

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA BRAGA AZAMBUJA

**CONCORDÂNCIA ENTRE A INGESTÃO ALIMENTAR RELATADA PELO
PACIENTE CIRÚRGICO E A REGISTRADA EM PRONTUÁRIO PELOS
ENFERMEIROS**

Porto Alegre

2013

FERNANDA BRAGA AZAMBUJA

**CONCORDÂNCIA ENTRE A INGESTÃO ALIMENTAR RELATADA PELO
PACIENTE CIRÚRGICO E A REGISTRADA EM PRONTUÁRIO PELOS
ENFERMEIROS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologias do cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariur Gomes Beghetto

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Azambuja, Fernanda Braga

Concordância entre a ingestão alimentar relatada pelo paciente cirúrgico e a registrada em prontuário pelos enfermeiros / Fernanda Braga Azambuja. -- 2013. 61 f.

Orientador: Mariur Gomes Beghetto.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Ingestão de alimentos. 2. Registros de enfermagem. 3. Cirurgia. 4. Desnutrição. 5. Terapia nutricional. I. Beghetto, Mariur Gomes, orient. II. Título.

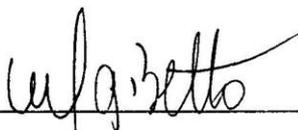
Fernanda Braga Azambuja

**Concordância entre a ingestão alimentar relatada pelo paciente cirúrgico
e a registrada em prontuário pelos enfermeiros**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 14 de novembro de 2013.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Mariur Gomes Beghetto

Presidente da Banca - Orientadora

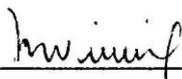
PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Éneida Rejane Rabelo Silva

Membro da banca

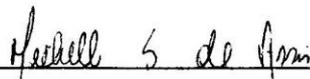
PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

Membro da banca

PPGCOL/UFRGS



Prof. Dra. Michelli Cristina Silva de Assis

Membro da banca

HCPA

AGRADECIMENTOS

A minha professora orientadora Dra. Mariur Gomes Beghetto pela sua disponibilidade, competência, parceria e sua capacidade de simplificar coisas que parecem tão complexas, de incentivar o aluno e fazê-lo acreditar que é capaz.

A minha família e amigos mais próximos que não economizaram em palavras de incentivo e motivação para que eu concluísse mais essa etapa da vida.

À colega e amiga Michelli Cristina Silva de Assis que me acolheu e me estimulou desde o início quando a procurei para me *aconselhar* sobre o ingresso no mestrado e por todo o apoio ao longo desses dois anos.

À professora Dra Elza Daniel de Mello por me receber em seu grupo de trabalho e pelas válidas contribuições para a realização desse estudo.

À estatística Vânia Naomi Hirakata pelo respeito, interesse e paciência que teve nos nossos inúmeros encontros de consultoria estatística.

Às bolsistas de iniciação científica Daphine e Renata pela cooperação e parceria.

A Deus por colocar no meu caminho todas essas pessoas e por me oportunizar essa experiência de crescimento e aprendizado.

RESUMO

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

Introdução: Ainda que pacientes apresentem irregular aceitação da via oral, a avaliação sistemática e precisa sobre a ingestão não está incorporada às rotinas assistenciais de enfermagem. **Objetivo:** Avaliar a concordância entre a aceitação da alimentação por via oral referida por pacientes e os registros em prontuário desta aceitação, assim como os diagnósticos e cuidados de enfermagem prescritos. **Método:** Em uma coorte de adultos cirúrgicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entre agosto de 2011 e outubro de 2012, foram avaliados inquéritos de ingestão alimentar por meio de recordatório de 24 horas, registros nos prontuários da ingestão alimentar pelos enfermeiros, diagnósticos de enfermagem (DE) e prescrição de cuidados referentes à nutrição. Considerou-se “boa aceitação”: ingestão $\geq 75\%$ das calorias totais prescritas no dia; “regular aceitação”: 50 a 74,9%; “pouca aceitação”: $< 50\%$ e NPO (nada por via oral), conforme prescrição médica. Adotou-se Coeficiente de Kappa para avaliação da concordância. **Resultados:** A proporção de respostas coincidentes entre o relato do paciente e registro do enfermeiro foi de 91,3% nas situações de NPO, 87,1% para “boa aceitação”, 17,8% para “regular aceitação” e 16,5% para “pouca aceitação” (Kappa = 0,45). Dos 3259 pacientes/dia, encontrou-se pelo menos um DE em 277 (8,5%) (103 para “boa aceitação”; 52 para “aceitação regular”; 45 para “pouca aceitação”; 77 para sujeitos em NPO) e pelo menos um cuidado de enfermagem em 316 (9,7%) (116 para “boa aceitação”; 62 para “aceitação regular”; 67 para “pouca aceitação”; 71 para sujeitos em NPO). **Conclusão:** A concordância entre os relatos dos pacientes cirúrgicos e registros dos enfermeiros foi de moderada a fraca. Observou-se maior proporção de respostas coincidentes quando os pacientes relataram “boa aceitação” ou quando havia prescrição de NPO. Os diagnósticos e cuidados de enfermagem relacionados à nutrição não documentam a elevada prevalência de desnutrição hospitalar e a adequada aceitação da alimentação por via oral em adultos cirúrgicos hospitalizados.

Palavras-chave: Ingestão de alimentos. Registros de enfermagem. Cirurgia. Desnutrição. Terapia nutricional.

ABSTRACT

AZAMBUJA, Fernanda Braga. **Conformity between acceptance of oral intake referred by surgical patients and registered nurses in the medical records.** 2013. 61 f. Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

Introduction: Even though patients demonstrate irregular acceptance of oral intake, a systematic and accurate evaluation of the intake is not included in the routines of nursing care. **Objective:** Evaluate the conformity between acceptance of oral intake referred by patients and the records about this acceptance, as well as nursing diagnoses (ND) and interventions prescribed. **Method:** Assessment of food intake by 24-hour recall, food intake recorded by nurses, ND and prescribed care related to nutrition were evaluated in a cohort of adult and surgical patients of Hospital de Clinicas de Porto Alegre between August 2011 and October 2012. It was considered "high acceptance": intake \geq 75% of total amount prescribed per day; "medium acceptance": 50 to 74.9%; "low acceptance": $<$ 50 % and NPO (nothing by mouth), according to medical prescription. The Kappa coefficient of agreement was used for evaluation of conformity. **Results:** The proportion of matching responses between patients' reports and nursing records was 91.3 % in cases of NPO, 87.1 % for "high acceptance", 17.8% for "medium acceptance" and 16.5% for "low acceptance" (Kappa = 0,45). Of the 3259 patients/day , it was found at least one ND in 277 (8.5%) (103 for "high acceptance", 52 for "medium acceptance", 45 for "low acceptance"; 77 for patients in NPO) and at least one nursing care in 316 (9.7%) (116 for "high acceptance", 62 for "medium acceptance"; 67 for "low acceptance"; 71 for patients in NPO). **Conclusion:** The conformity between surgical patients' reports and nursing records was moderate to weak. There was a higher proportion of matching responses when patients reported "high acceptance" or when NPO was prescribed. The diagnoses and nursing care related to nutrition do not document the high prevalence of hospital malnutrition and adequate acceptance of oral intake in hospitalized surgical adults.

Keywords: Food intake. Nursing records. Surgery. Malnutrition. Nutrition therapy.

RESUMEN

AZAMBUJA, Fernanda Braga. **Concordancia entre la aceptación de la dieta oral reportada por los pacientes quirúrgicos y reportados por enfermeras registradas en los registros médicos.** 2013. 61 f. Dissertación (Master en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

Introducción: Aunque los pacientes presenten aceptación irregular de la dieta oral, una evaluación sistemática y precisa de la ingestión no está incluida en las prácticas asistenciales de enfermería. **Objetivo:** Evaluar la concordancia entre la aceptación de la dieta oral reportada por los pacientes y los registros en prontuario desta aceptación, así como el diagnóstico y los cuidados de enfermería prescritos. **Método:** Fueron evaluados el consumo de alimentos mediante recuerdo de 24 horas, los registros de la ingestión en prontuario por las enfermeras, los diagnósticos de enfermería (DE) y la prescripción de cuidados relativa a la nutrición en una cohorte de adultos quirúrgica del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entre agosto de 2011 y octubre de 2012. Se consideró "buena aceptación": la ingesta de $\geq 75\%$ de las calorías totales prescritas por día, "regular aceptación": de 50 a 74,9%; "baja aceptación": $< 50\%$ y NPO (nada por la boca), de acuerdo com la prescripción médica. Para la evaluación de la concordância, fue utilizado el coeficiente Kappa. **Resultados:** La proporción de respuestas coincidentes entre el relato del paciente y el registro de las enfermeras fue 91,3% en casos de NPO, 87,1% para "buena aceptación", 17,8% para "regular aceptación" y 16.5% para "baja aceptación" (Kappa=0,45). De los 3.259 pacientes/día, fue encontrado al menos un DE en 277 (8,5%) (103 para "buena aceptación", 52 para "regular aceptación", 45 para "baja aceptación", 77 para pacientes en NPO) y al menos un cuidado de enfermería en 316 (9,7%) (116 para "buena aceptación", 62 para "regular aceptación", 67 para "baja aceptación", 71 para los pacientes en NPO). **Conclusión:** La concordancia entre los relatos de los pacientes quirúrgicos y los registros de las enfermeras fue de moderada a débil. Hubo una mayor proporción de respuestas coincidentes cuando los pacientes informaron "buena aceptación" o cuando había NPO prescrito. Los diagnósticos y los cuidados de enfermería relacionados con la nutrición no documentan la alta prevalencia de la desnutrición hospitalaria y la aceptación adecuada de la alimentación oral en adultos quirúrgicos hospitalizados.

Palabras-clave: Ingestión de alimentos. Registros de enfermeira. Cirugía. Desnutrición. Terapia nutricional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Critérios de coincidência entre relato do paciente e registro do enfermeiro.....	26
Figura 1 – Fluxograma de pacientes e observações analisadas	29
Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos pacientes	30
Tabela 2 – Estado nutricional de acordo com o índice de massa corporal e percentual de variação de peso durante a internação	31
Quadro 2 – Respostas coincidentes entre inquérito de ingestão alimentar e evolução dos enfermeiros de 1719 pacientes/dia	32
Figura 2 – Proporção de respostas coincidentes entre o inquérito alimentar e a evolução dos enfermeiros em 10 dias.....	33
Figura 3. Percentual de respostas coincidentes e concordância entre controle de ingestão e evolução dos enfermeiros em 10 dias.....	34
Quadro 3 – Diagnóstico de enfermagem e cuidado prescrito de acordo com inquérito alimentar informado pelo paciente.....	35
Tabela 3 – Frequência de diagnósticos de enfermagem	36
Tabela 4 – Frequência de cuidados de enfermagem.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	Desnutrição no contexto hospitalar: definições e impacto clínico	16
3.2	NutritionDay: uma estratégia contra a desnutrição hospitalar	17
3.3	O enfermeiro no cuidado nutricional em pacientes cirúrgicos	19
3.4	Inquérito de ingestão alimentar por via oral em pacientes hospitalizados	21
4	MÉTODO	23
4.1	Tipo de estudo	23
4.2	População	23
4.3	Logística (Coleta de Dados)	24
4.4	Cálculo amostral	27
4.5	Análise estatística	28
4.6	Aspectos éticos	28
5	RESULTADOS	29
5.1	Características da amostra	29
5.2	Concordância entre evolução do enfermeiro e inquérito de ingestão alimentar	31
6	DISCUSSÃO	38
7	POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO	43
8	IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	44
9	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	46
	Apêndice A - Inquérito de ingestão alimentar de 24 horas	52
	Apêndice B - Adendo enviado ao CEP/HCPA com novo objetivo	53
	Apêndice C - Concordância entre inquérito de ingestão alimentar e evolução dos enfermeiros em 10 dias	54
	Apêndice D - Informações adicionais relacionadas à nutrição do paciente: sinais e sintomas e condutas de enfermagem registradas em prontuário	56
	Anexo A - Formulário sobre o consumo alimentar - Nutritionday	57

Anexo B - Aprovação do comitê de ética em pesquisa do HCPA.....	58
Anexo C - Termo de consentimento livre e esclarecido	59
Anexo D - Termo de compromisso para a utilização de dados.....	61

1 INTRODUÇÃO

A nutrição é importante não só para manter a saúde, mas também para evitar doenças e até mesmo a morte. Quando adequada, torna-se um fator essencial na promoção da cura e na resistência à infecção e outras complicações. No entanto, o comprometimento do estado nutricional pode levar a uma resposta imunológica diminuída, alteração no processo de cicatrização, mudanças na composição e função de órgãos. Tudo isso, contribui para o aumento da morbimortalidade, do tempo de internação e do número de reinternações, gerando maiores custos^{1, 2, 3}.

Embora uma nutrição adequada seja fator importante de prevenção, promoção e recuperação do estado de saúde, a desnutrição hospitalar ainda é um evento prevalente neste meio e configura-se como um desafio a ser superado. Um dos estudos pioneiros de grande extensão realizado no Brasil em 2001 avaliou 4000 pacientes adultos hospitalizados em todo o país e encontrou uma prevalência de desnutrição de 48,1%⁴.

Ainda que se observe uma preocupação crescente referente à desnutrição hospitalar e muitas iniciativas venham surgindo para reduzir esses números, na prática, não se percebe uma real mudança nesses índices. Atualmente, estudos brasileiros que identificaram a prevalência de pacientes internados desnutridos mostram valores que variam de 6% podendo chegar a 80% de acordo com os variados métodos de aferição e perfil de pacientes analisados^{5, 6, 7, 8, 9}.

Estudo realizado em 325 hospitais europeus que investigou a avaliação do risco nutricional e seu manejo encontrou uma prevalência de 25% de pacientes desnutridos¹⁰. Esse número pode se elevar em grupos específicos de pacientes, como por exemplo, idosos chegando a 57%¹¹ e pacientes cirúrgicos chegando a mais de 60%^{12, 13}.

O enfoque nutricional deve ser indispensável no cuidado de pacientes cirúrgicos¹⁴. Alguns estudos tem demonstrado que pacientes com pior estado nutricional quando submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentam mais complicações^{13, 15}. Assim como a perda de peso corporal e massa magra ao longo

da hospitalização de pacientes cirúrgicos estão associados com infecção e maior tempo de internação^{16, 17}.

Apesar dos dados alarmantes de prevalência de desnutrição no meio hospitalar, os registros dessa condição ainda são escassos. Em estudo multicêntrico realizado na América Latina em que se constatou que 50,2% dos pacientes estavam desnutridos e 11,2% desnutridos graves, somente 23,1% dos registros dos pacientes continham informações sobre questões relacionadas com a nutrição¹⁴.

Cresce o interesse na avaliação da qualidade dos registros na área da enfermagem e, diversas instituições, estão produzindo trabalhos sobre essa temática, porém são pesquisas que avaliam os registros em geral. Não foram encontrados estudos que avaliaram registros de enfermagem sobre a aceitação alimentar de pacientes cirúrgicos, ressaltando a originalidade do presente estudo.

Em avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes internados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário de São Paulo foram encontrados diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem em apenas 41, 75,2 e 45,8% respectivamente. No entanto, somente 11,3% desses registros estavam completos¹⁸.

Em pacientes cirúrgicos especificamente, estudos recentes sobre os registros de enfermagem, embora em pequeno número, têm fornecido subsídios importantes ao planejamento do cuidado¹⁹. Estudo realizado com pacientes cirúrgicos de um hospital escola do Paraná evidenciou que 20,8% das prescrições de enfermagem estavam incompletas. Quando avaliou a frequência das anotações de enfermagem de alguns itens específicos, entre eles, observação de sinais e sintomas, 35,8% dos registros estavam incompletos²⁰.

Apesar da magnitude e relevância desse problema, as ações dos enfermeiros, envolvidos no cuidado a pacientes cirúrgicos nem sempre parecem estar suficientemente direcionadas para mudar essa situação. Por esse motivo, justifica-se a necessidade de identificar o quanto os enfermeiros de um hospital universitário que dispõe de recursos para adotar a sistematização da assistência e onde a prevalência de desnutrição em adultos é maior que 50%^{7, 21}, identificam

alterações nutricionais na sua rotina assistencial, registram esse fato e tomam providências.

A falta de conhecimento dos profissionais e da definição de responsabilidades e até mesmo a falta de interesse podem se configurar como barreiras que dificultam um suporte nutricional adequado²². Parte dos enfermeiros e médicos que responderam um questionário sobre aspectos da prática nutricional afirmaram ter dificuldade na identificação de pacientes desnutridos que necessitam de terapia nutricional²³.

De modo não sistemático, há uma impressão de que os registros de aceitação da alimentação por via oral, feitos pelos enfermeiros nos prontuários, quando existem, restringem-se a resumir a aceitação da via oral em um adjetivo (p ex: “boa aceitação da VO”), aparentemente mais relacionado à capacidade de mastigação ou deglutição, do que à quantidade de alimentos ingeridos propriamente ditos. Além disto, naqueles prontuários onde há alguma referência à baixa aceitação da alimentação por via oral, nem sempre parece haver prescrição de enfermagem de algum cuidado específico para minimizar essa condição. Igualmente, apesar da grande prevalência de desnutrição intra-hospitalar, não se observa que os diagnósticos de enfermagem relacionados sigam essa mesma proporção.

Nesse cenário, é necessário que o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, busque conhecimentos que o capacite a atuar tanto na prevenção como na recuperação de estados nutricionais comprometidos e, também, no reconhecimento de sinais que exijam intervenções de enfermagem²⁴, entre eles, alterações na ingestão alimentar.

Considerando a prevalência de pacientes internados com deficiências nutricionais, a estreita relação entre estado nutricional e evolução pós-operatória e a real possibilidade do enfermeiro atuar sobre esse problema para modificar este contexto, essa dissertação teve a seguinte questão norteadora: os registros do enfermeiro (evolução, diagnóstico e prescrição) retratam o que, de fato, os pacientes cirúrgicos informam ingerir por via oral?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a concordância entre a aceitação da alimentação por via oral referida por pacientes e os registros em prontuário feitos por enfermeiros.

2.2 Objetivos específicos

Verificar qual é a frequência de relato pelos pacientes de “boa aceitação”, “regular aceitação”, “pouca aceitação” da alimentação por via oral e NPO (nada por via oral).

Descrever a frequência de diagnósticos de enfermagem e cuidados prescritos nos casos de “boa aceitação”, “regular aceitação”, “pouca aceitação” da alimentação por via oral e NPO.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Desnutrição no contexto hospitalar: definições e impacto clínico

De acordo com a ESPEN (Sociedade Europeia de Nutrição Enteral e Parenteral) a desnutrição, comumente chamada de *desnutrição energético-proteica*, é a deficiência de energia, ingestão de proteínas ou absorção, frequentemente acompanhada pelo déficit de micronutrientes e minerais. Pode acontecer devido à falha no fornecimento de alimentos ou da ingestão (casos de jejum ou doença) e caracteriza-se por perda de peso e alterações da composição corporal (perda de gordura corporal, perda de massa magra e um aumento relativo do líquido extracelular)²⁵. Pode ser vista como uma doença adicional à doença primária, podendo aumentar o tempo de recuperação do indivíduo e está relacionada com a redução da eficiência de tratamentos como antibioticoterapia, quimioterapia e cirurgia²⁶.

O índice de massa corporal (IMC) é um dos métodos de avaliação utilizado para classificar os diferentes níveis de desnutrição e é definido como peso corporal (em quilos) dividido pelo quadrado da altura (em metros). Na classificação proposta pela ASPEN (Sociedade Americana de Nutrição Enteral e Parenteral) considera-se desnutrido o indivíduo com IMC inferior a 18,5 kg/m², eutrófico um IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m², sobrepeso valores entre 25 e 29,9 kg/m² e obesidade um IMC maior do que 30 kg/m²²⁷. Na prática clínica, no entanto, além do IMC outros métodos são, também, utilizados para avaliar estado nutricional e desnutrição. Uma avaliação do estado nutricional de pacientes internados em um hospital geral universitário de grande porte encontrou prevalência de desnutrição superior a 50% por meio de diferentes métodos de avaliação nutricional utilizados (nível sérico da albumina, avaliação subjetiva global, perda de peso e contagem linfocítica)⁷.

O IMC e o percentual de perda de peso são indicadores utilizados na prática clínica e somados a outros índices (avaliação subjetiva global, nível sérico de albumina e *nutritional risk screening*) auxiliam na classificação do risco nutricional. São considerados indivíduos em risco nutricional grave aqueles que apresentarem IMC inferior a 18,5 kg/m² ou perda de peso superior a 10% em seis meses²⁵. Além

disso, o risco nutricional tem sido relacionado com outros fatores como idade, ingestão alimentar, comorbidades como diabetes, câncer e infecção¹⁰, incapacidade funcional, baixo nível de escolaridade, estado civil solteiro, divorciado e viúvo e tabagismo²⁸.

Triagem nutricional tem o objetivo de identificar indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição facilitando o início precoce de uma intervenção nutricional adequada²⁹. Deve ser um processo rápido e simples conduzido pela equipe no momento da admissão a todos os pacientes hospitalizados³⁰. Os pacientes identificados na triagem como risco nutricional e/ou desnutridos devem ser submetidos à avaliação nutricional, uma vez que pacientes com pior estado nutricional apresentam maior tempo de internação, complicações e mortalidade²⁷. Mais do que uma simples triagem, a avaliação nutricional é uma análise detalhada de variáveis metabólicas, nutricionais ou funcionais que conduz a um plano de cuidados nutricionais adequados³⁰.

Na situação de risco ou desnutrição hospitalar, um plano de intervenção nutricional bem estruturado pode ter impacto nos resultados clínicos, melhorar estado nutricional, ingestão de nutrientes, qualidade de vida e redução das reinternações hospitalares²⁷. Apesar disso, o reconhecimento da desnutrição em pacientes hospitalizados muitas vezes não é uma prioridade na prática clínica e nem sempre está embasado no que é preconizado pelas diretrizes atuais. Um estudo europeu que avaliou mais de 20.000 pacientes internados em 1217 unidades de diferentes hospitais mostrou resultados divergentes de acordo com a região europeia analisada. A triagem nutricional na admissão hospitalar aconteceu entre 21 e 73% das unidades, sendo que a maioria utilizou-se de ferramentas locais de avaliação ao invés de estratégias e instrumentos reconhecidamente já validados¹⁰.

3.2 *NutritionDay*: uma estratégia contra a desnutrição hospitalar

Diante dos índices preocupantes de desnutrição dentro do ambiente hospitalar e da necessidade de mudança deste cenário, surgem iniciativas para transformar essa realidade.

Merece destaque um projeto internacional sem fins lucrativos chamado *nutritionDay* que, desde 2006, visa melhorar o conhecimento e a consciência em relação à desnutrição hospitalar e desde 2007 inclui os lares de idosos na sua avaliação. Anualmente, acontece uma auditoria multicêntrica em um único dia que avalia a prática nutricional em diversos hospitais³¹.

A primeira auditoria multicêntrica ocorreu em janeiro de 2006 em 859 hospitais de mais de 26 países europeus, totalizando 15.000 pacientes avaliados. Atualmente, países de fora da Europa também estão envolvidos nessa causa e fazem parte dessa iniciativa, entre eles o Brasil. Essa iniciativa europeia utiliza-se de métodos simples para estimar risco nutricional em pacientes hospitalizados a fim de melhorar a prática clínica.

O *nutritionDay* utiliza questionários padronizados, disponíveis em diferentes línguas, para investigar o estado nutricional e cuidados nutricionais de pacientes hospitalizados e residentes do lar de idosos. São coletados dados reais, comparáveis e significativos para reconhecer o problema e a partir disso propor melhorias. Até agora foram mais de 105.000 indivíduos avaliados e 46 países já participaram do projeto em todo o mundo. São preenchidos formulários sobre a organização e estrutura do setor; perguntas relacionadas com a nutrição, respondidas pelos profissionais/cuidadores; formulário sobre o consumo alimentar (ANEXO A), respondido, preferencialmente, pelos pacientes - a maioria dos pacientes precisa de ajuda para preencher os questionários -; formulário de avaliação dos resultados dos indivíduos na alta hospitalar e em 30 dias. São analisados dados sobre a unidade, diagnóstico, perda de peso recente, proporção de diminuição da ingestão de nutrientes, mortalidade, tempo de permanência e destino pós-alta, proporção de pacientes que necessitam de intervenções nutricionais, análise de fatores modificáveis³¹.

Esse projeto visa construir um mapa preciso da prevalência de desnutrição antes da admissão e da diminuição da ingestão de nutrientes de acordo com os fatores de risco, especialidade médica, estruturas organizacionais e países. Além disso, o *nutritionDay* também prevê um aumento da consciência para a nutrição clínica em pacientes, profissionais e gestores hospitalares³¹.

3.3 O enfermeiro no cuidado nutricional em pacientes cirúrgicos

Recentemente, 235 pacientes cirúrgicos internados tiveram seu estado nutricional avaliado em um hospital universitário de São Paulo. Destes, 20% estavam desnutridos na admissão hospitalar e 27,5% relataram perda de peso recente. Pacientes com doenças malignas e história de perda de peso recente se mostraram mais suscetíveis à desnutrição nesse estudo⁵.

O estado nutricional de pacientes de cirurgia eletiva de grande porte já havia sido avaliado utilizando diferentes métodos e foi evidenciada uma frequência de desnutrição entre 58,3 e 67,4% nesses indivíduos, além de taxas de morbidade maiores nos pacientes que estavam desnutridos - OR 3.09 (1.96-4.88); 3.47 (2.12–5.68); 2.30 (1.43–3.71), 2.81 (0.79–9.95) para os diferentes métodos de avaliação nutricional utilizados¹³.

A abordagem nutricional de pacientes cirúrgicos é aspecto fundamental no cuidado dos mesmos para que se minimize o estresse que o procedimento cirúrgico causa ao organismo¹⁴. No entanto, não basta oferecer alimentos, é necessário assegurar-se que o paciente está realmente ingerindo a quantidade de calorias prescritas. É nesse momento que o enfermeiro precisa estar atento nas situações em que pacientes tenham alguma alteração da aceitação alimentar. Nesses casos, acompanhar e monitorizar diariamente a ingestão alimentar desses pacientes é estratégia válida - mas não é simples - e deve fazer parte do cuidado de enfermagem sendo iniciada o quanto antes³².

A recomendação de se cuidar da alimentação dos pacientes é um dos cuidados mais antigos na organização da enfermagem como ciência, precedendo, inclusive, outros para os quais se dá mais atenção atualmente como prevenção de quedas e úlcera por pressão, os quais ninguém questiona se são de atribuição ou não da equipe de enfermagem. *Florence Nightingale* já destacava em seus registros que os cuidados com a alimentação deveriam ser tão importantes como os cuidados com a ventilação do ambiente dos enfermos³³. Embora *Florence* já descrevesse a nutrição como fator essencial no cuidado e recuperação dos doentes e reforçasse a importância da conservação, fornecimento e observação da aceitação alimentar, ainda assim tais cuidados eram negligenciados pela enfermagem³³.

A avaliação da nutrição faz parte do cuidado global do paciente e deve estar inserida na rotina assistencial do enfermeiro, desta forma, a sistematização dos registros de enfermagem fornece subsídios que facilitam o monitoramento das respostas metabólicas do organismo aos nutrientes em diferentes quadros clínicos³⁴.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o trabalho da equipe de enfermagem é organizado a partir das cinco etapas do processo de enfermagem (Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação), todas informatizadas. Embora o processo de enfermagem seja uma ferramenta que oriente e organize o cuidado de enfermagem, muitas instituições de saúde adotam somente algumas etapas do processo isoladamente e diferentes maneiras de registros.

Sendo assim, para que a assistência de enfermagem alcance níveis excelentes de atendimento a mesma deve ser pautada num método científico de trabalho que contemple a segurança e a integralidade. O processo de enfermagem é uma ferramenta tecnológica que promove o cuidado por meio da organização das condições necessárias para sua realização e uma possibilidade de documentação da prática profissional³⁵.

Existem diferentes tipos de registros: manuscritos ou eletrônicos, formulários padronizados, anotações em folhas separadas, livros de passagem de plantão, entre outros. Independente do método utilizado, o prontuário deve ser facilmente acessível, organizado, padronizado e completo. Tão importante quanto o próprio cuidado prestado, o registro das investigações, intervenções e respostas do paciente constitui atividade fundamental da prática de enfermagem e, quando efetivo, reflete o uso do Processo de Enfermagem³⁶.

Espera-se que os registros de enfermagem contidos nos prontuários sejam claros, objetivos, frequentes e completos possibilitando o monitoramento, a avaliação e o planejamento da assistência, porém, tais registros nem sempre representam o cuidado prestado e as informações fornecidas pelos pacientes³⁷.

Diferentes autores têm se proposto a avaliar a qualidade dos registros de enfermagem e o quanto eles contribuem com o planejamento dos cuidados^{18, 37, 38, 39}. Em locais onde a assistência de enfermagem é organizada a partir do Processo de Enfermagem também se observa a preocupação em avaliar a implementação das

suas etapas, sobretudo a partir da prevalência dos diagnósticos de enfermagem e sua relação com as prescrições de cuidados^{32, 40, 41}.

A equipe de enfermagem que atua no cuidado a pacientes de especialidades cirúrgicas deve assumir responsabilidades entre elas a supervisão da aceitação da alimentação e, para isso, é preciso atentar-se ao registro preciso dessa informação relevante ao cuidado desse grupo específico de pacientes⁴².

3.4 Inquérito de ingestão alimentar por via oral em pacientes hospitalizados

Menos da metade dos pacientes internados ingerem toda a alimentação oferecida^{43, 44}. A hospitalização provoca mudanças na rotina dos sujeitos. A permanência num ambiente estranho, o afastamento do convívio familiar, o estado debilitado de saúde, o paladar da comida diferente do usual, a alteração de apetite e hábito alimentar, os exames e procedimentos que necessitam de jejum, são fatores comuns que contribuem para a redução do volume de ingestão alimentar³⁴.

Hospital público brasileiro avaliou o percentual de restos alimentares em 1877 refeições e detectou uma quantidade superior a 35% de sobra de alimentos nas bandejas⁴⁵.

Os pacientes que não terminam as suas refeições tem um risco aumentado de adquirir um déficit protéico-energético significativo dentro de alguns dias e, por isso, devem ser monitorados. A informação da quantidade de alimentos ingeridos deveria ser tão relevante e o seu registro deveria estar presente assim como o controle dos sinais vitais, pois esta informação é facilmente obtida, não necessita de pessoal especializado e pode contribuir com uma intervenção nutricional precoce, se registrada diariamente⁴⁴.

Avaliar a real ingestão alimentar por via oral dos indivíduos internados e utilizar-se destes dados para o planejamento de cuidados adequados é imprescindível e, por esse motivo, essas informações devem estar presentes nos registros de enfermagem a fim de que possam fornecer subsídios para uma assistência integral e individualizada. No entanto, culturalmente, o registro

relacionado à ingestão alimentar feito pelo enfermeiro nem sempre é baseado no quantitativo de alimentos ingeridos.

Existem diferentes métodos e instrumentos de inquérito alimentar, todos com vantagens e desvantagens. Inúmeros são os fatores que podem interferir na avaliação dos inquéritos alimentares e comprometer a qualidade dos resultados obtidos: questões relacionadas ao entrevistado, ao entrevistador e também ao método propriamente dito podem ter influência nos dados⁴⁶.

Um dos métodos de avaliação quantitativa da ingestão de nutrientes é o recordatório de 24 horas. Embora a informação fornecida pelo paciente nem sempre represente a real ingestão diária de alimentos, uma vez que fatores como memória e cooperação do paciente, além de habilidade profissional em conduzir a entrevista podem interferir na qualidade das informações, esse método ainda é amplamente utilizado na prática clínica considerando sua facilidade, baixo custo e rapidez de aplicação^{46, 47, 48} em comparação com o padrão de referência que é a pesagem dos restos alimentares.

Iniciativas para aperfeiçoar instrumentos de avaliação da ingestão alimentar com o objetivo de aumentar a qualidade e confiabilidade da informação já estão sendo desenvolvidas, porém deve-se ressaltar que isso ainda não é realidade na maioria dos serviços de saúde⁴⁹. A obtenção de informações confiáveis e a possibilidade de registros sub ou superestimados são desafios a serem enfrentados e, por isso, é necessário melhorar a condição de obtenção de informações sobre as porções ingeridas⁵⁰.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma coorte aninhada a uma coorte original, intitulada “Terapia nutricional e seu impacto sobre permanência hospitalar e infecção em uma coorte de pacientes cirúrgicos do HCPA” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o nº 11-0307.

O objetivo central da coorte original foi avaliar a associação entre o tipo de terapia nutricional e desfechos clínicos hospitalares (permanência e infecção), em adultos de especialidades cirúrgicas, que foram acompanhados da admissão até a alta hospitalar⁵¹. Quando esta coorte estava iniciando, formulou-se a hipótese do presente estudo, incluindo-se objetivo adicional ao projeto já aprovado (implicações éticas descritas no capítulo específico).

4.2 População

No período de agosto de 2011 a outubro de 2012, todas as admissões de pacientes para cirurgias eletivas, com exceção das especialidades cardiovascular e neurocirurgia, no Centro de Terapia Intensiva, unidade de transplante de medula óssea, unidade de cuidados mínimos pós-operatório (pela curta permanência hospitalar), pacientes em uso de aparelho gessado, submetidos à amputação de membro e que apresentassem impossibilidade de submeter-se a avaliação, foram elegíveis para a coorte original. Por meio do sistema informatizado de gerenciamento de pacientes, os pacientes foram identificados. Para o presente estudo, não foram elegíveis os integrantes da coorte original (a) sem condições de responder ao inquérito de ingestão alimentar, (b) que utilizavam nutrição enteral ou parenteral no momento da internação e (c) que consumiam alimentos não fornecidos pelo hospital. Cada paciente foi incluído uma única vez, ainda que apresentasse re-internação no período do estudo. Os pacientes que passaram a utilizar terapia

nutricional adicional (nutrição enteral ou parenteral) ao longo do estudo não foram excluídos, mas tiveram sua participação censurada a partir desta data.

4.3 Logística (Coleta de Dados)

A coleta de dados ocorreu em momentos distintos:

a) Inquérito de ingestão alimentar. Realizou-se inquérito de ingestão alimentar por meio de recordatório de 24 horas seguindo modelo empregado pelo *nutritionDay* (Anexo A). Diariamente, uma enfermeira perguntou aos participantes sobre a quantidade de alimentos consumidos em cada uma das refeições (café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) das últimas 24 horas. Essas informações foram registradas em instrumento próprio (Apêndice A). Essa etapa é comum à coorte original e ao presente estudo.

b) Informações referentes à ingestão alimentar nos registros dos enfermeiros (evolução, diagnóstico e prescrição de enfermagem).

Nos registros de evolução de enfermagem identificou-se qualquer informação referente à aceitação da alimentação por via oral, por meio de leitura na íntegra destes registros, referentes às 24 horas.

Por meio de *query* (listagem gerada por uma pesquisa no sistema informatizado de gerenciamento de pacientes), fornecida pelo serviço responsável pelos sistemas de informação da instituição, foram identificados os diagnósticos de enfermagem (DE) e os cuidados de enfermagem prescritos, relacionados com a nutrição. A escolha dos DE e cuidados incluídos na *query* se deu a partir de listagem completa dos DE e cuidados disponíveis no sistema fornecida pela Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) que é responsável pela condução da metodologia do Processo de Enfermagem na instituição.

Foram incluídos os DE do subgrupo 11 (Nutrição) das necessidades psicobiológicas exceto os relacionados à amamentação. DE: (1) Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, (2) Déficit no autocuidado:

alimentação, (3) Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais, (4) Deglutição prejudicada e (5) Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais.

Após leitura da listagem completa fornecida pela COPE dos cuidados de enfermagem disponíveis no sistema de prescrição, foram incluídos na *query* os seguintes cuidados relacionados à nutrição: (1) administrar dieta conforme avaliação da enfermeira, (2) alimentar paciente, (3) auxiliar na alimentação, (4) avaliar condições para deglutição, (5) calcular índice de massa corporal, (6) comunicar aceitação da dieta, (7) determinar capacidade do paciente para satisfazer as necessidades nutricionais, (8) encorajar ingestão calórica adequada às necessidades do paciente, (9) estimular adesão ao controle alimentar, (10) estimular ingestão alimentar, (11) implementar cuidados com verificação de peso do paciente adulto, (12) iniciar uso de alimentos conforme hábitos alimentares, (13) manter NPO, (14) manter posição sentada por 30 minutos após término da refeição, (15) monitorar as preferências e escolhas alimentares, (16) monitorar as tendências de perda e aumento de peso, (17) monitorar estado nutricional do paciente, (18) monitorar ingesta nutricional para garantir recursos energéticos adequados, (19) monitorar náusea e vômito, (20) monitorar peso adequado, (21) observar aceitação da dieta, (22) oferecer dieta, (23) oferecer líquidos com frequência e em pequenas quantidades, (24) oferecer variedade de alimentos conforme grupos alimentares, (25) oferecer via oral com cuidado, (26) oferecer três refeições e lanches conforme adequado, (27) orientar paciente/família sobre cuidados com alimentação, (28) orientar paciente sobre alimentos, (29) orientar quanto ao NPO, (30) orientar quanto à importância da ingestão alimentar, (31) permanecer com o paciente por 45 minutos após alimentação, (32) permanecer junto ao paciente nos horários das refeições, (33) registrar aceitação da dieta, (34) registrar aspecto e volume dos vômitos, (35) registrar frequência, volume e aspecto dos vômitos, (36) respeitar limitação do paciente em alimentar-se, (37) restringir entrada de alimentos nas visitas, (38) verificar peso e altura do paciente.

c) Informações clínicas e demográficas foram provenientes da coorte original “Terapia nutricional e seu impacto sobre permanência hospitalar e infecção em uma coorte de pacientes cirúrgicos do HCPA”. Foram coletados dados referentes ao sexo, idade, escolaridade, dias de internação, óbito, comorbidades, peso na

admissão e alta, altura na admissão e alta, especialidade médica, realização de cirurgia, uso de terapia nutricional adicional, tipo de dieta prescrita e quantidade de calorias diárias prescritas.

Foram consideradas “respostas coincidentes” as informações fornecidas pelo paciente, que constituíram o inquérito de ingestão alimentar, e os registros da evolução do enfermeiro no prontuário eletrônico, quando atingidos os seguintes critérios descritos no Quadro 1:

Quadro 1 - Critérios de coincidência entre relato do paciente e registro do enfermeiro

<i>Inquérito alimentar (informação do paciente)</i>	<i>Registros de evolução no prontuário (pelo enfermeiro)</i>
- Boa aceitação da via oral: ingestão $\geq 75\%$ das calorias totais prescritas no dia;	“aceitando bem via oral”; “boa aceitação da VO”; “aceita dieta VO”; “alimentando-se bem”; “aceitando VO”; “boa ingesta alimentar”; “ABVO”.
- Regular aceitação da via oral: ingestão de 50 a 74,9% das calorias totais prescritas no dia;	“aceitando parcial”; “aceitação moderada”; “aceitação regular da dieta”; “média aceitação”; “ARVO”.
- Pouca aceitação da via oral: ingestão $< 50\%$ das calorias totais prescritas no dia;	“aceita pouco VO”; “ingesta diminuída”; “não aceitou bem dieta”; “pouco VO”; “má aceitação”; “APVO”;
Paciente informando que não ingeriu nada nas 24 horas por determinação médica.	NPO (nada por via oral): considerado adequado se esta informação constar na evolução do enfermeiro.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

A proporção de respostas coincidentes entre os registros contidos nas evoluções dos enfermeiros e o inquérito de ingestão alimentar relatado pelo paciente foi analisada em cada um dos 10 dias (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10) e

no somatório destes 10 dias de controle de ingestão. O primeiro dia de internação não foi analisado, pois a maior parte dos pacientes vindos do domicílio não ingeriram todas as refeições do hospital daquele dia.

4.4 Cálculo amostral

Baseando-se nos resultados de um estudo piloto, conduzido previamente à realização desse estudo, no qual foram avaliados 174 dias de ingestão de um total de 27 pacientes estimou-se o tamanho da amostra. Considerou-se que uma diferença entre a aceitação da alimentação por via oral em relação às calorias prescritas menor que 25% seria uma “ingestão adequada” e que o “registro adequado” caracterizaria-se pela presença de coincidência entre a ingestão informada pelo paciente e a evolução do enfermeiro. Neste estudo piloto viu-se 8,5% de registros naqueles com ingestão inadequada e 44,7% naqueles com ingestão adequada, sendo estimada a necessidade de avaliação de 56 observações, aceitando um intervalo de confiança de 95% de precisão para a diferença entre as proporções, para um nível de significância de 5%, poder de 80%, razão de 1 paciente exposto à ingestão adequada para cada paciente exposto à ingestão inadequada.

No entanto, durante o desenvolvimento do estudo, optou-se por avaliar a totalidade dos pacientes, pela disponibilidade de sujeitos participantes na coorte original. Tendo em vista que cada paciente incluído contribuiu com diferentes tempos (em dias) para o tempo total da coorte (dias de seguimento) as avaliações foram expressas em *pacientes/dia* (número de pacientes x número de dias de acompanhamento). O tamanho da amostra estudada foi de 3259 observações (pacientes/dia) de um total de 595 pacientes. Para um nível de significância de 5%, poder de 80% e aceitando um intervalo de confiança de 95%, um tamanho de amostra de 1123 observações é capaz de determinar se um coeficiente Kappa de 0,4 é estatisticamente diferente de um coeficiente Kappa de 0,5.

4.5 Análise estatística

Os dados foram digitados e analisados utilizando-se o programa *PASW Statistics* versão 20.0. A análise descritiva respeitou as características e distribuição das variáveis. As variáveis contínuas e com distribuição normal são descritas por meio de média \pm dp, enquanto as variáveis contínuas sem distribuição normal são apresentadas como mediana (intervalo interquartil). As categóricas são descritas em números absolutos (percentual). Para análise estatística utilizou-se o Coeficiente Kappa como medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância.

4.6 Aspectos éticos

A coorte original intitulada “Terapia nutricional e seu impacto sobre permanência hospitalar e infecção em uma coorte de pacientes cirúrgicos do HCPA” na qual essa pesquisa está inserida foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o parecer nº 11-0307 (Anexo B) atendendo às Diretrizes e Normas de pesquisa envolvendo seres humanos, que está disposta na Resolução 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa de origem assinaram termo de compromisso livre e esclarecido autorizando sua participação no estudo (Anexo C). As pesquisadoras comprometeram-se em utilizar os dados obtidos apenas com caráter científico, os mesmos serão armazenados por um período de cinco anos e após serão destruídos.

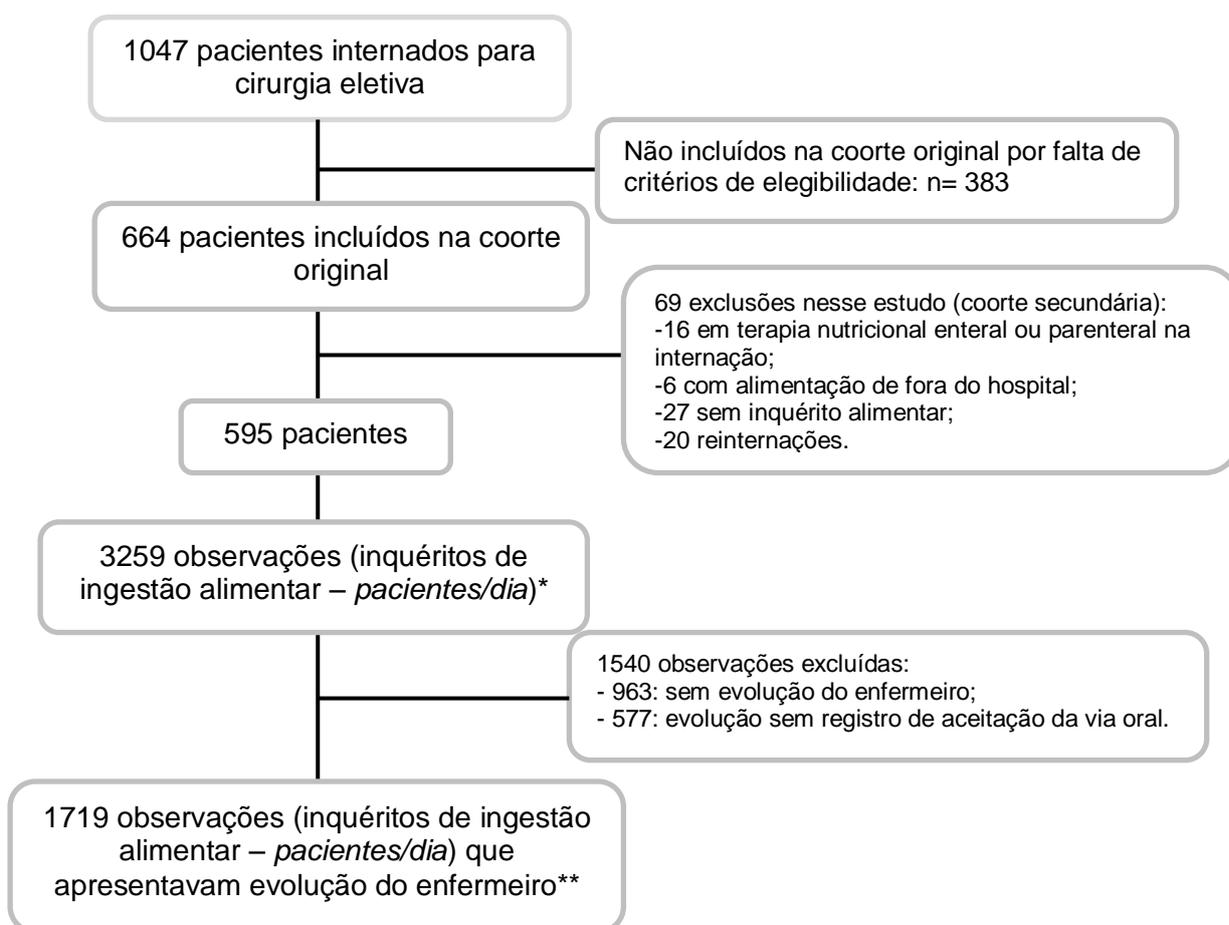
Para responder aos objetivos dessa pesquisa houve a necessidade de revisão dos registros de enfermagem contidos no prontuário eletrônico dos pacientes. A fim de assegurar a privacidade dos profissionais envolvidos e demais preceitos éticos, os autores assinaram termo de compromisso para a utilização de dados, conforme modelo do GPPG/HCPA (Anexo D). Adendo informando novo objetivo foi enviado ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (Apêndice B).

5 RESULTADOS

5.1 Características da amostra

Entre agosto de 2011 e outubro de 2012 ocorreram 1047 internações para cirurgias eletivas de pacientes adultos no HCPA. Destes, 664 foram incluídos na coorte original “Terapia nutricional e seu impacto sobre permanência hospitalar e infecção em uma coorte de pacientes cirúrgicos do HCPA”. Deste grupo foram excluídos 69 pacientes, restando 595 participantes do presente estudo (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de pacientes e observações analisadas



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*número de observações para fins de análise de diagnóstico de enfermagem e cuidados. **número de observações para fins de análise de concordância entre evolução e ingestão alimentar.

Dos 595 participantes, 350 (58,8%) eram homens, a idade média foi de $60,2 \pm 13,34$ anos, mais da metade da amostra com escolaridade de ensino fundamental incompleto (53,9%). O tempo de internação teve uma mediana de 9 (5-13) dias, realizaram pelo menos um procedimento cirúrgico 492 (82,7%) pacientes, dentre oito diferentes especialidades médicas, onde a Urologia foi a mais prevalente (32,6%), seguida pela Cirurgia Abdominal com (23,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos pacientes (n=595) Dados expressos como média \pm dp ou n(%) conforme indicado

Variáveis	
Sexo masculino	350(58,8)
Idade	60,2 \pm 13,4
\geq 60 anos	347(58,3)
Escolaridade	
Analfabeto	54 (9,1)
Ensino fundamental incompleto	321(53,9)
Ensino fundamental completo	109 (18,3)
Ensino médio incompleto	20 (3,4)
Ensino médio completo	69 (11,6)
Ensino superior incompleto	9 (1,5)
Ensino superior completo	13 (2,2)
Especialidade	
Urologia	194 (32,6)
Cirurgia abdominal	141(23,7)
Proctologia	83 (13,9)
Cirurgia geral	63 (10,6)
Cirurgia torácica	54 (9,1)
Otorrinolaringologia	36 (6,1)
Cirurgia vascular	12 (2,0)
Oftalmologia	12 (2,0)
Diagnóstico de câncer	336 (56,5)
Comorbidades (mais de uma é possível)	
Cardiopatia isquêmica	30 (5,0)
Diabete Melitus	78 (13,1)
Doença cerebral vascular	21 (3,5)
Doença vascular periférica	19 (3,2)
Outras	138 (23,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Ao longo do período de acompanhamento, 45 (7,6%) pacientes passaram a utilizar terapia nutricional adicional (nutrição enteral ou parenteral) e 12 (2%) evoluíram para óbito. No momento da internação 24 (4%) pacientes foram

classificados como desnutridos pelo índice de massa corporal e um total de 326 (54,8%) pacientes receberam alta com peso inferior ao da internação (Tabela 2).

Tabela 2 - Estado nutricional de acordo com IMC e percentual de variação de peso durante a internação (n=595, ou sinalizado na variável quando em contrário) Dados expressos em n(%)

	n (%)
Percentual de variação de peso (kg) na internação	
(-) entre 10 e 20%	18 (3,2)
(-) entre 5 e 10%	48 (8,5)
(-) até 5%	260 (46,0)
Manteve peso	101 (17,9)
(+) até 5%	113 (20,0)
(+) entre 5 e 10%	19 (3,4)
(+) entre 10 e 20%	6 (1,1)
Classificação nutricional pelo IMC na admissão (n= 595)	
Desnutrido	24 (4,0)
Eutrófico	207 (34,8)
Sobrepeso	215 (36,1)
Obeso	149 (25,0)
Classificação nutricional pelo IMC na alta (n= 565)	
Desnutrido	21 (3,5)
Eutrófico	215 (36,1)
Sobrepeso	201 (33,8)
Obeso	128 (21,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

(-) perda; (+) ganho; kg: quilogramas; IMC: índice de massa corporal.

5.2 Concordância entre evolução do enfermeiro e inquérito de ingestão alimentar

Cada paciente teve uma mediana de 5 (3-8) dias de inquérito de ingestão (recordatório alimentar de 24 horas), totalizando 3259 pacientes/dia. A média de calorias ingeridas, por quilo de peso, foi de $21,1 \pm 11,0$. O percentual de calorias ingeridas teve uma mediana de 66,7 (30,2 – 100) %.

Do total de 3259 pacientes/dia, 963 não tinham evolução do enfermeiro durante as 24 horas do dia e em 577 havia evolução sem qualquer informação sobre a aceitação da alimentação por via oral, restando 1719 pacientes/dia onde havia simultaneamente a informação da ingestão pelo paciente e pelo enfermeiro (evolução) (Figura 1).

Do total de 1719 pacientes/dia, o inquérito alimentar indicou “boa aceitação da alimentação por via oral” em 684 (39,8%), “regular aceitação” em 275 (16,0%), “pouca aceitação” em 369 (21,5%) e “NPO” em 391 (22,7%).

Dentre os 684 controles de ingestão que sinalizaram “boa aceitação” da dieta pelos pacientes, em 596 (87,1%) os enfermeiros também sinalizaram que os pacientes apresentavam boa aceitação da alimentação nos registros da evolução nos prontuários (1ª coluna). Dos 391 controles de ingestão em que os pacientes relataram estar em “NPO”, em 357 (91,3%) os enfermeiros registraram o mesmo nos prontuários (4ª coluna). Menores proporções de respostas coincidentes foram encontradas quando os pacientes informaram “regular” e “pouca” aceitação da alimentação por via oral. Dos 275 controles de ingestão onde houve “regular” aceitação, apenas 49 (17,8%) tiveram a mesma classificação registrada na evolução pelos enfermeiros (2ª coluna), enquanto nas 369 situações em que houve “pouca aceitação”, somente em 61 (16,5%) houve registro desta condição pelos enfermeiros (3ª coluna). Ao se avaliar a concordância entre a classificação pelo paciente da sua ingestão (inquérito alimentar) e a impressão do enfermeiro sobre essa ingestão (expressa no registro da evolução do paciente em prontuário), identificou-se moderada a fraca concordância (Kappa = 0,448) (Quadro 2).

Quadro 2 - Respostas coincidentes entre inquérito de ingestão alimentar e evolução dos enfermeiros de 1719 pacientes/dia

Informação pelo enfermeiro (evolução no prontuário)	Informação do paciente (Inquérito alimentar)				TOTAL
	ABVO	ARVO	APVO	NPO	
ABVO	596	159	108	16	879
ARVO	34	49	51	4	138
APVO	22	17	61	14	114
NPO	32	50	149	357	588
TOTAL	684	275	369	391	1719

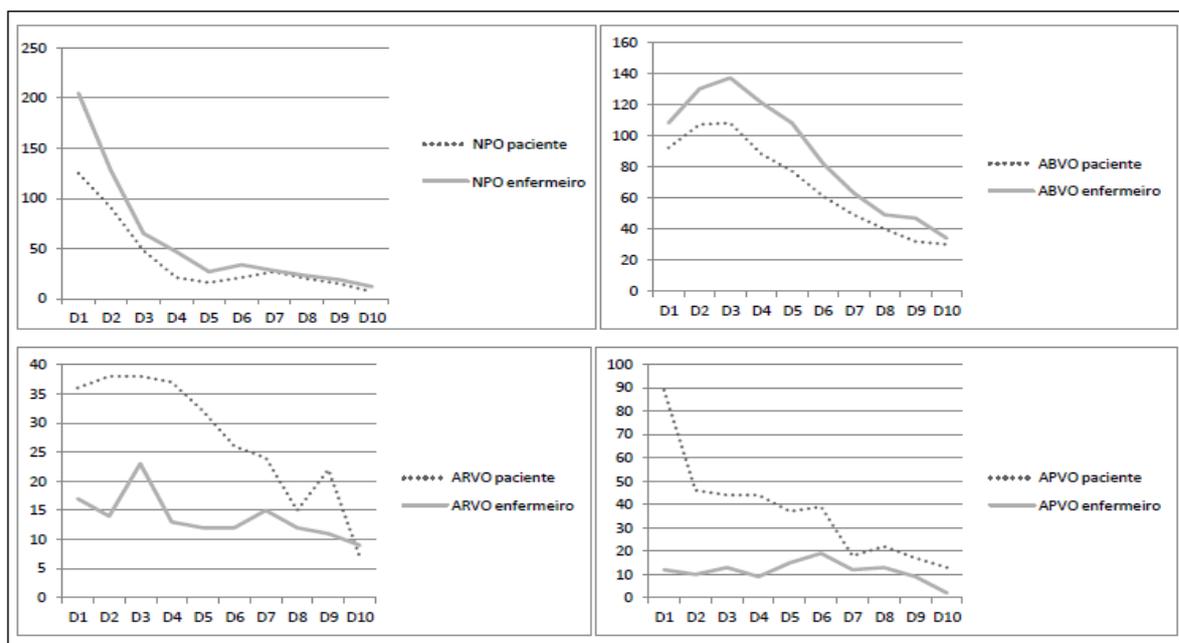
Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

ABVO: aceitação boa da via oral; ARVO: aceitação regular da via oral; APVO: aceitação pouca da via oral; NPO: nada por via oral.

A primeira linha do Quadro 2 mostra que em 32,2% dos registros feitos pelos enfermeiros houve tendência de superestimar aquilo que os pacientes de fato estavam ingerindo, uma vez que os pacientes relataram “regular” ou “pouca aceitação”, ou, ainda, encontravam-se em NPO. Também quando os enfermeiros classificaram a ingestão como regular (2ª linha), observou-se que em cerca de 40% das vezes houve pior ingestão referida pelos pacientes. Por outro lado, quando os enfermeiros classificaram a aceitação da via oral como “pouca” (3ª linha), 34,2% dos inquiridos apontaram melhor aceitação, por parte dos pacientes. Ainda, quando houve registro de NPO pelos enfermeiros (4ª linha), cerca de 40% dos registros demonstrou que os pacientes estavam aceitando a dieta, ainda que em pouca quantidade.

A Figura 2 mostra a proporção de respostas coincidentes entre a informação dada pelos pacientes quanto a sua ingestão, avaliada pelo inquérito alimentar, e a impressão da ingestão registrada pelos enfermeiros nas evoluções nos prontuários, ao longo de 10 dias.

Figura 2 - Proporção de respostas coincidentes entre o inquérito alimentar e a evolução dos enfermeiros em 10 dias

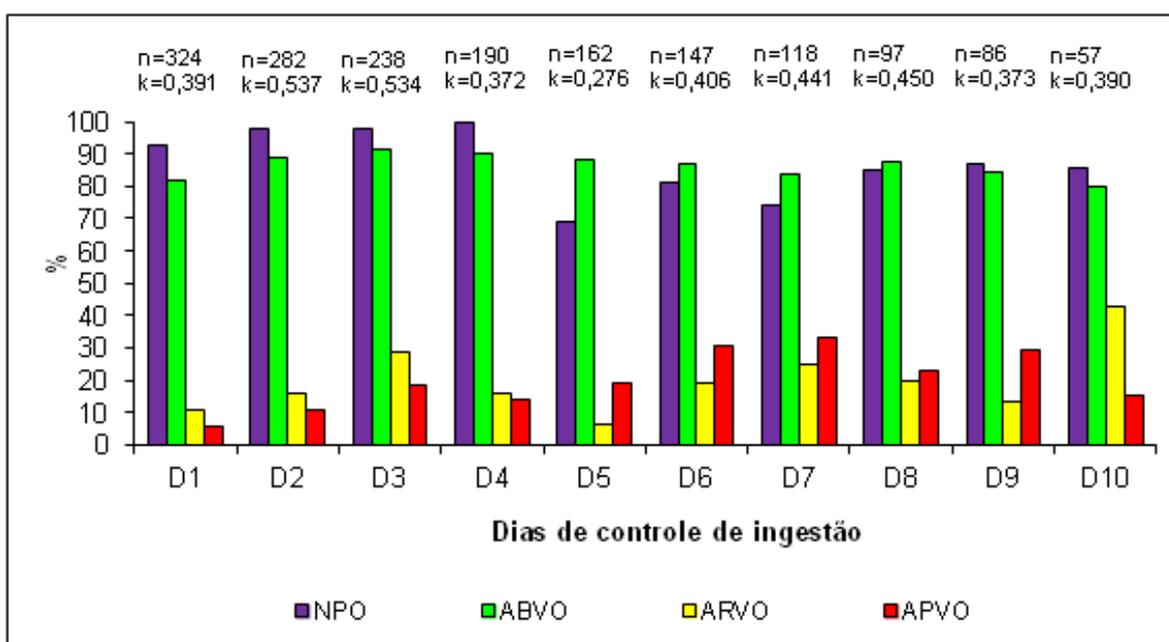


Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

ABVO: aceitação boa da via oral; ARVO: aceitação regular da via oral; APVO: aceitação pouca da via oral; NPO: nada por via oral; D: dia. Números absolutos de observações.

Assim como já demonstrado na avaliação das respostas coincidentes da totalidade das observações, quando avaliada a concordância estratificada pelo dia da observação, identificou-se concordância de fraca a moderada, tendo o coeficiente Kappa variando entre 0,276, no 5º dia, e 0,537, no 2º dia. Também houve menor proporção de coincidência entre a informação do paciente e dos enfermeiros nas categorias intermediárias de aceitação da alimentação da via oral (ARVO e APVO) (Figura 3).

Figura 3 - Percentual de respostas coincidentes e concordância entre controle de ingestão e evolução dos enfermeiros em 10 dias Dados expressos em %



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

ABVO: aceitação boa da via oral; ARVO: aceitação regular da via oral; APVO: aceitação pouca da via oral; NPO: nada por via oral; D: dia; k: Coeficiente Kappa; n: número de observações.

A concordância entre inquérito de ingestão alimentar e evolução do enfermeiro em 10 dias encontra-se ao final dessa dissertação (Apêndice C).

Dos 3259 pacientes/dia, 1318 (40,4%) apresentaram “boa aceitação” da alimentação por via oral no inquérito alimentar, 568 (17,4%) apresentaram “regular aceitação”, 725 (22,3%) apresentaram “pouca aceitação” e 648 (19,9%) sujeitos estavam em NPO.

Deste total de 3259 observações, para 277 (8,5%) houve algum tipo de DE relacionado à nutrição registrado nos prontuários. Os enfermeiros fizeram pelo menos um DE para 103 pacientes/dia com “boa aceitação” no inquérito alimentar, 77 pacientes/dia que informaram estar em NPO; para 52 que informaram “aceitação regular” e para 45 que informaram “pouca aceitação” (Quadro 3).

Quanto aos cuidados de enfermagem relacionados à nutrição, identificou-se a prescrição de pelo menos um cuidado em 316 (9,7%) pacientes/dia das 3259 observações. Os enfermeiros prescreveram pelo menos um cuidado para 116 pacientes/dia com “boa aceitação” no inquérito alimentar, 71 pacientes/dia que informaram estar em NPO, para 62 que informaram “aceitação regular” e para 67 que informaram “pouca aceitação” (Quadro 3).

Quadro 3 - Diagnóstico de enfermagem e cuidado prescrito de acordo com inquérito alimentar informado pelo paciente

		Informação do paciente (Inquérito alimentar)				Total
		NPO	ABVO	ARVO	APVO	
DE	sim	77	103	52	45	277 (8,5%)
	não	571	1215	516	680	2982 (91,5%)
Cuidados	sim	71	116	62	67	316 (9,7%)
	não	577	1202	506	658	2943 (90,3%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

NPO: nada por via oral; ABVO: aceitação boa da via oral; ARVO: aceitação regular da via oral; APVO: aceitação pouca da via oral.

Cada sujeito apresentou, no máximo, dois diagnósticos de enfermagem relacionados à nutrição diferentes, totalizando 290 diagnósticos. Os mais frequentes foram “Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais” (58,3%) e “Deglutição prejudicada” (34,5%), enquanto o menos frequente foi “Déficit no autocuidado: alimentação” (1,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência de diagnósticos de enfermagem Dados expressos em n(%)

		n (%)
DE	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	169 (58,3)
	Déficit no autocuidado: alimentação	5 (1,7)
	Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	10 (3,4)
	Deglutição prejudicada	100 (34,5)
	Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	6 (2,1)
Total		290 (100)

Fonte: Azambuja, 2013.

Cada sujeito recebeu até 5 diferentes prescrições de cuidados num total de 515. Os cuidados mais frequentes foram: observar aceitação da dieta (24,1%) e comunicar aceitação da dieta (15,5%) e os menos frequentes foram manter NPO (0,2%) e auxiliar na alimentação (0,6%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência de cuidados de enfermagem Dados expressos em n(%)

		(continua)
		n (%)
Cuidados	Auxiliar na alimentação	3 (0,6)
	Avaliar condições para deglutição	39 (7,6)
	Comunicar à enfermeira aceitação da dieta	9 (1,7)
	Comunicar aceitação da dieta	80 (15,5)
	Estimular adesão ao controle alimentar	23 (4,5)
	Estimular ingestão alimentar	55 (10,7)

		(conclusão)
		n (%)
Cuidados	Manter NPO	1 (0,2)
	Manter posição sentada por 30 min após término da refeição	7 (1,4)
	Monitorar náusea e vômito	10 (1,9)
	Observar aceitação da dieta	124 (24,1)
	Oferecer líquidos com frequência e em pequenas quantidades	8 (1,6)
	Orientar paciente/família sobre cuidados com alimentação	16 (3,1)
	Orientar quanto ao NPO	8 (1,6)
	Orientar sobre a importância da ingestão alimentar	5 (1,0)
	Registrar aceitação da dieta	10 (1,9)
	Registrar aspecto e volume dos vômitos	7 (1,4)
	Registrar frequência, volume e aspecto dos vômitos	40 (7,8)
	Respeitar limitação do paciente em alimentar-se	10 (1,9)
	Verificar peso do paciente	60 (11,7)
	Total	515 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

A fim de identificar registros feitos de modo assistemáticos pelos enfermeiros nos prontuários que pudesse estar relacionados à aceitação da via oral dos pacientes, todos os registros realizados pelos enfermeiros foram revisados. Assim, as informações adicionais constantes nos registros de evolução que pudessem estar relacionadas à nutrição do paciente como, por exemplo, sinais e sintomas observados a partir de entrevista e exame físico e, também, algumas condutas de enfermagem registradas em prontuário foram contabilizadas. Ainda que pouco frequentes, observou-se, especialmente, anotações relacionadas a NPO e sinais e sintomas do trato digestório (Apêndice D).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que há moderada a fraca concordância entre o relato dos pacientes das quantidades de alimentos que consomem durante dias de hospitalização e os registros realizados por enfermeiros nos prontuários. Também, poucas ações de enfermagem estiveram documentadas nos prontuários, dada a baixa frequência de diagnósticos e prescrições de cuidados. Os resultados obtidos configuram originalidade a esse trabalho visto que não existem até o presente momento outros estudos que abordaram essa temática.

Estudo que avaliou o estado nutricional de 460 pacientes submetidos à cirurgia eletiva na Turquia, usando diferentes métodos de avaliação nutricional, obteve uma mortalidade duas vezes maior (4,3%) que o presente estudo (2,0%). Fatores como maior prevalência de câncer (63,7% *versus* 56,5%), tempo de internação mais prolongado (16 dias *versus* 9 dias) e a inclusão de pacientes com suporte nutricional adicional podem justificar essa diferença¹³. Já um estudo brasileiro mais recente realizado em São Paulo que avaliou o estado nutricional de 235 pacientes também cirúrgicos, encontrou uma taxa de mortalidade de 1,1%⁵.

A idade é um fator que pode influenciar na taxa de morbimortalidade de pacientes cirúrgicos. Estudo realizado em Mato Grosso com 1912 sujeitos que comparou pacientes cirúrgicos idosos com pacientes mais jovens e a associação com valores mais baixos de índice de massa corporal encontrou uma mortalidade de 5,3% em pacientes com 65 anos ou mais e apenas 2,1% em pacientes com menos de 65 anos¹⁵.

Em relação às comorbidades, nesse estudo encontrou-se uma prevalência de 13,1% de diabetes mellitus e 5% de cardiopatia isquêmica. Resultados semelhantes foram encontrados num estudo europeu de grande extensão: 16% diabéticos e 4% com infarto agudo do miocárdio¹⁰.

O percentual de desnutrição na admissão segundo o índice de massa corporal (IMC <18,5Kg/m²) encontrado no presente estudo foi de 4%. O IMC isoladamente não parece ser um bom indicador de estado nutricional. Estudos têm

demonstrado que essa medida de avaliação tende a fornecer valores subestimados de prevalência de desnutrição. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas que também utilizaram esse método de avaliação^{7, 10, 12}.

Além do IMC, também se buscou avaliar o percentual de perda de peso. Contrário ao IMC, a perda de peso, principalmente recente, tem demonstrado ser um bom parâmetro para determinar risco nutricional⁵. Dos 595 pacientes incluídos, 46% apresentou um percentual de perda de peso de até 5% durante a internação e 11,7% apresentou perda superior a 5% do peso corporal. Estudo multicêntrico europeu mostrou que 45% dos pacientes avaliados apresentaram alguma perda de peso nos últimos três meses¹⁰ enquanto estudo brasileiro que avaliou a prevalência de desnutrição em diferentes tempos de internação mostrou que 34,5% dos pacientes tiveram uma perda de peso superior a 5% na admissão e 46,9% após a primeira semana de internação⁷.

O percentual de calorias ingeridas teve uma mediana de 66,7% nos dias de inquérito alimentar, ou seja, os pacientes deixaram de ingerir em torno de 30% da alimentação oferecida. A sobra de alimentos tem sido monitorizada pelos serviços de saúde, seja para avaliar a quantidade de calorias ingeridas pelos pacientes, seja para medir o desperdício de alimentos nos serviços de nutrição hospitalar. Estudo brasileiro realizado em Ribeirão Preto que avaliou os restos alimentares de almoço e jantar de um total de 650 dietas observou um total de 31% de alimentos não ingeridos⁵². Num hospital público de Florianópolis onde foram avaliadas 1877 refeições se observou uma sobra de 36% dos alimentos na bandeja⁴⁵. Fora do Brasil, o percentual de alimentos não ingeridos pelos pacientes hospitalizados parece ser ligeiramente menor. Estudo suíço com 1291 sujeitos incluídos observou um total de 27,2% de alimentos não consumidos pelos pacientes hospitalizados⁴³. Outro estudo também desenvolvido na Suíça com 1416 adultos hospitalizados obteve uma média de 23% de calorias não consumidas⁵³.

Nos casos de ingestão oral insuficiente está indicada a terapia nutricional enteral: ingestão < 60% por mais de 10 dias⁵⁴, jejum previsto de 5 a 7 dias ou antes para pacientes já desnutridos; pacientes pós cirúrgicos que não toleram a ingestão oral até 7 dias nos eutróficos ou antes nos desnutridos⁵⁵. Mas até mesmo os pacientes com terapia nutricional enteral não recebem o total de calorias prescritas

diariamente. Um estudo que avaliou 85 pacientes críticos identificou que 40% do volume da alimentação enteral não foi administrado⁵⁶.

Estudos de grande dimensão como o *nutritionDay* têm disponibilizado sistematicamente informações pertinentes ao cuidado nutricional sobretudo acerca da ingestão alimentar. Em uma das suas edições foram avaliados 16.290 adultos hospitalizados e constatou-se que mais da metade dos pacientes não comem toda a sua refeição completa oferecida pelo hospital⁴⁴.

Do total de 3259 inquéritos de ingestão alimentar coletados, menos da metade (40,4%) apresentaram “boa aceitação” da alimentação por via oral ($\geq 75\%$ das calorias prescritas). Estudos que se propõem a avaliar a ingestão alimentar mostram um percentual de pacientes que ingerem toda a alimentação de aproximadamente 34 a 58%^{10, 11, 44}.

Nesse estudo 17,4% dos inquéritos de ingestão alimentar representaram “regular aceitação” (50 a 75% das calorias prescritas); 22,3% representaram “pouca aceitação” ($< 50\%$) e 19,9% tinham prescrição médica de NPO. Valores aproximados foram descritos previamente por outros autores mesmo tendo adotado faixas de classificação de percentual de ingestão diferentes desse estudo^{10, 44}. Em relação ao registro de aceitação da alimentação por parte dos enfermeiros observou-se que esses profissionais tendem a registrar uma aceitação maior do que o paciente realmente ingeriu. Estudo que fez observação direta da ingestão alimentar e comparou com os registros de aceitação feitos pela enfermagem e com métodos fotográficos demonstrou que os registros de enfermagem superestimaram a ingestão alimentar em 22% e que a equipe não conseguiu identificar 53% dos pacientes que ingeriram menos de 75% da maior parte das refeições⁵⁷.

No que se refere à proporção de respostas coincidentes entre a quantidade de alimentos informada pelos pacientes no inquérito alimentar e o registrado pelo enfermeiro no prontuário, observa-se que, de modo geral, não há modificação nos 10 dias de acompanhamento. Nos extremos (boa aceitação e NPO) percebem-se altos níveis de respostas coincidentes entre a ingestão alimentar relatada pelo paciente e a registrada pelos enfermeiros, enquanto nas faixas intermediárias (pouca e regular aceitação) observam-se baixos níveis de respostas coincidentes. Justamente nas situações de ingestão alimentar inadequada, ou seja, que exigem

ações direcionadas ao problema, o enfermeiro não registra a informação precisa da quantidade de alimentos ingeridos pelos pacientes. Apesar do elevado número de pacientes com ingestão alimentar insuficiente, há necessidade de mudança de atitude dos profissionais na prática clínica. Estudo publicado em 2009 mostrou que mais da metade dos pacientes que ingeriram menos de 25% da sua refeição não recebeu suporte nutricional adicional e que apenas 25% dos pacientes que não comeram nada no almoço estavam recebendo suporte nutricional adicional⁴⁴.

Embora 39,5% dos inquéritos alimentares apontaram uma ingestão insuficiente (pouca aceitação e regular aceitação), os enfermeiros levantaram pelo menos um DE referente à nutrição em apenas 6,2 e 9,2% dessas situações e prescreveram pelo menos um cuidado de enfermagem em 9,2 e 10,9% respectivamente. As situações de NPO representaram 19,9% dos inquéritos alimentares, porém somente 11,9% destas apresentaram pelo menos um DE e 11% tiveram algum cuidado de enfermagem prescrito.

O baixo percentual de DE e cuidados prescritos referentes à nutrição encontrados no presente estudo é semelhante aos achados de outras pesquisas. Em análise de 30 pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial nenhum DE relacionado à nutrição foi levantado pelos enfermeiros⁵⁸. No período perioperatório o enfermeiro parece priorizar questões como dor, ansiedade e integridade da pele no seu plano de cuidados embora se reconheça que uma nutrição adequada é fundamental para a recuperação cirúrgica⁵⁹. Estudo realizado com 87 enfermeiros mostrou que os mesmos não reconhecem o uso dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório como necessário⁶⁰.

Estudo realizado com 26 adultos internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) encontrou o DE "*Nutrição alterada menor que as necessidades corporais*" somente duas vezes de um total de 135 diagnósticos de enfermagem feitos⁴¹. Outro estudo que avaliou 44 prontuários também de adultos críticos encontrou esse DE em apenas dois pacientes⁶¹ e de 124 cuidados prescritos apenas 6 estavam relacionados à necessidade humana básica de alimentação⁶². Alterações nutricionais estão presentes na terapia intensiva e devem ser registradas pela enfermagem, porém, acredita-se que o enfermeiro que atua nessa área avalie e registre outros domínios de saúde prioritariamente como, por exemplo, a oxigenação.

A prevalência de diagnósticos de enfermagem e cuidados prescritos parece elevar-se em grupos específicos de pacientes como, por exemplo, idosos e pacientes submetidos a cirurgias que envolvem o trato digestivo. Estudo que buscou medir os DE prevalentes no período pré-operatório de 20 pacientes submetidos à cirurgia de esôfago encontrou o DE “*Deglutição prejudicada*” em todos os pacientes e o DE “*Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais*” em 8 (20%) pacientes⁶³. Esse diagnóstico também foi encontrado em 21 de 61 idosos analisados (44,8%) numa enfermaria geriátrica de um hospital universitário de São Paulo⁴⁰.

Nesse cenário de elevada prevalência de pacientes com déficits nutricionais e que não ingerem toda a alimentação oferecida, o cuidado nutricional precisa ser entendido como parte fundamental do tratamento e, sendo prioritário no plano de cuidados do enfermeiro, pode contribuir positivamente para o estado de saúde dos pacientes hospitalizados. Estudo que testou o impacto de um protocolo de nutrição manejado por enfermeiro combinado com uma equipe de suporte nutricional melhorou o fornecimento de nutrição em uma UTI pediátrica⁶⁴.

Somente a participação do enfermeiro na equipe multiprofissional de terapia nutricional prevista pela RDC nº63/2000⁶⁵ não garante a implementação de cuidados nutricionais, para tanto, é necessário que esse profissional mude suas práticas e passe a valorizar e registrar de maneira sistemática informações relacionadas à nutrição, sobretudo a aceitação da alimentação. Melhor formação dos futuros enfermeiros e técnicos de enfermagem para a monitorização das demandas nutricionais e introdução precoce de cuidados parece ser mandatória.

7 POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O controle de ingestão alimentar, principalmente por via oral, dos pacientes não é tarefa fácil de ser realizada. Na prática clínica, o registro é, muitas vezes, feito a partir da observação de uma única refeição e, portanto, não representa a totalidade da ingestão alimentar.

Nesse estudo se buscou avaliar a quantidade de alimentos ingeridos em todas as refeições do dia. Para este fim utilizou-se como método de avaliação o recordatório de 24 horas que possui muitos pontos positivos: rápida aplicação, não altera a ingestão alimentar, pode ser utilizado em qualquer faixa etária e em analfabetos, baixo custo. Mas dentre as principais desvantagens, no entanto, está o fato de depender da memória do entrevistado e da capacidade do entrevistador estabelecer uma boa comunicação e evitar a indução de respostas.

O estudo realizou o inquérito alimentar em dias que o paciente se recordou da alimentação em 24 horas, não necessariamente dias consecutivos de internação em função da dinâmica de uma internação cirúrgica: realização de exames, situações frequentes de NPO, o cancelamento de cirurgias, entre outros, o que pode ter minimizado o possível viés recordatório.

Também, estabelecer uma comparação entre a impressão de dois indivíduos diferentes sobre a quantidade de alimentos consumidos no dia, quando sumarizado por meio de adjetivos (“boa”, “regular”, “pouca”) pode gerar erros de interpretação, relacionados a valores pessoais e parâmetros de comparação de cada parte envolvida. A adoção do critério de categorização da aceitação da alimentação de modo quantitativo, nos moldes do *nutritionDay*, e a padronização de quartis para o estabelecimento da comparação destas porções aos adjetivos (“boa”, “regular”, “pouca”) emitidos pelos enfermeiros foram tentativas de se reduzir potenciais vieses relacionados à subjetividade.

8 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Embora a desnutrição hospitalar seja a comorbidade mais prevalente nas unidades de internação hospitalares, ainda não é parte da rotina dos enfermeiros a avaliação sistemática e precisa sobre a ingestão da alimentação por via oral, o registro dessa condição e a elaboração de plano de cuidado para os pacientes. Os achados do presente estudo documentam esse cenário, fornecendo informações para que os enfermeiros redirecionem suas práticas assistenciais.

Considerando que a nutrição é indispensável para a manutenção da vida e que o enfermeiro tem atuação fundamental nesse contexto, torna-se imprescindível a produção de conhecimento nesta área buscando garantir a integralidade da atenção à saúde aos pacientes.

Pesquisas que avaliam os DE e demais registros de enfermagem quanto ao estado nutricional apresentam variabilidade nos resultados de acordo com o local de realização do estudo, contudo, a análise dos resultados nos permite inferir que um maior envolvimento dos enfermeiros em relação a esse domínio da vida dos pacientes se faz necessário, principalmente no que diz respeito à qualidade dos registros e ao uso do processo de enfermagem com ferramenta para a sistematização do cuidado de enfermagem.

A instituição sede do presente estudo constitui-se de hospital de ensino de uma das maiores universidades do país, servindo como campo de práticas de alunos de enfermagem nos diferentes estágios de formação. Uma melhoria nos diagnósticos de enfermagem relacionados à nutrição e, conseqüentemente, na prescrição de cuidados parece atrelada à formação dos futuros profissionais, configurando-se, inclusive, objeto de novos estudos clínicos.

9 CONCLUSÃO

A concordância entre o que o paciente refere em relação a sua ingestão e os registros feitos pelos enfermeiros é moderada a fraca. Observaram-se percentuais elevados de respostas coincidentes entre paciente e enfermeiro nas situações em que os pacientes referiram uma “boa” aceitação alimentar e quando os mesmos estavam em NPO. Maiores discrepâncias são vistas quando os pacientes referem uma aceitação “regular” ou “pouca”. Os diagnósticos relacionados às necessidades nutricionais, assim como os cuidados de enfermagem não documentam a elevada prevalência de desnutrição hospitalar e a adequada aceitação da alimentação por via oral em adultos cirúrgicos hospitalizados.

REFERÊNCIAS

- 1.URDER, L. D.; STACY, K. M.; LOUGH, M. E. **Critical care nursing: diagnosis and management**. 6th ed. Mosby Elsevier, 2010.
- 2.FONTOURA, C. S. M., et al. Avaliação nutricional de paciente crítico. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 298-306, 2006.
- 3.TEIXEIRA, A.C.C; CARUSO, L.; SORIANO, F.G. Terapia nutricional enteral em unidade de terapia intensiva: infusão versus necessidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 331-337, 2006.
- 4.WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I.T.D. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**, Burbank, v.17, no.7, p.573-580, July 2001.
- 5.MERHI, V.A.L., AQUINO, J.L.B. Investigation of nutritional risk factors using anthropometric indicators in hospitalized surgery patients. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 49, n.1, p.28-34, Jan./Mar. 2012.
- 6.SAKA, B., et al. Risco nutricional em pacientes hospitalizados: impacto da albumina no acompanhamento do estado nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 1, p.89-98, jan./fev. 2011.
- 7.BEGHETTO, M.C.; KOGLIN, G.; MELLO, E.D. Influence of the assessment method on the prevalence of hospital malnutrition: a comparison between two periods. **Nutr. Hosp.**, Madrid, v. 25, no. 5, p.774-780, 2010.
- 8.MERHI, V.A.L.; MORETE, J.L.; OLIVEIRA, M.R.M. Avaliação do estado nutricional precedente ao uso de nutrição enteral. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 46, n.3, p. 219-224, jul./set. 2009.
- 9.NOZAKI, V.T.; PERALTA, R.M. Adequação do suporte nutricional na terapia nutricional enteral: comparação entre dois hospitais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 3, p.341-50, maio/jun. 2009.
10. SHINDLER, K., et al. How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: A survey of 21007 patients findings from the 2007-2008 cross-sectional nutritionDay survey. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 29, no. 5, p.552-559, 2010.
11. LOPES-CONTRERAS, M.J., et al. Nutrition and prevalence of undernutrition assessed by different diagnostic criteria in nursing homes for elderly people. **J. Hum. Nutr. Diet.**, Oxford, v. 25, no. 3, p.239-246, 2012.
12. ALMEIDA, A.I., et al. Nutritional risk screening in surgery: valid, feasible, easy! **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 31, no. 2, p. 206-211, 2012.

13. KUZU, M.A. et al. Preoperative nutritional risk assessment in predicting postoperative outcome in patients undergoing major surgery. **World J. Surg.**, New York, v. 30, no. 3, p. 378–390, 2006.
14. CORREIA, M.I.T.D.; CAMPOS, A.C.L. Prevalence of hospital malnutrition in latin america: the multicenter ELAN Study. **Nutrition.**, Burbank, v. 19, no. 10, p. 823-825, 2003.
15. SALOMÃO, A.B.; NASCIMENTO, J.E.A.; CAPOROSI, C. Risco nutricional em cirurgia avaliado pelo índice de massa corporal ajustado ou não para pacientes idosos. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.219-23, jul./set. 2006.
16. ASSIS, M.C.S, et al. Redução de massa magra e de medidas corporais e sua associação com desfechos hospitalares em pacientes cirúrgicos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTROLOGIA, 16., 2012, São Paulo. [**Anais...**] São Paulo: Abran, 2012, p.118.
17. ASSIS, M.C.S, et al. Existe associação entre desfechos hospitalares e perda de peso corporal em pacientes cirúrgicos? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTROLOGIA, 16., 2012, São Paulo. [**Anais...**] São Paulo: Abran, 2012, p.79.
18. SELTZ, V.G., INOCCENSO, M.D. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.313-317, 2009.
19. DALRI, C.C., ROSSI, L.A.DALRI, M.C.B. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 3, p.389-396, maio./jun. 2006.
20. VENTURINI, D. A; MARCON, S.S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p.570-575, set./out. 2008.
21. MELLO, E.D et al. Desnutrição hospitalar cinco anos após o IBRANUTRI. **Rev. Bras. de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.65-69, 2003.
22. LARSEN, K.L., et al. Management and perception of hospital undernutrition – a positive change among Danish doctors and nurses. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 26, p. 371-378, 2007.
23. MOWE, M. et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 27, no. 2, p.196-202, 2008.
24. FERREZIN; C.; SONZOGNO, M. C. Reflections on the insertion of the nutrition discipline in nursing education. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1092-1098, 2007.

25. LOCHS, H., et al. Introductory to the ESPEN guidelines on enteral nutrition: terminology, definitions and general topics. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 25, no. 2, p. 180-186, 2006.
26. PICHARD, C.; MEIER, R.; KOMSA, R. Clinical nutrition university: introduction to clinical support. **e-SPEN Journal Elsevier e-Journal**, Amsterdam, v. 7, no. 4, p.e167-e170, 2012.
27. MUELLER, C. et al. A.S.P.E.N. Clinical guidelines: nutrition screening, assesment and intervention in adults. **J. Parenter. Enteral Nutr.**, Thousand Oaks, v. 35, no. 1, p.16-24, 2011.
28. AMARAL, T.F. et al. Undernutrition and associated factors among hospitalized patients. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 29, no. 5, p. 580-585, 2010.
29. BEGHETTO, M.C., et al. Triagem nutricional em adultos hospitalizados. **Rev. Nutr.**, v. 21, n. 5, p. 589-601, set./out. 2008.
30. KONDRUP, J., et al. ESPEN Guidelines for nutrition screening. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 22, no. 4, p. 415-421, 2003.
31. NUTRITIONDAY. Research project NutritionDay worldwide. Disponível em www.nutritionday.org/uploads/media/nutritionday_long_international_2010.pdf. Acesso em 10 jun 2012
32. ALMEIDA, M.A. et al. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 4, p. 707-711, jul./ago. 2008.
33. NIGHTINGALE, F., 1820-1910. **Notas sobre enfermagem: Florence Nightingale**; tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.
34. MATSUBA, C.S.T.; MAGNONI, D. **Enfermagem em terapia nutricional**. São Paulo: Sarvier, 2009.
35. ALMEIDA, M.A., et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
36. ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
37. MATSUDA, L.M., et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006.
38. BORSATO, F.G. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.527-533, 2011.

39. COSTA, S.P., PAZ, A.A., SOUZA, E.N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 62-69, 2010.
40. SAKANO, L.M., YOSHITOME, A.Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 495-498, 2007.
41. CARVALHO, E.C. et al. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 700-706, jul./ago. 2008.
42. APARIBENSE, P.G.G.S., BARREIRA, I.A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 474-482, 2008.
43. THIBAUT, R., et al. Assessment of food intake in hospitalized patient: a 10 year comparative study of a prospective hospital survey. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 30, no. 3, p.289-296, 2011.
44. HIESMAYR, M., et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patients: The NutritionDay survey 2006. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 28, no. 5, p. 484-491, 2009.
45. SOUZA, A.A; GLORIA, M.S; CARDOSO, T.S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 287-294, 2011.
46. FISBERG, R.M., MARCHIONI, D.M.L., COLUCCI, A.C.A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 53, n.5, p. 617-624, 2009.
47. COSTA, A.G.V., et al. Questionário de frequência de consumo alimentar e recordatório de 24 horas: aspectos metodológicos para avaliação da ingestão de lipídeos. **Rev. Nutr.**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 631-641, set./out. 2006.
48. MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 11. ed, São Paulo: Roca, 2005.
49. RODRIGUES, A.G.M., PROENÇA, R.P.C. Uso de imagens de alimentos na avaliação do consumo alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, n. 24, v. 5, p. 765-776, set./out. 2011.
50. ANJOS, L.A., SOUZA, D.R., ROSSATO, S.L. Desafios na medição quantitativa da ingestão alimentar em estudos populacionais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 151-161, jan./fev. 2009.

51. ASSIS, M.C.S. **Impacto da terapia nutricional sobre infecção e permanência hospitalar em pacientes cirúrgicos**: Estudo de coorte. 2013. 91f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
52. BORGES, C.B.N, et al. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 349-356, maio/jun. 2006.
53. DUPERTUIS, Y.M., et al. Food intake in 1707 hospitalized patients: a prospective comprehensive hospital survey. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 22, no. 2, p. 115 –123, 2003.
54. WEIMANN, A.; et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: surgery including organ transplantation. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 25, no. 2, p. 224-244, 2006.
55. STROUD, M., DUNCAN, H., NIGHTINGALE, J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. **Gut**, London, v. 52, no. 7, p. 701-712, 2003.
56. ASSIS, M.C.S, et al. Nutrição enteral: diferenças entre volume, calorias e proteínas prescritos e administrados em adultos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 346 – 350, 2010.
57. SIMMONS, S.F; REUBEN, D. Nutritional intake monitoring for nursing home residents: a comparison of staff documentation, direct observation, and photography methods. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 48, no. 2, p. 209 – 213, 2000.
58. FLORIO, M.C.S.; GALVÃO, C.M.G. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 5, p. 630-637, set/out. 2003.
59. CHEN, L.; WEN, G. Perioperative nursing for laparoscopic liver resection. **J. Zhejiang Univ. Sci B**, Hangzhou, v. 6, no. 4, p. 301 – 303, 2005.
60. JUNTILA, K.; SALANTERA, S; HUPLI, M. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 52, no. 3, p. 271–280, 2005.
61. CHIANCA, T.C.M.; LIMA, A.P.S.; SALGADO, P.O. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1101-1107, 2012.
62. SALGADO, P.O.; TANNURE, M.C.; OLIVEIRA, C.R.; CHIANCA, T.C.M. Identificação e mapeamento das ações de enfermagem prescritas para pacientes internados em uma UTI de adultos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 291 – 296, mar./abr. 2012.
63. LOPES, A.E.R., et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pré-operatório de cirurgia esofágica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 66-73, jan./fev. 2009.

64. GEUKERS, V.G., et al. Effect of a nurse-driven feeding algorithm and the institution of a nutritional support team on energy and macronutrient intake in critically ill children. **e-SPEN Journal**, Amsterdam, v. 7, p. e-35-e40, 2012.

65. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada; RDC nº 63**, de 6 de julho de 2000. [Brasília] 2000. Fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3fbc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 26 set 2013.

Apêndice A

Inquérito de ingestão alimentar de 24 horas

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 B

Adendo enviado ao CEP/HCPA informando novo objetivo

Porto Alegre, 9 de maio de 2012.

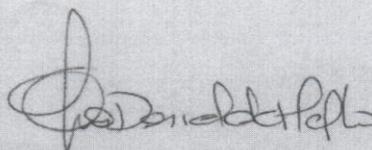
Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O projeto “Terapia nutricional e seu impacto sobre a permanência hospitalar e infecção em uma coorte de pacientes cirúrgicos do HCPA”, aprovado sob o nº 110307, está avaliando as variáveis associadas a risco de infecção e longa permanência hospitalar em adultos internados para cirurgias eletivas. Parte da hipótese de que pior estado nutricional, ajustado para variáveis clínicas, pode contribuir para esses desfechos clínicos. A ingestão diária de alimentos pelos pacientes está sendo avaliada, a fim de se estimar se a oferta de nutrientes, além da ingestão, está adequada às diretrizes, para estes pacientes.

De modo não sistemático, há uma impressão de que os registros no prontuário dos pacientes de aceitação da dieta por via oral, feito pelos enfermeiros, não concordam com o que os pacientes relatam de sua ingestão. Além disto, que naqueles prontuários onde há alguma referência à baixa aceitação da via oral, nem sempre há prescrição de enfermagem de algum cuidado específico para minimizar essa condição.

Sendo assim, os autores do projeto solicitam a inclusão de um novo objetivo ao projeto original, que é de avaliar o quanto os registros de enfermagem (evolução, diagnóstico e prescrição) expressam a real ingestão diária da via oral dos pacientes já participantes do projeto. Para responder a esse objetivo há necessidade de revisão do prontuário eletrônico dos pacientes, no que se refere aos registros de enfermagem. A fim de assegurar o anonimato dos profissionais envolvidos e demais preceitos éticos, os autores assinarão termo de compromisso para a utilização de dados, conforme modelo do GPPG/HCPA.

Atenciosamente,



Profª Dra Elza Daniel de Mello

Pesquisadora Responsável pelo Projeto nº 110307

Apêndice C

Concordância entre inquérito de ingestão alimentar e evolução dos enfermeiros em 10 dias

Enfermeiro D1	Inquérito alimentar D1				K=0,391
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	75 (81,5)	12 (33,3)	15 (16,9)	6 (4,8)
	ARVO	6 (6,5)	4 (11,1)	6 (6,7)	1 (0,8)
	APVO	3 (3,3)	2 (5,6)	5 (5,6)	2 (1,6)
	NPO	8 (8,7)	18 (50)	63 (70,8)	116 (92,8)
Enfermeiro D2	Inquérito alimentar D2				K=0,537
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	95 (88,8)	22 (57,9)	11 (23,9)	2 (2,2)
	ARVO	4 (3,7)	6 (15,8)	4 (8,7)	0 (0)
	APVO	3 (2,8)	2 (5,3)	5 (10,9)	0 (0)
	NPO	5 (4,7)	8 (21,1)	26 (56,5)	89 (97,8)
Enfermeiro D3	Inquérito alimentar D3				K=0,534
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	99 (91,7)	21 (55,3)	17 (38,6)	0 (0)
	ARVO	5 (4,6)	11 (28,9)	7 (15,9)	0 (0)
	APVO	2 (1,9)	2 (5,3)	8 (18,2)	1 (2,1)
	NPO	2 (1,9)	4 (10,5)	12 (27,3)	47 (97,9)
Enfermeiro D4	Inquérito alimentar D4				K=0,372
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	79 (89,8)	25 (67,6)	17 (38,6)	0 (0)
	ARVO	2 (2,3)	6 (16,2)	5 (11,4)	0 (0)
	APVO	1 (1,1)	2 (5,4)	6 (13,6)	0 (0)
	NPO	6 (6,8)	4 (10,8)	16 (36,4)	21 (100)
Enfermeiro D5	Inquérito alimentar D5				K=0,276
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	68 (88,3)	25 (78,1)	15 (40,5)	0 (0)
	ARVO	4 (5,2)	2 (6,2)	5 (13,5)	1 (6,2)
	APVO	3 (3,9)	1 (3,1)	7 (18,9)	4 (25)

	NPO	2 (2,6)	4 (12,5)	10 (27)	11(68,8)
Enfermeiro D6	Inquérito alimentar D6				K=0,406
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	53 (86,9)	15 (57,7)	12 (30,8)	2 (9,5)
	ARVO	2 (3,3)	5 (19,2)	4 (10,3)	1 (4,8)
	APVO	4 (6,6)	2 (7,7)	12 (30,8)	1 (4,8)
	NPO	2 (3,3)	4 (15,4)	11(28,2)	17 (81)
Enfermeiro D7	Inquérito alimentar D7				K=0,441
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	41 (83,7)	12 (50)	6 (33,3)	4 (14,8)
	ARVO	4 (8,2)	6 (25)	4 (22,2)	1 (3,7)
	APVO	3 (6,1)	1 (4,2)	6 (33,3)	2 (7,4)
	NPO	1 (2)	5 (20,8)	2 (11,1)	20 (74,1)
Enfermeiro D8	Inquérito alimentar D8				K=0,450
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	35 (87,5)	8 (53,3)	5 (22,7)	1 (5)
	ARVO	3 (7,5)	3 (20)	6 (27,3)	0 (0)
	APVO	2 (5)	4 (26,7)	5 (22,7)	2 (10)
	NPO	0 (0)	0 (0)	6 (27,3)	17 (85)
Enfermeiro D9	Inquérito alimentar D9				K=0,373
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	27(84,4)	15 (68,2)	5 (29,4)	0 (0)
	ARVO	2 (6,2)	3 (13,6)	6 (35,3)	0 (0)
	APVO	1 (3,1)	1 (4,5)	5 (29,4)	2 (13,3)
	NPO	2 (6,2)	3 (13,6)	1 (5,9)	13 (86,7)
Enfermeiro D10	Inquérito alimentar D10				K=0,390
		ABVO	ARVO	APVO	NPO
	ABVO	24 (80)	4 (57,1)	5 (38,5)	1 (14,3)
	ARVO	2 (6,7)	3 (42,9)	4 (30,8)	0 (0)
	APVO	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	0 (0)
	NPO	4 (13,3)	0 (0)	2 (15,4)	6 (85,7)

ABVO: aceitação boa da via oral; ARVO: aceitação regular da via oral; APVO: aceitação pouca da via oral; NPO: nada por via oral.

Apêndice D

Informações adicionais relacionadas à nutrição do paciente: sinais e sintomas e condutas de enfermagem registradas em prontuário. Dados expressos em n(%)

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
Sinais e Sintomas										
Abdomen volumoso, globoso e distendido	39 (22,2)	37 (29,6)	37(38,9)	27(40,9)	32(45,7)	32(49,2)	18(30,5)	20(40,8)	21(51,2)	14(53,8)
Cólicas	3 (1,7)	1 (0,8)	0	0	1 (1,4)	0	0	0	0	0
Disfagia	4(2,3)	2(1,6)	1(1,1)	0	0	2(3,1)	0	0	1(2,4)	0
Dor e desconforto abdominal	27 (15,3)	24(19,2)	21 (22,1)	18 (27,3)	13 (18,6)	14 (21,5)	9 (15,3)	10 (20,4)	8 (19,5)	5 (19,2)
Emagrecido	10 (5,7)	8 (6,4)	8 (8,4)	4 (6,1)	9 (12,9)	7 (10,8)	4 (6,8)	7 (14,3)	6 (14,6)	3 (11,5)
Fome e sede	16 (9,1)	7 (5,6)	8 (8,4)	0	0	1 (1,5)	2 (3,4)	1 (2)	2 (4,9)	0
Inapetência	5 (2,8)	0	3 (3,2)	2 (3)	3 (4,3)	4 (6,2)	10(16,9)	1 (2)	3 (7,3)	1 (3,8)
Náusea e vômitos	18(10,2)	9 (7,2)	12 (12,6)	13 (19,7)	11 (15,7)	7 (10,8)	13 (22)	6 (12,2)	7 (17,1)	4 (15,4)
Obeso	2(1,1)	2(1,6)	1(1,1)	0	0	0	0	0	0	0
Pirose	1(0,6)	0	0	0	0	1(1,5)	1(1,7)	2(4,1)	0	0
Sonda gástrica e entérica	20 (11,4)	19 (15,2)	10 (10,5)	0	1 (1,4)	2 (3,1)	6 (10,2)	6 (12,2)	3 (7,3)	0
Tensão abdominal	10 (5,7)	5 (4)	12 (12,6)	10 (15,2)	5 (7,1)	8 (12,3)	2 (3,4)	3 (6,1)	3 (7,3)	0
Condutas de Enfermagem										
Relacionada a jejum e liberação de dieta	69 (39,2)	38 (30,4)	14 (14,7)	14 (21,2)	15 (21,4)	10 (15,4)	11 (18,6)	5 (10,2)	2 (4,9)	2 (7,7)
Solicitação e avaliação da nutrição	1 (0,6)	0	0	0	4 (5,7)	1 (1,5)	1 (1,7)	0	0	0

Fonte: Azambuja, 2013.

Anexo A

Formulário sobre o consumo alimentar - Nutritionday

Folha do paciente 3b Pac.Nº. 5 Iniciais 4 Unidade 3 DATA 1 ___/___/___

Por favor, assinale um dos círculos que indique o quanto você bebeu e comeu numa refeição. (veja o exemplo):

Exemplo

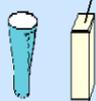
~ 200ml

tudo 1/2 1/4 nada

Eu não comi tudo porque: (por favor marque)

não tive fome
 tive náuseas/vômitos
 não fui autorizado a comer
 não consigo comer sem ajuda
 tive que ir fazer um exame/ cirurgia e perdi a refeição
 Pedi uma porção menor

Número 31

Bebidas Suplementos

Que tipo de líquidos você bebe?¹⁰

água
 leite
 Suco de frutas
 chá, café
 refrigerantes

Por favor, indique para uma refeição²⁹

tudo 1/2 1/4 nada

Eu não comi tudo porque: (por favor marque)¹²

não tive fome estava cansado
 tive náuseas/vômitos normalmente como menos
 não fui autorizado a comer não gostei do cheiro
 não consigo comer sem ajuda não gostei do sabor
 tive que ir fazer um exame/ cirurgia e perdi a refeição
 Pedi uma porção menor

Esta refeição é³⁰ Almoço Jantar

Acha que hoje está com o seu apetite habitual?⁹ Sim Não

Se Não, Não tenho fome Tenho problemas com mastigação/ deglutição
 náuseas outros (por favor especifique) _____

Você come alguma coisa além da comida do hospital?⁹ Sim Não,

Se sim, o que come?¹⁰

bolos, biscoitos fruta fresca sanduíches Derivados do leite
 a sua comida preferida doces suco de fruta outros (por favor especifique) _____

Cada expoente nas questões corresponde ao item na folha de orientações.

© Hiesmayr/Schindler (ESPEWAKE Austria)

nutritionDay worldwide - a cross-sectional multinational audit, v_2010

Anexo B

Aprovação do comitê de ética em pesquisa do HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110307

Pesquisador Responsável:
 ELZA DANIEL DE MELLO

Título: Terapia nutricional e seu impacto sobre estado nutricional, permanência hospitalar, morte e infecção em uma coorte de pacientes cirúrgicos do HCPA

NOVA VERSÃO DE PROJETO	Data da Versão: 18/06/2012
-------------------------------	--------------------------------------

Este documento referente ao projeto acima foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 22 de junho de 2012.

[Handwritten signature]
 HCPA
 GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 16/07/12

[Handwritten signature]
 Prof^a Nadine Clausell
 Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

HCPA / GPPG
 Recebido em:
 18 JUN 2012
 Proj. nº 110307

Anexo C

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: Terapia Nutricional e seu Impacto sobre Permanência Hospitalar e Infecção em uma coorte de pacientes cirúrgicos do HCPA. O objetivo é estudar quanto o uso da terapia nutricional pode contribuir para a diminuição do tempo de permanência e infecção durante a internação e melhora do estado nutricional. Dentre os benefícios deste estudo é avaliar se a oferta de terapia nutricional aos pacientes cirúrgicos internados no HCPA está adequada às suas necessidades nutricionais básicas e o impacto disso na recuperação pós-operatória, tempo de internação e no estado nutricional ao longo da hospitalização.

Os seguintes procedimentos serão realizados para medir esses parâmetros: 1) realização de bioimpedância elétrica no dia da internação hospitalar e a cada 7 dias; 2) avaliações antropométricas como peso, altura e dobras cutâneas no dia da internação hospitalar e a cada 7 dias; 3) responder um questionário com 5 perguntas sobre o seu estado de saúde no dia da internação hospitalar e a cada 7 dias; 4) consulta aos seus dados clínicos e demográficos no prontuário eletrônico e de papel diariamente. Estes procedimentos (descritos abaixo detalhadamente) não causam prejuízos à sua saúde, podem causar um desconforto mínimo, porém sem maiores riscos.

A avaliação da bioimpedância elétrica será realizada com o senhor (a) deitado(a) sobre uma superfície não metálica, com o leito e sua cabeceira paralelos ao solo, os braços afastados do tronco num ângulo de aproximadamente 30° e as pernas afastadas entre si num ângulo de aproximadamente 45°. Após será realizada uma limpeza da pele com gaze embebida em álcool, dois eletrodos serão fixados sobre a mão e dois sobre o pé do mesmo lado do corpo sobre a pele íntegra e com pelo menos 5 centímetros de afastamento entre si. Os eletrodos chamados distais serão posicionados sobre o meio da superfície dorsal da mão e do pé. Os eletrodos considerados proximais serão fixados medialmente em seu pé.

O seu peso corporal será obtido, utilizando-se a balança eletrônica com capacidade máxima de 300 kg e precisão de 50g. Para a verificação do peso, o senhor (a) será pesado vestindo o avental padrão do hospital, e descalço; permanecendo em pé, no centro da balança. Posteriormente será descontado o peso do avental.

A sua altura será verificada, utilizando-se estadiômetro, comprimento de 205 cm e escala de precisão de 1cm. Para a obtenção da altura, o senhor (a) estará descalço com avental, permanecendo em pé sobre uma plataforma, com os pés unidos, com o peso igualmente distribuído em ambos os pés, os braços pendentes ao lado do corpo, colocando as superfícies posteriores dos calcanhares, as nádegas e a região occipital em contato com a escala de medida: a cabeça será posicionada de modo que a linha da visão fique perpendicular ao corpo.

A dobra cutânea tricipital será mensurada no ponto médio da parte superior do braço não dominante. Para a medição, o senhor (a) ficará com o braço paralelo ao tronco e relaxado. Segura-se então a prega formada pela pele e pelo tecido adiposo com os dedos polegar e indicador da mão esquerda a 1cm do ponto marcado; a prega será pinçada com o adipômetro, exatamente, no local marcado e mantida entre os dedos até o término da aferição.

A circunferência braquial será efetuada no ponto médio, por uma fita métrica, estando o cotovelo flexionado a 90°. O ponto médio será marcado na parte lateral do braço, no qual foi posicionada a trena, com comprimento de 2 cm, tolerância de, aproximadamente, 0,10mm e 1m, estando o braço estendido ao longo do corpo, com a palma da mão voltada para a coxa, tomando-se o devido cuidado para evitar compressão da pele ou folga.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados do exame permanecerão confidenciais. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou prejuízos na assistência prestada.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora responsável Dr^a Elza Daniel de Mello no telefone (51) 9955 0853 e/ou com a enfermeira Michelli Assis no telefone (51) 3359 8199 ou (51) 98035029 ou na sala 635, 6º andar do HCPA. Pode também entrar em contato diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre localizado na Rua Ramiro Barcelos, nº2350, 2º andar, sala 2227, Fone: (51) 3359 8304, onde o projeto está registrado sob o número 11-0307.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data: _____

Assinatura do paciente/responsável: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Anexo D

Termo de compromisso para a utilização de dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

<p>Terapia nutricional e seu impacto sobre estado nutricional, permanência hospitalar, morte e infecção em uma coorte de pacientes cirúrgicos do HCPA</p>	<p>Cadastro no GPPG</p> <p>110307</p>
--	--

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 28 de maio de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Elza Daniel de Mello	
Michelli Cristina Silva de Assis	
Mariur Gomes Beghetto	
Carla Rosane de Moraes Silveira	
Fernanda Braga Azambuja	