Clinical & programme**, v.1, 1999.

HEYMSFIELD, S.B. et al. Anthropometric measurement of muscle mass: revised equations for calculating bonefree arm muscle area. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 36, p. 680-690, 1982.

JAMES, R. Nutritional support in alcoholic liver disease: a review. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 2, p. 315-323, 1989.

KONDRUP, J. et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. **Clinical Nutrition**, v. 22, n. 4, p. 415-421, 2003. Disponível em: <<https://espen.info/documents/Screening.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2020.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 34/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

LEMOS, L.V.B. et al. **Sessão clínica:** Diarreia, 2009. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/read/12978129/sessao-clinica-diarreia-faculdade-de-medicina-de-campos>>. Acesso em: 29 set. 2020.

LEWIS, S.J.; HEATON, K.W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. **Scandinavian Journal Gastroenterology**, v.32, p. 920-924, 1997. Disponível em: <file:///C:/Users/Motion/Downloads/2019-11-15_BSF%20Reference%20Paper.pdf>. Acesso em: 9 set. 2020.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LOHMAN, T.G. et al. **Anthropometric Standardization Reference Manual**. Ilinóis: Human Kinetics, 1988.

McCLAVE, S.A. et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**. v. 40, n. 2, p. 159-211, 2016.

OLIVEIRA, C.P.M.S. de; LAUDANNA, A.A. Diarreias I: generalidades. **Revista de Gastroenterologia da Fugesp**. nov./dez. 2000. Disponível em: <http://www.fugesp.org.br/nutricao_e_saude_conteudo_print.asp?id_publicacao=1&edicao_numero=9&menu_ordem=2>. Acesso em: 23 set. 2020.

OSTERKAMP, L.K. Current perspective on assessment of human body proportions of relevance to amptees. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 96, p. 215-218, 1995.

SAMPAIO, L.R. **Avaliação Nutricional**. Salvador: EDUFBA, 2012. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/ddxwv/pdf/sampaio-9788523218744-00.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

SMITH JR, S.C. et al. AHA/ ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. **Journal of the American College of Cardiology**, 2006. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174516?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&>. Acesso em: 9 set. 2020.

TRAMONTINO, V.S. et al. Nutrição para Idosos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 258-267, set./dez. 2009.

VOLKERT, D. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**, v. 38, n. 1, p. 10-47, 2018. Disponível em: <https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_GL_Geriatrics_ClinNutr2018ip.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020.

WHITE, J.V. et al. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (under nutrition). **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 36, n. 3, p. 275-283, 2012. Disponível em:

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 35/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607112440285>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. Geneva, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva, 2000.

7 HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	01/10/2020	Elaboração do Manual (MA) de Nutrição Clínica

Elaboração Alessandra Bazaga Baptista, Nutricionista Tamires Cristina Pereira Xavier, Nutricionista	Data: 08/12/2020
Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento	Data: 30/12/2020
Validação Rodrigo Juliano Molina, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente substituto Juliana Gomes de Souza Araujo, chefe da UNC Marina Casteli Rodrigues Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Data: 25/02/2021 Data: 01/03/2021 Data: 01/03/2021
Aprovação Colegiado Executivo	Data: 15/03/2021

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 36/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

8 ANEXOS

ANEXO 1

Unidade de Nutrição Clínica Avaliação Subjetiva Global do Estado Nutricional					
Data da triagem:	Data da internação:	Clínica:	Especialidade:	Leito:	R.G:
Nome:					Idade:
Diagnósticos:					
Comorbidades:					
Alergia alimentar/Intolerância alimentar:					
Aversão alimentar:					
Prescrição dietética:					
<p>A. História</p> <p>1. Alteração no peso Perda total nos últimos 6 meses: total = _____ kg; % perda = _____ Alteração nas últimas duas semanas: _____ aumento _____ sem alteração _____ diminuição.</p> <p>2. Alteração na ingestão alimentar _____ sem alteração _____ alterada. Duração = _____ semanas. Tipo: _____ dieta sólida sub-ótima _____ dieta líquida completa _____ líquidos hipocalóricos _____ inanição.</p> <p>3. Sintomas gastrointestinais (que persistam por > 2 semanas) _____ nenhum _____ náusea _____ vômitos _____ diarreia _____ anorexia.</p> <p>4. Capacidade funcional _____ sem disfunção (capacidade completa) _____ com disfunção. Duração = _____ semanas. Tipo: _____ trabalho sub-ótimo _____ ambulatorial _____ acamado.</p> <p>5. Doença e sua relação com necessidades nutricionais Diagnóstico primário (especificar) _____ Demanda metabólica (stress): _____ sem stress _____ baixo stress _____ stress moderado _____ stress elevado.</p> <p>6. Exame Físico (para cada categoria, especificar: 0 = normal, 1+ = leve, 2+ = moderada, 3+ = grave). _____ perda de gordura subcutânea (tríceps, tórax) _____ perda muscular (quadríceps, deltóide) _____ edema tornozelo _____ edema sacral _____ ascite</p> <p>Diagnóstico nutricional: <input type="checkbox"/> A = bem nutrido <input type="checkbox"/> B = moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido <input type="checkbox"/> C = gravemente desnutrido</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Avaliação subjetiva global segundo DETSKY et al</p> <p>O paciente necessita de dietoterapia específica? _____</p> <p>Classificação em Nível de Assistência: <input type="checkbox"/> Primário <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Terciário</p>					

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 37/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

CLASSIFICAÇÃO ASG		
A	B	C
Sem perda de peso ou	Perda de peso entre 5 a 10% nos últimos 6 meses	Sinais óbvios de desnutrição: perda importante de tecido celular subcutâneo e/ou presença de edema
Recuperação recente de peso (não retenção líquida) e/ou	Sem estabilização ou recuperação do peso nas últimas 2 semanas	Evidências claras de perda de peso significativa (>10% do peso habitual, referência de mudança nas roupas, etc)
Melhora na ingestão anteriormente alterada ou	Diminuição nítida da ingestão	Modificações na capacidade funcional (diminuição das atividades físicas cotidianas)
Melhora dos sintomas digestivos/anorexia	Perda moderada de tecido celular subcutâneo	

*Adaptada de Ottery,1997.

NÍVEL DE STRESS DE ACORDO COM A PATOLOGIA		
STRESS LEVE	STRESS MODERADO	STRESS ELEVADO
Pequenas cirurgias	Pneumonia grave	Sepses
Doença cardiopulmonar	Leucemias e linfomas	Trauma craniano
Fratura única	Infecção grave	Transplante de medula óssea
Câncer	IRA	Pct em cuidados intensivos
Cirrose	Peritonite	Endocardite
DPOC estável	Câncer com acometimento nutricional (esôfago, TGI)	Queimadura
Hemodiálise crônica	Fraturas múltiplas	Pancreatite aguda
Diabetes	Insuficiência cardíaca	Cirurgia grande porte
	Pancreatite crônica	
	DPOC exacerbado	
	Complicações agudas	

Critérios relacionados ao paciente	Nível de Assistência Nutricional			
	Primário	Secundário		Terciário
Risco nutricional	Não	Sim	Não	Sim
Necessidade de dietoterapia específica	Não	Não	Sim	Sim

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 38/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

ANEXO 2

Data da triagem:	Data da internação:	Clínica:	Especialidade:	Leito:	R.G:
Nome:				Idade:	Data de Nasc.:
Diagnósticos:					
Comorbidades:					
Alergia/intolerância alimentar:					
Aversão alimentar:					
Prescrição dietética:					

- Existe alguma doença com risco de desnutrição ou previsão de cirurgia de grande porte?
 Sim = 02 pontos Não = 00 pontos
- A criança apresenta algum sinal que sugere estado nutricional precário (avaliado por avaliação clínica subjetiva)?
 Sim = 01 ponto Não = 00 pontos
- Alguma desta situação está presente?
 Diarreia excessiva (> 5 episódios/dia) e/ou vômitos (> 3 episódios/dia)
 Redução da ingestão oral nos últimos 5 dias
 Intervenção nutricional pré-existente
 Ingestão oral insuficiente por dor
 Sim = 1 ponto Não = 00 pontos
- Ocorreu perda ou ganho de peso insuficiente (em crianças menores de 1 ano) durante a última semana ou mês? (Conferir recomendação de ganho de peso no verso)
 Sim = 1 ponto Não = 00 pontos
 Peso habitual ou anterior: _____
 Peso atual: _____
 % de perda de peso: _____

Score total = _____

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 39/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Baixo risco: 0 ponto - A <input type="checkbox"/> Médio risco: 1-3 pontos - B <input type="checkbox"/> Alto risco: 4-5 pontos - C	<input type="checkbox"/> Primário <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Terciário
CONDUTA	
<p>A. Baixo risco: 0 pontos. Nenhuma intervenção nutricional é necessária. Checar peso regularmente e avaliar risco nutricional semanalmente (ou de acordo com protocolo hospitalar).</p> <p>B. Médio risco: 1-3 pontos. Considerar intervenção nutricional. Pesagem duas vezes por semana e avaliar risco nutricional uma vez por semana. Se necessário consultar médico ou especialista para diagnóstico.</p> <p>C. Alto risco: 4-5 pontos. Consultar nutricionista para intervenção nutricional e acompanhamento. Avaliar prescrição de suplemento oral ou adequação da dieta via oral ou por outra via.</p>	
SITUAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nervosa • Queimados • Previsão de cirurgia de grande porte • Trauma • Pancreatite • Doença renal crônica • Câncer • Doença hepática crônica • Doença muscular • Doença metabólica • Farmacodermia 	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumopatias (bronquiolite, pneumonia, displasia broncopulmonar) • Doença celíaca • Fibrose cística • Doença cardíaca crônica • Doença infecciosa (AIDS, leishmaniose, varicela, síndrome pertussis, meningite, tuberculose) • Síndrome de má absorção intestinal • Doença neurológica (paralisia cerebral, epilepsia) • Não especificado (classificado pelo médico)
RECOMENDAÇÃO DE GANHO DE PESO	
<p>1º trimestre: 700 g/mês - 25 a 30 g/dia; 2º trimestre: 600 g/mês - 20 g/dia; 3º trimestre: 500 g/mês - 15 g/dia; 4º trimestre: 300 g/mês - 10 g/dia. Fonte: SBP. Tratado de Pediatria, 2007</p>	

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 40/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

ANEXO 3

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Avaliação Nutricional

Data da avaliação: ___/___/___ Data da Internação: ___/___/___ Leito: _____
 Nome: _____ RG: _____
 Diagnóstico clínico: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Procedência: _____
 Estado civil: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____
 Com quem reside: _____ Quem trabalha: _____ Recebe algum benefício?: _____
 Renda Familiar: _____ Quanto da renda é destinado à alimentação? _____ Tipo de moradia (casa, ap, zona rural, instituição, sem teto): _____ Paga aluguel?: () sim () não
 Alguma Unidade de Saúde próximo à residência? () sim () não. Já foi em um nutricionista? () sim () não
 História sobre o problema de saúde, com início e duração, sintomas: _____

 Condição psicológica: () Ansiedade () Depressão () Distúrbio alimentar () Estresse ou trauma recente
 Patologias prévias: _____ Antecedentes familiares: _____
 Doenças gastrointestinais ou de má absorção (gastrite, úlcera, colite, megacolon...)
 Queixas gastrointestinais: () Não () Náuseas () Vômitos () Diarreia () Obstipação () Pirose () Flatulências () Sarciedade precoce
 Nº de evacuações/dia: _____ Consistência: _____ Coloração: _____ Esteatorreia? _____ Usa laxativos? _____
 Medicamentos de uso em casa: _____
 Medicamentos alternativos (ervas, chás, vitaminas): _____
 Já fez alguma cirurgia? () sim () não. Se sim, qual? _____ Quando? _____
 Presença de alguma ferida: _____ Alguma abertura (fístula, ostomia, ileostomia) _____
 Condição que altera o GET? () febre () infecção () sepse () trauma () ventilação mecânica () quimio/radio () diálise
 Condição funcional anterior à internação: () Ativo. Tipo de atividade: _____ Frequência: _____ Duração: _____
 () Independente em suas atividades diárias () Deambula, mas fica mais deitado () Dependente de auxílio () Acamado
 Limitações físicas ou mentais para aquisição e preparo dos alimentos: _____
 Condição clínica atual: () Acamado () Ativo no leito () Cadeira de rodas () Deambula – Com dificuldade? _____
 Tabagismo: () Não () Ex-tabagista Tempo: _____ () Sim Cigarros/dia: _____ Tempo: _____
 Etilismo: () Não () Ex-etilista () Sim Frequência: _____ Tipo: _____ Qtd: _____
 Alergia ou intolerância alimentar: () Não () Sim Se sim, qual alimento: _____
 Uso de Suplementos nutricionais: () Não () Sim Qual? _____
 Saúde oral: () Dent comp () Dent incom () Prótese () Feridas () Dific mastigaç/deglutiç () Papilas atrof () Odinofagia
 Aversões alimentares: _____
 Preferências alimentares: _____
 Teve perda de apetite? () Sim () Não. Se sim, há quanto tempo? _____ Porque? _____
 Alterou consistência da dieta? () Sim () Não. Se sim, há quanto tempo? _____ Porque? _____
 Local que realiza as refeições: _____ Quem compra e prepara os alimentos: _____
 Condições de armazenamento dos alimentos: _____ Formas de preparo: _____

Alimento	Frequência	Alimento	Frequência
Leite e derivados		Quitandas	
Carnes		Frituras	
Carnes gordas, pele, torresmo		Temperos industrializados, molhos prontos	
Ovos		Azeite de oliva	
Manteiga/margarina		Embutidos	
Arroz		Enlatados	
Feijão		Alimentos integrais	
Frutas / suco nat.		Alimentos diet/light	
Legumes cozidos		Doce/açúcar/sorvete/chocolate	
Folhas cruas		Refrigerantes / suco industrial	
Folhas refogadas		Tubérculos	
Pães e massas		Salgadinhos de pacote	
Cafê		Lanche (pizza, salgado, sanduiche)	
Óleo/mês:		Açúcar/mês:	Sal/mês:

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

(continua)

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 41/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Durante a hospitalização:

Aceitação da dieta: Café da manhã: ___ % _____
 Almoço: ___ % _____
 Lanche da tarde: ___ % _____
 Jantar: ___ % _____
 Ceia: ___ % _____

Tolerância da dieta enteral/suplemento: _____

Ingestão Hídrica: Qtde: _____

Hábito intestinal internação: ()Diário ()Diarreia frequente ()Dias alternados ()Constipação Nº evacuações _____

Cor das fezes: ()Marrom ()Amarelo ()Verde ()Avermelhado ()Escura ()Clara

Formato das fezes:

() Caroços duros e separados, como nozes (difícil de passar)

() Forma de salsicha, mas granuloso

() Como uma salsicha, mas com fissuras em sua superfície

() Como uma salsicha ou serpente, suave e macio

() Bolhas suaves com bordas nítidas (que passa facilmente)

() Peças fofas com bordas em pedaços

() Aquoso, sem partes sólidas, inteiramente líquido

Exame Físico

Avaliação Antropométrica:

Dados	Dadas			
Peso usual (Kg)				
Peso atual (Kg)				
Altura (m)				
BMC (Kg/m ²)				
Circunf. Braço (cm) p50				
Dobra Cutânea Tricipital (mm) p50				
Circunf. Muscular Braço (cm) p50				
Área Muscular do Braço (cm ²) p50				
Circunferência da Cintura (cm):				
Diâmetro Sagital Abdominal (CC deitado)				
Relação CC/Altura				
Circunferência Panturrilha (cm):				
Ângulo de fase, análise de vetores (BIA)				
Observação: AJ (cm):		Peso ideal (Kg):		Peso Ajustado:

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 42/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

 HOSPITAL DE CLÍNICAS
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Exames bioquímicos:

DATA	Eritróc	Hb	Ht	VCM	HCM	CHCM (32-37g/dl)	LEUC	LINFÓC	NEUT	PLAQ

Referência	Exames	Datas				Referência	Exames	Datas			
	Na					0,2-1mg/dl	Bilirrub. Total				
	K					0,1-0,4mg/dl	Bilirrub. D				
	P					0,1-0,6mg/dl	Bilirrub. I				
	Mg						PCR				
8,4-10,2mg/dl	Cálcio						GGT				
	Glicose						FA				
3,2-4,5g/dl	Albumina						Ureia				
	TGP						Creatinina				
	TGO						Proteínúria				
	Vit B12						Vit D				
	Vit D						Vit B12				
>5,38	Ac fólico						Capac T lig do Fe				
<200mg/dl	Colesterol T						Transferrina				
	HDL						Fe				
	LDL						Ferritina				
	VLDL					Até 220U/L	Amilase				
	TGA						Outros				

Nível de assistência nutricional: _____

Diagnósticos Nutricionais: _____

Necessidades Nutricionais: _____

Prescrição dietética: _____

Plano terapêutico: _____

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 43/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

ANEXO 4

PADRONIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE NUTRIÇÃO			
INGESTÃO - IN	Código	Balanco de Nutrientes (IN-5)	
<i>Problemas relacionados à ingestão de energia, nutrientes, líquidos e substâncias bioativas por via oral, sonda e parenteral.</i>			
Balanco Energético (IN-1)			
<i>Mudanças no balanço energético (kcal) real ou estimado.</i>			
<input type="checkbox"/> Aumento do gasto energético	IN-1.1	<input type="checkbox"/> Aumento das necessidades de nutrientes	IN-5.1
<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de energia	IN-1.2	<input type="checkbox"/> Desnutrição	IN-5.2
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de energia	IN-1.3	<input type="checkbox"/> Desnutrição relacionada à inanição	IN-5.2.1
<input type="checkbox"/> Ingestão insuficiente da energia estimada	IN-1.4	<input type="checkbox"/> Desnutrição relacionada à condição ou doença crônica	IN-5.2.2
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva da energia estimada	IN-1.5	<input type="checkbox"/> Desnutrição relacionada à injúria ou doença aguda	IN-5.2.3
Ingestão Oral por Sonda ou Parenteral (IN-2)			
<i>Ingestão de alimento e bebida real ou estimada pela via oral, sonda ou parenteral, comparada com o objetivo do paciente/cliente.</i>			
<input type="checkbox"/> Ingestão oral inadequada	IN-2.1	<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de energia e proteína	IN-5.3
<input type="checkbox"/> Ingestão oral excessiva	IN-2.2	<input type="checkbox"/> Diminuição das necessidades de nutrientes	IN-5.4
<input type="checkbox"/> Infusão inadequada de nutrição via sonda	IN-2.3	<input type="checkbox"/> Desequilíbrio de nutrientes	IN-5.5
<input type="checkbox"/> Infusão excessiva de nutrição via sonda	IN-2.4	Ingestão de Lipídeos e de Colesterol (IN-5.6)	
<input type="checkbox"/> Composição da nutrição via sonda em desacordo com as necessidades	IN-2.5	<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de lipídeos	IN-5.6.1
<input type="checkbox"/> Administração de nutrição via sonda em desacordo com as necessidades	IN-2.6	<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de lipídeos	IN-5.6.2
<input type="checkbox"/> Infusão inadequada de nutrição parenteral	IN-2.7	<input type="checkbox"/> Ingestão de tipos de lipídeos em desacordo com as necessidades.	IN-5.6.3
<input type="checkbox"/> Infusão excessiva de nutrição parenteral	IN-2.8	<i>(especificar): _____</i>	
<input type="checkbox"/> Composição de nutrição parenteral em desacordo com as necessidades	IN-2.9	Ingestão de Proteínas (IN-5.7)	
<input type="checkbox"/> Administração de nutrição parenteral em desacordo com as necessidades	IN-2.10	<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de proteínas	IN-5.7.1
<input type="checkbox"/> Aceitação limitada aos alimentos	IN-2.11	<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de proteínas	IN-5.7.2
Ingestão de Líquidos (IN-3)			
<i>Ingestão de líquidos real ou estimada, comparada com o objetivo do paciente/cliente.</i>			
<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de líquidos	IN-3.1	<input type="checkbox"/> Ingestão de tipos de proteínas ou aminoácidos em desacordo com as necessidades.	IN-5.7.3
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de líquidos	IN-3.2	<i>(especificar): _____</i>	
Ingestão de Substâncias Bioativas (IN-4)			
<i>Ingestão de substâncias bioativas real ou estimada, incluindo componentes únicos ou múltiplos de alimentos funcionais, ingredientes, suplementos dietéticos e álcool.</i>			
<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de substâncias bioativas	IN-4.1	Ingestão de Carboidratos e Fibras (IN-5.8)	
<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de ésteres de estanol vegetal	IN-4.1.1	<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de carboidratos	IN-5.8.1
<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de fitosteróis	IN-4.1.2	<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de carboidratos	IN-5.8.2
<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de proteína de soja	IN-4.1.3	<input type="checkbox"/> Ingestão de tipos de carboidratos em desacordo com as necessidades	IN-5.8.3
<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de psilium	IN-4.1.4	<i>(especificar): _____</i>	
<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de β-glicano	IN-4.1.5	<input type="checkbox"/> Ingestão irregular de carboidratos	IN-5.8.4
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de substâncias bioativas	IN-4.2	<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de fibras	IN-5.8.5
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de ésteres de estanol vegetal	IN-4.2.1	<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de fibras	IN-5.8.6
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de fitosteróis	IN-4.2.2	Ingestão de Vitaminas (IN-5.9)	
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de proteína de soja	IN-4.2.3	<input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de vitaminas	IN-5.9.1
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de psilium	IN-4.2.4	<i>(especificar): _____</i>	
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de β-glicano	IN-4.2.5	<input type="checkbox"/> A (1)	<input type="checkbox"/> Niacina (8)
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de aditivos alimentares	IN-4.2.6	<input type="checkbox"/> C (2)	<input type="checkbox"/> Folato (9)
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de cafeína	IN-4.2.7	<input type="checkbox"/> D (3)	<input type="checkbox"/> B6 (10)
<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de álcool	IN-4.3	<input type="checkbox"/> E (4)	<input type="checkbox"/> B12 (11)
		<input type="checkbox"/> K (5)	<input type="checkbox"/> Ácido pantotênico (12)
		<input type="checkbox"/> Tiamina (6)	<input type="checkbox"/> Biotina (13)
		<input type="checkbox"/> Riboflavina (7)	
		<input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de vitaminas	IN-5.9.2
		<i>(especificar): _____</i>	
		<input type="checkbox"/> A (1)	<input type="checkbox"/> Niacina (8)
		<input type="checkbox"/> C (2)	<input type="checkbox"/> Folato (9)
		<input type="checkbox"/> D (3)	<input type="checkbox"/> B6 (10)
		<input type="checkbox"/> E (4)	<input type="checkbox"/> B12 (11)
		<input type="checkbox"/> K (5)	<input type="checkbox"/> Ácido pantotênico (12)
		<input type="checkbox"/> Tiamina (6)	<input type="checkbox"/> Biotina (13)
		<input type="checkbox"/> Riboflavina (7)	

Cópia eletrônica não controlada

(continua)

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 44/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021	Próxima revisão: 19/03/2023
		Versão: 1	

<p>Ingestão de Minerais (IN-5.10)</p> <p><input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de minerais (especificar): IN-5.10.1</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cálcio (1)</td> <td><input type="checkbox"/> Flúor (10)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cloreto (2)</td> <td><input type="checkbox"/> Cobre (11)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ferro (3)</td> <td><input type="checkbox"/> Iodo (12)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Magnésio (4)</td> <td><input type="checkbox"/> Selênio (13)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Potássio (5)</td> <td><input type="checkbox"/> Manganês (14)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fósforo (6)</td> <td><input type="checkbox"/> Cromo (15)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sódio (7)</td> <td><input type="checkbox"/> Molibdênio (16)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zinco (8)</td> <td><input type="checkbox"/> Boro (17)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sulfato (9)</td> <td><input type="checkbox"/> Cobalto (18)</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Ingestão excessiva de minerais (especificar): IN-5.10.2</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cálcio (1)</td> <td><input type="checkbox"/> Flúor (10)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cloreto (2)</td> <td><input type="checkbox"/> Cobre (11)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ferro (3)</td> <td><input type="checkbox"/> Iodo (12)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Magnésio (4)</td> <td><input type="checkbox"/> Selênio (13)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Potássio (5)</td> <td><input type="checkbox"/> Manganês (14)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fósforo (6)</td> <td><input type="checkbox"/> Cromo (15)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sódio (7)</td> <td><input type="checkbox"/> Molibdênio (16)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zinco (8)</td> <td><input type="checkbox"/> Boro (17)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sulfato (9)</td> <td><input type="checkbox"/> Cobalto (18)</td> </tr> </table> <p>Ingestão de Multinutrientes (IN-5.11)</p> <p><input type="checkbox"/> Ingestão estimada insuficiente de nutrientes IN-5.11.1</p> <p><input type="checkbox"/> Ingestão estimada excessiva de nutrientes IN-5.11.2</p> <p>NUTRIÇÃO CLÍNICA - NC Código</p> <p>Achados/problemas nutricionais identificados que estão relacionados a condições clínicas ou físicas.</p> <p>Condição Funcional (NC-1)</p> <p>Mudança no funcionamento físico ou mecânico que interfere ou impede os resultados nutricionais desejados.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade na deglutição</td> <td>NC-1.1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade na mordedura/mastigação</td> <td>NC-1.2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade na amamentação</td> <td>NC-1.3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alteração na função GI</td> <td>NC-1.4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade prevista na amamentação</td> <td>NC-1.5</td> </tr> </table> <p>Condição Bioquímica (NC-2)</p> <p>Mudança na capacidade de metabolizar nutrientes devido a medicamentos, cirurgia ou alteração nos valores laboratoriais.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alteração na utilização de nutrientes (especificar)</td> <td>NC-2.1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alteração nos valores laboratoriais relacionados à nutrição (especificar):</td> <td>NC-2.2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Interação fármaco-nutriente (especificar):</td> <td>NC-2.3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Interação prevista de fármaco-nutriente (especificar):</td> <td>NC-2.4</td> </tr> </table> <p>Condição do Peso Corporal (NC-3)</p> <p>Condição crônica de peso ou alteração de peso, quando comparado com o usual ou o desejado.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Baixo peso</td> <td>NC-3.1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perda de peso involuntária</td> <td>NC-3.2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sobrepeso/obesidade</td> <td>NC-3.3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sobrepeso, adulto ou pediatria</td> <td>NC-3.3.1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obesidade, pediatria</td> <td>NC-3.3.2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obesidade, classe I</td> <td>NC-3.3.3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obesidade, classe II</td> <td>NC-3.3.4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obesidade, classe III</td> <td>NC-3.3.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ganho de peso involuntário</td> <td>NC-3.4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taxa de crescimento abaixo do esperado</td> <td>NC-3.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taxa de crescimento excessiva</td> <td>NC-3.6</td> </tr> </table> <p>COMPORTAMENTO/AMBIENTE NUTRICIONAL - CN Código</p> <p>Achados/problemas nutricionais identificados relacionados ao conhecimento, atitudes/crenças, ambiente físico, acesso aos alimentos ou segurança alimentar.</p> <p>Conhecimento e Crenças (CN-1)</p> <p>Conhecimento e crenças conforme relatados, observados ou documentados.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deficiência de conhecimento relacionado aos alimentos e à nutrição</td> <td>CN-1.1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atitudes/crenças não comprovadas quanto aos alimentos ou tópicos relacionados à nutrição (uso com cautela)</td> <td>CN-1.2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Despreparo para mudança na dieta/estilo de vida</td> <td>CN-1.3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deficiência no automonitoramento</td> <td>CN-1.4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrão alimentar desordenado</td> <td>CN-1.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aderência limitada às recomendações relacionadas à nutrição</td> <td>CN-1.6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Escolhas alimentares indesejáveis</td> <td>CN-1.7</td> </tr> </table> <p>Atividade Física e Função (CN-2)</p> <p>Problemas na atividade física, autocuidado e qualidade de vida, conforme relatado, observado ou documentado.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inatividade física</td> <td>CN-2.1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Excesso de atividade física</td> <td>CN-2.2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incapacidade de gerenciar o autocuidado</td> <td>CN-2.3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alteração da habilidade de preparar alimentos/refeições</td> <td>CN-2.4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deficiência na qualidade de vida relacionada à nutrição</td> <td>CN-2.5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade na autoalimentação</td> <td>CN-2.6</td> </tr> </table> <p>Segurança Alimentar e Acesso aos Alimentos (CN-3)</p> <p>Problemas em relação à segurança alimentar ou ao acesso ao alimento, água ou suprimentos relacionados.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingestão não segura de alimentos</td> <td>CN-3.1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acesso limitado a alimentos ou água</td> <td>CN-3.2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acesso limitado a suprimentos relacionados à nutrição</td> <td>CN-3.3</td> </tr> </table> <p>OUTRO - OU Código</p> <p>Achados nutricionais que não estão classificados como problemas de ingestão, nutrição clínica ou comportamento/ambiente</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nenhum diagnóstico de nutrição no momento</td> <td>OU-1.1</td> </tr> </table> <p>Fonte: Adaptado de Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Terminology Reference Manual (eNCP): Dietetics Language for Nutrition Care. Nutrition Diagnostic Terminology. http://ncpt.webauthor.com. Acesso em 05/11/2014.</p>	<input type="checkbox"/> Cálcio (1)	<input type="checkbox"/> Flúor (10)	<input type="checkbox"/> Cloreto (2)	<input type="checkbox"/> Cobre (11)	<input type="checkbox"/> Ferro (3)	<input type="checkbox"/> Iodo (12)	<input type="checkbox"/> Magnésio (4)	<input type="checkbox"/> Selênio (13)	<input type="checkbox"/> Potássio (5)	<input type="checkbox"/> Manganês (14)	<input type="checkbox"/> Fósforo (6)	<input type="checkbox"/> Cromo (15)	<input type="checkbox"/> Sódio (7)	<input type="checkbox"/> Molibdênio (16)	<input type="checkbox"/> Zinco (8)	<input type="checkbox"/> Boro (17)	<input type="checkbox"/> Sulfato (9)	<input type="checkbox"/> Cobalto (18)	<input type="checkbox"/> Cálcio (1)	<input type="checkbox"/> Flúor (10)	<input type="checkbox"/> Cloreto (2)	<input type="checkbox"/> Cobre (11)	<input type="checkbox"/> Ferro (3)	<input type="checkbox"/> Iodo (12)	<input type="checkbox"/> Magnésio (4)	<input type="checkbox"/> Selênio (13)	<input type="checkbox"/> Potássio (5)	<input type="checkbox"/> Manganês (14)	<input type="checkbox"/> Fósforo (6)	<input type="checkbox"/> Cromo (15)	<input type="checkbox"/> Sódio (7)	<input type="checkbox"/> Molibdênio (16)	<input type="checkbox"/> Zinco (8)	<input type="checkbox"/> Boro (17)	<input type="checkbox"/> Sulfato (9)	<input type="checkbox"/> Cobalto (18)	<input type="checkbox"/> Dificuldade na deglutição	NC-1.1	<input type="checkbox"/> Dificuldade na mordedura/mastigação	NC-1.2	<input type="checkbox"/> Dificuldade na amamentação	NC-1.3	<input type="checkbox"/> Alteração na função GI	NC-1.4	<input type="checkbox"/> Dificuldade prevista na amamentação	NC-1.5	<input type="checkbox"/> Alteração na utilização de nutrientes (especificar)	NC-2.1	<input type="checkbox"/> Alteração nos valores laboratoriais relacionados à nutrição (especificar):	NC-2.2	<input type="checkbox"/> Interação fármaco-nutriente (especificar):	NC-2.3	<input type="checkbox"/> Interação prevista de fármaco-nutriente (especificar):	NC-2.4	<input type="checkbox"/> Baixo peso	NC-3.1	<input type="checkbox"/> Perda de peso involuntária	NC-3.2	<input type="checkbox"/> Sobrepeso/obesidade	NC-3.3	<input type="checkbox"/> Sobrepeso, adulto ou pediatria	NC-3.3.1	<input type="checkbox"/> Obesidade, pediatria	NC-3.3.2	<input type="checkbox"/> Obesidade, classe I	NC-3.3.3	<input type="checkbox"/> Obesidade, classe II	NC-3.3.4	<input type="checkbox"/> Obesidade, classe III	NC-3.3.5	<input type="checkbox"/> Ganho de peso involuntário	NC-3.4	<input type="checkbox"/> Taxa de crescimento abaixo do esperado	NC-3.5	<input type="checkbox"/> Taxa de crescimento excessiva	NC-3.6	<input type="checkbox"/> Deficiência de conhecimento relacionado aos alimentos e à nutrição	CN-1.1	<input type="checkbox"/> Atitudes/crenças não comprovadas quanto aos alimentos ou tópicos relacionados à nutrição (uso com cautela)	CN-1.2	<input type="checkbox"/> Despreparo para mudança na dieta/estilo de vida	CN-1.3	<input type="checkbox"/> Deficiência no automonitoramento	CN-1.4	<input type="checkbox"/> Padrão alimentar desordenado	CN-1.5	<input type="checkbox"/> Aderência limitada às recomendações relacionadas à nutrição	CN-1.6	<input type="checkbox"/> Escolhas alimentares indesejáveis	CN-1.7	<input type="checkbox"/> Inatividade física	CN-2.1	<input type="checkbox"/> Excesso de atividade física	CN-2.2	<input type="checkbox"/> Incapacidade de gerenciar o autocuidado	CN-2.3	<input type="checkbox"/> Alteração da habilidade de preparar alimentos/refeições	CN-2.4	<input type="checkbox"/> Deficiência na qualidade de vida relacionada à nutrição	CN-2.5	<input type="checkbox"/> Dificuldade na autoalimentação	CN-2.6	<input type="checkbox"/> Ingestão não segura de alimentos	CN-3.1	<input type="checkbox"/> Acesso limitado a alimentos ou água	CN-3.2	<input type="checkbox"/> Acesso limitado a suprimentos relacionados à nutrição	CN-3.3	<input type="checkbox"/> Nenhum diagnóstico de nutrição no momento	OU-1.1
<input type="checkbox"/> Cálcio (1)	<input type="checkbox"/> Flúor (10)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Cloreto (2)	<input type="checkbox"/> Cobre (11)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Ferro (3)	<input type="checkbox"/> Iodo (12)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Magnésio (4)	<input type="checkbox"/> Selênio (13)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Potássio (5)	<input type="checkbox"/> Manganês (14)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Fósforo (6)	<input type="checkbox"/> Cromo (15)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sódio (7)	<input type="checkbox"/> Molibdênio (16)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Zinco (8)	<input type="checkbox"/> Boro (17)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sulfato (9)	<input type="checkbox"/> Cobalto (18)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Cálcio (1)	<input type="checkbox"/> Flúor (10)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Cloreto (2)	<input type="checkbox"/> Cobre (11)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Ferro (3)	<input type="checkbox"/> Iodo (12)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Magnésio (4)	<input type="checkbox"/> Selênio (13)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Potássio (5)	<input type="checkbox"/> Manganês (14)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Fósforo (6)	<input type="checkbox"/> Cromo (15)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sódio (7)	<input type="checkbox"/> Molibdênio (16)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Zinco (8)	<input type="checkbox"/> Boro (17)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sulfato (9)	<input type="checkbox"/> Cobalto (18)																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Dificuldade na deglutição	NC-1.1																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Dificuldade na mordedura/mastigação	NC-1.2																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Dificuldade na amamentação	NC-1.3																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Alteração na função GI	NC-1.4																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Dificuldade prevista na amamentação	NC-1.5																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Alteração na utilização de nutrientes (especificar)	NC-2.1																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Alteração nos valores laboratoriais relacionados à nutrição (especificar):	NC-2.2																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Interação fármaco-nutriente (especificar):	NC-2.3																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Interação prevista de fármaco-nutriente (especificar):	NC-2.4																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Baixo peso	NC-3.1																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Perda de peso involuntária	NC-3.2																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sobrepeso/obesidade	NC-3.3																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sobrepeso, adulto ou pediatria	NC-3.3.1																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Obesidade, pediatria	NC-3.3.2																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Obesidade, classe I	NC-3.3.3																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Obesidade, classe II	NC-3.3.4																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Obesidade, classe III	NC-3.3.5																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Ganho de peso involuntário	NC-3.4																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Taxa de crescimento abaixo do esperado	NC-3.5																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Taxa de crescimento excessiva	NC-3.6																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Deficiência de conhecimento relacionado aos alimentos e à nutrição	CN-1.1																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Atitudes/crenças não comprovadas quanto aos alimentos ou tópicos relacionados à nutrição (uso com cautela)	CN-1.2																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Despreparo para mudança na dieta/estilo de vida	CN-1.3																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Deficiência no automonitoramento	CN-1.4																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Padrão alimentar desordenado	CN-1.5																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Aderência limitada às recomendações relacionadas à nutrição	CN-1.6																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Escolhas alimentares indesejáveis	CN-1.7																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Inatividade física	CN-2.1																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Excesso de atividade física	CN-2.2																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Incapacidade de gerenciar o autocuidado	CN-2.3																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Alteração da habilidade de preparar alimentos/refeições	CN-2.4																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Deficiência na qualidade de vida relacionada à nutrição	CN-2.5																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Dificuldade na autoalimentação	CN-2.6																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Ingestão não segura de alimentos	CN-3.1																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Acesso limitado a alimentos ou água	CN-3.2																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Acesso limitado a suprimentos relacionados à nutrição	CN-3.3																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Nenhum diagnóstico de nutrição no momento	OU-1.1																																																																																																													

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 45/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

ANEXO 5

Nome: _____



Hospital de Clínicas
Unidade de Nutrição Clínica

Orientações nutricionais para nutrição enteral

Qualquer dúvida entre em contato através do telefone:
3318-5114



Como fazer para administrar a dieta por sonda

Materialis:

- Dieta, de acordo com a receita e o volume indicado pela nutricionista;
- Frasco para dieta enteral;
- Equipo para nutrição enteral ou equipo de soro sem filtro;
- Copo com água filtrada, mineral ou fervida à temperatura ambiente;
- Suporte de soro ou gancho, para pendurar o frasco;
- Seringa de 20 mL.

Recomendamos a troca diária ou no máximo a cada três dias do equipo que deve ser mantido limpo. A seringa e o frasco podem ser utilizados enquanto estiverem em condições de uso (limpos, sem rachaduras, com o êmbolo deslizando facilmente dentro da seringa).



(continua)

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 46/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

DIETA ENTERAL INDUSTRIALIZADA

Opções: _____

Volume total a ser administrado:
 _____ mL,
 _____ vezes ao dia.
 Conforme esquema ao lado:

Horário	Volume a ser administrado

DIETA ENTERAL ARTESANAL

Ingredientes	Quantidade	Medida

Modo de Preparo: pela manhã misture o leite fervido e todos os ingredientes no liquidificador, bata até obter uma mistura homogênea. Coe em peneira fina duas vezes.

Volume total a ser administrado:
 _____ mL,
 _____ vezes ao dia.
 Conforme esquema ao lado:

Horário	Volume a ser administrado

HIDRATAÇÃO: _____ mL de _____, _____ vezes ao dia.

- Siga os procedimentos de higiene;
- Deixe o frasco de dieta 15 minutos fora da geladeira antes de administrar;
- Toda dieta preparada (artesanal) e aberta (industrializada) deve ser conservada sob refrigeração, em geladeira, de 2 a 8°C e, consumida, dentro de 24 horas.
- **CUIDADO: A dieta não pode ser aquecida!**

(continua)

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 47/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

Passo a passo para administrar a dieta por sonda

- ✓ Separe os produtos e utensílios antes de preparar a dieta;
- ✓ Verifique se o produto está dentro do prazo de validade e se as embalagens não estão danificadas;
- ✓ Higienize as embalagens antes de abrir;
- ✓ Lave o local de preparo (bancada ou mesa) com água e detergente neutro todas as vezes que for preparar a dieta;
- ✓ Aplique álcool 70% na bancada ou mesa;
- ✓ Lave bem as mãos com água e sabão;
- ✓ Seque as mãos com toalha limpa ou com papel toalha;
- ✓ Aplique álcool 70% nas mãos;
- ✓ Coloque a dieta no frasco na quantidade determinada;
- ✓ Conecte o equipo ao frasco na parte apropriada.

As unhas devem estar aparadas e limpas, devem ser retirados anéis, relógio ou pulseira! Não fumar, espirrar, tossir ou falar durante o preparo!



- ✓ Sente o paciente ou eleve a cabeceira da cama de 30 a 45°;
- ✓ Pendure o frasco em um suporte ou gancho + ou - 60 cm acima da cabeça do paciente;



- ✓ Abra a roleta para preencher o equipo com a dieta e, em seguida, feche-a;
- ✓ Segure a extremidade da sonda que está no paciente e abra a tampa (use papel toalha ou toalha limpa embaixo para apoiar e absorver fluido, caso saia algum);
- ✓ Retire a tampa da extremidade do equipo e conecte-o à sonda do paciente;
- ✓ Abra a roleta, regulando o gotejamento. A dieta deverá pingar, aproximadamente _____ gotas por minuto;
- ✓ A administração da dieta levará _____ hora (s).



(continua)

Cópia eletrônica não controlada

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.

© 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

www.Ebserh.gov.br

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UNC.002 - Página 48/48	
Título do Documento	NUTRIÇÃO CLÍNICA	Emissão: 19/03/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/03/2023

Ao término da dieta

- ✓ Feche a roleta e desconecte o equipo da sonda;
- ✓ Coloque na sonda, 20 a 40 mL de água (filtrada, mineral ou fervida à temperatura ambiente) com a seringa;
- ✓ Tampe a sonda;
- ✓ Leve o frasco, o equipo e a seringa para higienização;
- ✓ Caso o paciente queira repousar após a dieta, deixar a cabeceira elevada por mais 30 minutos. Após esse tempo, pode abaixar a cabeceira a 30° ou menos.

Em caso de obstrução, injetar lentamente 20 mL de água filtrada, mineral ou fervida e morna.

Atenção: a sonda pode se romper caso a pressão para injetar a água seja muito forte.



Higiene dos materiais e utensílios utilizados

- ✚ Frasco, equipo e seringa devem ser higienizadas em todos os intervalos da dieta;
- ✚ Lave os materiais e utensílios com água e detergente neutro, para eliminação de todo resíduo da dieta. Em seguida, enxague bem;
- ✚ Depois de limpos, mergulhe-os em solução de 1 litro de água (filtrada, mineral ou fervida à temperatura ambiente) com 1 colher de sopa de água sanitária (própria para alimento) e deixe de molho por 15 minutos;
- ✚ Após esse tempo de 15 minutos, enxague com água (filtrada, mineral ou fervida à temperatura ambiente), o frasco e a seringa. Para enxaguar o equipo, coloque água no frasco, conecte o equipo e deixe correr toda água;
- ✚ Não deixe a ponta do equipo esbarrar em nenhuma superfície durante a limpeza, para não contaminar;
- ✚ Guarde os materiais e utensílios em local seco e tampado.

O mesmo procedimento deve ser adotado para utensílios como liquidificador, talheres, peneiras e copos, que devem ser de uso exclusivo do paciente.

*Fonte das ilustrações: <https://www.youtube.com/watch?v=A29XYmQNzuA>