



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
CDEAD/ENSP
FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

RENATA SANTOS DUARTE DE ALMEIDA

Triagem nutricional: uso adequado da ferramenta para diagnóstico preciso da desnutrição no
Hospital Naval Marcílio Dias

Rio de Janeiro
2021

Triagem nutricional: uso adequado da ferramenta para diagnóstico preciso da desnutrição no
Hospital Naval Marcílio Dias

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientador: Dr. André Feijó Barroso

Rio de Janeiro

2021

Renata Santos Duarte de Almeida

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo a Deus pelo amparo nos momentos em que fraquejei, por me dar a força e a energia que precisava para, em um ano extremamente confuso pela pandemia do Covid-19, concluir este curso.

Ao meu marido Renato, a quem muitas vezes deixei de lado para me dedicar ao curso, aquele que ficou muitas vezes sozinho cuidando dos nossos filhos e que sempre me deu a força necessária ao meu crescimento.

Aos meus filhos amados Bernardo e Gabriel por terem sempre um abraço e um sorriso para me dar, por me entenderem quando eu não podia acompanhar suas brincadeiras e a quem amo e amarei com todo o meu coração para sempre.

Ao meu querido orientador, André Feijó Barroso, pelas suas orientações, incentivos e conforto. Por sempre ter uma palavra amiga e se preocupar com nosso bem-estar.

RESUMO

O estado nutricional pode ser definido como o resultado da relação entre a ingestão de energia, nutrientes e micronutrientes e do gasto com as necessidades do organismo, bem como a capacidade de digestão, absorção, utilização de nutrientes e a interação de fatores psicológicos. Este estado em pacientes hospitalizados, interfere na evolução clínica devido a desnutrição estar associada ao aumento do desenvolvimento ou piora da morbimortalidade, aumento do risco de infecção, tempo de internação hospitalar, complicações pós-operatórias e readmissão hospitalar. Portanto, a avaliação e a triagem nutricional no momento da internação hospitalar são necessárias para que medidas de intervenção sejam tomadas. Para identificar o risco de desnutrição nos pacientes internados no HNMD é realizada a triagem nutricional NRS – 2002 (*Nutritional Risk Screening*) onde os valores encontrados não refletem o que diz a maioria dos estudos semelhantes realizados no Brasil e no mundo. Então, o objetivo do estudo é avaliar se os resultados encontrados na triagem dos pacientes são fidedignos a fim de que todos os pacientes em risco nutricional, recebam tratamento adequado como suporte nutricional prioritariamente com suplementação oral.

Palavras-chave: desnutrição, triagem nutricional, suplementação oral, readmissão

LISTA DE SIGLAS

BAPEN - Associação Britânica de Nutrição Enteral e Parenteral

BRAINS – Brazilian Investigation of Nutritional Status in hospitalized patients

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESPEN - European Society for Parenteral and Enteral Nutrition

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

IBRANUTRI - Inquérito Brasileiro de Nutrição

ILSI – International Life Sciences Institute

MB – Marinha do Brasil

MNA – Mini Avaliação Nutricional Reduzida

OM – Organização Militar

NRS – Nutritional Risk Screening

SNO – Suplementação Nutricional Oral

SUS – Sistema Único de Saúde

TMB- Taxa Metabólica Basal

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Matriz de Programação de ações.....	21
Quadro 2: Causa Crítica 1.....	22
Quadro 3: Causa Crítica 2.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	10
1.2 JUSTIFICATIVA	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	18
3.1 METODOLOGIA	19
3.2 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	19
3.3 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	20
3.4 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES	21
3.5 GESTÃO DO PROJETO.....	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXO 1	28

1 INTRODUÇÃO

Há 18 meses atuo como Chefe do Serviço de Nutrição do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) e uma das principais funções é a gestão do serviço com foco na melhoria contínua da qualidade do atendimento nutricional. Dentre todas as atribuições existem as estatísticas mensais com números de atendimento, avaliações e procedimentos executados. Porém, em virtude de ter assumido a Chefia no início da Pandemia do COVID-19, as atribuições como chefe foram pautadas no enfrentamento dessa pandemia, vislumbrando como o Serviço de Nutrição iria atuar, preocupação com a falta de EPIs (equipamento de proteção individual) para todos os profissionais, angústia de toda a equipe, como alimentar pacientes em posição prona dentre muitos outros. Com isso, algumas inquietações sobre o serviço que já existiam antes, deram lugar a protocolos e procedimentos do enfrentamento da pandemia. Ao iniciar o Curso de Gestão em Saúde essas inquietações vieram à tona, quando avaliamos as estatísticas que fazíamos mensalmente, foi percebido que os índices de desnutrição do HNMD eram sempre muito inferiores aos encontrados na literatura.

A desnutrição relacionada à doença em pacientes hospitalizados é um dos principais problemas de saúde pública em países industrializados e emergentes em todo o mundo. O estado nutricional depletado associa-se ao aumento da morbidade e mortalidade, ao aumento do tempo de hospitalização e a readmissão frequente. A desnutrição acontece em virtude de uma deficiência ou excesso, relativo ou absoluto, de um ou mais nutrientes essenciais, que se manifesta clinicamente ou é detectado por meio de testes bioquímicos, antropométricos e fisiológicos. Ela está presente, em média, entre 30 e 50% dos pacientes hospitalizados por diversas condições clínicas (CORREIA et al, 2017).

De acordo com Toledo et al. (2018, p.02):

A desnutrição é frequentemente encontrada no ambiente hospitalar. Muitas vezes negligenciada, apesar de afetar desfavoravelmente a saúde da população, a desnutrição apresenta como principais complicações: pior resposta imunológica, atraso no processo de cicatrização, risco elevado de complicações cirúrgicas e infecciosas, maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, aumento no tempo de internação e do risco de mortalidade. Fora isso, acarreta considerável aumento dos custos hospitalares. Trata-se de um dos maiores problemas de saúde pública em países subdesenvolvidos e, também, em nações desenvolvidas. A taxa de desnutrição varia entre 20 e 50% em adultos hospitalizados, sendo de 40 a 60% no momento da admissão do paciente, isso em países latino-americanos. Durante a hospitalização, pacientes idosos, críticos ou aqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentam maior risco de desnutrição, com importante impacto econômico.

Como a desnutrição pode ser considerada o distúrbio da saúde de maior prevalência no hospital, justificam-se seu diagnóstico e tratamento. Para identificar os pacientes que estão em risco nutricional é necessária a realização da avaliação nutricional. Dentre essas avaliações está a triagem nutricional, que consiste na aplicação de inquérito ao paciente ou a seus acompanhantes, e que, por ser uma ferramenta de uso simples, tempo de utilização eficiente e eficaz reprodutividade, tornou-se um método indicado à prática clínica. (BARBOSA, 2019).

Existem diversas formas de realizar o diagnóstico da desnutrição, quer seja objetivamente, pela avaliação nutricional propriamente dita, com medidas antropométricas, laboratoriais e anamnese alimentar, ou subjetivamente, por meio de questionários simples e de algumas ferramentas, as quais conseguimos informações que nos levam a um diagnóstico inicial de eutrofia ou desnutrição. A ferramenta NRS-2002 (*Nutritional Risk Screening*) é um instrumento de triagem nutricional para adultos e idosos no âmbito hospitalar, que tem a finalidade de detectar a desnutrição ou o risco de desenvolvê-la durante a internação hospitalar, classificando os pacientes segundo a deterioração do estado nutricional e a gravidade da doença, ajustado à idade, quando superior a 70 anos. Ela leva em consideração elementos que avaliam a ingestão alimentar, perda de peso não intencional e ao final, sugere-se a indicação de intervenção de nutrição para os pacientes desnutridos (RAMOS et al, 2017).

Dados realizados durante a “Semana de Triagem Nutricional” em 2007, 2008 e 2010 e apresentados pela Associação Britânica de Nutrição Enteral e Parenteral (BAPEN), indicaram que um em cada três pacientes chegam ao hospital apresentando algum risco nutricional. E o mais preocupante é que, mesmo depois de décadas de estudo sobre a importância da desnutrição, ainda se viu um aumento de 2007 para 2008 de 28% e de 2008 para 2010 de 34%, nos índices de pacientes com deficiência nutricional. Isso tudo pode ser evitado e corrigido se for realizado o diagnóstico precoce da desnutrição, bem como o adequado “manejo”, com o intuito de prevenir o status deficitário ou evitar o agravamento (TOLEDO et al, 2018).

Na literatura, descreve-se que a desnutrição encontrada nos hospitais está entre 30 e 50% e ao longo dos anos em que a triagem é realizada no Hospital Naval Marcílio Dias, os valores encontrados são muito inferiores a estes, estando em torno de 12%. Sempre buscava entender o motivo de tal discrepância uma vez que vários hospitais com o mesmo público tinham índices similares aos relatados nos estudos científicos. Minha inquietude vinha do fato de que se estivéssemos deixando de efetuar corretamente o diagnóstico de desnutrição, poderíamos estar deixando de ofertar o tratamento mais adequado e individualizado a esses pacientes.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a utilização da ferramenta de triagem nutricional NRS-2002 no diagnóstico de desnutrição, com a finalidade de implementar um tratamento nutricional adequado no Hospital Naval Marcílio Dias.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Padronizar com os profissionais nutricionistas, itens subjetivos da ferramenta de triagem nutricional NRS-2002; e
- b) Identificar a relação entre o índice de desnutrição nutricional diagnosticado pela NRS-2002 e o uso de suplemento nutricional oral;

1.2 JUSTIFICATIVA

O estudo justifica-se à medida que utilizamos uma ferramenta de diagnóstico de risco de desnutrição padrão ouro e podemos estar aplicando de forma incorreta. A implementação do questionário de triagem nutricional NRS-2002, existente há 5 anos na rotina do Serviço de Nutrição do HNMD, pode precisar de ajustes nas partes subjetivas para alcançar um valor mais fidedigno e, desta forma, poderemos tratar esses pacientes de forma mais efetiva. Todo paciente diagnosticado em risco nutricional é submetido a uma avaliação nutricional aprofundada (com avaliação antropométrica, anamnese alimentar e exames laboratoriais) e são prescritos suplementos nutricionais. Como alguns doentes podem ficar sem o diagnóstico, podemos estar deixando de suplementar e atuar de forma mais efetiva para tratar a desnutrição

Por meio do fomento para um maior interesse dos profissionais em terem maior atenção no preenchimento e após a padronização de itens que ficavam obscuros no preenchimento será possível determinar um diagnóstico fidedigno dos índices de desnutrição do HNMD e, assim, conseguir suplementar esses doentes de forma mais efetiva buscando melhorias no seu estado de saúde e reduzir tempo de internação hospitalar e os índices de reinternação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O estado nutricional pode ser definido como a diferença entre a ingestão alimentar e o gasto energético. A ingestão alimentar engloba não somente o valor calórico de uma refeição, mas também o que é digerido e absorvido. Já o gasto energético faz referência à nossa taxa metabólica basal (TMB), que é o gasto calórico que nos faz sobreviver somado as nossas atividades diárias. No caso de um paciente hospitalizado, o gasto energético da doença e dos procedimentos inerentes ao tratamento interferem na evolução clínica devido ao aumento da probabilidade de desenvolvimento ou agravamento de morbimortalidades. Portanto, a avaliação do estado nutricional em tais pacientes é necessária para que, mais precocemente, medidas de intervenções sejam elaboradas e aplicadas àqueles que apresentem algum risco nutricional (BARBOSA, 2019).

A desnutrição intra-hospitalar representa um importante problema de saúde pública, uma vez que acarreta o aumento da morbidade e da mortalidade de pacientes que não apresentam adequado estado nutricional no momento da internação. A desnutrição mostra-se associada à uma maior permanência hospitalar, e a maiores taxas de complicações e de mortalidade, implicando também em maiores custos hospitalares. O custo da internação hospitalar em pacientes malnutridos aumenta em cerca de 68%, em função do maior tempo de internação, dos maiores gastos com medicações para tratar complicações (principalmente infecciosas) e, também, do maior custo de suporte nutricional para tratar a desnutrição (GARCIA, 2013).

Epidemiologistas definiram uma doença comum como aquelas em que a taxa de prevalência é maior que 10%. Uma vez que a desnutrição é apresentada em 48% da população brasileira hospitalar, ela seria a doença de maior prevalência (WAITZBERG, 2001).

Apesar do resultado do percentual de pacientes desnutridos na admissão hospitalar ser variável dependendo do estudo, os valores giram em torno de 20 a 50%. Acrescenta-se a isso o fato de 38% dos pacientes admitidos em estado de eutrofia nutricional experimentaram declínio do seu estado nutricional durante a internação (MULLIN et al, 2019)

Cerca de 30% de todos os pacientes hospitalizados estão desnutridos. Grande parte desses pacientes está desnutrida no momento da internação e na maioria destes, a desnutrição se desenvolve ainda mais enquanto se mantém internado. Isso pode ser evitado se uma especial atenção for dada ao cuidado nutricional. Outras características da doença primária do paciente

são rastreadas rotineiramente e tratadas, como por exemplo, desidratação, pressão arterial e febre. Então, é inaceitável que problemas nutricionais causando risco clínico significativo não sejam identificados (ESPEN, 2002).

O cuidado nutricional deve seguir de acordo com uma série de etapas com momentos de feedback. Essas etapas incluem a triagem nutricional, avaliação nutricional detalhada (com medidas antropométricas e avaliação laboratorial), elaboração de um plano nutricional, implementação deste plano, monitoramento do paciente, e reformulação do plano. A triagem nutricional é definida como um processo para identificar um indivíduo que está desnutrido ou que está em risco de desnutrição para determinar uma avaliação mais detalhada. Os pacientes em risco nutricional devem ser identificados e reavaliados periodicamente. Além disso, os pacientes em risco nutricional devem passar por uma avaliação nutricional específica, a fim de verificar que tipos de depleção apresenta (depleção proteica ou depleção de gordura) e em qual proporção (UKLEIA, 2018).

Devido à importância da detecção precoce do estado nutricional dos pacientes hospitalizados, o Ministério da Saúde determinou, por meio da Portaria nº 131, de 08 de março de 2005, a implantação de protocolos de rastreamento e avaliação nutricional nos hospitais beneficiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para remuneração da terapia nutricional. Entretanto, esses protocolos ainda são poucos utilizados na prática (ILSI, 2018)

O estado nutricional de pacientes hospitalizados tem recebido atenção devido ao fato de que a desnutrição exerce um impacto negativo, tanto na parte clínica quanto nos custos hospitalares. Além disso, como a desnutrição é um fator reversível, os cuidados nutricionais para prevenir ou tratar a depleção nutricional podem reduzir as taxas de readmissão e os custos envolvidos. Embora reconhecida e preocupante por mais de 40 anos, a desnutrição continua sendo a doença hospitalar mais frequente e prevalente em todo o mundo. As avaliações nutricionais são frequentemente baseadas apenas em julgamento clínico, sem o uso de ferramentas para diagnóstico (CRUZ, 2021).

Segundo Barbosa et al, 2019:

A Triagem de Risco Nutricional NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) que tem o propósito de detectar risco nutricional, foi desenvolvida na última década por Kondrup et al., e certificado pela European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN), destacou-se por apresentar boa correlação com os parâmetros antropométricos, bioquímicos, inclusive com a previsão de mortalidade e maior eficácia quando comparada à outros protocolos. Os pacientes identificados em risco devem ser

submetidos à avaliação mais detalhada e objetiva, para posteriormente ser estabelecida terapia e cuidado nutricional individualizado. Desse modo, é possível minimizar ou prevenir as complicações da doença e do tratamento, acelerar a recuperação, reduzir os gastos e o tempo de internação hospitalar.

As taxas de desnutrição intra-hospitalar são altas, mesmo em países desenvolvidos como a Inglaterra (20%) e a Austrália (36%). Em países em desenvolvimento, como os da América Latina, a prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados gira em torno de 50%. Como demonstrado em diversos estudos, ela é frequentemente não reconhecida e subtratada na prática clínica, visto que estudos revelam que menos de 50% dos pacientes desnutridos receberam tratamento nutricional adequado, devido ao fato de não terem seu estado nutricional adequadamente reconhecido (GARCIA et al, 2013).

O maior estudo já realizado no Brasil abordando desnutrição hospitalar foi o IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Nutrição) em 2001. Ele analisou o perfil nutricional de pacientes hospitalizados em diversos hospitais de todo o Brasil e revelou que pacientes bem nutridos permanecem internados, em média, 6 dias, enquanto pacientes moderadamente desnutridos têm permanência hospitalar média de 9 dias e ainda que aqueles desnutridos graves ficam, em média, 13 dias internados. O aumento do tempo de internação corresponde a aumento do risco de infecções e de complicações, bem como o de custos, não somente com a ocupação prolongada do leito, mas, também, com o custo de medicações e de tratamentos necessários na abordagem dessas complicações (WAITZBERG et al, 2001).

O estudo realizado por Correia et al (2017 p. 964) analisando o estudo sobre perfil nutricional dos doentes da América Latina, encontrou dados semelhantes aos do IBRANUTRI. A prevalência de desnutrição nos pacientes no momento da admissão foi de 40 a 60%, com maior prevalência entre os idosos ou submetidos a procedimentos cirúrgicos. Na avaliação dos estudos publicados, 11 dos 29 com população mista, independente de idade e sexo, mostrou uma prevalência de 50%, com 6 estudos mostrando 60% de desnutrição hospitalar. Todos os estudos mostraram que a desnutrição aumentou durante o curso da hospitalização com alguns estudos mostrando prevalência de 80% de desnutrição em pacientes que permaneceram pelo menos 2 semanas internados. Não foi possível demonstrar pelos estudos se o aumento nessa prevalência se deve a doença de base ou se o tempo de permanência é decorrente de complicações devido a desnutrição, no entanto, os estudos que incluíram pacientes de UTI demonstraram que déficits de energia se acumulam rapidamente durante a primeira semana de hospitalização.

O que mais chama atenção é que a desnutrição estava presente em 48% dos pacientes hospitalizados no estudo do IBRANUTRI e ao longo dos próximos 20 anos, outros estudos reforçaram esse alerta. O BRAINS, publicado em 2013, com uma amostra de quase 20 mil pacientes, e o estudo de revisão realizado por Correia et al., com dados da América Latina, apresentam valores muito parecidos com aqueles mostrados em 2001, com a desnutrição e o risco nutricional atingindo taxas permeando os 50% (ILSI, 2018).

Para melhorar a abordagem e a identificação dos pacientes em risco nutricional, naqueles mais propensos à desnutrição durante sua internação hospitalar, o uso rotineiro de procedimentos simples de rastreamento é recomendado. O rastreamento nutricional identifica indivíduos que estão malnutridos ou em risco de desenvolver desnutrição, e que podem se beneficiar de suporte nutricional específico. Para tanto, é necessária a aplicação de uma ferramenta simples, efetiva e validada para utilização hospitalar (SILVA et al, 2017).

Na rotina hospitalar, muitas vezes, o nutricionista clínico não possui tempo suficiente ou equipamentos adequados para a avaliação nutricional minuciosa em todos os pacientes e por isso utilizam-se ferramentas de triagem e avaliação nutricional que auxiliem de maneira rápida e precoce a detecção dos pacientes com risco de desnutrição, permitindo, a partir daí, identificar os indivíduos que necessitem de uma avaliação nutricional mais completa e a implementação de intervenções que auxiliem na melhora do estado nutricional (ILSI, 2018).

O Ministério da Saúde reconhece os métodos de triagem nutricional como uma forma de identificar o risco nutricional, caso seja realizada em até 72h da admissão hospitalar. Com isso, podemos iniciar a intervenção nutricional o mais precocemente possível. Diferentes ferramentas de triagem são validadas na literatura, porém no Brasil ainda não há uma técnica padrão de triagem nutricional, sendo comum a comparação entre as mais comumente utilizadas que são a *Nutritional Risk Screening* (NRS) 2002 e a Mini Avaliação Nutricional Reduzida (MNA), sendo necessário um senso crítico para se adotar a mais indicada. Como a MNA é a mais indicada para a população idosa e uma triagem mais abrangente é o ideal, então opta-se, mais frequentemente, pela NRS-2002. Ela foi desenvolvida a partir de uma metanálise de ensaios clínicos controlados que incluíram critérios de risco nutricional ao paciente internado. É baseada em indicações de terapia nutricional relacionadas ao estado nutricional e necessidades nutricionais aumentadas diante da doença instalada, sendo que a faixa etária acima de 70 anos também foi considerada um fator de risco adicional (ARRUDA et al, 2019).

Alguns pesquisadores dinamarqueses foram os responsáveis por desenvolver e validar o *Nutritional Risk Screening* (NRS-2002) que, como falado anteriormente, é uma ferramenta de triagem nutricional que tem por objetivo detectar o risco nutricional no ambiente hospitalar. Essa avaliação é composta de questões referentes ao IMC, percentual de perda de peso, mudanças na ingestão alimentar e fator de estresse da doença. Ela é realizada no âmbito hospitalar pelo fato de ser um instrumento simples, prático, de fácil aplicação, de baixo custo, não invasivo, de boa reprodutibilidade e confiabilidade, abrange todos os pacientes, independente da doença ou idade, e, também, pelo fato de dar uma atenção especial ao grupo de idosos, acrescentando uma pontuação extra à pontuação final da triagem (GUAITOLI, 2007).

O objetivo da triagem nutricional é prever a probabilidade de um resultado melhor ou pior devido a fatores nutricionais e se o tratamento nutricional é capaz de influenciar isso. O resultado do tratamento pode ser avaliado de várias maneiras: melhoria ou prevenção da deterioração na função mental e física; redução do número ou da gravidade de complicações de doença; recuperação acelerada de doenças e redução da convalescença; redução dos custos hospitalares, manifestando-se em redução do tempo de internação e do uso de medicações (ESPEN, 2003).

O paciente quando é hospitalizado se depara com uma ruptura em seu cotidiano e os impactos sobre sua alimentação são imensos. Além das restrições que a patologia já impõe, existem os fatores ambientais, emocionais e fisiológicos que dificultam sua alimentação, sendo o ambiente hospitalar considerado gerador de inapetência, prejudicando, assim, a qualidade da nutrição. Pacientes idosos encontram-se em risco nutricional, portanto devem ser submetidos à triagem nutricional, sendo parte da avaliação geriátrica hospitalar. A triagem é uma ferramenta rápida e sensível em detectar características quanto ao estado nutricional (ARRUDA et al, 2019).

Esperava-se que os resultados do IBRANUTRI, 2001, mostrasse que muitos pacientes receberam terapia nutricional por causa da alta prevalência de desnutrição. No entanto, os resultados mostraram que apenas uma pequena minoria de pacientes estava sendo tratada, sugerindo que a desnutrição não está sendo reconhecida ou é vista como clinicamente significativa. Roubenoff et al, em 1997, relataram que, em um hospital, os profissionais de saúde inicialmente identificaram apenas 12,5% dos pacientes como desnutridos. Eles realizaram uma atividade educativa de 4 horas, com esses profissionais, e realizaram uma nova identificação da doença e essa porcentagem passou para 100%. Estes resultados demonstram a eficácia em educar a equipe do hospital em desnutrição. Além disso, somente 18,8% dos pacientes desnutridos

tenham qualquer referência sobre o estado nutricional no prontuário. Fornecer uma terapia nutricional individualizada aos pacientes é fundamental para preservar o sistema imunológico, a função e o equilíbrio metabólico.

Em relação às limitações na utilização do NRS-2002, destaca-se o fato de algumas informações não serem passadas com precisão aos pacientes ou acompanhantes, como por exemplo, a velocidade da perda de peso e a diminuição exata da ingestão alimentar. O entrevistador, que aplica a NRS-2002, deve ser devidamente treinado para minimizar os erros durante a coleta de dados (ARRUDA et al, 2019).

A alimentação do paciente internado, apesar de fonte vital do tratamento, funciona muitas vezes como conforto e carinho e as instituições têm que estar preparadas para isso. A ingestão inadequada e insuficiente durante a internação apresenta impactos negativos no curso da doença e se reflete na alta hospitalar e na reabilitação em casa. Então, ter atenção com a aceitação da alimentação e com as preferências desse doente trazem muitos benefícios, reduzindo a morbimortalidade e o tempo de internação hospitalar. Cuidados na hora de modificar a dieta e instituir, algumas vezes, restrições demais impactam na alta prevalência de desnutrição entre os pacientes hospitalizados, podendo, na contramão dos objetivos da assistência nutricional, ameaçar a saúde dos indivíduos, uma vez que o consumo alimentar insuficiente se relaciona diretamente com a desnutrição (ILSI, 2018).

O ILSI. (2018, p.55) corrobora que:

Dentro da assistência nutricional temos o acompanhamento da evolução nutricional do paciente, um ponto chave que a aceitação da dieta que é uma das diretrizes para indicação da terapia nutricional oral. O ato de se alimentar envolve experiências adquiridas ao longo dos anos, aspectos socioeconômicos e culturais além dos religiosos, por exemplo, quem não se lembra do cheiro do bolo casa da avó, do panetone no Natal e das reuniões realizadas na cozinha da casa em volta da mesa. Entretanto, na presença da doença, o prazer de se alimentar é substituído por momento de dor, mal-estar, muitas vezes náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia, dentre outras manifestações de sofrimento. Estudo de Kandiah, mostrou que alterações na consistência das refeições aumentou em mais de três vezes o risco de o paciente não comer toda refeição oferecida. A redução da ingestão alimentar é provavelmente a causa mais importante de desnutrição. A presença de doença crônica ou aguda é agravante em potencial para o desenvolvimento da desnutrição através de múltiplas vias.

Muitas vezes o paciente é internado com baixo risco de desnutrição, porém durante a internação, é comum ocorrer redução de apetite e disfunção gastrointestinal, assim como

náuseas, vômitos e redução na absorção de macro e micronutrientes, sendo, inclusive, resultado de efeito colateral da terapia medicamentosa. Em algumas doenças, ocorrem mudanças metabólicas, inflamatórias e imunológicas que resultam em maior demanda metabólica, estímulo à mobilização de reservas corporais específicas, alteração de apetite ou absorção de nutrientes. A redução da ingestão alimentar pode estar, ainda, associada à idade avançada, inabilidade para alimentar-se sozinho, depressão ou demência. (KONDRUP et al, 2003).

Apesar de muitos estudos demonstrando benefícios do suporte nutricional nos desfechos clínicos, como mortalidade, readmissão hospitalar e velocidade de recuperação da doença, há poucos estudos com informações sobre as consequências econômicas disso. Alguns países como Reino Unido e Irlanda, estimaram que o custo da desnutrição ultrapassa 10% do gasto público total em saúde e demonstraram que as intervenções impactam no orçamento e produzem resultados de bom custo-benefício. Os estudos que mostram o uso de suporte nutricional - seja ele enteral ou parenteral ou apenas a suplementação oral - mostram diversas variáveis interferindo como doença subjacente, estado nutricional do doente e o quanto de suporte é prescrito (ELIA, 2016).

A suplementação nutricional oral (SNO), componente da terapia nutricional, tem por objetivo a manutenção e/ou recuperação do estado nutricional. A sua utilização adequada promove a melhora do prognóstico do quadro de pacientes, através da melhora da resposta imunológica e cicatricial, da qualidade de vida do paciente e da modulação da resposta orgânica ao tratamento clínico e cirúrgico. Conseqüentemente, promove a redução do tempo de internação do paciente e dos custos hospitalares (STRATTON; HÉBUTERNE; ELIA, 2013).

Os gestores hospitalares muitas vezes não estão preocupados com os índices de desnutrição em pacientes hospitalizados, porém quando falamos sobre aumento de custo, talvez seja uma forma de demonstrar a importância de redução desses índices. Em um dos estudos avaliados que analisaram custos hospitalares, identificaram que quando se tratava de pacientes desnutridos, eles aumentavam de 61 para 309% em várias partes do mundo. Estima-se que cada dólar investido em intervenção nutricional resultaria em uma economia de quatro dólares em custos totais de saúde, devido a redução nas complicações clínicas e tempo de internação (CORREIA et al, 2017).

Foi evidente a redução dos custos hospitalares no estudo de ELIA (2016 p.9), onde eles analisaram diversas metanálises e verificaram que o custo do uso de suplementação oral reduziu

os custos hospitalares independentemente de faixa etária, estado nutricional prévio e condição econômica dos pacientes e foram associados com desfechos clínicos favoráveis, como complicações reduzidas (menos sofrimento), menor índice de desenvolver úlceras de pressão, mortalidade reduzida e tempo de internação hospitalar, quando comparado com grupos sem suplementação oral.

A readmissão hospitalar dentro de 30 dias após a alta é um indicativo de um resultado adverso e isso decorre de uma condição aguda não resolvida, complicações de doenças crônicas, desenvolvimento de novos problemas de saúde ou atendimento ambulatorial inadequado. Embora a readmissão hospitalar precoce não seja completamente evitável, estudos sugerem que algumas intervenções clínicas, como cautela na prescrição de medicamentos, planejamento da alta hospitalar e encaminhamento para serviços que oferecem cuidados de transição podem ser benéficas. Nesse contexto, o estado nutricional de pacientes hospitalizados tem recebido atenção devido ao fato de que a má nutrição exerce um impacto negativo tanto clínico quanto de recursos econômicos. A desnutrição é um fator de risco reversível e os cuidados nutricionais para tratar o esgotamento nutricional podem mitigar a readmissão e os custos hospitalares (CRUZ, 2021)

O estudo desenvolvido por MULLIN E.O et al em 2019, mostrou que apenas 3,1% dos pacientes desnutridos receberam suplementação nutricional oral e, mesmo assim, foi associado a uma redução significativa (38,8%) no número de readmissões hospitalares em 30 dias. Além disso, quanto mais cedo inicia-se a intervenção com suplemento oral, mais rápida é a alta hospitalar, ou seja, menor o tempo de permanência da internação e, conseqüentemente, menor o custo da saúde.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

O Hospital Naval Marcílio Dias faz parte do Sistema de Saúde da Marinha, que é um sistema composto por 3 subsistemas, são eles: o Assistencial, o Médico-Pericial e a Medicina Operativa. Eles possuem os mesmos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde que o Sistema Único de Saúde do Governo Federal possui. Ele se destina a atender os militares da Força e seus dependentes. Localizado na cidade do Rio de Janeiro, é um hospital de alta complexidade e referência na América-Latina para radio acidentados. Possui em torno de 3.300 colaboradores, excetuando-se os funcionários terceirizados, possui 33

especialidades e serviços como Análises Clínicas, Centro de Imagem, Serviço de Emergência - que funciona 24 horas por dia - Hemodiálise e transplante de medula óssea.

O Serviço de Nutrição e Dietética tem como função auxiliar o tratamento do paciente internado com um aporte energético-proteico adequado, contribuindo para o tratamento multidisciplinar do doente.

3.1 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa de intervenção, pois deseja mudar uma realidade, propor soluções e resolver os problemas. Ela foi desenvolvida por meio de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo produto é um projeto de intervenção.

O projeto de intervenção explica os problemas e propõe soluções com o objetivo de resolvê-los efetivamente. A identificação do problema foi realizada, a partir da análise de dados coletados mensalmente, a partir de uma triagem nutricional realizada em até 48hs da internação hospitalar dos doentes. Posteriormente, na segunda etapa, foi realizado *brainstorming*, para identificação e agrupamento das causas e, através de reuniões e discussões com o grupo, chegou-se às causas prioritárias. A próxima etapa consistiu numa seleção das causas críticas, ou seja, as causas sobre as quais a autora tivesse governabilidade, que permitisse ação gerencial e reduzisse ou eliminasse o problema. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed (ferramenta de busca do Medline de publicações médicas) além de consultas a livros, artigos, revistas e publicações para servir de base para o referencial teórico e para identificação dos descritores.

3.2 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A triagem nutricional deve ser efetuada em até 72hs da admissão hospitalar e é realizada, em média, em 90% dos pacientes que internam no HNMD, de acordo com o preconizado pelo ILSI Brasil de 2018.

Os valores encontrados nos últimos anos (de 2018 a 2020) giram em torno de 13% de pacientes desnutridos ou em risco de desenvolver desnutrição e 87% de pacientes sem risco de desnutrição. É um resultado que difere do encontrado em estudos científicos. Isso precisa ser avaliado se está fidedigno pois, caso não esteja, acarreta algumas consequências indesejáveis, pois todos os pacientes em risco de desenvolver desnutrição precisam ser encaminhados para uma avaliação nutricional aprofundada e receber suplementação nutricional, seja oral ou enteral.

O número de suplementos consumidos está em acordo com os 13% encontrados de pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, porém, se esse número estiver subestimado, estamos deixando de suplementar pacientes que estão em risco.

Os descritores do problema são:

- 87% dos pacientes apresentam NRS-2002 abaixo de 3 e consequentemente 13% apresentam valores acima de 3; e
- São consumidos suplementos mensais compatíveis com os 13% encontrados em risco.

Dentre os problemas que poderiam ser priorizados para o estudo deste trabalho, a escolha foi pela triagem nutricional, pois quando as alterações nutricionais são diagnosticadas precocemente, o início de todo trabalho do profissional nutricionista pode ser realizado de forma mais adequada. Após o diagnóstico correto da desnutrição é que são traçadas as condutas e a dietoterapia mais apropriadas para o paciente.

3.3 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A depleção nutricional é um fator de risco modificável de resultados clínicos adversos. Embora este fato esteja bem estabelecido na literatura, a desnutrição hospitalar continua a ser prevalente, variando de 40 a 45% em todo o mundo. Estudos demonstram que pacientes em risco nutricional tem baixa força e função muscular, tendem a ingerir menos energia e proteína e um diagnóstico de desnutrição após a admissão está associado a uma internação prolongada, aumento nas taxas de morbidade e mortalidade, maiores taxas de transferências intra-hospitalares para unidades de terapia intensiva e readmissão hospitalar (CRUZ, 2021).

As possíveis causas dos resultados de triagem nutricional muito inferior ao encontrado na literatura pode ser entendido como uma falha no preenchimento da ferramenta da triagem nutricional, por falta de padronização dos critérios para a correta marcação de itens subjetivos na avaliação. Na segunda parte do questionário são coletados dados sobre percentual de perda de peso e redução da ingestão alimentar. Muitas vezes por falta de desconhecimento dos valores em si, deixa-se de pontuar, por exemplo, uma perda de 5% do peso corporal ou se a ingestão alimentar reduziu em 25% na última semana. Possivelmente o paciente ou familiar não sabe

quantificar isso e os itens ficam incorretos. A correta definição das causas é fundamental para que, no passo seguinte, identifiquemos ações para enfrentá-las. Se agirmos eficientemente sobre as causas, o problema se reduz ou deixa de existir.

As causas críticas seriam:

- a) adequação no preenchimento da ferramenta de triagem nutricional NRS-2002 e padronização dos critérios subjetivos de avaliação como gravidade da doença e estado nutricional; e
- b) taxas muito baixas de reavaliação.

3.4 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Matriz de Programação das Ações

Podemos afirmar que foi instituída a programação sob o formato de matriz de programação das ações.

1. Problema a ser enfrentado: índices de desnutrição nos pacientes do HNMD diferentes dos encontrados na literatura;
2. Causas: falha no preenchimento do questionário de triagem, falta de padronização no preenchimento, falta de reavaliação nutricional após uma semana de internação;
3. Descritor: 13% de pacientes em risco de desnutrição ou desnutridos e 5% de reavaliações após 1 semana de internação;
4. Indicador: índice de triagem nutricional e retriagem após uma semana;
5. Meta: avaliar se a ferramenta está sendo utilizada de forma correta e aumentar em 20% os números de pacientes reavaliados nutricionalmente após uma semana; e
6. Resultados alcançados/ esperados: conhecer a realidade nutricional dos pacientes internados.

Quadro 1: Matriz de Programação de Ações - Problema a ser enfrentado

Problema a ser enfrentado:	Índices de desnutrição nos pacientes do HNMD diferentes dos encontrados na literatura
-----------------------------------	---

Descritor:	13% de desnutridos no HNMD Apenas 5% dos pacientes são reavaliados após 1 semana
Indicador:	Índices de triagem nutricional no HNMD/ índice de retriagem dos pacientes internados
Meta:	Avaliar se a ferramenta está sendo utilizada corretamente Aumentar em 20% os índices de pacientes reavaliados na triagem
Resultado esperado:	Conhecer a realidade nutricional dos pacientes internados e intervir com suplementação nutricional adequada

Quadro 2: Causa Crítica 1

Causa crítica 1: Adequação no preenchimento da NRS				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar reunião com os profissionais	Humano	Reunião realizada	Maio de 2021	Renata Duarte
Capacitar os profissionais para o correto preenchimento	Humano	Profissionais capacitados	Junho de 2021	Renata Duarte e Tiago Armentano
Padronizar os pontos subjetivos com profissionais para o correto preenchimento	Humano	Pontos subjetivos padronizados	Julho de 2021	Renata Duarte
Realizar treinamento periódico sobre preenchimento	Humano	Treinamento realizado	Julho e agosto de 2021	Cristiane Abreu e Renata Duarte
Conferir aleatoriamente o preenchimento do questionário	Humano	Profissionais capacitados	Agosto de 2021	Renata Duarte

Quadro 3 – Causa Crítica 2

Causa crítica 2: Falta de reavaliação da triagem nutricional

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Enviar mensagem agendando reunião	Humano	Mensagem enviada	Junho de 2021	Cristiane Abreu
Realizar reunião para padronizar reavaliação	Humano	Reunião realizada	Junho de 2021	Renata Duarte
Realizar palestra sobre importância da reavaliação da triagem nutricional até 1 semana após internação	Humano	Palestra realizada	Junho de 2021	Renata Duarte e Tiago Armentano

3.5 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto está sendo realizada pela Capitão de Corveta (S) Renata Duarte que é a responsável pelo acompanhamento das ações propostas na matriz.

As reuniões com a equipe ocorreram na sala do nutricionista, no 11º andar, a fim de que todos pudessem participar e que as dúvidas fossem sanadas.

Foram analisados dados referentes aos meses de setembro e outubro de 2021, a fim de identificar se algumas das ações programadas foram eficazes na busca da meta estabelecida. Os resultados da triagem nutricional mostraram dados mais parecidos com os encontrados na literatura em relação ao diagnóstico da desnutrição, porém os dados da retriagem se mantiveram ainda em 5%, mostrando a necessidade de alteração na matriz de programação de ações para o ano de 2022.

Serão acompanhados os dados de triagem e retriagem nutricional até o primeiro semestre de 2022 e, caso seja necessário, serão realizadas outras reuniões para consolidarmos os pontos importantes.

Após todas as ações realizadas na programação de ações, analisamos os resultados encontrados nos meses de setembro e outubro de 2021 e, após a compilação dos dados, vimos que foram rastreados 91,8% dos pacientes internados no HNMD e foram encontrados 23% de pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição nas primeiras 72hs de internação hospitalar. Este resultado encontrado, pode demonstrar que algumas das ações implementadas obteve êxito, pois apesar de desejarmos que os índices de desnutrição sejam cada vez menores, precisamos identificar se os índices que eram encontrados, extremamente baixos quando comparados com

estudos similares, realmente refletiam a realidade do hospital ou se estavam mascarando um índice maior e uma falta de avaliação complementar/suplementação nutricional desses doentes, que não estavam na estatística de desnutridos.

A taxa de reavaliação dos pacientes continua extremamente baixa (5%), e com isso não conseguimos avaliar se os doentes internados, após 7 dias de internação continuam sem risco de desnutrição e, portanto, não reflete a realidade do hospital. Isso muitas vezes deve-se ao fato dos profissionais se alternarem ao longo dos dias e semanas e não acompanharem sempre os mesmos doentes. Com isso surge uma lacuna e alguns profissionais deixam de observar o tempo de internação hospitalar e não realizam a triagem após uma semana de internação. Outras ações são necessárias para sanar tal deficiência (talvez criar um alerta em vermelho no sistema para os doentes após 1 semana de internação).

O consumo de suplemento nutricional oral acompanhou esse aumento dos índices de pacientes em risco de desnutrição, tendo um aumento de 50% no seu consumo. Isso reflete uma realidade mais adequada, pois à medida que aumentamos o consumo de suplemento oral frente a uma estatística de maior número de pacientes em risco de desnutrição, estamos, talvez, caminhando para uma melhora real no estado nutricional de pacientes que anteriormente não eram sequer identificados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como ficou evidenciado, avaliar o risco de desnutrição dos pacientes internados no Hospital Naval Marcílio Dias é de suma importância para as ações necessárias ao tratamento dos pacientes.

Atualmente, a desnutrição ainda passa despercebida em muitos hospitais, com consequências visíveis na qualidade de vida dos pacientes. As repercussões do comprometimento nutricional para os pacientes hospitalizados podem ser muito graves como, por exemplo, redução da imunidade, aumento do tempo de internação e, conseqüentemente, aumento dos custos hospitalares, aumento da morbimortalidade, entre outras. Efetuar a avaliação nutricional nas primeiras horas de internação é fundamental para acompanhar a evolução do paciente durante a internação hospitalar, pois é o primeiro passo para detectar desnutrição ou risco de desenvolvê-la e se iniciar terapia nutricional adequada, fornecendo todos os nutrientes necessários para reduzir a perda da função muscular, como também estimular a função

imunocelular e favorecer a recuperação do paciente. A identificação dos pacientes em risco é extremamente importante para correção dos agravos causados por esse quadro.

Enfim, conseguimos identificar alguns pontos que estavam preenchidos de forma equivocada na triagem nutricional e foram alterados com sucesso, porém, outros que ainda precisarão de ajustes em próximas reuniões e uma continuidade de trabalho ao longo do ano de 2022.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARRUDA N. R, OLIVEIRA, C. R. GARCIA L.J, **Risco nutricional em idosos: comparação de métodos de triagem nutricional em hospital público**, Revista da Associação Brasileira de Nutrição São Paulo, n.10, p.59-65, 2019.
2. BARBOSA, A. A. DE O., VICENTINI, A. P., & LANGA, F. R. **Comparison of NRS-2002 criteria with nutritional risk in hospitalized patients**. Ciência e Saúde Coletiva, n.24(9), p. 3325-3334, 2019.
3. CORREIA, M. I. T. D., PERMAN, M. I., & WAITZBERG, D. L. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. Clinical Nutrition, Minas Gerais, n. 36(4), p. 958-967, 2017
4. CRUZ, P. L. M., et al. **Clinical and nutritional predictors of hospital readmission within 30 days**. European Journal of Clinical Nutrition, 2021.
5. ELIA, M., NORMAND, C., NORMAN, K., & LAVIANO, A. **A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting**. Clinical Nutrition, n.35(2), p.370–380, 2016.
6. GARCIA, R. S., REGINA DA CUNHA TAVARES, L., & PASTORE, C. A. **Rastreamento nutricional em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário do sul do Brasil: o impacto do risco nutricional em desfechos clínicos Nutritional screening in surgical patients of a teaching hospital from Southern Brazil: the impact of nutritional risk in clinical outcomes**. n. 11, (2), p. 147-152, 2013.
7. GOMES DE LIMA, K. V.et al. **Relação entre o instrumento de triagem nutricional (NRS-2002) e os métodos de avaliação nutricional objetiva em pacientes cirúrgicos do Recife (Pernambuco, Brasil)**. Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria, n. 34(3), p.72–79, 2014.
8. GUAITOLI P. M. R, et al. **Avaliação do estado nutricional de pacientes adultos sob terapia nutricional internados em Unidade de Terapia Intensiva Neurológica**. Rev Bras Nutr Clin. N.22(3) p.194-200, 2007
9. INTERNATIONAL LIFE SCIENCES INSTITUTE, “Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional”. 10 anos de IQTN no Brasil: Resultados, Desafios e Propostas. 2018 3ed, f.264
10. KONDRUP, J.,et al. **ESPEN guidelines for nutrition screening 2002**. Clinical Nutrition, n. 22(4),p. 415–421, 2003.
11. MULLIN, G. E., FAN, L., SULO, S., & PARTRIDGE, J. **The Association between Oral Nutritional Supplements and 30-Day Hospital Readmissions of Malnourished Patients at a US Academic Medical Center**. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, n.119(7), p. 1168–1175, 2019.
12. OLIVEIRA, Emanuelle Carvalho Bittencourt Naiana, **Identificação do Risco Nutricional em Pacientes Hospitalizados por meio da Nutrition Risk Screening (NRS-2002)**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) Universidade Tiradentes, 2014.
13. ROUBENOFF R, ROUBENOFF RA, PRETO J, BALKE W. **Malnutrition among hospitalized patients. A problem of physician awareness**. Arch Intern Med, n.147 p. 1462, 1987.
14. SILVA, F R., CRISTINA BEZERRA, C., STANICH, P., SIVIERO SCORZA, C., & ESTER ASSAYAG BATISTA, R. **Triagem nutricional de pacientes no serviço de emergência**

Triagem nutricional de pacientes internados no serviço de emergência Nutritional screening of hospitalized patients in an emergency servisse. Braspen jornal; n.32, p. 353-361, 2017.

15. STRATTON, R. J., HÉBUTERNE, X., & ELIA, M. **A systematic review and meta-analysis of the impact of oral nutritional supplements on hospital readmissions.** Ageing Research Reviews, vol. 12 (4) p. 884–897, 2013.
16. TOLEDO, D.O., PIOVACARI, S.M, HORIE, L.M, et al. **Diga não a Desnutrição,** Braspen Journal.; n33, p. 86-100, 2018.
17. UKLEJA, A., GILBERT, K., MOGENSEN, K. M., WALKER, R., WARD, C. T., YBARRA, J., & HOLCOMBE, B. **Standards for Nutrition Support: Adult Hospitalized Patients.** Nutrition in Clinical Practice, n. 33(6), p.906–920, 2018.
18. WAITZBERG, D. L., CAIAFFA, W. T., & CORREIA, M. I. T. D. **Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients.** Nutrition, n.17, p 573-580, 2001.

ANEXO 1

Quadro 1 - NUTRITIONAL RISK SCREENING - NRS-2002

Etapa 1- triagem inicial	sim	não
1) O IMC é < 20,5Kg/m ²		
2) O paciente perdeu peso nos 3 últimos meses?		
3) O paciente teve sua ingestão dietética reduzida na última semana?		
4) O paciente é gravemente doente?		

Se obtiver alguma resposta “sim” passar para a 2ª etapa. Repetir a cada 7 dias caso não obtenha nenhuma resposta positiva.

Etapa-2

Estado nutricional		Gravidade da doença	
0 ausência escore	Estado nutricional normal.	0 ausência escore	Necessidades nutricionais normais (ELETIVAS)
1 leve	Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar na última semana entre 50-75% das necessidades nutricionais.	1 leve	Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: COVID, IAM, cirrose, DPOC, hemodiálise, diabetes, oncologia. Paciente fraco, mas deambula.
2 moderado	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC entre 18,5 – 20,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 25-60% das necessidades nutricionais.	2 moderado	Cirurgia abdominal de grande porte RVM, CIRURGIA DE TGI, AVC. Pneumonia grave, doença hematológica maligna, (leucemia, linfoma). CA TGI Paciente confinado ao leito.

3 grave	Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 0-25% das necessidades nutricionais.	3 grave	Trauma, transplante de medula óssea, PALIATIVO, paciente em terapia intensiva (APACHE > 10).
---------	--	---------	--

Escore nutricional=

Escore gravidade da doença=

*Somar 1 ponto para idosos acima de 70 anos

Escore total: Classificação: < 3 pontos= sem risco nutricional. Reavaliar a cada 7 dias.

≥ 3 pontos= risco nutricional. Conduta: proceder com a avaliação nutricional e planejamento da terapia nutricional

- Disponível em: <http://espen.info/documents/screening.pdf>