



UNILASALLE
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



Centro Universitário La Salle - Unilasalle
Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano

DENISE MÜLLER GARATEGUY

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE AUXÍLIO PARA ALIMENTAÇÃO DE
PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS**

CANOAS, 2014

DENISE MÜLLER GARATEGUY

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE AUXÍLIO PARA ALIMENTAÇÃO DE
PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle – Unilasalle, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Humano e Processos Saúde-Doença

Orientadora: Prof^a Dr^a Michelli Cristina Silva de Assis

Co-Orientador: Prof. Dr. Jáder da Cruz Cardoso

AGRADECIMENTOS

À minha professora orientadora Dra. Michelli Cristina Silva de Assis, pela incansável ajuda, paciência e disponibilidade.

Aos meus pais e irmãos, por sempre me lembrarem de onde vim e quem sou.

À Marta Reckziegel, pela amizade e por ter aceitado ser a idealizadora da Cartilha.

Às amigas Aline Benelli e Cristina Donay, pela mão sempre estendida.

À excelente equipe de Nutricionistas, com quem tenho o prazer de dividir os dias: Denise Marin, Emeline Nunes, Rafaela Danieli e Viviane Courtois.

À Camila Fucilini, que se tornou muito mais do que os meus braços, pernas e olhos.

À fonoaudióloga Fabíola Trevisan, pela ajuda sempre disponível.

Aos acadêmicos voluntários que participaram do estudo: Fernanda Rodrigues, Giuliano Zarpelon, Grazielle Duarte, Janaína da Silva, Júlia Giroto, Natália Solano, Talita Bazanella e Vanessa Marques.

Ao Fábio Leal, por ter feito de mim uma pessoa melhor.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas. Mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Gustav Jung

RESUMO

Introdução: A ingestão alimentar de pacientes hospitalizados parece estar prejudicada, sendo necessário avaliar um programa de voluntariado para auxiliar na alimentação destes pacientes.

Objetivo: Comparar o percentual de ingestão oral das refeições principais de pacientes adultos hospitalizados submetidos ou não a um programa de auxílio com voluntários capacitados.

Método: Trata-se de um ensaio clínico quase experimental realizado em adultos internados em um hospital da região metropolitana de Porto Alegre. Entre março e agosto de 2014, foram avaliados os percentuais de aceitação da ingestão da refeição principal (almoço) entre dois grupos de pacientes (a) com auxílio de voluntário para alimentação e (b) sem auxílio de voluntário para alimentação, sendo considerado 100% quando o paciente ingeriu toda a alimentação, 75% quando o paciente ingeriu $\frac{3}{4}$ da alimentação, 50% quando ingeriu metade da alimentação, 25% quando ingeriu $\frac{1}{4}$ da alimentação e 0% quando não ingeriu nada da alimentação. Avaliou-se o estado nutricional pelo Índice de Massa Corporal (IMC) na admissão hospitalar, na inclusão e a cada sete dias. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do UNILASALLE/Canoas. **Resultados:** Foram incluídos 90 indivíduos, 45 alocados em cada grupo de avaliação. A média de idade foi de $67,5 \pm 15,7$ anos, 46,7% eram do sexo masculino. A média do IMC na admissão entre os indivíduos foi de $20,4 \pm 2,8$, sendo que o IMC na inclusão no estudo foi de $19,6 \pm 2,4$ kg/m² no grupo com auxílio de voluntários capacitados e de $18,3 \pm 2,5$ kg/m² no grupo sem auxílio de voluntários ($p=0,018$). Ao término do estudo, ou seja, aos 15 dias, o IMC entre o grupo com auxílio foi de $20,3 \pm 2,8$ kg/m² e de $18,9 \pm 2,7$ kg/m² no grupo sem auxílio ($p=0,024$). Em relação à ingestão de alimentos, os dois grupos apresentaram diferenças significativas no nono dia: o grupo com auxílio de voluntários apresentou mediana de 100% (50-100) e o grupo sem auxílio a mediana de 50% (12-100); no décimo dia a mediana entre o grupo com auxílio foi de 75% (37,5-100) e no grupo sem auxílio de 50% (25-100). Dentre os motivos em que os pacientes permaneceram em *nulla per os* (NPO), a maioria (61,1%) não aceitou a refeição oferecida e 29% estavam em NPO terapêutico. **Conclusão:** Concluiu-se que o programa de auxílio para alimentação é capaz de ajudar na melhora do IMC dos pacientes após quinze dias de acompanhamento. Houve melhora significativa nos percentuais de ingestão alimentar no nono e décimo dia de acompanhamento entre os pacientes que receberam auxílio para alimentação.

Palavras-chave: Desnutrição. Ingestão de alimentos. Terapia nutricional.

ABSTRACT

Introduction: The administration of meals is not comprised to routinely assistance of nursing, being necessary to evaluate a volunteering program to help with these patients' feeding. **Objective:** To compare the oral intake percentage of the hospitalized adult patient's main meals submitted or not to an assistance program with qualified volunteers. **Method:** In an almost experimental clinical trial performed among hospitalized adults in a hospital from the metropolitan area from Porto Alegre City, between March and August/2014, the acceptance percentage of main meal intake (lunch) was evaluated between two groups of patients (a) with help from a volunteer to feeding and (b) without help from a volunteer to feeding, considering 100% when the patient ingested all the meal, 75% when the patient ingested $\frac{3}{4}$ of the meal, 50% when the patient ingested half the meal, 25% when the patient ingested $\frac{1}{4}$ of the meal and 0% when the patient did not ingest anything from the meal. Nutritional status was assessed by Body Mass Index (BMI) at admission and every seven days. The study was approved by Ethics Committee of UNILASALLE/Canoas. **Results:** 90 individuals were included, 45 allocated in each group of evaluation. The average of age $67,5 \pm 15,7$ years, 46,7% was male. The BMI hospital admission average among the individuals was $20,4 \pm 2,8$, the BMI in the inclusion of the study was $19,6 \pm 2,4$ kg/m² for the group with help of qualified volunteers and $18,3 \pm 2,5$ kg/m² for the group without help of volunteers ($p=0,018$). When we reached the end of the study, that is, after 15 days, the BMI among the group with help was $20,3 \pm 2,8$ kg/m² and $18,9 \pm 2,7$ kg/m² for the group without help ($p=0,024$). In relation to food intake, both groups presented significant differences on the 9th day – the group with help of volunteers presented a median of 100% (50-100) and the group without help the median of 50% (12-100). On the 10th day the median among the group with help was 75% (37,5-100) and the group without help 50% (25-100). Among the reasons which patients remained nulla per os (NPO), most of them (61,1%) did not accept the meal offered and 29% were in therapeutic NPO. **Conclusion:** it was concluded that the help feeding program is able to improve the patients' BMI on the 15th day of treatment. There was a significant improve in the food intake indexes on the 9th and 10th day of treatment among the patients who received help to feed themselves.

Keywords: Malnutrition. Food ingestion. Nutritional therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Demográficas e Clínicas da Amostra.....	25
Tabela 2 - Comparação do Estado Nutricional entre o Grupo Com e Sem Auxílio de Voluntários	26
Tabela 3 - Comparação dos Percentuais de Ingestão entre o Grupo Com e Sem Auxílio de Voluntários	28

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Motivos de jejum.27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 REVISÃO DA LITERATURA	14
4.1 Desnutrição e a importância da terapia nutricional	14
4.2 Avaliação do estado nutricional	18
4.2.1 Avaliação subjetiva global.....	18
4.3 Avaliação do consumo alimentar	19
5 MÉTODO	21
5.1 Tipo de estudo	21
5.2 População	21
5.3 Logística para coleta de dados.....	21
5.3.1 Procedimentos para o grupo de pacientes participantes do programa.....	24
5.3.2 Procedimentos para o grupo de pacientes não participantes do programa.....	25
5.4 Cálculo amostral	25
5.5 Análise estatística	25
5.6 Aspectos éticos	26
6 RESULTADOS	27
6.1 Características da amostra	27
6.2 Comparação do estado nutricional entre os grupos	28
6.3 Percentual de ingestão de acordo com os grupos	28
6.4 Produto social	30
6.4.1 Cartilha de orientação para alimentação domiciliar por via oral.....	30
7 DISCUSSÃO	31
8 POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	35
9 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente	43
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Voluntário.....	44
APÊNDICE C - Formulário de Avaliação Nutricional	45

APÊNDICE D - Formulário de Avaliação da Aceitação da Terapia Nutricional Via Oral.....	47
APÊNDICE E - Formulário de Avaliação da Aceitação Via Oral e Coleta de Dados Clínicos e Demográficos	48
APÊNDICE F - Cartilha de Orientação para Alimentação Domiciliar Por Via Oral.....	49
ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	51

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição em pacientes hospitalizados no Brasil e no mundo é altamente prevalente, atingindo até 80% desses pacientes (NICE, 2014). Afeta não apenas adversamente a sua condição clínica, como também aumenta o risco de complicações elevando os custos com os serviços de saúde (MALAFAIA, 2009). Além disso, a incidência de complicações, infecciosas e não-infecciosas está aumentada de duas a seis vezes em pacientes desnutridos, aumentando, assim, o tempo de permanência nos hospitais, as comorbidades e a mortalidade (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 1999; LAMB; PARR; LAMB; WARREN, 2009; RUFENACHT *et al.*, 2010; THIBAUT *et al.*, 2011; BAUER *et al.*, 2011; AGARWAL, E. *et al.*, 2012).

Em ambiente hospitalar, a desnutrição pode ser resultado de desordens (a) metabólicas que aumentam as necessidades nutricionais ou (b) clínicas ou psicológicas que reduzem o apetite e conseqüentemente provocam a redução da ingestão de alimentos (DUPERTUIS *et al.*, 2003).

A diminuição da ingestão por via oral (VO) pode ocorrer também devido às prescrições de dietas modificadas, tais como: dieta com sal controlado, para diabetes ou com texturas diferenciadas, ou ainda, decorrente da falta de flexibilidade do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) por restringir horários para a refeição. Além disso, a falta de auxílio para alimentação do paciente por parte da equipe de enfermagem também pode ser um fator que reduza a ingestão de alimentos (DUPERTUIS *et al.*, 2003).

Observa-se que existem fatores intra-hospitalares e sociais envolvidos na falta da administração da alimentação ao paciente. No hospital pesquisado, a oferta de alimentos ao paciente é prejudicada em virtude das equipes de enfermagem reduzidas e da elevada demanda de procedimentos técnicos entre outros cuidados que são priorizados. Além disso, há indivíduos que não dispõem de auxílio para alimentação por não possuírem familiares ou cuidadores no horário das refeições (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CANOAS, 2014).

No hospital objeto do estudo, percebe-se que são comuns pacientes submetidos à terapia nutricional enteral (TNE) exclusiva por não possuírem auxílio à alimentação por VO, ou seja, pacientes fisiologicamente aptos à alimentação VO, mas que necessitam de auxílio para realizar as refeições. Nesse hospital, os gastos com dietas enterais representam 5,65% na curva de gastos totais, sendo o segundo item mais dispendioso à instituição, ficando atrás apenas dos gases medicinais, que representam 5,88%. Os gastos anuais envolvidos com dietas

por sonda ficam em torno de R\$ 556.940,00. Por se tratar de um hospital filantrópico que atende 78% de pacientes através do Sistema Único de Saúde (SUS), os valores gastos com dietas enterais não são supridos. Quando há a necessidade de utilização de dietas especializadas (não-padrão) em função da patologia do paciente, o prejuízo à instituição é ainda maior, uma vez que essas dietas custam em média 107% a mais em relação à dieta padrão (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CANOAS, 2014).

Faz-se necessário enfatizar que, nesta instituição, existem fatores sociais inerentes ao paciente que se relacionam estreitamente à sua evolução para a TNE. É recorrente a falta de administração da dieta VO pela equipe de enfermagem, em decorrência da grande demanda de trabalho e das equipes de enfermagem reduzidas, sendo priorizadas outras tarefas de cuidados em detrimento da alimentação, tais como: verificação de sinais vitais, administração de medicação, passagem de sondas, realização de curativos e banho.

Além desses fatores, há outro de igual importância: a necessidade de que o alimento seja oferecido de forma segura ao paciente do ponto de vista sanitário. A refeição não deve ficar exposta à temperatura ambiente por mais de trinta minutos. Esse fator restringe o tempo que a equipe de enfermagem dispõe para administrar as refeições ao paciente, que acaba por priorizar outras tarefas de cuidado. Visando esse controle sanitário dos alimentos, as equipes operacionais do SND são orientadas a recolher a bandeja de alimentação quando passados trinta minutos da sua dispensação (SÃO PAULO, 1999).

Estudo realizado por Azambuja (2013) verificou que o percentual de ingestão por VO é aquém do ideal, nesse sentido, faz-se necessário avaliar a efetividade de um programa de voluntários capacitados que auxiliam a alimentação de pacientes hospitalizados.

Considerando-se a prevalência de desnutrição entre pacientes adultos hospitalizados e o cenário em que não possuem auxílio para alimentar-se, a presente dissertação teve a seguinte questão norteadora: um programa de auxílio para alimentação, com voluntários capacitados, aumenta a ingestão de alimentos pela VO de pacientes adultos hospitalizados?

2 JUSTIFICATIVA

Diante dos elevados índices de desnutrição intra-hospitalar e de suas repercussões clínicas que, muitas vezes, levam a desfechos negativos, a ingestão por VO tem sido uma preocupação constante dos profissionais de saúde e dos gestores.

Dentre as limitações da ingestão por VO nos hospitais pode-se citar prescrições de dietas com sal ou açúcar controlado, restrição de horários para servir a refeição, falta de auxílio para alimentação do paciente por parte da equipe de enfermagem e a ausência de acompanhante ou cuidador no horário da refeição.

Estudos têm avaliado a quantidade de alimentos prescritos e efetivamente ingeridos por VO, nesse sentido, é necessário verificar se um programa de voluntariado para auxílio à alimentação de pacientes hospitalizados melhora os percentuais de ingestão por VO.

Dentro deste contexto cabe ressaltar a experiência da autora como gestora e nutricionista assistencial em vivenciar as dificuldades próprias da Instituição pesquisada e dos familiares ou acompanhantes em alimentar efetivamente adultos hospitalizados acamados.

Nesse sentido a presente dissertação ocupou-se em verificar se pessoas voluntárias, capacitadas em auxiliar pacientes a alimentarem-se por VO, podem melhorar a ingestão de alimentos com vistas a manter e/ou melhorar o estado nutricional e evitar o uso de sondas de alimentação.

3 OBJETIVOS

O presente capítulo apresenta os objetivos desta dissertação.

3.1 Objetivo geral

Comparar o percentual de ingestão oral das refeições principais de pacientes adultos hospitalizados submetidos ou não a um programa de auxílio com voluntários capacitados.

3.2 Objetivos específicos

1) Comparar o estado nutricional antes, durante e ao término do programa (que

ocorreu 15 dias após a inclusão no estudo) entre os pacientes submetidos ou não ao programa de auxílio para alimentação;

- 2) Verificar os motivos pelos quais os pacientes não ingerem a refeição almoço;
- 3) Desenvolver uma cartilha, com orientações acerca dos cuidados necessários para a administração das refeições por VO;
- 4) desenvolver um curso de capacitação para orientação de cuidadores para a alimentação por VO.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Desnutrição e a importância da terapia nutricional

Desnutrição pode ser definida como um desequilíbrio metabólico causado por aumento das necessidades energético-proteicas, inadequado consumo de nutrientes e alterações na composição corporal e nas funções fisiológicas (BOTTONI, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) define desnutrição como um desequilíbrio celular entre o suprimento de nutrientes e energia e a demanda do corpo para garantir o seu crescimento, manutenção e funções específicas (WHO, 2000; LAMB; PARR; LAMB; WARREN, 2009).

A desnutrição no âmbito hospitalar, identificada nas décadas de 70 e 80, acomete de 29% a 54% dos pacientes hospitalizados no mundo. Está consolidado por meio de evidências científicas que o paciente desnutrido apresenta maiores índices de complicações, algumas fatais, envolvendo períodos mais longos de internação e de afastamento social (BOTTONI, 2007). A piora do estado nutricional é observada durante a hospitalização, sendo que cerca de 30% a 40% dos pacientes perdem peso durante este período (MEIER; STRATTON, 2004).

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) avaliou o estado nutricional de 4.000 pacientes internados em hospitais do SUS, em 12 estados brasileiros. Os resultados revelaram 48,6% de pacientes desnutridos, dos quais 12,7% eram desnutridos graves e 35,5% eram desnutridos moderados. Além disso, o Ibranutri identificou aumento da prevalência de desnutrição de 30,1% na admissão para 60,1% após quinze dias de hospitalização. Os pacientes desnutridos permaneceram em média seis dias a mais internados do que os não-desnutridos. A taxa de complicação no grupo não-desnutrido foi de 16,8% *versus* 27% entre os doentes desnutridos (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 1999).

Na Alemanha e Inglaterra, os índices de desnutrição entre os pacientes hospitalizados são de 20 a 50% (FREW; CANT; SEQUEIRA, 2010); na Austrália, de 14 a 76% (BAUER *et al.*, 2011), e na Nova Zelândia, de 11 a 47% (AGARWAL, *et al.*, 2012).

Em estudo realizado com pacientes adultos internados no Hospital das Clínicas de Porto Alegre/RS, objetivando verificar a prevalência de desnutrição naquele local, verificou-se que 51,4% dos pacientes estavam desnutridos, sendo que 31,4% apresentavam-se gravemente desnutridos (MELLO; TEIXEIRA; BEGHETTO; LUFT, 2003).

Portanto, a desnutrição energético-proteica (DEP), por ser altamente prevalente (até 80% dos pacientes hospitalizados) [NICE, 2014], pode afetar não apenas adversamente a condição clínica do paciente, como também aumentar o seu risco de complicações e, por meio disso, elevar os custos com os serviços de saúde (MALAFAIA, 2009). Além disso, a incidência de complicações infecciosas e não-infecciosas está aumentada de duas a seis vezes em pacientes desnutridos, aumentando, assim, o tempo de permanência nos hospitais, as comorbidades e a mortalidade (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 1999; LAMB; PARR; LAMB; WARREN, 2009; THIBAUT *et al.*, 2011; BAUER *et al.*, 2011; AGARWAL *et al.*, 2012).

Em 2005, na cidade de São Paulo, foi realizado um estudo transversal com o intuito de identificar fatores de risco para desnutrição em pacientes internados. Os achados da amostra foram de 60,7% de desnutrição e as variáveis encontradas associadas à desnutrição foram presença de: perda de peso recente e involuntária, ossatura aparente, redução de apetite, diarreia e ingestão energética inadequada. O estudo concluiu que os fatores associados à desnutrição podem ser levantados no momento da internação e conduzirem a uma avaliação que permita adequada terapia de intervenção e recuperação nutricional (PHILLIPI; AQUINO, 2011).

Em um estudo multicêntrico realizado na América Latina, constatou-se que 50,2% dos pacientes estavam desnutridos e 11,2% desnutridos graves, contudo, somente 23,1% dos registros dos pacientes continham informações sobre questões relacionadas à nutrição (CORREIA; CAMPOS, 2003). Este fato demonstra o quanto a equipe de enfermagem deixa de se importar com a alimentação do paciente, desconsiderando-a como parte do cuidado. Não só a falta de conhecimento dos profissionais e da definição de responsabilidades interfere em um bom suporte nutricional, mas também a falta de interesse de todos os envolvidos no cuidado do paciente (LARSEN *et al.*, 2007).

Para garantir que os pacientes sob risco nutricional sejam identificados e tratados adequadamente, é necessário implantar políticas que incorporem à prática clínica rotineira a triagem nutricional e estratégias terapêuticas de combate imediato à desnutrição. Dessa forma, pode-se reduzir o ônus econômico dessa condição de custo sabidamente elevado. A desnutrição é prejudicial tanto do ponto de vista fisiológico quanto clínico e compromete a qualidade de vida, retardando o processo de recuperação da doença. Estimativas recentes indicam também que esse quadro tem custo extremamente elevado para a sociedade. No Reino Unido, os gastos com desnutrição relacionada à doença foram estimados em mais de 13 bilhões de libras anuais (STRATTON, 2011).

A intervenção nutricional pode evitar ou reduzir o risco de desnutrição e consequentemente o tempo de internação e os custos, aumentar o *turnover* de leitos e

melhorar os resultados clínicos (TUCKER; MIGUEL, 1996).

Quando a alimentação pela VO está comprometida, não é segura ou suficiente, é necessário que os nutrientes sejam repostos por outros meios. Nesse sentido a terapia nutricional enteral (TNE) pode ser uma alternativa terapêutica para manutenção ou recuperação do estado nutricional.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 1999) define TNE como “alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição química definida ou estimada, especialmente elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializados ou não”.

A TNE está indicada para pacientes subnutridos ou quando há risco de desnutrição, ou seja, quando a ingestão oral for inadequada para prover de 2/3 a 3/4 das necessidades diárias nutricionais, desde que o trato gastrointestinal esteja total ou parcialmente funcionando (CUPPARI, 2009). As diretrizes europeias e americanas de nutrição enteral recomendam que todo o paciente que não pode ser alimentado por VO em três dias deve receber nutrição enteral, uma vez que a oferta insuficiente de nutrientes pode resultar em déficits nutricionais em 8 a 10 dias (VILLET *et al.*, 2005).

O uso da TNE é associado a uma redução nas complicações infecciosas hospitalares, declínio na taxa global de infecção e diminuição nos dias sob ventilação e na UTI, além de aumento da imunoglobulina A (IgA) (STUMP, 2011). Por outro lado, as complicações relacionadas a TNE incluem anormalidades gastrointestinais, mecânicas, metabólicas, infecciosas, respiratórias e psicológicas (WAITZBERG, 2006).

Embora a TNE seja capaz de preservar a vida, esse tipo de terapia pode ser considerada dispensável caso não se mostre apta a melhorar o prognóstico, o conforto ou o estado geral de saúde do paciente (STUMP, 2011). A maioria dos pacientes desnutridos ou sob risco de desnutrição pode ser tratada com alimentação oral, utilizando-se variadas abordagens dietéticas, inclusive modificação da dieta, aconselhamento nutricional e/ou suplementos nutricionais orais (STUMP, 2011).

Segundo Ribeiro (2010), a porcentagem de pacientes desnutridos aumenta com o tempo de internação hospitalar. Embora exista uma série de fatores próprios do indivíduo e da doença de base, determinando uma internação mais longa e aumentando as chances para desenvolver desnutrição, há fatores inegáveis intra-hospitalares geradores de desnutrição. São eles: negligência na avaliação nutricional e na intervenção nutricional, programação aleatória de exames e procedimentos que exijam jejum desrespeitando-se os horários de alimentação, suspensão sumária da nutrição enteral (NE) já nos primeiros sinais de diarreia ou aumento do

volume do resíduo gástrico, realização de procedimentos cirúrgicos eletivos em pacientes desnutridos sem antes submetê-lo a um período de terapia nutricional que os prepare melhor para a cirurgia.

Conforme o *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE, 2014), que divulgou recentemente orientações para a redução de custos dos serviços de saúde, observou-se que entre as quatro primeiras estava o suporte nutricional (oral, enteral e parenteral).

Previsões conservadoras sobre redução do número de internações e do tempo de permanência no hospital, além de uma demanda mais baixa por consultas médicas, indicam a possibilidade de economias significativas (DETSKY *et al.*, 1987; ASSIS, 2013; NICE; 2014).

Diante dos dados apresentados acerca do cenário mundial em relação à desnutrição hospitalar, surgiram iniciativas com o intuito de modificar esta realidade. Uma destas, a qual merece destaque, é um projeto internacional sem fins lucrativos, denominado *Nutrition Day*, que, desde 2006, objetiva melhorar o conhecimento e a consciência em relação à desnutrição em âmbito hospitalar. Anualmente, acontece uma auditoria multicêntrica em um único dia, avaliando a prática nutricional dos hospitais. Esse projeto objetiva construir um mapa preciso da prevalência de desnutrição antes da internação e da redução da ingestão de nutrientes de acordo com os fatores de risco, especialidade médica, estruturas organizacionais e países. Além disso, o *Nutrition Day* também tem como objetivo aumentar a conscientização sobre nutrição clínica em pacientes, profissionais de saúde e gestores hospitalares (NUTRITION DAY, 2010).

Os cuidados com a alimentação do paciente estão descritos e são dos mais antigos da enfermagem enquanto ciência, precedendo até mesmo outros para os quais esses profissionais dispõem maior atenção e que não há questionamento em relação à responsabilidade das equipes de enfermagem, como, por exemplo, prevenção de quedas e úlceras por pressão. Florence Nightingale já destacava em seus registros os cuidados com a nutrição/alimentação do paciente, os quais deveriam ser tão importantes quanto a ventilação do ambiente dos enfermos (NIGHTINGALE, 1989). Portanto, entende-se que a alimentação como um todo (avaliação e registro) faz parte do cuidado global do paciente e deveria estar inserida na rotina assistencial do enfermeiro; este profissional precisa reconhecer a nutrição como parte do tratamento.

4.2 Avaliação do estado nutricional

O estado nutricional de um indivíduo é o resultado da relação entre o que o indivíduo ingere e as suas necessidades nutricionais (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

Desta forma, a avaliação nutricional tem como objetivo identificar pacientes em risco, colaborando para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde, monitorando a sua evolução.

4.2.1 Avaliação subjetiva global

A Avaliação Subjetiva Global (ASG) é um método simples de avaliação nutricional que consiste em um questionário acerca da história clínica e exame físico do paciente. Foi proposta por Detsky et al. (1987) como sendo um instrumento de larga utilização na prática clínica. Os objetivos dela são (a) facilitar o diagnóstico nutricional e (b) possibilitar o prognóstico do paciente, identificando aqueles que possuem maior risco de sofrer complicações associadas ao seu estado nutricional durante a internação hospitalar. Esta avaliação pode ser aplicada por qualquer profissional envolvido no cuidado do paciente, desde que capacitado. Desta forma, trata-se de um método simples, de baixo custo e não-invasivo, realizado à beira do leito. O seu uso foi descrito pela primeira vez há quase vinte anos (SILVA; BARROS, 2002).

Estudos realizados com pacientes renais demonstraram que a ASG parece ser um método confiável e válido, ainda que seja subjetivo (LOCATELLI *et al.*, 2002; SEGALL *et al.*, 2009; MUTSERT *et al.*, 2009; OLIVEIRA; ANDRADE; ACURCIO, 2012).

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar a concordância entre observadores de medidas antropométricas e a ASG de adultos hospitalizados demonstrou que, de um modo geral, há uma boa reprodutibilidade em relação à classificação do estado nutricional destes pacientes, quando avaliadores treinados empregam métodos antropométricos, perda de peso e a própria ASG (BEGHETTO; LUFT; MELLO; POLANCZYK, 2007).

O questionário da ASG é composto por (a) anamnese, que verifica dados da história do paciente, com o objetivo de avaliar a perda de peso nos seis meses anteriores à avaliação, modificações na dieta habitual, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional física e o grau de estresse; (b) exame físico, que visa medir a perda de gordura e classifica o paciente em normal, leve ou moderadamente depletado, gravemente depletado, perda de gordura

subcutânea, perda de massa muscular, se há a presença de edema sacral, de tornozelo ou ascite e (c) categoria da ASG, que classifica o paciente em bem nutrido (7 pontos), levemente desnutrido (7-17 pontos), desnutrido moderado (17-22 pontos) ou desnutrido grave (>22 pontos). A classificação é feita conforme a pontuação obtida nos itens “A” e “B”.

4.3 Avaliação do consumo alimentar

A avaliação do consumo alimentar é realizada com o objetivo de fornecer subsídios para o planejamento, desenvolvimento e implantação do plano nutricional do paciente e deve integrar o protocolo de atendimento da avaliação nutricional. O objetivo desta avaliação é de estimar se a ingestão está adequada e identificar hábitos inadequados e/ou a ingestão em excesso de alimentos pobres em conteúdo nutricional (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

Segundo estudo realizado através de questionário enviado via *Internet*, aplicado entre a comunidade científica cadastrada na Plataforma Lattes, que possuía como objetivo verificar a eficácia da avaliação e do monitoramento do estado nutricional de pacientes hospitalizados, em 2010, a prática de monitorar a ingestão alimentar e a partir disso intervir com adaptações alimentares possui grande impacto não só na melhora no estado nutricional destes pacientes, como também no custo da internação (DUCHINI; JORDÃO; BRITO; DIEZ-GARCIA, 2010).

O estudo cita, também, que idosos podem tornar-se inapetentes e não ingerir nutrientes necessários, ainda que alimentação oferecida esteja nutricionalmente equilibrada, aumentando, assim, o risco de desnutrição e piora do quadro clínico, conseqüentemente aumentando o tempo de internação e os custos. Este estudo aponta, ainda, para a necessidade de que todos os pacientes internados estejam sob vigilância nutricional (avaliação do consumo alimentar e/ou alteração de peso) para que sejam realizadas as intervenções nutricionais necessárias (DUCHINI; JORDÃO; BRITO; DIEZ-GARCIA, 2010).

Entre os anos de 2011 e 2012, em um hospital terciário de Porto Alegre, foi realizado um estudo entre pacientes da unidade de oncologia/hematologia (os quais apresentam complicações clínicas importantes) que possuía como objetivo verificar a aceitação das dietas, relacionando com o estado nutricional destes pacientes, por meio da análise do resto-ingestão. O índice de resto-ingestão foi de aproximadamente 37% e significativamente maior entre os desnutridos, se comparado aos pacientes bem nutridos (58,8 x 46,4; $p=0,04$) (FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013).

Outro estudo, realizado em Santa Catarina/SC, em pacientes internados num hospital

público no município de Florianópolis, que também utilizou o método de resto-ingestão para avaliar a aceitação das dietas, apontou para a necessidade de se avaliar os processos de produção das refeições para que sejam elaboradas estratégias que estimulem a ingestão alimentar do paciente (SOUSA; GLORIA; CARDOSO, 2011).

Cabe salientar que o método de avaliação da ingestão de alimentos por meio da verificação do resto-ingestão é de difícil aplicabilidade, uma vez que são necessárias as pesagens dos utensílios vazios (tara), as quais são confrontadas com os pesos aferidos destes utensílios antes de chegarem ao leito (prato cheio) e também no retorno destes, ou seja, após a alimentação do paciente (prato vazio ou com rejeitos). Em hospitais de médio e grande porte, este método torna-se impossível de ser utilizado, em função da logística e dos fluxos de trabalho das equipes de nutrição (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CANOAS, 2014).

Neste sentido, instrumentos de fácil aplicabilidade, que podem ser utilizados por qualquer profissional bem treinado são necessários. A exemplo pode-se citar o instrumento utilizado na avaliação do consumo alimentar de pacientes cirúrgicos em um hospital universitário (ASSIS, 2013). A logística deste instrumento compreende a observação dos rejeitos alimentares imediatamente após a refeição ter sido consumida pelo paciente, indicando-se na representação gráfica esta quantidade, conforme a percepção do profissional.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um ensaio clínico quase experimental.

5.2 População

Os participantes da pesquisa foram os pacientes adultos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas do SUS, de um hospital de médio porte e de média complexidade, da região metropolitana de Porto Alegre.

Entre os meses de março e agosto de 2014, foram selecionados pacientes adultos hospitalizados com liberação médica para alimentação VO, que apresentavam condições de responder às questões da pesquisa e de consentir em participar do estudo. Foram excluídos pacientes de unidade psiquiátrica, emergência e internados na UTI, aqueles que iniciaram uso de TNE ou que não realizaram preenchimento adequado do formulário de avaliação da ingestão oral (quando esta informação não pode ser recuperada) ao longo do estudo.

De todos os pacientes internados no hospital pesquisado (em torno de 270 indivíduos), priorizou-se aqueles que estavam sob risco nutricional para participarem do estudo. Foram alocados 45 pacientes para receberem auxílio de voluntários e 45 para não receberem, através da inclusão aleatória desses indivíduos.

5.3 Logística para coleta de dados

As variáveis foram medidas através do instrumento denominado **Formulário de Avaliação da Aceitação da Terapia Nutricional Via Oral** (Apêndice D). Esse instrumento apresenta campo a ser preenchido com o nome e o número do prontuário do paciente, além da data e da descrição das refeições oferecidas pelo hospital (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, janta e ceia). É composto por círculos divididos em quatro partes, que representam pratos e que traduzem o percentual de ingestão oral. Quando o paciente ingeriu todo o conteúdo da refeição, foram pintadas as quatro partes da representação gráfica (100% = tudo); quando ingeriu 3/4 foram pintadas 3 partes da representação gráfica (75% =

mais da metade); quando ingeriu 1/2 foram pintadas 2 partes da representação gráfica (50% = metade); quando ingeriu 1/4 foi pintada uma parte da representação gráfica (25% = menos da metade) e quando não ingeriu nada, não foram pintadas quaisquer partes da representação gráfica (0% = nada). Para este estudo, foram observadas apenas a refeição almoço, uma vez que a disponibilidade dos voluntários era somente neste horário e também por se tratar da maior refeição oferecida ao paciente, representando 30% do valor energético total (VET) diário. O jejum representa 25% do VET, o lanche da manhã 5% do VET, o lanche da tarde 10% do VET, o jantar 25% do VET e a ceia 5% do VET. O formulário foi preenchido pelo voluntário previamente capacitado, logo após a refeição ser administrada ao paciente.

Após preenchido o **Formulário de Avaliação da Aceitação da Terapia Nutricional Via Oral** (APÊNDICE D), o voluntário o entregava à nutricionista pesquisadora, que realizava a tabulação dos dados.

Também foi utilizado, pela pesquisadora, um instrumento denominado **Formulário de Avaliação da Aceitação Via Oral e Coleta de Dados Clínicos e Demográficos** (APÊNDICE E), para registrar as informações clínicas e demográficas dos pacientes incluídos no estudo.

A seleção dos pacientes ocorreu a partir da classificação do estado nutricional do paciente no momento da admissão, por meio das ASGs, que foram aferidas pela pesquisadora. Os pacientes que, na ASG apresentaram desnutrição, ou seja, IMC menor ou igual a 18,5kg/m² participaram do estudo. Dentre esses pacientes, foram formados dois grupos: um grupo recebeu auxílio de voluntários para alimentação por VO, o outro grupo não recebeu. A cada sete dias, foi verificado o estado nutricional do paciente, através do IMC. Todos foram cadastrados e assinaram o TCLE versão para o paciente (APÊNDICE A).

A captação dos voluntários ocorreu através de comunicado enviado via correio eletrônico às coordenações dos cursos de Nutrição e de Enfermagem do Centro Universitário La Salle – Unilasalle, em Canoas/RS, explicando a que se propunha o estudo e solicitando divulgação do mesmo com o intuito de angariar acadêmicos voluntários. Participaram como voluntários do estudo sete acadêmicos do curso de enfermagem e dois acadêmicos do curso de nutrição. Estas pessoas procuraram a pesquisadora através de ligação telefônica, ocasião em que foi marcada uma reunião com todos para marcar a data do Curso de Capacitação para Alimentadores Voluntários. Antes de realizarem o curso, todos foram cadastrados e assinaram o TCLE versão para o voluntário (APÊNDICE B).

A capacitação os habilitou a auxiliar a administração da alimentação de pacientes que necessitavam deste auxílio. Esta capacitação foi composta pelos seguintes itens:

- a) como abordar o paciente na primeira visita;
- b) como preencher o TCLE;
- c) ética e postura;
- d) definição e importância da alimentação;
- e) cuidados na alimentação via oral do paciente (boas práticas);
- f) cuidados na alimentação do paciente em uso de sondas de alimentação e estímulo da via oral;
- g) horários das refeições;
- h) normas para acesso às áreas de manipulação de alimentos (copas e cozinha);
- i) como preencher o Formulário de avaliação da aceitação da terapia nutricional VO.

Após a capacitação, os voluntários estavam aptos a realizar a administração das refeições e a registrar em formulário padrão o percentual de alimentos ingeridos.

Procurou-se deixar cada voluntário com os mesmos pacientes, como estratégia de conhecer ao máximo o doente. Assim, cada paciente possuía um voluntário de referência.

No hospital objeto do estudo, a ASG e o Índice de Massa Corporal (IMC) do paciente fazem parte da triagem nutricional. O cálculo do IMC é realizado dividindo-se o peso (em quilos) pela altura (em metros) ao quadrado. A Sociedade Americana de Nutrição Enteral e Parenteral (ASPEN) considera (a) desnutrido o paciente com IMC inferior a 18,5 kg/m², (b) eutrófico um IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m², (c) IMC entre 25 e 29,9 kg/m² como sobrepeso e (d) IMC maior do que 30 kg/m² como obesidade (MUELLER; COMPER; DRUYAN, 2011). São considerados indivíduos sob risco nutricional grave aqueles que apresentam IMC inferior a 18,5 kg/m² ou perda de peso superior a 10% em seis meses (LOCHS *et al.*, 2006). Os idosos, por sua vez, são classificados da seguinte forma: (a) desnutrido um IMC menor do que 22 kg/m², (b) eutrófico um IMC entre 22 e 27 kg/m² e (c) obeso quando obtiver um IMC maior do que 27 kg/m² (NAJAS; NEBULONI, 2005). Este índice é frequentemente utilizado na predição da depleção nutricional, revelando boa correlação com morbidade e mortalidade, além de ser prático e de fácil aferição (CRUZ; BASTOS; MICHELI, 2012).

Como já foi dito anteriormente, a ASG faz parte da triagem nutricional do paciente no hospital estudado, sendo incorporada ao **Formulário de Triagem de Avaliação Global Subjetiva** (APÊNDICE C), tem como objetivo identificar indivíduos desnutridos ou sob risco nutricional, facilitando o início precoce para uma intervenção nutricional adequada. Trata-se de um método rápido e simples, realizado no momento da admissão em todos os pacientes (BEGHETTO *et al.*, 2008).

Estes instrumentos servem como balizadores para a conduta nutricional que é adotada

pela nutricionista assistente para cada paciente internado. No Formulário da Triage Nutricional foi acrescentado, ainda, além da conduta dietoterápica, uma escala que classifica o doente conforme o seu nível de gravidade, o qual determina a periodicidade de visitas da nutricionista ao paciente:

- a) nível 1: cirurgia de pequeno porte, investigação (exames), *check up*: visitas a cada três dias;
- b) nível 2: pacientes com doenças crônicas estáveis (Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca): visitas a cada dois dias;
- c) nível 3: pacientes com perda de peso >10% em 6 meses, baixa ingestão alimentar, vômitos ou diarreia, exames laboratoriais alterados, doenças hipercatabólicas: visitas diárias.

A importância da triagem nutricional é reconhecida pelo Ministério da saúde, que tornou obrigatória a implantação de protocolos para pacientes internados pelo SUS, como condição para a remuneração da TNE (ABNPE/ABN, 2011).

5.3.1 Procedimentos para o grupo de pacientes participantes do programa

A primeira visita foi de apresentação da pesquisa ao paciente e/ou familiar, obtendo o consentimento em participar da pesquisa e após coletando as assinaturas no termo de consentimento. A seguir eram aferidas as medidas antropométricas (peso e altura) para fins de avaliação do estado nutricional (EN) do paciente ao ingressar no programa.

Nos dias subsequentes, diariamente, às 10h30, os voluntários encontravam-se com a nutricionista pesquisadora junto ao SND do hospital, que lhes entregava os formulários de avaliação da aceitação da terapia nutricional VO. O próximo passo era dirigir-se ao leito do paciente e efetuar a administração da refeição e logo após, pintar as representações gráficas do formulário de avaliação conforme o percentual de refeição ingerido pelo paciente. Os formulários eram entregues para a pesquisadora e esta realizava a tabulação dos dados.

Os pacientes foram acompanhados durante quinze dias ou até iniciar o uso de sondas para alimentação ou, ainda, até alta ou óbito.

5.3.2 Procedimentos para o grupo de pacientes não participantes do programa

A primeira visita foi de apresentação da pesquisa ao paciente e/ou familiar, obtendo o consentimento em participar da pesquisa e após coletando as assinaturas no termo de consentimento. A seguir eram aferidas as medidas antropométricas (peso e altura) para fins de avaliação do EN do paciente ao ingressar no estudo. Nos dias subsequentes, diariamente, às 10h30, os voluntários encontravam-se com a nutricionista pesquisadora junto ao Serviço de Nutrição e Dietética do hospital, para que esta lhes entregasse os formulários de avaliação da aceitação da terapia nutricional VO. O próximo passo era dirigir-se ao leito do paciente após a refeição ter sido realizada e então pintar as representações gráficas do formulário de avaliação conforme o percentual de refeição ingerido pelo paciente. Os formulários eram entregues para a pesquisadora e esta realizava a tabulação dos dados.

Os pacientes foram acompanhados durante quinze dias ou até iniciar o uso de sondas para alimentação ou, ainda, até alta ou óbito.

5.4 Cálculo amostral

Estudo piloto realizado neste ano verificou que 50% dos pacientes submetidos ao programa de auxílio para alimentação ingeriram pelo menos a metade (50%) de uma refeição principal, enquanto que 80% dos pacientes sem auxílio ingeriram pelo menos a metade de uma refeição principal.

Para o cálculo do tamanho da amostra se utilizou os dados deste estudo piloto adotando-se a relação de 1:1, considerando-se o nível de significância de 5% e poder de 80%, por meio do Software WinPEPI, estimou-se a necessidade de inclusão de 90 pacientes (45 em cada grupo).

Foi constituída uma amostra probabilística aleatória simples.

5.5 Análise estatística

A análise dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk.

Variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média e desvio padrão e variáveis categóricas foram expressas como números absolutos ou percentuais. As

diferenças entre variáveis clínicas e os percentuais de ingestão VO entre os grupos foram avaliadas através do teste Chi-quadrado ou teste exato de Fisher para variáveis categóricas e o teste T de Student ou Wilcoxon para comparação de variáveis contínuas. Um valor de P bicaudal menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. Os dados foram tabulados em planilha de dados *Excel* e analisados pelo pacote estatístico SPSS versão 18 para *Windows*.

5.6 Aspectos éticos

Em atenção às determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos estabelecidas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário La Salle – Unilasalle sob o parecer número 21203313.0.0000.5307 (Anexo A) e autorizado pelo Hospital Nossa Senhora das Graças.

Foi solicitado aos sujeitos em estudo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como aos voluntários capacitados que responderam formulários da pesquisa.

6 RESULTADOS

6.1 Características da amostra

Foram inicialmente selecionados 341 pacientes para o estudo, destes, 251 não foram incluídos por terem tido alta ou terem ido a óbito antes de completarem 15 dias de acompanhamento. Com relação às características demográficas, verificou-se que a idade entre todos os participantes foi de $67,5 \pm 15,7$ anos, 46,7% eram do sexo masculino. Dentre as variáveis clínicas, verificou-se que a mediana do tempo de internação foi de 39 (25-73,5) dias. O principal motivo de admissão, no total, foi diabetes mellitus (46,5%), seguido de doenças cardiovasculares (38,9%), pulmonares (8,9%), SIDA (4,4%) e doenças renais (2,2%). As comorbidades encontradas em todos os participantes do estudo foram: as doenças cardiovasculares (61,3%), doenças pulmonares (22,6%), doenças renais (9,7%) e SIDA (6,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características Demográficas e Clínicas da Amostra.

Variável	Todos n=(%) - n=90	Grupo com auxílio de voluntários n=45	Grupo sem auxílio de voluntários n=45	P
Idade	67,5 ± 15,7	69,2 ± 14,8	65,9 ± 16,7	0,32
Sexo masculino	42 (46,7)	25 (55,6)	20 (44,4)	0,09
Motivo admissão primário				0,58
Doenças cardiovasculares	35 (38,9)	20 (44,4)	15 (33,3)	
Diabetes Mellitus	41 (45,6)	18 (40,0)	23 (51,1)	
Doenças renais	2 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)	
Doenças pulmonares	8 (8,9)	5 (11,1)	3 (6,7)	
SIDA	4 (4,4)	1 (2,2)	3 (6,7)	
Comorbidades				0,09
Doenças cardiovasculares	19 (61,3)	10 (66,7)	9 (56,2)	
Doenças renais	3 (9,7)	-	3 (18,8)	
Doenças pulmonares	7 (22,6)	5 (33,3)	2 (12,5)	
SIDA	2 (6,5)	-	2 (12,5)	
EN admissão				0,45
Desnutrido	47 (52,2)	22 (48,9)	25 (55,6)	
Eutrófico	42 (46,7)	23 (51,1)	19 (42,2)	
Obeso	1 (1,1)	-	1 (1,1)	
Desfecho				0,58
Alta hospitalar	67 (74,4)	33 (73,3)	34 (75,6)	
Óbito	16 (17,8)	7 (15,6)	9 (20,0)	
Uso TNE	1 (1,1)	1 (2,2)	-	
Permaneceu internado	6 (6,7)	4 (8,9)	2 (4,4)	
IMC admissão	20 ± 2,88	23,6 ± 4,4	22,6 ± 5,6	0,24
Tempo internação	39 (25 - 73,5)	39 (25 - 69,2)	37 (26 - 76)	0,91

Os dados estão expressos como média ± DP ou N (%). IMC - índice de Massa Corporal. SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. TNE - Terapia Nutricional Enteral. Canoas/RS. 2014.

Como desfecho, na totalidade da amostra, ou seja, 74,4% obtiveram alta hospitalar, 17,8% foram a óbito, 6,7% permaneceram internados e 1,1% fizeram uso de TNE. Em nenhuma destas características houve diferença significativa entre os grupos (Tabela 1).

Quanto ao EN por meio da ASG, no momento da admissão hospitalar 52,2% estavam desnutridos, 46,7% eutróficos e 1,1% obeso (Tabela 1).

6.2 Comparação do estado nutricional entre os grupos

Por ocasião da admissão hospitalar houve uma tendência da média do IMC ser maior no grupo com auxílio de voluntários para alimentação ($21 \pm 2,8$ versus $19,9 \pm 2,8$) [$p=0,08$]. No momento da inclusão no estudo, o grupo que recebeu auxílio apresentou a média de IMC superior ao grupo que não recebeu auxílio ($19,6 \pm 2,6$ versus $18,3 \pm 2,5$) [$p=0,018$] (Tabela 2).

Após sete dias de inclusão no estudo não houve diferença na média do IMC entre os grupos. Ao término do estudo, na 15ª visita de acompanhamento, houve melhora significativa na média do IMC entre os pacientes do grupo que recebeu auxílio para alimentação ($20,3 \pm 2,8$ versus $18,9 \pm 2,7$; $p=0,024$). [Tabela 2].

Tabela 2 - Comparação do Estado Nutricional entre o Grupo Com e Sem Auxílio de Voluntários.

Variável	Todos n = 90	Grupo com auxílio de voluntários n=45	Grupo sem auxílio de voluntários n=45	P
IMC – admissão	$20,4 \pm 2,8$	$21,0 \pm 2,8$	$19,9 \pm 2,8$	0,08
IMC – inclusão	$18,9 \pm 2,4$	$19,6 \pm 2,3$	$18,3 \pm 2,5$	0,018
IMC – 7 dias	$19,5 \pm 2,8$	$19,9 \pm 2,8$	$19,1 \pm 2,7$	0,18
IMC – 15 dias	$19,6 \pm 2,8$	$20,3 \pm 2,8$	$18,9 \pm 2,7$	0,024

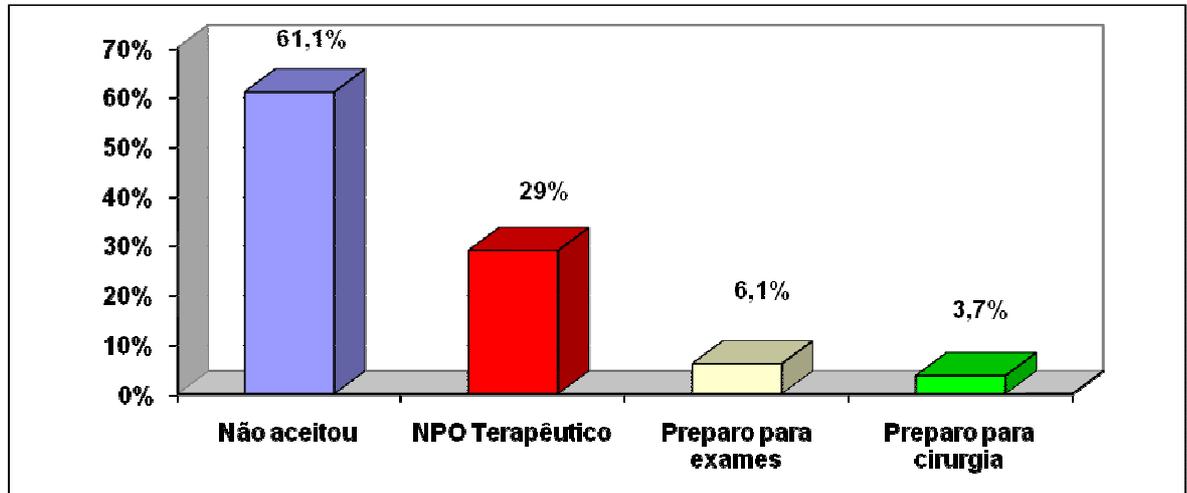
Os dados estão expressos como média \pm DP. Índice de Massa Corporal. Canoas/RS, 2014.

6.3 Percentual de ingestão de acordo com os grupos

Com relação aos motivos pelos quais os pacientes permaneceram em NPO, verificou-se que: 61,1% não aceitaram a refeição oferecida, 29% dos pacientes estiveram em NPO terapêutico (pancreatite, oclusão intestinal náuseas, vômitos, pós-operatório de cirurgias gastrointestinais), 6,1% dos pacientes estavam em preparo para exames e 3,7% em preparo

para cirurgia, sendo os três últimos por prescrição médica (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Motivos de jejum.



Dados expressos em percentuais. NPO: *nulla per os*. Canoas/RS, 2014.

Quanto aos percentuais de ingestão das refeições oferecidas, os dois grupos apresentaram diferenças significativas no nono dia, sendo que o grupo com auxílio de voluntários apresentou a mediana do percentual de ingestão de 100% (P25: 50 – P75: 100) e o grupo sem auxílio a mediana foi de 50% (P25:12 – P75: 100) [p=0,01]; e no décimo dia a mediana entre o grupo com auxílio foi de 75% (P25: 37,5 – P75: 100) e no grupo sem auxílio, de 50% (P:25 25 – P75: 100) [p=0,05]. Nos demais dias de acompanhamento não houve diferença entre os percentuais de ingestão entre os grupos (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação dos Percentuais de Ingestão.

Variável	Todos n = 90	Grupo com auxílio de voluntários n=45	Grupo sem auxílio de voluntários n=45	P
Ingestão dia 1	50 (12 – 100)	50 (12 - 75)	75 (12 - 100)	0,52
Ingestão dia 2	75 (12 – 100)	75 (25 - 100)	50 (12 - 100)	0,82
Ingestão dia 3	62,5 (21,7 – 100)	75 (37,5 - 100)	50 (6 - 100)	0,39
Ingestão dia 4	75 (25 – 100)	75 (25 - 100)	62,5 (25 - 100)	0,93
Ingestão dia 5	75 (21,7 – 100)	50 (12 - 100)	75 (25 - 100)	1,0
Ingestão dia 6	50 (25 – 100)	75 (18,5 - 100)	50 (25 - 100)	0,52
Ingestão dia 7	75 (25 – 100)	75 (18,5 - 100)	75 (25 - 100)	1,0
Ingestão dia 8	75 (25 – 100)	75 (25 - 100)	75 (25 - 100)	0,18
Ingestão dia 9	75 (25 – 100)	100 (50 - 100)	50 (12 - 100)	0,01
Ingestão dia 10	75 (25 – 100)	75 (37,5 - 100)	50 (25 - 100)	0,05
Ingestão dia 11	75 (25 – 100)	75 (50 – 100)	50 (25 – 100)	0,28
Ingestão dia 12	75 (25 – 100)	75 (25 – 100)	50 (25 – 100)	1,0
Ingestão dia 13	75 (25 – 100)	75 (25 – 100)	50 (25 – 100)	0,28

Ingestão dia 14	75 (25 – 100)	75 (25 – 100)	75 (25 – 100)	0,51
Ingestão dia 15	50 (25 – 100)	50 (12 -100)	50 (25 – 100)	0,83

Dados expressos como mediana e percentis (P25 - P75). Canoas/RS, 2014.

6.4 Produto social

6.4.1 Cartilha de orientação para alimentação domiciliar por via oral

A partir da pesquisa, foi elaborado um material didático denominado **Cartilha de Orientação para Alimentação Domiciliar por Via Oral** (APÊNDICE F), composto por informações acerca da alimentação VO. Este material foi entregue ao paciente e/ou à família no momento da alta hospitalar com o objetivo de orientar quanto à alimentação segura do ponto de vista nutricional, sanitário e fisiológico.

Utilizou-se linguagem de fácil entendimento, com o intuito de atingir todas as classes sociais.

Enfatizou-se que a alimentação é mais do que a ingestão de nutrientes e que é essencial para a boa saúde (BRASIL, 2014). Neste bloco, abordou-se, também, a forma correta de apresentação do alimento no prato, interação droga-nutriente e consistência adequada da dieta.

Os cuidados sanitários giraram em torno dos cuidados na escolha, conservação, manipulação e armazenamento dos alimentos. Enfatizou-se a técnica correta para higienização das mãos e a técnica correta de higienização de frutas, legumes e verduras (BRASIL, 2014; ANVISA, 2014). Reforçou-se, ainda, além da qualidade da água para preparo das refeições e da técnica correta para tornar a água potável por meio de fervura, orientações sobre como lidar com o lixo.

Com relação aos cuidados sob o ponto de vista fisiológico, abordou-se a importância de que seja solicitada a atenção do paciente para o ato de alimentar-se, além de desligar a televisão (caso esteja ligada) neste momento. Orientou-se, também, sobre a postura não só do paciente à hora das refeições, como também a postura do cuidador, que deve ser à mesma altura do paciente. Enfatizou-se a quantidade de alimento a ser oferecido por colherada, que deve ser pequena, além da necessidade de aguardar o tempo de mastigação e deglutição do paciente, e finalmente, oferecer líquidos somente ao término da refeição. A mastigação deve ser estimulada e o doente não deve falar enquanto come. Nos casos em que a pessoa faça uso

de dentaduras, se estas não estiverem bem fixadas, deverão ser retiradas antes de iniciar a refeição, neste caso, a consistência da dieta deverá ser pastosa. Para situações de pigarros ou de engasgos orientou-se sobre não bater nas costas do doente ou oferecer líquidos ou tampouco soprá-lo, apenas solicitar a tosse. Para pacientes com algum tipo de paralisia, orientou-se, além do que já foi citado, que o cuidador deve posicionar-se sempre ao lado que está comprometido para oferecer o alimento, sendo que o paciente deve estar com a cabeça virada para este lado ao engolir. Orientou-se sobre a temperatura dos alimentos. Enfatizou-se sobre o fato de que um paciente que sente dor possui mais dificuldades para aceitar a alimentação. Incluiu-se orientações para a alimentação de pacientes que fazem uso concomitante de TNE e dieta por VO, tais como: utilizar apenas a dieta indicada pela nutricionista para a alimentação por sonda, não utilizando alimentos caseiros, tais como café, sopa, refrigerantes, entre outros; por último, a importância de observar a evolução do paciente quanto à capacidade de alimentar-se sozinho (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009; CASTRO; SANTOS, 2013; ANVISA, 2014).

7 DISCUSSÃO

A implantação do programa com voluntários capacitados para auxílio à alimentação de pacientes hospitalizados mostrou-se efetiva sobre a quantidade da refeição ingerida no nono e décimo dia de acompanhamento. Nos demais dias, não houve diferença significativa entre os grupos. O presente estudo verificou que existem motivos, os quais prejudicam a alimentação por VO destes pacientes: 61% dos pacientes não aceitaram a refeição oferecida, 29% dos pacientes estiveram em NPO terapêutico (pancreatite, oclusão intestinal, náuseas, vômitos, pós-operatório de cirurgias gastrointestinais), 6,1% dos pacientes estavam em preparo para exames e 3,7% em preparo para cirurgia, sendo os três últimos por prescrição médica.

Em contrapartida ao que foi dito anteriormente, um estudo, publicado em 2007, que teve como objetivo analisar a frequência de fatores que podem afetar o consumo alimentar e o EN de pacientes internados em um hospital público do interior de São Paulo apontou para fatores dietéticos como a redução do apetite e do consumo da dieta hospitalar. Entre os fatores causais, os pacientes referiram as mudanças alimentares, troca de hábitos e troca de horários. Com relação a outros fatores, verificou que a presença da dor foi o maior fator não dietético que pode afetar o consumo alimentar (FONTANA; FERREIRA; CERRI, 2007). No nosso estudo, verificamos, ainda que de forma subjetiva, que os pacientes

Considera-se a investigação sobre o consumo alimentar de pacientes hospitalizados de fundamental importância, uma vez que é através desta análise que o nutricionista poderá traçar estratégias de manutenção e/ou recuperação do EN destes pacientes. Após realizado o estudo, foi instituída como protocolo do SND, a verificação diária do percentual de ingestão da refeição almoço do paciente, através do Formulário de Avaliação da Aceitação da Terapia Nutricional Via Oral, pois verificou-se que este dado oferece informação que pode ser utilizada para a assertiva na conduta dietoterápica.

Um estudo realizado entre idosos hospitalizados da região noroeste do Paraná/PR demonstrou existir associação entre o consumo alimentar e dependência para alimentar-se. Este estudo sugere como estratégia de reversão para esta situação, a necessidade de orientação nutricional aos cuidadores, uma vez que a alimentação é fator fundamental para a promoção e recuperação da saúde em todas as fases da vida (SASS; MARCON, 2012). No nosso estudo, percebeu-se que, embora os pacientes necessitassem de auxílio para a alimentação, de quinze dias de acompanhamento, somente em dois dias houve aumento da ingestão da refeição. Uma baixa/deficiente capacidade funcional pode ser um indicador de risco nutricional importante, uma vez que está particularmente associado à ingestão de alimentos (SASS; MARCON, 2012).

Em Blumenau, SC, foi realizado um estudo com pacientes hospitalizados, o qual não constatou associação estatística entre o percentual de ingestão do almoço acompanhado (mais que 75%) com a classificação do EN, porém destaca que 74% dos pacientes não ingeriram, naquela refeição, 75% do oferecido (CAMPANELLA et al., 2007). Apontou também que, a frequência de ingestão inferior a 75% do oferecido foi a mesma entre os que tinham ou não dificuldades de ingestão. Ainda neste estudo, como fator associado à desnutrição, demonstrou a dificuldade física para se alimentar (56% dos que apresentavam eram desnutridos), sendo que 47% tiveram uma ou mais dificuldades, sendo que as mais frequentes foram transporte do alimento até a boca (58,8%) e dificuldade de manipulação do prato (52,9%) (CAMPANELLA et al., 2007). No nosso estudo, foi possível verificar que, o fato de a alimentação chegar até o leito do paciente não era garantia de que o paciente a ingerisse, pois, no grupo em que não houve o auxílio dos voluntários, o paciente acabou não se alimentando.

Na região de Campinas, SP, foi realizada uma pesquisa com 926 pacientes, a qual concluiu que a maioria dos pacientes apresentou boa aceitação da dieta (74%), o que poderia sugerir um bom índice de monitoramento nutricional, com o intuito de prevenir decréscimo do EN (MERHI et al., 2008).

De um modo geral, no hospital em que foi realizado o presente estudo, verificou-se

que houve melhora no IMC dos pacientes. No grupo com auxílio, a média do IMC no momento da inclusão na pesquisa foi de $19,6 \pm 2,3 \text{ kg/m}^2$ e o IMC aos 15 dias de acompanhamento $20,3 \pm 2,8 \text{ kg/m}^2$. No grupo sem auxílio, também houve melhora. A média do IMC na inclusão da pesquisa foi de $18,3 \pm 2,5 \text{ kg/m}^2$ *versus* $18,9 \pm 2,7 \text{ kg/m}^2$ aos quinze dias de acompanhamento.

Faz necessário salientar que uma ingestão alimentar inadequada pode estar relacionada à doença de base, às mudanças dos hábitos alimentares e à insatisfação com as preparações oferecidas (FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013). No presente estudo, verificou-se que pacientes com pancreatite, por exemplo, não possuíam condições de alimentar-se, ficando em NPO.

Da mesma forma, está largamente descrito pela literatura que a desnutrição hospitalar acontece por diversos fatores, tais como redução da capacidade funcional, perda de apetite, falta de aptidão dos profissionais de saúde detectar o EN, infecções graves, ingestão alimentar reduzida, efeitos colaterais de medicamentos, doenças catabólicas crônicas, doenças crônico-degenerativas, dentre outros. Não raro um paciente evolui para óbito, não necessariamente pela sua doença de base, mas em decorrência da desnutrição (SANTOS; ABREU, 2005). No nosso estudo, todos os pacientes que foram incluídos na amostra estavam desnutridos no momento da inclusão na pesquisa, o que representa 33% da população total do hospital.

A dieta hospitalar é importante para garantir o aporte de nutrientes ao doente e assim garantir a manutenção ou recuperação do seu EN, através do seu papel co-terapêutico em doenças crônicas e agudas. A alimentação no ambiente hospitalar deve contemplar não só exigências fisiológicas do doente, como também as necessidades afetivas dos mesmos (FONTANA; FERREIRA; CERRI, 2007). Observou-se no nosso estudo que os voluntários traziam à pesquisadora questões relacionadas à alimentação que traduziam pedidos dos pacientes com relação a algumas preferências alimentares, que muitas vezes diziam respeito às saudades da alimentação domiciliar.

Estudo realizado entre julho de 2011 e fevereiro de 2012, em um hospital terciário de Porto Alegre, apontou que pacientes com câncer apresentaram elevado índice de resto-ingestão, sendo o maior percentual entre os desnutridos detectados na ASG. O estudo concluiu que deve haver monitoramento da ingestão entre pacientes com câncer, indivíduos vulneráveis à desnutrição (FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013). O nosso estudo despertou na equipe de nutrição do hospital a necessidade de que se incluía na rotina diária o acompanhamento da ingestão alimentar dos pacientes e, ainda, demonstrou que o método de resto-ingestão torna-se inviável em função das rotinas do SND serem repletas de

demandas dentro de um curto espaço de tempo para a realização das tarefas. Portanto, o método de observação e registro da ingestão alimentar utilizado na nossa pesquisa, torna-se mais rápido e de mais fácil aplicabilidade.

O nosso estudo demonstrou de forma subjetiva que os pacientes com auxílio de voluntário para alimentar-se, acabavam por apegar-se a eles, solicitando a sua presença na hora do almoço quando por algum motivo eles não podiam estar presentes. O estabelecimento do vínculo entre o paciente e o profissional da saúde pode ser uma possibilidade de se construir uma nova prática que beneficie a atenção à saúde (BRASIL, 2002).

Segundo publicação do Ministério da Saúde/UNESCO (2002), o vínculo constitui-se de uma relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, evitando consultas e internações desnecessárias.

Além disso, quando o vínculo se estabelece, ocorre uma aproximação mais efetiva, de modo a se estabelecer relações de escuta, de diálogo e de respeito. O vínculo deve ser visto como prática de saúde para melhoria da qualidade da atenção em saúde (BRUNELLO *et al.*, 2010).

Mais uma vez, enfatiza-se que a assistência não pode estar centrada apenas no elemento técnico, sobretudo, na relação profissional-paciente (SCHMITH *et al.*, 2011).

Por todos os fatos observados durante o presente estudo, fatos estes já descritos anteriormente, que interferem de forma negativa, ou seja, que podem reduzir a ingestão alimentar dos pacientes hospitalizados, é necessário que se entenda e se viva o paciente sob a ótica da Assistência Integral (AI), a qual substitui o cuidado por tarefa pelo método do cuidado integral. Isso significa atender com qualidade, entender o paciente no conjunto das suas necessidades (WEBER, 2009).

8 POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo observou a refeição de maior valor calórico oferecida ao paciente (almoço), contudo, representa 25% do VCT diário, ou seja, não representa a ingestão diária total.

Apesar do método utilizado no estudo, ou seja, a observação da refeição logo após o seu consumo e registrá-la no formulário, seja de fácil e rápida aplicabilidade e também de baixo custo, é necessário considerar que a interpretação dos rejeitos pode ser subjetiva, principalmente quando situa-se entre percentuais, como por exemplo, ingestão menor do que 25%, ou ainda, entre 50 e 70%. Contudo, a divisão das representações gráficas em quartis objetivaram evitar vieses de subjetividade (AZAMBUJA, 2013).

Com relação à ASG, que foi o ponto de partida do nosso estudo, podemos citar que este instrumento depende da memória do entrevistado, com relação a algumas perguntas. Outras desvantagens relacionam-se à precisão diagnóstica depender da experiência do entrevistador e também a ausência de critérios quantitativos que monitorem a evolução do paciente (MAICÁ; SCHWEIGERT, 2008).

Segundo o Projeto Diretrizes (ABNPE/ABN, 2011), no que se refere à triagem e avaliação do EN, apesar da grande variedade de medidas nutricionais, não se dispõe, até o momento, de um método padrão-ouro para a determinação do EN. Todas as medidas podem ser afetadas pela doença ou pelo trauma; não há, também, um método sem pelo menos uma limitação importante.

9 CONCLUSÃO

O programa de auxílio para alimentação é capaz de ajudar na melhora do IMC dos pacientes no 15º dia de acompanhamento. O presente estudo demonstrou que houve melhora significativa nos percentuais de ingestão alimentar no 9º e 10º dia de acompanhamento entre os pacientes que receberam auxílio para alimentação.

É necessário que ações sejam tomadas no sentido de que as equipes de saúde trabalhem de forma interdisciplinar e passem a considerar a alimentação como parte do cuidado do doente e, a partir disso, incorporem às suas rotinas e processos assistenciais, de forma definitiva, a administração das refeições, principalmente para pacientes que necessitam de auxílio para alimentar-se.

REFERÊNCIAS

ABNPE/ABN. Associação Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral [ABNPE]. Associação Brasileira de Nutrologia [ABN]. **Projeto Diretrizes:** triagem e avaliação do estado nutricional. ABNPE/ABN, 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/triagem_e_avaliacao_do_estado_nutricional.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

AGARWAL, E.; FERGUSON, M.; BANKS, M.; BAUER, J.; CAPRA, S.; ISENRING, E. Nutritional status and dietary intake of acute care patients: results from the nutrition care Day survey 2010. **Clinical Nutrition**, v. 31, n. 1, p. 41-7, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Informação nutricional obrigatória:** guia de bolso. obrigatória. Brasília: Anvisa. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/alimentos/rotulos/guia_bolso.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Portaria nº 337**, de 14 de abril de 1999. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos de exigidos para a terapia de nutrição enteral. Brasília: Anvisa, 1999.

ASSIS, M.C.S. **Impacto da terapia nutricional sobre infecção e permanência hospitalar em pacientes cirúrgicos:** estudo de coorte. 91 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina, 2013.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CANOAS. Hospital Nossa Senhora das Graças. **Consumo por centro de custos sintético por item.** Canoas: HNSG, jun. 2014.

AZAMBUJA, F.B. **Concordância entre a ingestão alimentar relatada pelo paciente cirúrgico e a registrada em prontuário pelos enfermeiros.** 61 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Escola de Enfermagem, 2013.

BAUER, J.; BANNISTER, M.; CROWHURST, R.; DENMEADE, S.L. et al. Nutrition day: an australian hospital's participation in international benchmarking os malnutrition. **Nutrition & Dietetics**, v. 68, p. 134-9, 2011.

BEGHETTO, M.G.; LUFT, V.C.; MELLO, E.D.; POLANCZYK, C.A. Avaliação nutricional: descrição da concordância entre avaliadores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 506-16, 2007.

BEGHETTO, M.G.; MANNA, B.; GANDAL, A.; MELLO, E.D.; POLANCZYK, C.A. Triagem nutricional em adultos hospitalizados. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 5, p. 589-601, set-out. 2008.

BOTTONI, A. Importância da terapia nutricional e da formação da equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) do Brasil. **Revista Nutrition Day Support**, módulo 1, p. 2-4, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Orientações aos cuidadores de pacientes acamados**. Brasília: INCA. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. UNESCO. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília. 2002.

BRUNELLO, M.E.F.; PONCE, M.A.Z.; ASSIS, E.G. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 131-5, 2010.

CAMPANELLA, L.C.A.; FARIAS, M.B.; BREITKOPF, T. et al. Relação entre padrão alimentar e estado nutricional de idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 22, n. 2, p. 100-6, 2007.

CORREIA, M.I.T.D.; CAMPOS, A.C.L. Prevalence of hospital malnutrition in latin America: the multicenter ELAN study. **Nutrition**, v. 19, n. 10, p. 823-5, 2003.

CRUZ, L.B.; BASTOS, N.M.R.N; MICHELI, E.T. Perfil antropométrico dos pacientes internados em um hospital universitário. **Revista HCPA**, v. 32, n. 2, 2012.

CUPPARI, L. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. Unifesp - Escola Paulista de Medicina. Nutrição Clínica no Adulto. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009.

DETSKY, A.S.; McLAUNGHLIN, J.R.; BAKER, J.P. JOHNSTON, N.; WHITAKER, S.; MENDELSON, R.A. et al. What is subjective global assessment of nutritional status? **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 11, p. 55-60, 1987.

DUCHINI, L.; JORDÃO, A.F.; BRITO, T.T.; DIEZ-GARCIA, R.W. Avaliação e monitoramento do estado nutricional de pacientes hospitalizados: uma proposta apoiada na opinião da comunidade científica. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 4, p. 513-22, jul-ago. 2010.

DUPERTUIS, Y.M.; KOSSOVSKY, M.P.; KYLE, U.G.; RAGUSO, C.A.; GENTON, L.; PICHARD, C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. **Clinical Nutrition**, v. 22, n. 2, p. 115-23, 2003.

FERREIRA, D.; GUIMARÃES, T.G.; MARCADENTI, A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. **Einstein**, v. 11, n. 1, p. 41-6, 2013.

FISBERG, M.R.; MARCHIONI, D.M.L.; COLUCCI, A.C.A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 5, 2009.

FONTANA, L.C.S.; FERREIRA, M.C.; CERRI, S.V.C. Análise dos fatores que podem afetar o consumo alimentar de indivíduos hospitalizados. In: 5ª Mostra Acadêmica UNIMEP, 23 a 25 e outubro de 2007. **Anais...** São Paulo: Universidade Metodista de Piracicaba, 2007.

FREW, E.; CANT, R.; SEQUEIRA, J. Capturing the data: Nutrition risk screening os adults in hospital. **Nutrients**, v. 2, p. 438-48, 2010.

KUBLER-ROSS, E. **A roda da vida**: memórias do viver e do morrer. 8. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1998. 313p.

LAMB, C.A.; PARR, J.; LAMB, E.I.; WARREN, M.D. Adult malnutrition screening, prevalence and management in a United Kingdom hospital: cross-sectional study. **British Journal of Nutrition**, v. 102, n. 4, p. 571-5, 2009.

LARSEN, K.L.; RASMUSSEN, H.H.; KONDRUP, J.; STAUN, M.; LADEFOGED, K. Management and perception of hospital undernutrition: A positive change among Danish doctors and nurses. **Clinical Nutrition**, v. 23, p. 371-80, 2007.

LOCATELLI, F.; FOUQUE, D.; HEIMBURGER, O. et al. Nutritional status in dialysis patients: a European consensus. **Nephrol Dial Transplant**, v. 17, p. 563-72, 2002.

LOCHS, H.; DEJONG, C.; HAMMARQVIST, F.; HEBUTENE, X.; LEON-SANZ, M.; SCHÜTZ, T. et al. Introductory to the ESPEN guidelines on enteral nutrition: terminology, definitions and general topics. **Clinical Nutrition**, v. 25, n. 2, p. 180-6, 2006.

MAICÁ, A.O.; SCHWEIGERT, I.D. Avaliação nutricional em pacientes graves. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 3, p. 286-95, 2008.

MALAFAIA, G. A desnutrição protéico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 2, p. 101-7, maio-ago. 2009.

MEIER, R.; STRATTON, R.J. Epidemiology of malnutrition. In: SOBOTKA, L. **Basics in**

clinical nutrition. 3th. ed. Prague: Galén, 2004.

MELLO, E.D.; TEIXEIRA, L.B.; BEGHETTO, M.G.; LUFT, V.C. Desnutrição hospitalar cinco anos após o Ibranutri. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 18, n. 2, p. 65-9, 2003.

MERHI, V.A.L.; AZANK, A.T.; CORREA, B. et al. Acompanhamento dietoterápico durante a internação em pacientes hospitalizados. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 803-14, 2008.

MUELLER, C.; COMPHER, C.; DRUYAN, M.E. ASPEN: Clinical guidelines: nutrition screening, assessment and intervention in adults. **Journal Parenteral Nutrition**, v. 35, n. 1, p. 16-24, 2011.

MUTSERT, M.; GROOTENDORST, D.C.; BOESCHOTEN, E.W. et al. Subjective global assessment of nutritional status is strongly associated with mortality in chronic dialysis patients. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 89, p. 787-93, 2009.

NAJAS, M.S.; NEBULONI, C.C. **Avaliação nutricional: geriatria e gerontologia**. Barueri: Manole, 2005. p. 299.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE [NICE]. **Cost saving guidance**. Disponível em: <www.nice.org.uk>. Acesso em: 5 mar. 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: Florence Nightingale – 1820-1910**. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

NUTRITION DAY. **Research project NutritionDay worldwide**. Nutrition Day, 2010. Disponível em: <www.nutritionday.org/uploads/media/nutritionday_long_international_2010.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2014.

OLIVEIRA, G.T.C; ANDRADE, E.I.G; ACURCIO, F.A. Avaliação nutricional de pacientes submetidos à hemodiálise em centros de Belo Horizonte. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 240-7, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Comentário geral n. 12: o direito humano à alimentação adequada**. Genebra: ONU, 1999.

PHILLIPI, S.T.; AQUINO, R.C. Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 637-43, 2011.

RIBEIRO, P.C. **Nutrição enteral precoce**. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral – SBNPE, v. 10, n. 21, p. 42-19, Dez. 2010.

RUFENACHT, U.; RUHLIN, M.; WEGMANN, M.; IMOBERDORF, R.; BALLMER, P.E. Nutritional counseling improves quality of life and nutrient intake in hospitalized undernourished patients. **Nutrition**, v. 26, p. 53-60, 2010.

SANTOS, V.A.; ABREU, S.M. Impacto da desnutrição no paciente adulto hospitalizado. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 6, p. 90-103, 2005.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. **Portaria CVS-6/99**, de 10 de março de 1999. Regulamento Técnico que estabelece os Parâmetros e Critérios para o Controle Higiênico-Sanitário em Estabelecimentos de Alimentos. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/E_PT-CVS-06_100399.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2014.

SASS, A.; MARCON, S.S. Dependência para alimentar-se e consumo alimentar em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 955-61, Nov-Dez. 2012.

SCHMITH, M.D.; SIMON, B.S.; BRÊTAS, A.C.PM. et al. Relações entre profissionais da saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 9, n.3, p. 479-503, Nov. 2011.

SEGALL, L.; MARDARE. N.G.; UNGUREANU, S. et al. Nutritional status evaluation and survival in haemodialysis patients in one centre from Romania. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 3, p. 1-5, 2009.

SILVA, M.C.G.B.; BARROS, A.J.D. Avaliação nutricional subjetiva. Parte 1: Revisão de sua validade após duas décadas de uso. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 39, n. 3 jul-set. 2002.

SINGER, P.; RICHARD, C. Espen guidelines on parenteral nutrition: Intensive Care. **Clinical Nutrition**, v. 28, p. 387-400, 2009.

SOUSA, A.A.; GLORIA, M.S.; CARDOSO, T.S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 2, p. 287-94, mar-abr. 2011.

STRATTON, R.C. Desnutrição: consequências e tratamento. Suplementos nutricionais orais: evidências favoráveis e aderência ao uso. **Support Advanced Medical Nutrition**, n. 1, 2011.

STUMP, S.E. **Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento**. 6. ed. São Paulo: Manole, 2011. p. 588-93; 876-94.

THIBAUT, R. et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: A 10-year comparative study of a prospective hospital survey. **Clinical Nutrition**, v. 30, p. 289-95, 2011.

TUCKER, H.N.; MIGUEL, S.G. Cost containment through nutrition intervention. **Nutrition Reviews**, v. 54, n. 4 Pt, p. 111-21, 1996.

VILLET, S.; CHIOLERO, R.L; BERGER, M. et. al. Negative impact of hypocaloric feeding and energy balance on clinical outcome in ICU patients. **Clinical Nutrition**, v. 24, p. 502-9, 2005.

WAITZBERG, D.L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2006. p. 385; 561; 723-5.

WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I.T.D. Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibranutri). **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 14, n. 2, p. 124-34, 1999.

WEBER, B. **Assistência Integral no Hospital Moinhos de Vento: estudo de caso de um modelo de gestão assistencial com foco na pessoa**. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação – Programa de Pós-Graduação em Educação. Mestrado em Educação. Porto Alegre, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Malnutrition the Global Picture**. WHO, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente

Projeto: Efetividade de um programa de auxílio para alimentação na ingestão oral de pacientes adultos hospitalizados

A desnutrição pode ser agravada por fatores sociais e intra-hospitalares, como a falta de profissionais ou acompanhantes que auxiliem na ingestão de alimentos. Nesse sentido, é necessário verificar a efetividade de um programa de voluntariado para auxílio à alimentação de pacientes hospitalizados. Portanto, gostaríamos de convidá-lo para participar de um estudo.

Este estudo irá avaliar a efetividade de um programa de auxílio à alimentação por meio de voluntários capacitados.

Os resultados deste estudo poderão ser úteis na construção de materiais de apoio para orientação acerca da alimentação de pacientes hospitalizados.

Antes de iniciarmos o estudo, iremos esclarecer quaisquer dúvidas que o (a) Sr (a) possa apresentar. Da mesma forma, se houver dúvidas durante a pesquisa, estaremos à disposição para saná-las. Caso haja qualquer tipo de desconforto durante o estudo, o (a) Sr (a) poderá reportar-se à pesquisadora responsável, a qualquer momento.

No nosso estudo, um grupo de pacientes será acompanhado durante o almoço e/ou jantar por voluntários capacitados. Outro grupo de pacientes não será acompanhado por voluntários durante as suas refeições. O acompanhamento será realizado durante 6 meses.

Se o(a) Sr(a) concordar em participar desta pesquisa terá o seu percentual de ingestão na refeição acompanhada anotado em um formulário de avaliação da ingestão oral. Se o grupo a que o(a) Sr(a) for sorteado não for acompanhado por voluntários, ainda assim o(a) Sr(a) terá o seu percentual de ingestão da refeição anotado em um formulário de avaliação da ingestão oral.

Todas as informações serão sigilosas e codificadas com um número que só os investigadores terão acesso. Os documentos do estudo serão arquivados por cinco anos em posse da pesquisadora, após este prazo, serão incinerados. Em nenhum momento seu nome ou qualquer informação sobre a sua saúde será fornecida para qualquer pessoa que não seja um dos investigadores. A informação será utilizada somente para fins de pesquisa.

Por fim, o(a) Sr(a) possui liberdade de optar pela sua participação ou não desta pesquisa e tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento sem a necessidade de comunicar à pesquisadora.

Este termo obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e será emitido em duas vias, sendo que uma delas será retida pelo(a) Sr(a) e a outra será arquivada pela pesquisadora.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos e da justificativa da pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre o questionário a que responderei e dos detalhes do protocolo de pesquisa. Também me foi garantido pelo pesquisador sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa.

Assinatura do paciente

Data:/...../.....

Assinatura do pesquisador
Nutr. Denise Muller Garateguy
Email: denigarateguy@hotmail.com. Fone : (51) 9694 4842

Data:/...../.....

Assinatura do orientador
Prof^ª Michelli Assis
Email: michelli.assis@unilasalle.edu.br. Fone: (51) 9803-5029

Data:/...../.....

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Voluntário

Projeto: Efetividade de um programa de auxílio para alimentação na ingestão oral de pacientes adultos hospitalizados

A desnutrição pode ser agravada por fatores sociais e intra-hospitalares, como a falta de profissionais ou acompanhantes que auxiliem na ingestão de alimentos. Nesse sentido, é necessário verificar a efetividade de um programa de voluntariado para auxílio à alimentação de pacientes hospitalizados.

Este estudo irá avaliar a efetividade de um programa de auxílio à alimentação por meio de voluntários capacitados.

Os resultados deste estudo poderão ser úteis na construção de materiais de apoio para orientação acerca da alimentação de pacientes hospitalizados.

Antes de iniciarmos o estudo, iremos esclarecer quaisquer dúvidas que o (a) Sr (a) possa apresentar. Da mesma forma, se houver dúvidas durante a pesquisa, estaremos à disposição para saná-las. Caso haja qualquer tipo de desconforto durante o estudo, o (a) Sr (a) poderá reportar-se à pesquisadora responsável, a qualquer momento.

No nosso estudo, um grupo de pacientes será acompanhado durante o almoço e/ou jantar por voluntários capacitados. Outro grupo de pacientes não será acompanhado por voluntários durante as suas refeições. O acompanhamento será realizado durante 6 meses.

Se o(a) Sr(a) concordar em participar desta pesquisa, além de auxiliar na alimentação do paciente, anotar em formulário específico (formulário de avaliação da ingestão oral) o percentual de ingestão do paciente na refeição.

Todas as informações serão sigilosas e codificadas com um número que só os investigadores terão acesso. Os documentos do estudo serão arquivados por cinco anos em posse do pesquisador, após este prazo, serão incinerados. Em nenhum momento seu nome ou qualquer outra informação sobre o Sr (a) será fornecida para qualquer pessoa que não seja um dos investigadores. A informação será utilizada somente para fins de pesquisa.

Por fim, o(a) Sr(a) possui liberdade de optar pela sua participação ou não desta pesquisa e tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento sem a necessidade de comunicar à pesquisadora.

Este termo obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e será emitido em duas vias, sendo que uma delas será retida pelo(a) Sr(a) e a outra será arquivada pela pesquisadora.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos e da justificativa da pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre o questionário a que responderei e dos detalhes do protocolo de pesquisa. Também me foi garantido pelo pesquisador sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa.

Assinatura do voluntário

Data:/...../.....

Assinatura do pesquisador
Nutr. Denise Muller Garateguy
Email: denigarateguy@hotmail.com. Fone: (51) 9694 4842

Data:/...../.....

Assinatura do orientador
Prof^ª Michelli Assis
Email: michelli.assis@unilasalle.edu.br. Fone: (51) 9803 5029

Data:/...../.....

APÊNDICE C - Formulário de Avaliação Nutricional

ETIQUETA	Motivo da internação:	
	História pregressa do Paciente:	
	Avaliação Antropométrica	
	Peso	Kg Alt cm
	IMC	kg/m ² Classificação IMC:

Avaliação subjetiva global do estado nutricional.

Selecione a categoria apropriada com um X ou entre com valor numérico onde indicado por “#”.

História:

1. Alteração no peso

Perda total nos últimos 6 meses: Total = #..... kg % perda = #.....

Alteração nas últimas duas semanas: () aumento () sem alteração () diminuição

2. Alteração na ingestão alimentar

() sem alteração

() alterada () duração = #..... semanas

Tipo: () dieta sólida subótima () dieta líquida completa () líquida hipocalóricas () inanição

3. Sintomas gastrintestinais (que persistam por >2 semanas)

() nenhum () náusea () vômito () diarreia () anorexia

4. Capacidade funcional

() sem disfunção

() disfunção () duração = #.....semanas

() tipo: () trabalho sub-ótimo () ambulatório () acamado

5. Doença e sua relação com necessidades nutricionais

Diagnóstico:

Especificar:

A. Demanda metabólica (estresse):

() sem estresse () baixo estresse () estresse moderado () estresse elevado

B. 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

C. Avaliação subjetiva global (selecione uma):

() A = bem nutrido

() B = moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido

() C = gravemente desnutrido

*Avaliação subjetiva global, segundo DETSKY et al. (1987).

Nível de gravidade

Nível 1: Cirurgia de Pequeno Porte/Investigação (exames)/*Check Up*.

- Acompanhamento na internação (1ª visita) com registro em prontuário;
- Assistência nutricional e evolução a cada 3 dias.

Nível 2: Pacientes com doença crônica estável (DM, HAS, IRC, ICC):

- Acompanhamentos diários de ingestão alimentar com registro em planilha;
- Assistência nutricional e evolução a cada 2 dias.

Nível 3: Pacientes com perda de peso > 10% em 6 meses/Baixa ingestão alimentar, vômitos ou diarreia/Exames laboratoriais alterados/Doenças hipercatabólicas:

- Acompanhamentos diários de ingestão alimentar com registro em planilha;
- Assistência nutricional e evolução diária em prontuário.

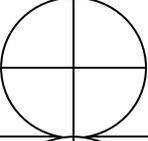
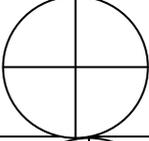
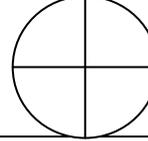
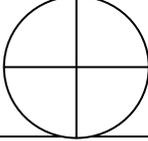
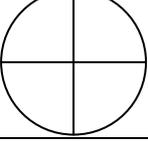
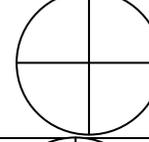
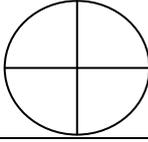
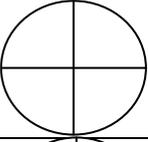
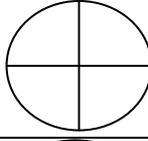
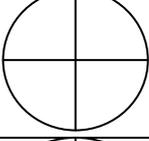
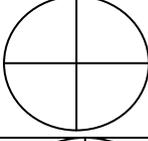
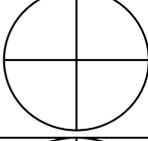
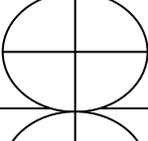
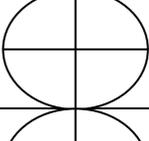
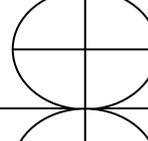
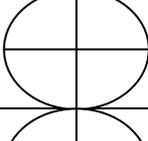
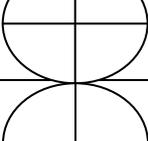
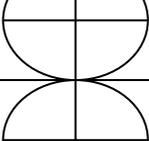
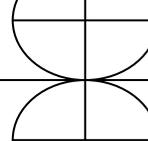
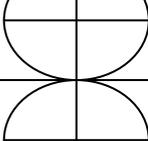
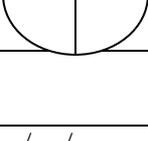
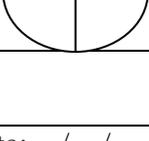
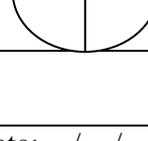
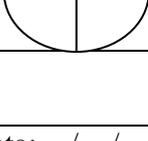
Conduta nutricional:

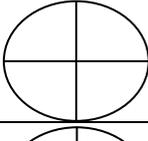
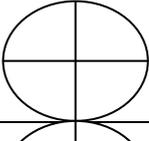
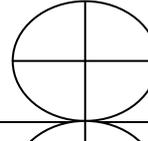
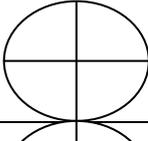
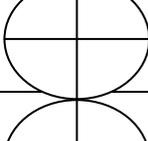
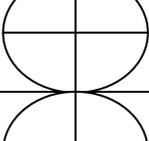
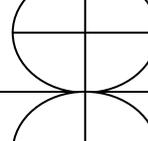
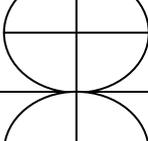
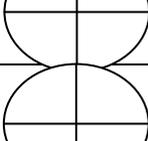
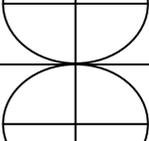
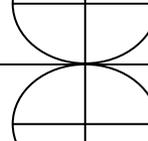
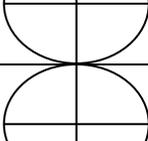
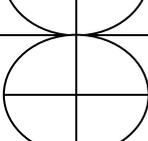
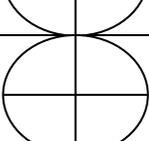
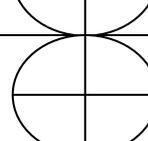
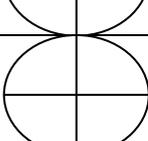
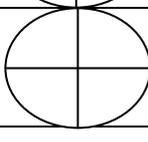
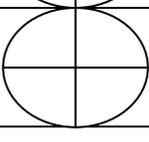
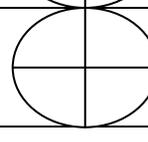
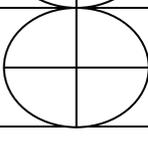
Nutricionista

Data ____/____/____

APÊNDICE D - Formulário de Avaliação da Aceitação da Terapia Nutricional Via Oral

Nº: _____ Nome: _____ Prontuário: _____

	Data: __/__/____	Data: __/__/____	Data: __/__/____	Data: __/__/____
Café manhã				
Lanche manhã				
Almoço				
Lanche tarde				
Janta				
Ceia				

	Data: __/__/____	Data: __/__/____	Data: __/__/____	Data: __/__/____
Café manhã				
Lanche manhã				
Almoço				
Lanche tarde				
Janta				
Ceia				

APÊNDICE F - Cartilha de Orientação para Alimentação Domiciliar Por Via Oral

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA ALIMENTAÇÃO DOMICILIAR POR VIA ORAL



Esta cartilha vai ajudar você a alimentar o seu familiar de forma segura!

CUIDADOS NA HORA DE ADMINISTRAR A REFEIÇÃO:

- ✓ Posicione-se à mesma altura do paciente;
- ✓ Verifique se o paciente está inclinado/sentado. Coloque um travesseiro sob os seus joelhos (para evitar que escorregue) e outro atrás da cabeça;
- ✓ Desligue a televisão e peça a atenção do paciente;
- ✓ Retire a prótese dentária do paciente caso esteja frouxa (oferecer dieta em consistência pastosa);
- ✓ Solicite que não fale enquanto come;
- ✓ Observe a temperatura do alimento antes de servi-lo. O paciente pode ter alguma redução na sensibilidade;
- ✓ Incentive a mastigação;
- ✓ Não encha muito a colher;
- ✓ Aguarde que o paciente engula antes de oferecer outra colherada;
- ✓ Ofereça líquidos somente ao término da refeição;
- ✓ Solicite a tosse caso o doente apresente pigarro ou engasgo. Não bata nas suas costas, não ofereça líquidos e não sobre-o;
- ✓ Realize a higiene oral sempre após todas as refeições;
- ✓ A dor desestimula o apetite, portanto, certifique-se de que o paciente esteja medicado com os analgésicos prescritos pelo médico para que a dor não dificulte a alimentação.

Obs1: Para o caso de pacientes com dieta via sondas de alimentação: não coloque qualquer tipo de alimento caseiro (sopa, café, coca cola, feijão, suco, etc) sólido ou líquido pela sonda. O paciente deve receber apenas a dieta indicada pela nutricionista;

Obs2: Sempre que possível, o paciente deve ser estimulado a comer sozinho, mesmo que no começo ele o faça muito lentamente. Observe a evolução do quadro e contate a nutricionista caso perceba que o paciente já possui condições de alimentar-se pela via oral;

Obs3: Para evitar risco de aspiração de alimentos, somente use canudinhos se houver liberação da nutricionista / fonoaudióloga.

FONTES:

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional de câncer. **Orientações aos cuidadores de pacientes acamados.** Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Alimentação saudável para a pessoa idosa-um manual para profissionais da saúde.** Brasília. 2009.



Em caso de dúvidas, faça contato!

Hospital Nossa Senhora das Graças
Serviço de Nutrição e Dietética
Fone: (51) 2102.1027

*Material elaborado pela Nutricionista Denise Muller Garateguy
2014*

Orientado por Dra. Michelli Assis - UnilaSalle

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO LA
SALLE - UNILASALLE/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efetividade de um programa de auxílio para alimentação na ingestão oral de pacientes adultos hospitalizados

Pesquisador: DENISE MÜLLER GARATEGUY

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 21203313.0.0000.5307

Instituição Proponente: Centro Universitário La Salle - UNILASALLE/RS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 539.526

Data da Relatoria: 19/12/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano: Efetividade de um programa de auxílio para alimentação na ingestão oral de pacientes adultos hospitalizados, a ser desenvolvido em um hospital de médio porte, da região metropolitana de Porto Alegre, sob orientação de Prof. Michelli Assis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar o percentual de ingestão oral das refeições principais de pacientes adultos hospitalizados submetidos ou não a um programa de auxílio para alimentação VO por meio de voluntários capacitados.

Objetivo Secundário:

- a) Comparar o estado nutricional antes, durante e após o programa (na alta hospitalar) entre os pacientes submetidos ou não ao programa de auxílio para alimentação;
- b) Verificar o percentual de pacientes que foram auxiliados por alimentadores voluntários.

Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, sala 303 Prédio 07

Bairro: Centro **CEP:** 92.010-000

UF: RS **Município:** CANOAS

Telefone: (51)3476-8452 **Fax:** (51)3472-3511 **E-mail:** cep.unilasalle@unilasalle.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO LA
SALLE - UNILASALLE/RS



Continuação do Parecer: 539.526

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Este estudo não agrega riscos adicionais aos pacientes que serão acompanhados, exceto pelo fato de que haverá risco pequeno de queda ou mal estar no momento da aferição do peso corporal.

Benefícios:

O programa de auxílio para alimentação poderá incrementar a ingestão alimentar dos pacientes hospitalizados que não possuem condições autônomas de alimentar-se. Este programa poderá ser efetivamente incorporado à prática assistencial na instituição em estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequações solicitadas pelo CEP foram realizadas:

- critérios de inclusão e exclusão redigidos adequadamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CANOAS, 24 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Sonara Lúcia Estima
(Coordenador)

Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, sala 303 Prédio 07
Bairro: Centro CEP: 92.010-000
UF: RS Município: CANOAS
Telefone: (51)3478-8452 Fax: (51)3472-3511 E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br