

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TATIANA BARBOSA AUGUSTO**

**PRÁTICA EM TRIAGEM NUTRICIONAL PEDIÁTRICA POR NUTRICIONISTAS DE  
HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE**

**SANTOS  
2017**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**  
**PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TATIANA BARBOSA AUGUSTO**

**PRÁTICA EM TRIAGEM NUTRICIONAL PEDIÁTRICA POR NUTRICIONISTAS DE  
HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais

**SANTOS**

**2017**

[Dados Internacionais de Catalogação]  
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

---

A923p Augusto, Tatiana Barbosa

Prática em triagem nutricional pediátrica por nutricionistas de hospitais de alta complexidade / Tatiana Barbosa Augusto ; orientadora Carolina Luísa Alves Barbieri.-- 2017.  
62f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Triagem. 2. Avaliação nutricional. 3. Pediatria e nutricionistas. I. Barbieri, Carolina Luísa Alves. II. Título.

CDU 1997 - 614(043.3)

---

**TATIANA BARBOSA AUGUSTO**

**PRÁTICA EM TRIAGEM NUTRICIONAL PEDIÁTRICA POR NUTRICIONISTAS DE  
HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Santos, 30 de novembro de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri – UNISANTOS

---

Prof. Dr. Alfésio Luís Ferreira Braga - UNISANTOS

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Deborah Cristina Landi Masquio

DATA DA APROVAÇÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SANTOS**

**2017**

*Dedico este trabalho ao meu público infantil, que mostrou sua importância e sua necessidade de cuidados. Deus me apresentou a vocês em um momento fundamental da minha vida, que me trouxe até aqui.*

*À Deus por ter direcionado meu caminho com aquilo que é o melhor para mim, pela saúde e fé que me conduziram até aqui e não me deixaram desistir.*

*Aos meus pais e minha irmã que me apoiaram desde o início, com o suporte e sabedoria que só eles sabem dar.*

*À minha chefe, professora e mãe da nutrição, que desde o início me apoiou nessa decisão, me deu todo caminho e condições para estar aqui hoje. Segurou minha ansiedade e torce para que este sonho se concretize aqui e no doutorado.*

*À minha orientadora, a mais paciente desse mundo, que eu já sabia que seria minha desde quando li seu Currículo Lattes. Sempre exigindo meu melhor e dividindo cada pedacinho comigo. Uma grande amiga.*

*Aos meus amigos que, à maneira de cada um, tiveram sua contribuição para isso tudo se concretizar.*

*Obrigada, obrigada, obrigada.*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O estado nutricional do paciente no momento da internação é fator determinante para seu tratamento, visto que isso interfere no prognóstico e na evolução do quadro. A inserção de um método de triagem nutricional para identificação do risco nutricional em crianças hospitalizadas tem sido recomendada nacional e internacionalmente. No ano de 2005, o Ministério da Saúde reconheceu a importância de rastrear a desnutrição hospitalar tornando obrigatória a implantação de protocolos de triagem e avaliação nutricional nos hospitais de Alta Complexidade do Sistema Único de Saúde. Atualmente, para pacientes adultos existem instrumentos de triagem nutricional validados, ao contrário dos instrumentos pediátricos. **OBJETIVO:** Compreender como profissionais de nutrição realizam a Triagem Nutricional Pediátrica, a partir de sua experiência em Hospitais de Alta Complexidade em duas cidades do Estado de São Paulo. **MÉTODO:** Estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais da nutrição que atuam em diferentes Hospitais de Alta Complexidade pediátricos nas cidades de Santos e São Paulo. A interpretação dos dados empíricos foi feita por meio da análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Foram entrevistadas doze nutricionistas, sendo cinco coordenadoras de serviços de nutrição e sete nutricionistas clínicas. A partir das categorias temáticas oriundas do material empírico, foram construídas três categorias analíticas: experiência e prática profissional, triagem nutricional pediátrica e portaria regulamentadora. Os resultados mostraram experiências diversas, protocolos diferenciados de acordo com a necessidade e possibilidade da instituição, desconheciam sobre a portaria que regulamenta a Triagem Nutricional, neste caso, sem influência sobre os protocolos institucionais. Cada profissional trouxe uma realidade vivida, com protocolos distintos e a realização de métodos para triar o risco nutricional por intenção clínica e não por obrigação legal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo em questão é pioneiro no segmento qualitativo, principalmente no que se refere ao profissional nutricionista e à experiência com instrumentos de triagem nutricional pediátrica. Apesar da importância referida em suas práticas, a ausência de uma triagem pediátrica recomendada ao público infantil faz com que existam diferentes protocolos e métodos voltados às condições de cada hospital.

**Palavras chave:** triagem, avaliação nutricional, pediatria, nutricionistas.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Patient's nutritional status at the moment of hospital admittance is a key factor for the subsequent health treatment, interfering in the prognosis and evolution of patient's health. For that reason, the inclusion of a nutritional screening method to identify the nutritional risk of hospitalized children has been recommended nationally and internationally. In 2005, the Ministry of Health recognized the importance of screening malnutrition in hospitalized patients and obliged the implementation of protocols for nutritional screening and evaluation in High Complexity hospitals under the Public Health System. Currently, there are several validated nutritional screening instruments for adult patients, the same is not true for pediatric patients. **OBJECTIVE:** To understand the methods for pediatric nutritional screening used by nutritionists, based on their experience in High Complexity hospitals in the state of São Paulo - Brazil. **METHOD:** A qualitative and exploratory approach was applied, using semi-structured interviews with nutritionists of different High Complexity pediatric hospitals in the cities of Santos and São Paulo - Brazil. The interpretation of the empirical data was performed by analyzing the material. **RESULTS:** Twelve nutritionists were interviewed, of which five were coordinators of the nutritional service and seven were clinical nutritionists. Based on the thematic categories originated from the empirical material, three analytical categories were built: experience and professional practice, pediatric nutritional screening and regulatory standards. The results showed diverse experiences, different protocols (according to the specific needs and possibilities within the institution), lack of knowledge about the regulatory standards on nutritional screening and, in this case, with no influence on the institutional protocols. The professionals reported their real experience, with distinct protocols and the use of methods to screen the nutritional risk, more as a clinical intention rather than by a regulatory obligation. **FINAL CONSIDERATIONS:** The present study is a pioneer in the qualitative segment, mainly concerning the nutritionists and their experience with instruments for pediatric nutritional screening. Despite the relevance of the matter, the lack of a pediatric screening for hospitalized children leads to the occurrence of different protocols and methods based on the conditions of each hospital.

**Keywords:** screening, nutritional evaluation, pediatrics, nutritionists.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA:	American Dietetic Association
ANVISA:	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPEN:	American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
DEP:	Desnutrição energético - proteica
EMTN:	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional
ESPEN:	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
LLA:	Leucemia Linfocítica Aguda
HAC:	Hospital de Alta Complexidade
IBRANUTRI:	Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional
NP:	Nutrição Parenteral
NRS:	Nutrition Risk Score
NSI:	Nutrition Screening Initiative
OMS:	Organização Mundial as Saúde
OPAS:	Organização Pan-Americana de Saúde
PNDS:	Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde
PNRS:	Pediatric Nutritional Risk Score
PYMS:	Pediatric Yorkhill Malnutrition Score
SBNP:	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral
SBNPE:	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
SGNA:	Subjetive Global Nutritional Assessment
STAMP:	Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics
STRONG KIDS:	Screening Tool for Risk of Impaired Nutritional Status and Growth

SUS: Sistema Único de Saúde

UNISANTOS: Universidade Católica de Santos

UTIP: Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	13
2.1. A desnutrição infantil no ambiente hospitalar .....	13
2.2. Histórico sobre a Terapia Nutricional e Portarias Regulamentadoras .....	14
2.3. A Triagem Nutricional.....	18
<b>3. JUSTIFICATIVA</b> .....	21
<b>4. OBJETIVO</b> .....	22
4.1. Objetivo geral .....	22
4.2. Objetivos específicos .....	22
<b>5. MÉTODO</b> .....	23
5.1. Abordagem metodológica e técnica de coleta de dados.....	23
5.2. População de estudo.....	23
5.2.1 <i>Critérios de Inclusão</i> .....	23
5.2.2 <i>Critérios de Exclusão</i> .....	24
5.3. Entrevista e roteiro .....	24
5.4. Processo de análise.....	25
5.5. Considerações éticas .....	26
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	27
6.1. Experiência e prática profissional.....	28
6.2. Triagem nutricional pediátrica .....	33
6.3. Portaria regulamentadora.....	40

<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	44
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA</b> .....	49
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	51
<b>ANEXO A – NUTRITION RISK SCORE (NRS)</b> .....	53
<b>ANEXO B – PEDIATRIC NUTRITIONAL RISK SCORE (PNRS)</b> .....	544
<b>ANEXO C – SCREEMING TOOL FOR THE ASSESSMENT OF MAL NUTRITION IN PEDIATRICS (STAMP)</b> .....	545
<b>ANEXO D – SUBJETIVE GLOBAL NUTRITIONAL ASSESSMENT (SGNA)</b> .....	566
<b>ANEXO E – PEDIATRIC YORKHILL MAL NUTRITION SCORE (PYMS)</b> .....	57
<b>ANEXO F – STRONG KIDS</b> .....	5959
<b>ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA....</b> <b>Erro! Indicador não definido.0</b>	



## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a desnutrição hospitalar tem sido amplamente investigada. Na Europa, cerca de 25% dos pacientes são admitidos desnutridos e cerca de 66% evoluem para este diagnóstico durante a internação (VALE; LOGRADO, 2013).

Segundo o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (IBRANUTRI), foram avaliados 4000 pacientes hospitalizados maiores de 18 anos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dos quais 48,1% encontravam-se desnutridos e 12,5% estavam gravemente desnutridos. Essa prevalência aumentou para 61% à medida que os pacientes permaneciam mais tempo internados; isso pode estar relacionado à própria enfermidade, ao tratamento, a alterações na aceitação alimentar e à presença de infecções (VALE; LOGRADO 2013; CABRAL et al., 2013).

Segundo estatísticas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a cada ano, mais de 200 mil crianças morrem antes dos cinco anos em consequência da desnutrição e doenças evitáveis. Na Ásia cerca de 80% das crianças são desnutridas, 15% na África e 5% na América Latina, sendo que 43% destas crianças (230 milhões) são desnutridas crônicas (ROCHA; ROCHA; MARTINS, 2006).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS, 2006), verificou-se que 22% da população infantil no Brasil ainda apresentavam indicadores antropométricos compatíveis com desnutrição energético-proteica (DEP).

O estado nutricional do paciente no momento da internação é fator determinante para seu tratamento, visto que isso interfere no prognóstico e na evolução do seu quadro. A manutenção do estado nutricional é essencial para a recuperação da saúde (DIAS et al., 2011).

A inserção de um método de triagem nutricional para identificação do risco nutricional tem sido recomendada nacional e internacionalmente, por organizações de especialistas. O objetivo é reconhecer uma condição outrora não detectada, o risco nutricional, para que a partir disto sejam instituídas medidas precoces de intervenção nutricional (PRADO et al., 2010; ZAMBERLAN; YONAMINE, 2014).

De acordo com as Diretrizes da *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), a detecção do risco nutricional é um fator preditor de complicações em pacientes hospitalizados. Os resultados de instrumentos de triagem onde os pacientes foram classificados como risco nutricional ou desnutridos mostraram maiores taxas de infecções, maior tempo de internação hospitalar e mortalidade (VALE; LOGRADO, 2013).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde brasileiro reconheceu a importância de rastrear a desnutrição, tornando obrigatória a implantação de protocolos de triagem e avaliação nutricional nos hospitais do Sistema Único de Saúde. Considerando a relevância do uso da Terapia Nutricional como importante alternativa terapêutica na redução da desnutrição domiciliar e intra-hospitalar, elaborou-se um Plano de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional (VALE; LOGRADO, 2013).

O referido Plano foi elaborado com base nas Portarias GM/MS nº 343, de 07 de março de 2005 (BRASIL, 2005a), Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde, MS/SAS nº 131 de 08 de março de 2005 (BRASIL, 2005b) e Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde, MS/SAS a nº 135 SAS/MS de 08 de março de 2005 (BRASIL, 2005c).

Tais portarias definem os mecanismos para organização e implantação de Unidades de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional no âmbito do Sistema Único de Saúde, as normas para o credenciamento das mesmas e a atualização das Tabelas de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar.

Atualmente, para pacientes adultos existem instrumentos de triagem nutricional validados, ao contrário dos instrumentos pediátricos. Pouco se conhece sobre como os nutricionistas de Hospitais de Alta Complexidade realizam esse procedimento com o público infantil (ZAMBERLAN; YONAMINE, 2014; JOOSTEN; HULTS, 2014).

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. A desnutrição infantil no ambiente hospitalar**

A desnutrição é uma doença de natureza clínico-social multifatorial, cujas raízes se encontram na pobreza (desnutrição primária) ou podem estar relacionadas ao baixo aproveitamento de nutrientes em virtude de doenças (desnutrição secundária). Aspectos como oferta de alimentos, saneamento, escolaridade, nível socioeconômico, idade materna, idade gestacional, peso ao nascer, desmame precoce e doenças associadas influenciam no processo de desnutrição (PRADO et al., 2010; CAVENDISH et al., 2010).

Nos países em desenvolvimento, a segunda causa de morte em crianças menores de cinco anos é a desnutrição; cerca de 20 a 30% das crianças desnutridas evoluem ao óbito durante a internação hospitalar. Esse percentual está acima do aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 5% (MONTE, 2000). Estudos na Europa encontraram na Holanda e Alemanha, respectivamente 19% (e 24% de crianças desnutridas em âmbito hospitalar (JOOSTEN; ZWART; HOP, 2010; PAWELLEK; DOKOUPIL; KOLETZKO, 2008). No Brasil, um estudo realizado em dez hospitais distribuídos nas regiões sul, sudeste, centro-oeste e nordeste, mostraram percentuais de aproximadamente 16% (SARNI et al., 2009). Um estudo realizado em Fortaleza mostrou um percentual semelhante, de 19% (ROCHA; ROCHA; MARTINS, 2006).

A desnutrição infantil também pode ser classificada de acordo com o tipo de nutriente cuja ingestão está insuficiente; como a desnutrição proteico-calórica (deficiência no consumo de proteínas) e calórico-proteica (deficiência no consumo de calorias). A desnutrição grave resulta em uma série de consequências metabólicas, morfológicas e comportamentais que afetam diretamente o desenvolvimento psicológico, motor e intelectual (CAVENDISH et al., 2010).

A prevalência da desnutrição em crianças com câncer varia de 6% a 50%. Essa variabilidade é decorrente da heterogeneidade, confirmação do diagnóstico e estágio da doença. As leucemias constituem o tipo de neoplasia mais comum em crianças menores de 15 anos, sendo a mais comum a leucemia linfocítica aguda

(LLA). Nesse grupo, aproximadamente 20% a 50% das crianças estão desnutridas (CAVENDISH et al., 2010; GARÓFOLO, 2000).

Um estudo realizado em um centro de referência em São Paulo demonstrou 38% de DEP entre crianças e adolescentes na fase de indução da remissão do tratamento (GARÓFOLO, 2005).

Um estudo de coorte multicêntrico internacional realizado em 31 Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) distribuídas em oito países observou que mais de 30% dos pacientes apresentavam desnutrição na sua admissão (MEHTA; BECHARD; CAHILL, 2012). Um estudo realizado em uma UTIP do sul do Brasil constatou que 45,1% dos 432 pacientes internados no período de maio de 2005 a abril de 2006 apresentaram algum tipo de desnutrição (EINLOFT et al., 2013).

Segundo Faria e Lacerda (2006 apud CABRAL et al., 2013), no Paraguai, um estudo demonstrou que dos 73 pacientes internados em uma UTIP, 31% possuíam algum tipo de desnutrição. Estes permaneceram mais tempo internados e apresentaram uma mortalidade maior. Na Holanda, constatou-se que 24% de 293 pacientes internados em uma UTIP, avaliados no momento da admissão, eram desnutridos agudos ou crônicos. Os pacientes desnutridos tiveram risco de mortalidade duas vezes maior, além de apresentarem maior tempo de permanência no hospital em comparação aos pacientes com estados nutricionais de eutrofia e sobrepeso (HULTS, JOOSTEN, ZIMMERMANN, 2004; WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

Sendo assim, detectar o risco e/ou grau de desnutrição no momento da internação é fundamental para realizar a intervenção nutricional adequada (JOOSTEN; HULTS, 2014).

## **2.2. Histórico sobre a Terapia Nutricional e Portarias Regulamentadoras**

Dados históricos mostram que séculos antes de Cristo, no Egito e na Grécia, já se utilizavam o clister (que em grego significa seringa) para administração de vinho, leite, soro do leite e caldo de cevada com intenções nutricionais ou laxativas (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

A morte por desnutrição já era conhecida na Idade Média, e a população sofria as consequências da dificuldade para a ingestão de alimentos, levando muitos médicos a tentar de promover a alimentação por uma via diferente da convencional, como por exemplo a via retal (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

A primeira tentativa de administração de nutrientes no esôfago ocorreu por volta de 1598, através de um cateter rudimentar, confeccionado em couro e prata. Em 1876, foi realizada a primeira gastrostomia e, em seguida, em 1897, a primeira jejunostomia, cujas técnicas, aperfeiçoadas ao longo do tempo, ainda são utilizadas até hoje (HARKNESS, 2002).

Há relatos que durante a I Grande Guerra foi utilizada a solução de glicose intravenosa para correção de choque hipovolêmico, mas essa conduta resultou em quadros febris importantes. A administração segura deste tipo de solução ocorreu perto da década de 1930, dando início às primeiras transformações na prática do suporte nutricional. Até 1936, grandes quantidades de plasma eram utilizadas como fonte proteica, associada à solução glicosada, com objetivo de se promover um balanço calórico e nitrogenado positivos (DUDRICK; WILMORE; VARS et al., 2001; CHERNOFF, 2006).

A partir daí, muitos estudos foram realizados sobre a nutrição parenteral utilizando-se um hidrolisado proteico, principalmente no período pós-operatório. Contudo, um longo caminho ainda seria percorrido até a publicação em 1966 por Stanley Dudrick e Rhoads, de uma nutrição intravenosa semelhante à praticada nos dias atuais (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

O início do suporte nutricional surgiu a partir do nascimento da nutrição parenteral (NP), onde Stanley Dudrick, em 1968, utilizou este tipo de terapia em cães da raça *Beagle*. Quando comparado aos cães que se alimentaram de ração canina, ambos os grupos apresentaram crescimento semelhante. Dudrick também foi responsável por experimentos com formulações de nutrição parenteral para crianças, devido ao maior risco desse público apresentar deficiência de ácidos graxos (SHAMSUDDIN, 2003).

No Brasil, os estudos sobre nutrição enteral e parenteral tiveram início por volta da década de 1960, com médicos e estudantes da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo (FMUSP), dentre eles Dan Waitzberg, o primeiro presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral (SBNP).

O primeiro caso de NP no Brasil aconteceu no Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1973. O paciente que recebeu esta nutrição parenteral foi uma criança portadora de uma doença denominada “Von Gierke”, caracterizada por uma glicogenose do tipo I. A NP permitiu a correção das alterações metabólicas características da patologia e a realização da cirurgia no paciente já estabilizado. A partir disso, profissionais envolvidos com a nutrição parenteral começaram a se organizar em associações, como a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral (SBNP) fundada em 1977. Neste mesmo ano surge a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) e em 1979 a *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN). Acontece então, o primeiro Congresso da ASPEN, fortalecendo as estratégias da terapia nutricional. Em 1981, a Sociedade Brasileira passa a ser Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002; REIS; LIMA, 2015).

Verificou-se a necessidade de criar protocolos para inserção e manutenção do acesso venoso central, motivando a criação de grupos especializados, capazes de preparar, administrar e monitorar a nutrição parenteral, o que propiciou uma efetiva redução das complicações sépticas, mecânicas e metabólicas. A redução destas complicações gerou grande impacto, comprovando a necessidade de atuação das equipes multidisciplinares de suporte nutricional com objetivo de reduzir a morbimortalidade dos pacientes, os custos hospitalares, além de criar legislações pertinentes ao tema (REIS; LIMA, 2015).

As regulamentações evoluíram como consequência de contaminações ocorridas entre a década de 1990 e 2000, principalmente no Rio de Janeiro, onde houve casos de contaminação de NP em crianças. Concomitantemente, a mídia divulgava a preocupação com o número de pacientes que eram internados desnutridos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que correspondia a 50% do total de internações (REIS; LIMA, 2015).

Apesar da sociedade americana e europeia fazerem recomendações, do ponto de vista legal, o Brasil tem tais intervenções como regulamentação estratégica de lei. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) realiza auditoria nos

hospitais para verificar se as regulamentações das portarias estão sendo cumpridas. Em 1998 foi publicada a primeira legislação a respeito da Nutrição Parenteral, a Portaria nº 272 de 8 de abril de 1998, que “aprova o regulamento técnico que fixa os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição parenteral, explica a necessidade de ter uma equipe multiprofissional para fiscalizar, conceitos, termos e atribuições” (BRASIL, 1998, p.1). Posteriormente, foi publicada a Resolução nº 63 de 6 de julho de 2000, que “aprova o regulamento técnico para Terapia de Nutrição Enteral, frisando mais uma vez a importância da equipe, a fiscalização da nutrição enteral, boas práticas, prescrição, manipulação, indicação, preparo, controle, avaliação, com documentação e registro de tudo que é realizado” (BRASIL, 2000).

As duas portarias foram fundamentais para impulsionar a evolução da terapia nutricional pois, por meio delas, exige-se comprometimento e capacitação de uma equipe multiprofissional ou multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) com o objetivo de garantir a eficácia e a segurança para os pacientes. Desde então, os hospitais devem estar registrados na vigilância sanitária e estão sujeitos a inspeções sanitárias periódicas. Regulamentações surgiram depois destas portarias, todas com objetivo de regulamentar a obrigatoriedade da EMTN e fiscalizar a Nutrição Parenteral e Enteral (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000).

Em 7 de março de 2005, surgiu a Portaria nº 343, com objetivo de instituir no âmbito do SUS:

Mecanismos para organização e implantação da Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, considerando a necessidade de organizar a assistência hospitalar aos pacientes com deficiência nutricional, com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde, a necessidade do estabelecimento de um sistema de regulação, controle e avaliação da terapia nutricional, a necessidade de implantação de Protocolos de Triagem e Avaliação Nutricional, de Indicação de Terapia Nutricional e Acompanhamento desses pacientes (BRASIL, 2005).

Em seguida surgiram as Portarias nº 131 e nº 135 de 8 de março de 2005. A primeira define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, estabelece os trâmites para solicitação de credenciamento das instituições, publicação de tabelas de valores e formulários de cobrança e honorários da EMTN. A segunda portaria atualiza as Tabelas de Procedimentos do Sistema de Informação

Hospitalar, definindo o tipo de dieta reembolsável, proporcionalidade de terapia nutricional enteral e parenteral (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2005c).

Para reforçar todas as portarias citadas, em 14 de abril de 2009, surgiu a Portaria nº 120, para fortalecer os conceitos de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional (papéis e qualidades técnicas necessárias), estabelecendo critérios e rotinas para habilitar serviços no atendimento para a assistência nutricional, subsidiando tecnicamente o controle e a implantação de serviços hospitalares, estabelecendo uma nova conformação para a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Materiais Especiais do SUS e instituindo a necessidade de Protocolos de Triagem e Avaliação Nutricional (BRASIL, 2009).

No Brasil, pela portaria nº 343/2005, os hospitais do SUS deverão adotar estes protocolos de triagem e avaliação como fator condicionante para a remuneração do suporte nutricional. Contudo, os hospitais, públicos e privados, que praticam a Terapia Nutricional, têm como base as portarias nº 272/1998 e nº 63/2000, que estabelecem os requisitos para prática dessas terapias e os protocolos para acompanhamento dos pacientes.

### **2.3. A Triagem Nutricional**

O surgimento oficial da Triagem Nutricional ocorreu em 1990, nos Estados Unidos com a criação da Iniciativa de Triagem Nutricional (NSI – *Nutrition Screening Initiative*), que foi um esforço interdisciplinar para desenvolver a triagem nutricional, incorporar a avaliação nutricional e as intervenções necessárias de acordo com situação do paciente (WHITE et al., 1992). Em 7 de março de 2005, o Ministério da Saúde colocou em vigor a Portaria nº 343/2005 que regulamenta a implantação de protocolos de triagem e avaliação nutricional (BRASIL, 2005a).

A triagem destaca-se como uma ferramenta prévia à avaliação nutricional, com o objetivo de reconhecer uma condição outrora não detectada, o risco nutricional, capaz de rastrear os pacientes que precisam de maior atenção e instituir medidas de intervenção precoce. Deve ser um procedimento rápido, executado pela equipe multidisciplinar de saúde, previamente treinada (ZAMBERLAN; YONAMINE, 2014; BEZERRA et al., 2012).

O recomendado é realizar a triagem nutricional nos pacientes hospitalizados em até 72 horas da admissão (DIAS et al., 2011; ZAMBERLAN; YONAMINE, 2014).

Para pacientes adultos já existem instrumentos validados e universalmente aceitos, ao contrário da realidade dos pacientes pediátricos (ZAMBERLAN; YONAMINE, 2014; JOOSTEN; HULTS, 2014).

Existem atualmente seis instrumentos de triagem para crianças hospitalizadas (JOOSTEN; HULTS, 2014):

- *Nutrition Risk Score* (NRS) (KONDROUP et al., 2003) (Anexo A);
- *Pediatric Nutritional Risk Score* (PNRS) (SERMET-GAUDELUS et al., 2000) (Anexo B);
- *Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics* (STAMP) (MCCARTHY et al., 2008; MCCARTHY et al., 2012) (Anexo C);
- *Subjective Global Nutritional Assessment* (SGNA) (SECKER, JEEJEEBHOY; 2007) (Anexo D);
- *Pediatric Yorkhill Malnutrition Score* (PYMS) (GERASIMIDIS et al., 2010; GERASIMIDIS et al., 2011) (Anexo E);
- *Screening Tool for Risk of Impaired Nutritional Status and Growth* (STRONG KIDS) (HULST et al., 2010) (Anexo F).

Os instrumentos NRS, STAMP, SGNA e PYMS permitem triar o risco e classificar o estado nutricional no momento da admissão. Os PNRS e STRONG KIDS apenas classificam o risco nutricional. Os instrumentos são fáceis de serem aplicados, com exceção do PNRS que necessita de 48 horas para finalizar o preenchimento dos itens (JOOSTEN; HULTS, 2014).

Os pacientes com alto risco devem ser avaliados pela equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) para uma possível suplementação alimentar ou introdução de nutrição enteral/parenteral. Já os pacientes com médio risco devem ser acompanhados periodicamente, aferindo o peso duas vezes na semana e reavaliando o risco semanalmente. A intervenção da EMTN deve ser sempre

considerada. Os pacientes com baixo risco deverão ser acompanhados semanalmente (VIVAS et al., 2012; JOOSTEN; HULTS, 2014).

A triagem nutricional passa a ser elemento fundamental na internação, e também como método de acompanhamento durante a permanência hospitalar. Eleger um instrumento para ser adotado em um serviço de nutrição hospitalar requer atenção especial ao grau de concordância entre os métodos, a facilidade, praticidade e ao tempo de aplicação (JOOSTEN; HULTS, 2014; BEZERRA et al., 2012).

Tão importante quanto diagnosticar a desnutrição é avaliar o risco e os fatores que podem acometer o estado nutricional. A falta do diagnóstico nutricional prejudica o tratamento da criança, sua recuperação, prolonga as hospitalizações e aumenta os custos hospitalares (PRADO et al., 2010).

### **3. JUSTIFICATIVA**

A desnutrição infantil é problema de saúde pública. No âmbito hospitalar, verificar o risco nutricional por meio da utilização de um método de triagem nutricional permite uma intervenção precoce, podendo influenciar no tempo de internação, no tratamento, no aparecimento de complicações e na redução de custos para o hospital.

Diante do fato que existe uma política que normatiza a utilização deste tipo de instrumento em hospitais de alta complexidade, surge a questão norteadora desta pesquisa: Como é realizada essa prática no público pediátrico na inexistência de um instrumento validado até o momento?

## **4. OBJETIVO**

### **4.1. Objetivo geral**

Compreender como profissionais de nutrição realizam a Triagem Nutricional Pediátrica, a partir de sua experiência em Hospitais de Alta Complexidade em duas cidades do Estado de São Paulo.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Identificar, a partir da experiência de nutricionistas de Hospitais de Alta Complexidade, o processo de aplicação de métodos de triagem mais utilizados.
- Identificar as barreiras e facilidades na aplicação da Triagem Nutricional Pediátrica por nutricionistas de Hospitais de Alta Complexidade.
- Apreender como os profissionais de serviços de nutrição infantil de Hospitais de Alta Complexidade compreendem a política que rege a prática da Triagem Nutricional.

## **5. MÉTODO**

### **5.1. Abordagem metodológica e técnica de coleta de dados**

Estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de nutrição que atuam em diferentes hospitais de alta complexidade (HAC) pediátrico público e privado, em duas cidades do estado de São Paulo.

A escolha desta técnica de coleta de dados se justifica por sua capacidade de explorar a dimensão da prática dos profissionais de nutrição na triagem e avaliação nutricional pediátrica, além de permitir alcançar a subjetividade e os sentidos atribuídos às práticas vividas (FELICIANO, 2010).

### **5.2. População de estudo**

Foram selecionados profissionais nutricionistas, coordenadoras e nutricionistas clínicas, que atuam em HAC pediátrico nas cidades de São Paulo e Santos. Inicialmente foi realizada a seleção de oito HAC infantis, tendo como critério de eleição o fato de serem hospitais de referência e tradição em atendimento pediátrico. Foi programada a captação de dezesseis profissionais, sendo uma coordenadora e uma nutricionista clínica de cada hospital eleito. O contato ocorreu por meio telefônico e por e-mail para explicação do trabalho e convite para participar das entrevistas. Houve dificuldade de retorno por parte dos profissionais e devolutiva das propostas de participação, sendo necessário mais tempo para a coleta dos dados.

#### **5.2.1 Critérios de Inclusão**

- Coordenadores e profissionais nutricionistas de serviços de nutrição de Hospitais de Alta Complexidade que forneça assistência pediátrica (unidades gerais, unidade terapia intensiva (UTIP) e semi-intensiva) em Santos e São Paulo.

### 5.2.2 Critérios de Exclusão

- Profissionais que atuam na área a menos de três meses ou profissionais substitutos/temporários no setor pediátrico, tendo em vista que o pouco tempo de atuação ou o fato de não ser o profissional responsável pelo setor, poderia comprometer a experiência ou trazer uma prática sem a vivência esperada.
- Profissionais que atuam exclusivamente em uma área especializada (por exemplo: unidade de oncologia), por não caracterizar uma experiência geral em pediatria e, dependendo da especialidade, já ser considerada *a priori* de risco nutricional.
- Profissionais que trabalham em HAC, porém sob regime terceirizado, tendo em vista que a atuação pode ser influenciada pelo tipo de contrato e prestação de serviço.

### 5.3. Entrevista e roteiro

Inicialmente, foi realizada a construção de um roteiro com perguntas abertas e realizada uma entrevista piloto que permitiu ajustar as perguntas para a pesquisa de campo. Essa entrevista não foi incluída na amostragem final. O roteiro contemplou os seguintes temas: escolha pela profissão, experiência na área de nutrição e pediatria, práticas de triagem, avaliação nutricional e protocolos, conhecimento sobre as portarias que regulamentam essas práticas e como esses protocolos auxiliavam na rotina, como se vê no Apêndice A. As entrevistas, que tiveram início em novembro de 2016 e término em julho de 2017, foram realizadas presencialmente ou por contato telefônico, conforme disponibilidade dos profissionais. As conversas foram gravadas e tiveram uma duração média de trinta minutos. Os participantes entrevistados por meio do contato telefônico demonstraram-se mais à vontade do que presencialmente. Contudo, este fato não interferiu nos achados dentro do contexto do objeto de pesquisa.

Durante o período de coleta dos dados, observou-se que numa mesma instituição seria possível entrevistar mais profissionais do que o previsto inicialmente (uma coordenadora e uma nutricionista clínica), tendo em vista que o universo de profissionais foi maior que o esperado e as experiências eram diversas. Isso aconteceu em uma instituição, onde foi realizado o contato com quatro profissionais que desempenhavam funções distintas, que agregaram muito com suas experiências. Em contrapartida, em uma instituição não foi possível entrevistar a coordenadora devido à falta de retorno. Ao final da coleta foram entrevistadas doze profissionais de seis instituições. Não houve participantes de dois hospitais previamente eleitos. Em um deles, devido a necessidade de passar pelo Comitê de Ética do Hospital, indo contra a proposta do trabalho que busca a experiência do profissional sem nenhum tipo de vínculo com a instituição e em outro por falta de retorno. As narrativas das doze participantes entrevistadas atingiram o critério de saturação teórica da pesquisa, ou seja, os temas encontrados tornam-se repetitivos e suficientes para contemplar e responder o objeto de pesquisa. Assim optou-se por não incluir novos participantes (FONTENELLA; RICAS; TURATO, 2008).

#### **5.4. Processo de análise**

Inicialmente foi realizada a transcrição das entrevistas para dar início ao processo de análise. A interpretação dos dados empíricos foi feita por meio da análise de conteúdo que busca temas e significados ao observar a frequência com que determinados temas se repetem e revelam sentidos. Essa análise foi dividida em três etapas: a primeira etapa compreendeu o contato com o material, leitura minuciosa e exaustiva das entrevistas, compreensão, impregnação do conteúdo, exploração e recortes dos temas que apresentaram significado. A segunda etapa ocorreu a partir dos temas identificados e que tiveram significado, levando a construção das categorias temáticas. As categorias que se comunicavam foram agrupadas em um mesmo núcleo, surgindo assim as categorias analíticas. E, por fim, a terceira etapa tratou de realizar a descrição do pesquisador de cada categoria analítica, a interpretação dos resultados à luz do referencial teórico e a leitura científica em relação ao tema (BARDIN, 2011).

### **5.5. Considerações éticas**

O estudo teve início após aprovação do Comitê em Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), conforme a Resolução MS/CNS 466/2012 - Ministério da Saúde (CAAE 58358216.6.0000.5536) (ANEXO G).

Foi garantido anonimato e confidencialidade aos entrevistados e aos hospitais. A participação foi voluntária e as informações obtidas foram confidenciais. O nome do entrevistado não foi vinculado ao estudo em nenhum momento.

As entrevistas foram realizadas após leitura, explicação, verificação da compreensão e assinatura do Termo de Esclarecimento Livre Esclarecido (Apêndice B) pelos participantes da pesquisa.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas doze nutricionistas, sendo cinco coordenadoras de serviços de nutrição e sete nutricionistas clínicas, que atuam em dois hospitais da cidade de Santos e quatro da cidade de São Paulo, sendo dois privados e cinco públicos. Destas profissionais, sete foram entrevistadas por meio de contato telefônico e cinco presencialmente. Todas as participantes são do sexo feminino, a maioria possui tempo de formação maior que 10 anos e experiência na área nutrição. Apenas uma participante ainda não concluiu especialização devido à graduação ser mais recente. Houve uma predominância de hospitais públicos. Essa caracterização pode ser observada no Quadro 1:

**Quadro 1 - Caracterização do Perfil de Nutricionistas Entrevistadas**

Participante da pesquisa	Idade (anos)	Característica do Hospital	Cidade	Especialização	Tempo de Formação (anos)	Cargo**
P 1	32	Privado	Santos	Sim	10	N
P 2	52	Público	SP*	Sim	33	C
P 3	45	Público	SP*	Sim	24	N
P 4	23	Público	SP*	Cursando	2	N
P 5	50	Público	SP*	Sim	33	N
P 6	33	Público	SP*	Sim	10	C
P 7	34	Privado	SP*	Sim	11	N
P 8	51	Público	SP*	Sim	27	C
P 9	54	Privado	Santos	Sim	29	C
P 10	50	Público	Santos	Sim	30	C
P 11	35	Público	Santos	Sim	10	N
P 12	37	Público	SP*	Sim	14	N

\*SP: São Paulo / \*\* N (Nutricionistas) / C (Coordenadoras)

Por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2011), a partir das categorias temáticas oriundas do material empírico, foram construídas três categorias analíticas: experiência e prática profissional, triagem nutricional pediátrica e portaria regulamentadora, conforme descrito no Quadro 2:

**Quadro 2 - Categorias Analíticas e Categorias Temáticas**

<b>Categorias Temáticas</b>	<b>Categorias Analíticas</b>
Experiência em pediatria	Experiência e prática profissional
Elaboração e/ou atualização de protocolos internos	
Conhecimento sobre instrumentos de triagem nutricional	Triagem nutricional pediátrica
Realização de um método de triagem nutricional	
Contribuição do instrumento na prática do profissional	
Conhecimento sobre as portarias regulamentadoras	Portaria regulamentadora
Influência das portarias na prática	

### **6.1. Experiência e prática profissional**

O ponto de partida para as entrevistas foram as experiências das profissionais em relação a sua atuação em pediatria. A realidade trazida vai de encontro com as rotinas clínicas, visitas aos pacientes, intervenções, triagem nutricional, avaliação nutricional, supervisão, elaboração e atualização de protocolos.

Foi possível observar a atuação de coordenadoras na implantação e atualização dos protocolos institucionais e a vivência prática por parte das nutricionistas clínicas. As experiências diversas se comunicaram com a elaboração dos protocolos internos de forma distinta, e em alguns relatos, sobretudo das coordenadoras, foi possível observar essa variedade, com a criação de um protocolo, atualização dos protocolos já existentes e implantação de um instrumento de triagem nutricional.

*Então eu tenho uma coordenadora da área clínica que ela também é coordenadora do comitê do complexo hospitalar e juntos nós montamos um protocolo institucional de terapia nutricional. Esse protocolo foi validado internamente na instituição e no complexo, e publicado na nossa internet e colocado em prática na nossa instituição... A gente tem o mapeamento do processo de todas as nossas áreas, a gente avalia por meio de indicador cada etapa, então a criança interna e em até 24h essa criança é triada, daí a gente tem um indicador que monitora isso, e outro indicador que avaliação em até 72h. Desde admissão no pronto socorro, a partir dessa triagem é sinalizado se a criança tem risco ou não e a partir disso é feita a avaliação nutricional em até 72h. Posterior a isso, é feita uma reavaliação, onde pra nível primário e refeita em até 15 dias, pra nível secundário 10 dias e para nível terciário a cada sete dias (P 2, Coordenadora).*

*Eu comecei como nutricionista de clínica, onde era responsável por passar visitas, fazer avaliação nutricional, evoluir as crianças e colocar nas curvas de crescimento, adaptar as dietas, enfim, toda a rotina de uma nutricionista clínica. Depois de seis anos nessa área, fui promovida para supervisora e posteriormente como coordenado do serviço. Na época nós fazíamos peso, estatura e PC e PT dependendo da idade da criança, colocávamos na curva e fazíamos P/I, E/I e P/E. Com o aparecimento de novas referências, passamos por uma atualização dos protocolos, onde aqui no instituto todas as nutricionistas do complexo participam dessa atualização, e inclusive nosso protocolo foi validado internamente, sendo conhecido por todas as áreas envolvidas com a nutrição. (...) Nessa atualização nós vimos a necessidade de se incluir um instrumento de triagem, visto a demanda de internações e a necessidade de melhor acompanhar nossos pacientes. Subsequente à triagem, temos a avaliação nutricional objetiva em até 72h após a triagem, onde esse paciente será reavaliado de acordo com os níveis de atendimento (P 8, Coordenadora).*

*Começou-se a fazer avaliação nutricional em 2001 como via de regra, até então dentro de 1200 leitos para um nutricionista, nós fazíamos avaliação por sinais clínicos, ou até visual, como nós somos referência em pediatria, nós recebemos de Caraguá até Itariri, então fazendo a visual você tinha casos de desnutrição absurda em 2001. Quando começamos a trabalhar com o serviço de nutrição enteral e parenteral, foi montada pela primeira vez o serviço de terapia nutricional no hospital, aí sim se começou a fazer avaliação nutricional nos pacientes que estavam em terapia nutricional. A princípio nós usávamos Waterlow e Gomes, foi por aí que começamos a fazer avaliação nutricional, e no SNEP [Serviço de Nutrição Enteral e Parenteral], nós não tínhamos uma nutricionista exclusiva, nós montamos praticamente os protocolos de adulto e criança comum, e a nutricionista que era responsável por lá fazia, mas as primeiras avaliações foram esses critérios, e que se usou por muitos anos (P 9, Coordenadora).*

*Quando eu era nutricionista clínica, na época não tinha avaliação e nem triagem, quando passei para gestão, nós começamos a fazer os protocolos, comecei com a triagem, montamos uma avaliação, começamos a treinar as nutricionistas, e hoje as nutricionistas clínicas fazem a triagem obrigatória, fazem a avaliação nutricional e a suplementação, e acompanha esses pacientes até a alta (P 10, Coordenadora).*

*Nós criamos um protocolo de avaliação nutricional para poder normatizar esse atendimento, para poder otimizar o atendimento (P 3, Nutricionista Clínica).*

Nos relatos das nutricionistas clínicas, encontramos experiências mais práticas como já mencionado, com rotinas em ambulatório, pronto socorro e enfermarias em geral. Temos práticas com triagem e avaliação nutricional, seguimento dos pacientes de acordo com a instituição em que atuou, anamnese, evolução nutricional, adequação de conduta de acordo com a necessidade do paciente.

*Aqui eu sou nutricionista clínica, faço a parte da internação e atendo no ambulatório também. A gente realiza STRONG KIDS nas primeiras 24h de internação do paciente, se tiver risco nutricional faz avaliação em até 72h, dependendo do risco adotamos uma conduta ou reavalia ele mais vezes na semana. A gente passa visita todos os dias, acompanha peso e estatura, evolui sempre que muda a conduta (P 4, Nutricionista Clínica).*

*Eu sou responsável por dois andares, no pronto socorro faço as admissões, faço a triagem nutricional. Temos um instrumento que se chama STRONG KIDS, e aí a gente avalia em alto, médio e baixo risco nutricional. A criança internou nós já estamos avaliando. Quem dá o segmento a essa avaliação é quem está na clínica da manhã. Nós, nutris da tarde, ficamos com mais alas, por isso a rotina é mais pesada, então ficamos com a triagem nutricional, e nos triamos todos os pacientes, colocamos no mapa, admitimos, e de manhã cada clínica tem um nutricionista, então cada uma fará a avaliação dos seus pacientes. O prazo é imediato, a criança chegou tem que ser triada (P 5, Nutricionista Clínica).*

*Em Salvador fazia anamnese de todos os pacientes que internavam, peso e estatura, e CB e prega, colocava no antro e classificava como desnutrido ou eutrófico, classificação do programa, enfim fazíamos toda anamnese com dados de ingestão, introdução alimentação complementar, recordatório, e evoluía esses pacientes todos os dias, de manhã e à tarde, não tinha uma triagem de risco e não risco, todos eram considerados iguais (P 7, Nutricionista Clínica).*

Os estudos em pesquisa qualitativa na área de nutrição são escassos, quando direcionamos para a questão de experiência e prática profissional ficamos ainda mais restritos.

Diante dessa categoria analítica tivemos contato com a diversidade de experiências em pediatria, todas relacionadas com a realidade da instituição que essas profissionais atuaram. Por meio das narrativas, não foi possível identificar se

essa diversidade de experiências seria por influência do protocolo instituído pela instituição, pela elaboração do protocolo pela chefe responsável pelo departamento ou pela falta de um método recomendado ao público em questão. Porém esse não foi o objetivo do trabalho.

Os protocolos desenvolvidos tiveram participação forte das coordenadoras e atualizações de acordo com as novas recomendações. Uma coordenadora relatou a mudança dos critérios de avaliação nutricional por meio de exame físico para a elaboração de um protocolo com as recomendações específicas ao público atendido. Nele foi criado um serviço voltado à prática da terapia nutricional atendendo o que a legislação preconiza sobre a elaboração de protocolos de avaliação nutricional e execução desse procedimento. Isso pode ser verificado na Resolução nº 63 de 6 de julho de 2000 (BRASIL, 2000).

Além disso, foi verificada a criação de protocolos de triagem e avaliação nutricional onde não existia. Atualização de protocolo já existente com inclusão de um método de triagem nutricional, tendo em vista a demanda de internações, necessidade de melhor atender e prestar um bom atendimento aos pacientes pediátricos, permitindo identificar o paciente no momento em que o mesmo é admitido no hospital (pronto socorro).

As nutricionistas clínicas trouxeram vivências diversas no que corresponde à questão prática, em relação ao acompanhamento dos pacientes, triagem e avaliação nutricional. Mesmo tendo uma profissional entrevistada com menor tempo de formação e experiência na área, a prática trazida em relação ao objeto de pesquisa foi ao encontro da prática de profissionais com maior tempo de atuação. Não houve diferença quando comparada a experiência do profissional que atuou em hospital público para privado, e da cidade de São Paulo e Santos.

Em relação à experiência e rotina trazida pelas nutricionistas, suas atribuições estão de acordo com a portaria que regulamenta a profissão do nutricionista que é a Lei nº 8.234 de 17 de setembro de 1991 e a Resolução nº 63/2000 (BRASIL, 1991; BRASIL, 2000).

Em ambos os cargos houve uma preocupação em evoluir os protocolos e rotinas de acordo com as recomendações e necessidades do serviço, para assim otimizar e melhorar o atendimento prestado ao público infantil.

## 6.2. Triagem nutricional pediátrica

Diante do questionamento sobre o conhecimento em relação ao método de triagem nutricional pediátrica foi possível identificar que, na prática, nem todas as profissionais conheciam os instrumentos. Algumas nutricionistas os conheceram por meio de artigos, representantes de laboratório e outras em cursos de pediatria. O fato de a profissional conhecer o instrumento não teve relação com sua experiência prática, tendo em vista o protocolo estabelecido pela instituição que atuou. Duas nutricionistas mencionaram o fato de não existir um instrumento validado, sendo que uma delas revelou utilizar um protocolo com avaliação nutricional objetiva. Isto não teve influência da ausência de um método validado, mas por atender as necessidades do seu serviço. No entanto, a mesma não classifica o risco nutricional dos pacientes, e sim a classificação do estado nutricional.

*Eu conheci o método através de artigos e representantes de laboratórios foi assim que tive o contato com o instrumento STRONG KIDS, que diz que seria uma das ferramentas que ainda não é validada (P 1, Nutricionista Clínica).*

*Esse método foi conhecido na área mesmo de pediatria, pois estavam apresentando o método como tendo seus benefícios se utilizados nas crianças, e então foi institucionalizado (P 2, Coordenadora).*

*Sei que existem alguns instrumentos, mas sem validação no momento e o protocolo atual tem atendido à necessidade da rotina e acompanhamento das crianças (P 12, Nutricionista).*

A respeito da realização de um método de triagem nutricional, a maioria das profissionais relataram experiências com o método STRONG KIDS (HULST, 2010), instrumento validado em relação à tradução para o português (CARVALHO et al., 2013). Apenas uma nutricionista trouxe um relato prático com outros instrumentos. As experiências se assemelham em relação ao tempo de aplicação do instrumento no momento da internação e o prazo para avaliação nutricional objetiva, que vai ao encontro do que a literatura preconiza (DIAS et al., 2011).

Obtive o relato de uma profissional que atualmente trabalhava com um método de triagem adaptado, desenvolvido pela instituição onde atua, em que além do risco nutricional, permite, por meio de dados objetivos, classificar o estado nutricional do paciente, sendo aplicado em todos os pacientes admitidos. Por fim houve profissionais que não realizam o instrumento na prática.

*A criança interna e em até 24h essa criança é triada, desde admissão no pronto socorro, a partir dessa triagem é sinalizado se a criança tem risco ou não, e a partir disso é feita a avaliação nutricional em até 72h. Posterior a isso, é feita uma reavaliação, onde para nível primário é refeita em até 15 dias, para nível secundário 10 dias e para nível terciário a cada sete dias. O instrumento utilizado para triagem é o STRONG KIDS (P 2, Coordenadora).*

*Nós fazemos a triagem e a partir daí a gente já determina quem vai precisar de uma intervenção objetiva, e daí já segue o protocolo. Antes nós já usamos outros instrumentos, fizemos um piloto com um instrumento francês, mas ele é complicado porque queria dados objetivos, aceitação alimentar muito precisa, e na hora da triagem complica, porque a triagem tem que ser uma coisa rápida e funcional, então quando tem que pegar dados objetivos já fica complicado, para isso não faço triagem, vou lá e já faço a avaliação objetiva completa. Por isso que a gente faz a triagem, porque a gente não tem tempo de fazer a objetiva de todo mundo que interna. Depois a gente testou o STAMP, que é aquele que foi padronizado pelo Abbott®, e também a mesma dificuldade porque ele pede dados de peso e estatura, o que dificulta, e então acabou sendo escolhido o STRONG KIDS, não que seja o melhor, ele tem falhas, mas pela facilidade de aplicar hoje a gente consegue triar quase 100% dos pacientes que internam (P 3, Nutricionista Clínica).*

*A gente realiza STRONG KIDS nas primeiras 24h de internação do paciente, se tiver risco nutricional faz avaliação em até 72h, dependendo do risco adotamos uma conduta ou reavalia ele mais vezes na semana (P 4, Nutricionista Clínica).*

*No hospital tem uma triagem própria, que foi elaborada pelo próprio hospital, quando cheguei já existia, com os critérios para classificar o risco nutricional. Se ele for classificado como risco são calculadas as necessidades nutricionais, e visitado a cada três dias, e a cada sete dias exame físico com peso e estatura. Se for classificado sem risco é visitado uma vez por semana e, se necessário, faz estatura. Não é regra fazer a estatura porque esse paciente não tem exame físico. Quando eu cheguei já tinha essa triagem, já é usada há algum tempo, não sei como era antes, mas já foi realizado um piloto com STRONG KIDS, e a gente consegue inclusive identificar alguns pacientes pelo nosso, porque ele já dá o diagnóstico nutricional. Não é bem uma triagem, usamos alguns critérios, mas nela já dá o diagnóstico nutricional, pois se desnutrido já entra como risco, portanto nós conseguimos pegar bastante os pacientes que precisam de um acompanhamento nutricional mais de perto (P 7, Nutricionista Clínica).*

*Não temos um instrumento de triagem para criança, mas é algo que gostaríamos muito de implantar, estamos analisando a possibilidade de se implantar visto que temos uma pediatria de SUS com uma rotatividade muito grande. Mas isso está em projeto sim. São realizadas em todas as crianças em terapia nutricional que seria terapia nutricional oral, enteral e parenteral. São avaliados semanalmente e em relação ao protocolo utilizado, de acordo com a faixa etária e as curvas de acordo com a Organização Mundial da Saúde. O que dificulta implantação da triagem no momento é a questão da rotatividade porque a maioria dos serviços contam com serviço de pediatria pequeno. Então talvez seja mais fácil de colocar esse instrumento, e aqui por atender um grande número de crianças ficaria difícil, por conta disso temos uma nutricionista que faz a triagem de adulto que já é uma demanda muito grande. Então estamos estudando para ver como seria possível essa funcionária tomar conta dessa rotina também (P 1, Nutricionista Clínica).*

*Eu consigo sim avaliar essas crianças em até 48 horas, reavaliar a cada sete dias, agora por que não fazemos uma triagem eu não sei te responder, sinceramente, porque é o que está no protocolo, que já tem que fazer avaliação, eu nem tenho modelo de triagem em pediatria, só o modelo da avaliação nutricional... Na verdade assim, não é difícil, porém é muito corrido, minha rotina é cronometrada (P 11, Nutricionista Clínica).*

Quanto aos protocolos de avaliação e triagem nutricional, a avaliação nutricional deve ser precedida pela identificação do risco nutricional. Em 1994, a ADA (*American Dietetic Association*) definiu risco nutricional a presença de fatores que podem levar e/ou agravar a desnutrição e a ASPEN (2005) considera que os fatores de risco que podem comprometer o estado nutricional são perda de peso, doença crônica, aumento de necessidades nutricionais, alterações dietéticas e a necessidade de suporte nutrição enteral ou parenteral. Esses instrumentos devem ser realizados no momento da admissão do paciente e se basear em medidas e procedimentos fáceis, rápidos e de baixo custo. Essas recomendações vão ao encontro das falas das profissionais que trouxeram a experiência da aplicação da triagem seguida da avaliação objetiva. O acompanhamento do paciente após a avaliação objetiva segue o preconizado pelo protocolo de cada instituição, não tendo na literatura uma recomendação específica.

O instrumento STRONG KIDS foi proposto por Hulst et al., (2010) em um estudo multicêntrico na Holanda. Esse instrumento foi o único mencionado na prática atual das profissionais entrevistadas. Uma das profissionais que trouxe a experiência prévia com outros dois instrumentos mencionou a complexidade dos mesmos, inviabilizando sua utilização na prática diária. Ao mesmo tempo, a profissional relata que o instrumento STRONG KIDS tem falhas, mas no momento, facilita por permitir triar todas as crianças que internam.

Segundo os trabalhos de Spagnuolo et al., (2013) e Huysentruyt et al., (2013) o STRONG KIDS atua como uma ferramenta simples, rápida, fácil e de baixo custo. Joosten e Hulst (2014), que analisaram seis instrumentos de triagem nutricional pediátrica, apontaram o STRONG KIDS como mais prático, fácil e confiável.

No Brasil, segundo o Manual Orientativo de Sistematização do Cuidado de Nutrição desenvolvido pela Associação Brasileira de Nutrição (2014), recomenda-se a aplicação da triagem em 24h, para o público infantil foi sugerido o instrumento STRONG KIDS, tendo em vista que outros instrumentos são de aplicação mais complexas. Em contrapartida ele coloca como limitação do instrumento o fato de não possuir validação na nossa população. A recomendação deste instrumento é encontrada no Manual de Terapia Nutricional na Atenção Especializada Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2016).

Novamente, algumas experiências revelaram o reflexo da realidade, baseada na adaptação da instituição em que a profissional atuou, o que trouxe uma diversidade de experiências com os protocolos de triagem e avaliação nutricional. Foram observadas a preocupação em avaliar nutricionalmente essas crianças, em prestar um atendimento que melhor se direcionasse ao paciente, em seguir as recomendações e com as dificuldades e barreiras enfrentadas no dia-a-dia.

Quando observamos a forma como um instrumento de triagem nutricional poderia auxiliar na prática clínica do profissional, foi possível identificar a sensação de carência na área pediátrica, um público que merece um olhar diferenciado devido à sua vulnerabilidade. Os profissionais que já realizavam a triagem trouxeram uma experiência de otimização e direcionamento do atendimento. Esta opinião se assemelha àquelas de profissionais que ainda não utilizam o instrumento. Apenas uma profissional trouxe uma experiência relatando que o instrumento ainda não atende de forma considerada ideal, mas no momento trouxe benefícios.

*A pediatria é um público na qual ainda falta muita coisa a ser implantada, criança é um público extremamente vulnerável. Querendo ou não, a internação de uma criança pode gerar uma série de complicações maiores e, como não damos atenção a esse público, então triar essa criança que realmente tem um risco é dar uma assistência melhor. É extremamente importante a questão dessa triagem nutricional pediátrica para você direcionar muito melhor o seu atendimento e evitar que essa criança complique, até pela quantidade de nutricionistas que nós temos reduzida no hospital para você poder otimizar esse atendimento. Ter um instrumento para*

*ser utilizado ajudaria no norte do atendimento, principalmente na realidade de instituições que contam com número de profissionais reduzidos (P 1, Nutricionista Clínica).*

*Teve melhora sim, porque aqui nosso paciente é aquele paciente crônico, que retorna muito, então com a triagem feita no pronto socorro, a gente já entra com o complemento ou uma nutrição enteral, isso já é conduta e ajuda no tratamento (P 2, Coordenadora).*

*(...) E então acabou sendo escolhido o STRONG KIDS, não que seja o melhor, ele tem falhas, mas pela facilidade de aplicar. Hoje a gente consegue triar quase 100% dos pacientes que internam (P 3, Nutricionista Clínica).*

*O método ajuda bastante, pois ajuda a focar a atenção nos pacientes que necessitam mais de uma avaliação e conduta nutricional, consegue dar uma filtrada nesses casos (P 4, Nutricionista Clínica).*

*A triagem vai fazer com que a gente possa achar alguns riscos nutricionais que estão escondidos. Você vai estar antecedendo e prevenindo algumas complicações (P 9, Coordenadora).*

*Se tivéssemos um instrumento voltado a esse público sim, facilitaria e muito no momento da admissão e direcionamento ao tratamento, pois isso faz com que cada instituição adeque seus protocolos para melhor atender os pacientes (P 12, Nutricionista Clínica).*

Ficou claro nas falas que as profissionais com experiência utilizando instrumento de triagem tiveram efeitos positivos na sua prática, prestando um melhor atendimento e direcionamento do tipo de conduta mais adequado. As profissionais que não relataram essa experiência demonstraram nos relatos a mesma importância, inclusive em instituições com número de profissionais reduzido. Portanto, ter um método para triar o risco nutricional revelou-se fundamental na prática das profissionais neste estudo.

Em 2002 a ESPEN publicou o *guideline* com as diretrizes para o rastreio do risco nutricional, preconizando dois instrumentos para o público adulto e um ao público idoso. Em relação ao público pediátrico não existe uma ferramenta universalmente disponível e aceita, as curvas de peso e altura permitem o cálculo da velocidade de crescimento sensível na avaliação do estado nutricional (KONDRUP et al., 2003).

Um estudo realizado por Durakbaşa et al., (2014) enfatiza o fato de o risco nutricional não ser reconhecido pelos profissionais no momento da admissão e a necessidade de estudos para se investigar se as crianças com alto risco nutricional desenvolveriam desnutrição.

Hartman et al., (2012) destacam que a sensibilidade e especificidade são fundamentais nas ferramentas utilizadas ao público pediátrico. No estudo de Spagnuolo et al., (2013) verificou-se que a ferramenta STRONG KIDS apresentou uma sensibilidade de 71% e especificidade de 53%, assim como no estudo de Hecht et al., (2014), que verificou que esta ferramenta apresenta maior sensibilidade e índice baixo de especificidade. Quando um instrumento apresenta maior sensibilidade, ele reflete maior probabilidade de identificar a criança com risco nutricional. Portanto, no contexto da triagem, ter uma maior sensibilidade é mais importante que a especificidade, pois um falso positivo irá expor o paciente a uma avaliação objetiva, mas um falso negativo poderá não identificar um quadro de risco (HUYSENTRUYT et al., 2013).

Identificar e prevenir a desnutrição é um desafio. Utilizar um método de rastreio do risco que seja confiável, de fácil e rápida execução, baixo custo e não invasivo é muito importante para o paciente, conforme a revisão de literatura e os depoimentos neste estudo. Isso permite que a terapia nutricional seja iniciada o mais breve possível e uma intervenção dietoterápica precoce e específica (suplementação oral ou terapia nutricional enteral/parenteral), sendo a triagem o primeiro passo para a adequada atenção nutricional.

Sendo assim, tratar a desnutrição é possível, os benefícios da triagem já estão bem definidos pela literatura e se aproximam da prática dos profissionais entrevistados. No público adulto já temos instrumentos estabelecidos e estudos

avaliando sua aplicabilidade e validação (KONDRUP et al., 2003; VALE, LOGRADO; 2013; ARAÚJO et al.; 2010).

Esses avanços precisam acontecer para o público infantil, tendo em vista que a intervenção nutricional em pacientes com risco de desnutrição leva a um melhor prognóstico, reduzindo os índices de morbidade e mortalidade, contribuindo com a adequada recuperação do paciente hospitalizado.

Apesar das falas das participantes de pesquisa não revelarem a questão da necessidade ou benefício da validação de um instrumento de triagem ao público infantil, é de se supor, apoiado pela experiência no público adulto, que a validação possa contribuir para se estabelecer um consenso sobre o método que poderá ser incorporado à prática clínica e para esse rastreamento e direcionamento do tratamento dietoterápico, com a mesma segurança, benefícios e eficácia que se recomenda ao público adulto.

### **6.3. Portaria regulamentadora**

Quando analisamos o conhecimento das profissionais em relação às portarias que regulamentam a triagem nutricional, observou-se pouco conhecimento em relação ao tema ou à importância de tal regulamentação. Apenas uma profissional, que atua em instituição pública na cidade de Santos, demonstrou conhecimento embasado no que regulamenta a portaria no âmbito do SUS. Porém, mesmo demonstrando conhecimento, sua experiência se aplicava apenas aos pacientes adultos, pois no serviço que coordenava não utilizava um método de triagem nutricional ao público pediátrico, e sim uma avaliação objetiva para todos pacientes admitidos.

*Não conheço nenhuma portaria que fala sobre triagem no âmbito do SUS (P 4, Nutricionista clínica).*

*Como meu hospital é 100% SUS, somos obrigadas a conhecer as portarias e por isso que somos obrigadas a fazer a triagem em até 48h após a internação e fazer avaliação nutricional (P 10, Coordenadora).*

Em relação às outras participantes, observou-se domínio sobre as portarias que deram início à prática da Terapia Nutricional e a constituição das Equipes Multidisciplinares. Tais relatos podem indicar o fato dessas regulamentações estarem diretamente relacionadas com a prática clínica das profissionais. Uma participante trouxe um relato interessante na questão da obrigatoriedade da triagem nutricional. Ela relatou um problema interno na instituição que atuou, onde a triagem deixou de ser realizada. Após a quarta visita do órgão fiscalizador a instituição foi notificada. Se não voltassem a realizar a triagem, o hospital perderia o credenciamento no Ministério da Saúde. Foi assim que conseguiram a contratação de um profissional para desenvolver essa atividade.

*Tem a 63 e a 272, e tem uma que regulamenta os custos. Que fale sobre a triagem não, apenas sei da importância de se ter um instrumento para melhorar a qualidade do nosso atendimento (P 3 Nutricionista clínica).*

*Em 2015 a nutrição assumiu a triagem tendo em vista a importância de reconhecer o risco nutricional no momento da admissão.... aí a gente acabou agarrando, porque inclusive nós fomos notificados pela vigilância que nós não estávamos realizando a triagem nutricional (P 9, Coordenadora).*

*Conheço as portarias que regulamentam a terapia nutricional, mas não a prática da triagem (P 12 Nutricionista clínica).*

Novamente encontramos dificuldades com estudos qualitativos relacionados à questão normativa. Os estudos encontrados se relacionam à implantação e atuação de equipes multiprofissionais, e sobre as portarias que regulamentam a formação e atuação destas equipes.

Um estudo de Filha et al., (2009) avaliou serviços de alta complexidade no Maranhão para verificar a conformidade em relação às portarias ministeriais que instituíram e regulamentaram a Política de Terapia Nutricional, principalmente em relação à portaria nº 343/2005. Em relação aos protocolos de triagem e avaliação nutricional observou-se que todas as unidades pesquisadas estavam em

conformidade com a legislação vigente. Nesse estudo, o Secretário de Atenção à Saúde do Ministério comentou a importância de se oferecer um atendimento de qualidade a pacientes graves e com risco nutricional.

O estudo de Ferraz et al., (2012) fala sobre a atuação do profissional nutricionista nas equipes multidisciplinares, suas atribuições e contribuições dentro de uma instituição, tendo como base as portarias regulamentadoras da Terapia Nutricional, protocolos de avaliação e identificação do risco nutricional, prescrição dietética e evolução nutricional.

Borba et al., (2013) avaliaram hospitais públicos estaduais do município de São Paulo, verificando o perfil de atendimento prestado pelas equipes multidisciplinares e o cumprimento das portarias regulamentadoras. Nesse trabalho ressalta-se o pioneirismo do Brasil em estabelecer critérios para estudar a problemática da desnutrição hospitalar, bem como a iniciativa do Ministério da Saúde com a proposta das portarias, proporcionando um aumento do número de equipes nos hospitais. Apesar disso, estas ainda são inferiores ao preconizado, tendo em vista a real necessidade.

O conhecimento sobre a prática de profissionais nutricionistas e triagem nutricional ainda não foi uma temática estudada, mas podemos observar que as profissionais entrevistadas mostraram conhecimento superficial em relação às portarias, e estas não foram o ponto de partida ou o norteador na implantação de instrumentos de triagem nutricional, e sim uma atribuição da categoria do profissional nutricionista e a necessidade de prestar um melhor atendimento oriundo de sua prática.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em questão é pioneiro no segmento qualitativo, principalmente no que se refere ao profissional nutricionista e à experiência com instrumentos de triagem nutricional pediátrica. Devido à pouca disponibilidade de estudos nessa temática, dialogar com os achados no referencial teórico dificultou comparar a prática dos profissionais; mostrando a importância que o assunto tem para a prática diária do profissional nutricionista e quão necessário e relevante.

Diante das entrevistas, tivemos experiências diversas, com rotinas características do perfil da instituição que as profissionais atuaram. O trabalho não teve como objetivo verificar a influência da instituição na atuação do profissional, mas algumas experiências se mostraram adaptadas pela realidade da instituição em que a profissional trabalhou, com protocolos diferenciados. Os pacientes são triados com um instrumento original, adaptado ou não são triados, sendo realizada a avaliação objetiva. Houve um consenso sobre o instrumento escolhido para ser utilizado, tendo em vista ser o único traduzido ao português e estar em evidência na área de nutrição pediátrica. Concomitantemente, as nutricionistas relataram que o instrumento melhora sua prática clínica, direcionamento do tratamento e rapidez na intervenção.

A regulamentação é cumprida para outras portarias que regulamentam a prática da Terapia Nutricional, e em relação à triagem e avaliação nutricional, cada instituição possui seu protocolo. Em relação a isso, não houve diferença entre hospital público e privado.

Cada profissional trouxe uma realidade vivida, com protocolos diferenciados e a realização de um método para triar o risco nutricional com uma intenção clínica e não por uma obrigação legal. Apesar da importância referida em suas práticas, a ausência de uma triagem pediátrica recomendada ao público infantil faz com que existam diferentes protocolos e métodos voltados às condições de cada hospital. São necessários estudos nesta área, para que assim como no público adulto e idoso, exista um consenso sobre o método que apresenta a melhor aplicabilidade e benefícios ao público infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION – ADA. ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. **J. Am Diet. Assoc.**, v. 94, p. 838-839, 1994.

AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION – ASPEN. Board of directors and standards committee. Definition of terms, style, and conventions used in ASPEN Guidelines and standards. **Nutr. Clin. Pract.**, v. 20, p. 281-285, 2005.

ARAÚJO, M.A.R. et al. Análise comparativa de diferentes métodos de triagem nutricional do paciente internado. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 4, p. 331-342.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO – ASBRAN. Sistematização do cuidado de nutrição. São Paulo, 2014.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. **Edições 70**. São Paulo, p. 11 – 77, 2011.

BORBA, L.G. et al. Perfil do atendimento da equipe multiprofissional em terapia nutricional nos hospitais públicos estaduais na cidade de São Paulo. **Rev. Nutr. Clín.**, v. 28, n. 2, p. 71-75, 2013.

BEZERRA, J.D. et al. Aplicação de instrumentos de triagem nutricional em hospital geral: um estudo comparativo. **Rev. Ciência e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 9 – 15, 2012.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – CASA CIVIL. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. Brasília, 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 08 out. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. **Portaria GM/MS nº 343 de 7 de março de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da Mulher (PNDS - 2006). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui regulamento técnico para terapia nutricional parenteral. **Portaria MS/SAS nº 272 de 08 de abril de 1998**. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui regulamento técnico para terapia nutricional enteral. **Resolução nº 63 de 06 de julho de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. **Portaria**

**MS/SAS nº 131 de 08 de março de 2005.** Brasília, 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui e estabelece os mecanismos para a organização e implantação de Serviços de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e considerando a constante necessidade de atualização das Tabelas de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar. **Portaria MS/SAS a nº 135 SAS/MS de 08 de março de 2005.** Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral. **Portaria MS/SAS nº 120 de 14 de abril de 2009.** Brasília, 1998. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. **Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2016.

CABRAL, D.D. et al. Enfoque nutricional em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Scientia Médica**, v. 23, n. 2, p. 127 – 133, 2013.

CARVALHO, F.C. et al. Tradução e adaptação cultural da ferramenta Strong Kids para triagem do risco de desnutrição em crianças hospitalizadas. *Rev. Paul Pediatr.*, v. 31, n. 2, p. 159 – 165, 2013.

CAVENDISH, T.A. et al. Avaliação Nutricional do paciente pediátrico internado. **Rev. Ciências Saúde**, v. 21, n. 2, p. 151 – 164, 2010.

CHERNOFF, R. History of tube feeding: Na overview of tube feeding from ancient times to the future. **Nutrition in Clinical Practice**, n. 21, p. 408-410, 2006.

DIAS, M.C.G. et al. Triagem e Avaliação do Estado Nutricional. *In: Biscegli F, Bernardo WM. Projeto Diretrizes.* São Paulo, p. 471-486, 2011.

DUDRICK S.J.; WILMORE, D.W.; VARS, H.M. Long-term total parenteral nutrition with growth, development and positive nitrogen balance. **Nutr. Hosp.**, ed. 6, p. 286 – 292, 2001.

DURAKBAŞA, Ç.U. et al. The prevalence of malnutrition and effectiveness of STRONG KIDS tool in the identification of malnutrition risks among pediatric surgical patients. **Balkan Med.**, v. 31, p. 313 – 321, 2014.

EINLOFT, P.R.; GARCIA, P.C.; PIVA, J.P. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 728 – 733, 2002.

FELICIANO, K.V.O. Abordagem qualitativa na avaliação em saúde. In: Samico E et al. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. **Medbook**, p. 29-42. Rio de Janeiro, 2010.

FERRAZ, L.F.; CAMPOS, A.C.F. O papel do nutricionista na equipe multidisciplinar em terapia nutricional. **Rev. Brasileira Nutr. Clin.**, v.27, n. 2, p. 119 – 123, 2012.

FILHA, C.C.O. et al. Análise dos serviços de alta complexidade em terapia nutricional do estado do Maranhão: adequação à política nacional de terapia nutricional. **Rev. Hospital Universitário (UFMA)**, v. 10, n. 2, p. 9 – 13, 2009.

FONTANELLA, B.J.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 17 – 27, 2008.

GARÓFOLO, A. Estado nutricional de crianças e adolescentes com câncer. **Universidade Federal de São Paulo**. São Paulo, 2000.

GARÓFOLO, A. Diretrizes para terapia nutricional em crianças com câncer em situação crítica. **Rev. Nutrição**, v. 18, n. 4, p. 513 – 527, 2005.

GERASIMIDIS, K. et al. A four-stage evaluation of the Pediatric Yorkhill Malnutrition Score in a tertiary pediatric hospital and a district general hospital. **Br. J. Nutr.**, v. 104, n. 5, p. 751 - 756, 2010.

GERASIMIDIS, K. et al. Performance of the novel Pediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS) in hospital practice. **Clin. Nutr.**, v. 30, n. 4, p. 430 – 435, 2011.

HARKNESS, L. The history of enteral nutrition therapy: from raw eggs and nasal tubes to purified amino acids and early postoperative jejunal delivery. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 102, p. 399-404, 2002.

HARTMAN, C.; SHAMIR, R.; HECHT, C. Malnutrition screening tools for hospitalized children. **Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care**, v. 15, p. 303 – 309, 2012.

HECHT, C. et al. Disease associated malnutrition correlates with length of hospital stay in children. **Clin. Nutr.**, v. 34, p. 53 – 59, 2014.

HULST, J.; JOOSTEN, K.; ZIMMERMANN, L. et al. Malnutrition in critically ill children: from admission to 6 months after discharge. **Clin. Nutr.**, v. 23, n. 2, p. 223 – 232, 2004.

HULST, J.M. et al. Dutch national survey to test the STRONG (kids) nutritional risk screening tool in hospitalized children. **Clin. Nutr.**, v. 29, p. 106 -111, 2010.

HUYSENTRUYT, K. et al. The STRONG kids nutritional screening tool in hospitalized children: a validation study. **Nutrition**, v. 29, p. 1356 – 1361, 2013.

JOOSTEN, K.F.; ZWART, H.; HOP, W. National malnutrition screening days in hospitalized children in The Netherlands. **Arch Dis Child**, v. 95, p.141 – 145, 2010.

JOOSTEN, K.F.M.; HULST, J.M. Nutritional Screening Tools for Hospitalized Children: Methodological Considerations. **Clin. Nutr.**, v. 33, n. 1, p. 1 – 5, 2014.

KONDRUP, J. et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. **Clin. Nutr.**, v. 22, n.3, p. 321-336, 2003.

KONDRUP, J. et al. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) Guidelines for nutrition screening 2002. **Clin Nutr**, v. 22, n. 4, p. 415 – 421, 2003.

MAHAN, L.K.; STUMP, S.E. **Krause: Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. São Paulo, Elsevier, p. 448 – 466, 2002.

MCCARTHY, H. et al. Screening for nutrition risk in children: the validation of a new tool. **J. Hum. Nutr. Diet.**, v. 21, n. 4, p. 395-396, 2008.

MCCARTHY, H. et al. The development and evaluation of the Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics (STAMP<sup>®</sup>) for use by healthcare staff. **J. Hum. Nutr. Diet.**, v. 54, n. 4, p. 311-318, 2012.

MEHTA, N.M.; BECHARD, L.J.; CAHILL, N. Nutritional practices and their relationship to clinical outcomes in critically ill children--an international multicenter cohort study. **Crit. Care Med.**, v. 40, n. 7, p. 204 – 211, 2012.

MONTE, C.M.G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **J. Pediatr.**, v. 76, n. 3, p. 285 – 296, 2000.

PAWELLEK, I.; DOKOUPIL, K.; KOLETZKO, B. Prevalence of malnutrition in pediatric hospital patients. **Clin. Nutr.**, v. 27, p. 72 – 76, 2008.

PRADO, R.C.G. et al. Desnutrição e Avaliação Nutricional Subjetiva em Pediatria. **Rev. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1, p. 61 – 70, 2010.

REIS, N.T.; LIMA, L.C. **Nutrição Clínica: bases para prescrição**. Rio de Janeiro, Rubio, p. 221 – 252, 2015.

ROCHA, G.A.; ROCHA, E.J.M.; MARTINS, C.V. Hospitalização: efeito sobre o estado nutricional em crianças. **Jorn. Ped.**, v. 82, n. 1, p. 70 -74, 2006.

SARNI, R.O. et al. Avaliação antropométrica, fatores de risco para desnutrição e medidas de apoio nutricional em crianças internadas em hospital de ensino no Brasil. **Jorn. Ped.**, v. 85, n. 3, p. 223 – 228, 2009.

SECKER, D.J.; JEEJEEBHOY, K.N. Subjective global nutritional assessment for children. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 85, n. 4, p. 1083 – 1089, 2007.

SERMET-GAUDELUS, I. et al. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 72, n. 1, p. 64 -70, 2000.

SHAMSUDDIN, A.F. Brief history and development of parenteral nutrition support. **Malaysian Journal of Pharmacy**, v. 1, n. 3, p. 69 -75, 2003.

SPAGNUOLO, M.I. et al. Application of a score system to evaluate the risk of malnutrition in a multiple hospital setting. **Ital. J. Pediatr.**, v. 39, p. 1 – 7, 2013.

VALE, F.C.R.; LOGRADO, M.H.G. Estudos de validação de ferramentas de triagem e avaliação nutricional: uma revisão acerca da sensibilidade e especificidade. **Rev. Ciências Saúde**, v. 22, n. 4, p. 31 – 46, 2013.

VIVAS, M. Triagem nutricional em terapia intensiva pediátrica. **Rev. Ped.**, v. 13, n. 1, p. 109, 2012.

WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**, v. 17, n. 7 – 8, p. 573 – 580, 2001.

WHITE, J.V. Nutrition screening initiative: development and implementation of the public awareness checklist and screening tools. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 92, n. 2, p. 163 – 167, 1992.

ZAMBERLAN, P.; YONAMINE, G.H. Triagem nutricional. *In*: Silva APA, NASCIMENTO, A.G; ZAMBERLAN, P. **Manual de Dietas e Condutas Nutricionais**. São Paulo, Atheneu, p. 51 – 54, 2014.



- 11) Na sua experiência, quais foram as dificuldades e/ou facilidades para a aplicação de instrumentos de triagem nutricional pediátrico no Hospital de Alta Complexidade?
- 12) Pela sua experiência, qual sua opinião sobre os instrumentos de triagem nutricional pediátrico? (Quais são seus pontos positivos e os negativos, sua importância etc.?)
- 13) Conte como você teve conhecimento sobre os instrumentos de triagem nutricional pediátrico?
- 14) Você conhece a Política/portaria que regulamenta o uso dos instrumentos de triagem nutricional? (Se sim) Como você teve acesso/conheceu essa portaria?
- 15) (Se sim): Qual sua opinião sobre a Política/portaria que regulamenta o uso de instrumentos de triagem nutricional pediátrico?
- 16) Você tem algo a acrescentar?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

*(De acordo com a Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)*

Eu, Profa. Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri, oriento e coordeno o projeto de pesquisa intitulado Vivência em Triagem Nutricional Pediátrica por Nutricionistas de Hospital de Alta Complexidade, da estudante de mestrado em Saúde Coletiva Tatiana Barbosa Augusto.

O objetivo deste projeto é compreender a experiência de profissionais de nutrição (coordenadores e nutricionistas) com Avaliação Nutricional e Triagem Nutricional Pediátrica em Hospitais de Alta Complexidade.

Será realizada uma entrevista com gravador digital com duração média de trinta (30) minutos em um ambiente reservado e com privacidade, no melhor momento à escolha do participante da pesquisa.

A temática apresenta relevância dentro do contexto de Saúde Coletiva uma vez que busca compreender a experiência de profissionais de nutrição com Triagem Nutricional Pediátrica.

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor e outros riscos físicos, porém a realização da entrevista poderá causar algum grau de desconforto ou constrangimento mínimos. Caso eles ocorram, as entrevistas poderão ser interrompidas e se identificado algum sinal de desconforto psicológico ou de outra ordem relacionadas a participação da entrevista, as pesquisadoras comprometem-se em dar orientação, suporte e encaminhamento a profissionais especializados na área. Os pesquisadores comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Serão garantidos total anonimato e confidencialidade aos participantes da pesquisa e aos locais onde trabalham. A participação neste estudo é voluntária e as informações obtidas serão confidenciais. Em momento algum o nome do participante ou do Hospital será associado ao estudo. O resultado dessa pesquisa, quando divulgado, irá garantir o total anonimato e a confidencialidade dos participantes. O participante terá o direito de saber sobre os resultados parciais e finais da pesquisa. Os pesquisadores comprometem-se a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Se, durante qualquer etapa do estudo houver alguma dúvida sobre as informações coletadas, os participantes poderão entrar em contato com os pesquisadores responsáveis Tatiana Barbosa Augusto (0XX13-99774-4176) e Prof.<sup>a</sup> Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri (0XX11-99935-7055). Em caso de denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa os participantes poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (Unisantos), no telefone Campus D. Idílio José Soares, Prédio Administrativo, sala 202. Av. Conselheiro Nébias, 300 - Vila Mathias, Fone 13-32055555 ramal 1243.

É garantida a liberdade da retirada do termo de consentimento de participação em qualquer etapa do estudo (a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo), e com isso as suas informações serão excluídas e, portanto, não analisadas. A coordenadora do projeto será responsável por contatar os participantes diretamente, caso algum resultado da pesquisa seja de interesse imediato para o participante.

Esta pesquisa não gerará despesas ao voluntário, não havendo nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não vai ter nenhum gasto.

O presente termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra em poder dos pesquisadores responsáveis.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## ANEXO A

## PROTOCOLOS DE TRIAGEM NUTRICIONAL

## Nutrition Risk Score (NRS)

<b>Parte 1: NRS (2002)</b>	<b>Peso:</b>	<b>Altura:</b>	SIM	NÃO
IMC < 20,5 Kg/m <sup>2</sup> (IMC =		kg/m <sup>2</sup> )		
Houve perda de peso não intencional em 3 meses?				
Houve diminuição da ingestão na última semana?				
Paciente é portador de doença grave, mau estado nutricional ou em UTI				

Sendo uma resposta "Sim", realizar a segunda parte da triagem.

<b>Parte 2: NRS (2002)</b>	<b>Situação nutricional – PONTUAÇÃO:</b> _____
<b>Score</b>	
0	Estado nutricional normal
1 (leve)	Perda de peso maior que 5% em 3 meses ou ingestão alimentar 50 a 70% das recomendações na última semana
2 (moderado)	Perda de peso maior que 5% em 2 meses ou IMC 18,5 -20,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 25 a 60% das recomendações na última semana
3 (grave)	Perda de peso maior que 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 0-25 % das recomendações na última semana
<b>Score</b>	<b>Gravidade da doença (aumento das necessidades nutricionais) – PONTUAÇÃO:</b> _____
0	Necessidades nutricionais normais
1 (leve)	Fratura de quadril, pacientes crônicos, complicações agudas: DPOC, hemodiálise crônica, diabetes e câncer
2 (moderado)	Cirurgia abdominal de grande porte, fraturas, pneumonia grave, leucemia e linfomas
3 (grave)	Transplantes de medula óssea, pacientes graves

PONTUAÇÃO TOTAL: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

## PEDIATRIC NUTRITIONAL RISK SCORE (PNRS)

## Assessment of nutritional status

### Nutritional risk score

Pathology	Pain [1]		Score
	Food intake <50% [1]		
Mild (grade 1) [0]	None		0
Mild (grade 1) [0]	One		1
Mild (grade 1) [0]	Both		2
Moderate (grade 2) [1]	None		1
Moderate (grade 2) [1]	One		2
Moderate (grade 2) [1]	Both		3
Severe (grade 3) [3]	None		3
Severe (grade 3) [3]	One		4
Severe (grade 3) [3]	Both		5

Sermet-Gaudelus, Am J Clin Nut 2000

## ANEXO C

SCREENING TOOL FOR THE ASSESSMENT OF MALNUTRITION IN  
PEDIATRICS (STAMP)**Step 1 – Diagnosis**

Does the child have a diagnosis that has any nutritional implications?

Definitely – 3 points

Possibly – 2 points

No – 0 points

**Step 2 – What is the child's nutritional intake?**

None – 3 points

Recently decreased/ poor – 2 points

No change/ good – 0 points

**Step 3 – Weight and height**

Use a growth chart to determine the child's measurements

> 3 centiles apart (or weight < 2<sup>nd</sup> centile) – 3 points

> 2 centiles apart – 2 points

Similar centiles – 0 points

**Step 4 – Overall risk of malnutrition**

Add the scores from steps 1-3 together to calculate the overall risk of malnutrition

High risk > 4 points

Medium risk 2-3 points

Low risk 0-1 points

High Risk – Refer to a dietician, nutrition support team or consultant. Monitor and review care weekly.

Medium Risk – Monitor nutritional intake for 3 days. Repeat STAMP screening after 3 days. Amend care plan as required.

Low Risk – Continue routine clinical care. Repeat STAMP screening weekly while child is an inpatient. Amend care plan as required.

## ANEXO D

## SUBJETIVE GLOBAL NUTRITIONAL ASSESSMENT (SGNA)

## A- HISTORIA

## 1. Peso

- Peso Habitual:        Kg
- Perdeu peso nos últimos 6 meses: ( ) Sim ( ) Não
- Quantidade perdida:        Kg
- % de perda de peso em relação ao peso habitual:        %
- Nas duas últimas semanas: ( ) continua perdendo peso ( ) estável ( ) engordou

## 2. Ingestão alimentar em relação ao habitual

- ( ) sem alterações ( ) houve alterações
- Se houve alterações, há quanto tempo:        dias
- Se houve, para que tipo de dieta: ...
- ( ) sólida em quantidade menor ( ) líquida completa
- ( ) líquida restrita ( ) jejum

## 3. Sintomas gastrointestinais presentes há mais de 15 dias

- ( ) Sim ( ) Não
- Se sim,
- ( ) Vômitos ( ) Náuseas
- ( ) Diarreia (mais de 3 evacuações líquidas/dia) ( ) Inapetência

## 4. Capacidade funcional

- ( ) sem disfunção ( ) disfunção
- Se disfunção, há quanto tempo:        dias
- Que tipo: ( ) trabalho sub-ótimo ( ) em tratamento ambulatorial ( ) acamado

## 5. Doença principal e sua correlação com necessidades nutricionais

- Diagnóstico principal:
- Demanda metabólica: ( ) baixo stress ( ) stress moderado ( ) stress elevado

## B- EXAME FÍSICO:

(para cada item dê um valor: 0=normal, 1=perda leve, 2=perda moderada, 3=perda importante)

- ( ) perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax)
- ( ) perda muscular (qua tríceps e deltóides)
- ( ) edema de tornozelo
- ( ) edema sacral
- ( ) ascite

## C- AVALIAÇÃO SUBJETIVA:

- ( ) Nutrido
- ( ) Moderadamente desnutrido ou suspeita de desnutrição
- ( ) Gravemente desnutrido

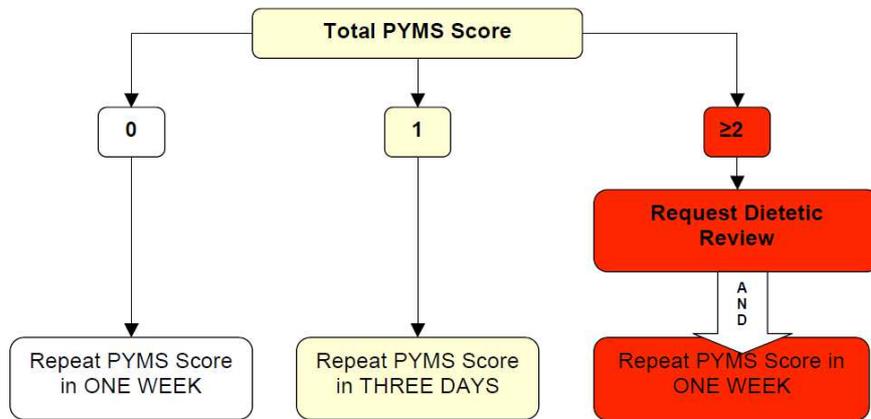
## ANEXO E

## PEDIATRIC YORKHILL MALNUTRITION SCORE (PYMS)

Name:		Hospital No:		Date			
Surname:		CHI:		Nurse Signature			
DoB:		Sex: F / M		Weight			
Age:		Consultant:		Height			
Ward:				BMI			
Step 1	Is the BMI below the cut-off value in the table overleaf?	NO	0				
		YES	2				
Step 2	Has the child lost weight recently?	NO	0				
		YES • Unintentional weight loss • Clothes looser • Poor weight gain (if <2yrs)	1				
Step 3	Has the child had a reduced intake (including feeds) for at least the past week?	NO Usual intake	0				
		YES Decrease of usual intake for at least the past week	1				
		YES No intake (or a few sips of feed only) for at least the past week	2				
Step 4	Will the child's nutrition be affected by the recent admission/condition for at least the next week?	NO	0				
		YES For at least the next week • Decreased intake and/or • Increased requirements and/or • Increased losses	1				
		YES No intake (or a few sips of feed only) for at least the next week	2				
Step 5	Calculate total score (total of steps 1-4)	Total PYMS Score					

PYMS must be completed by a registered nurse

### PYMS Dietetic Management Pathway



**\*\*\*\*NB: Regardless of PYMS score if you have any nutritional concerns about this patient please refer to dietitians following initial screening.\*\*\*\***

### Body Mass Index (BMI) Scoring Guide

(If the BMI calculated is less than that shown for age and gender, answer Yes for Step 1)

Age (years)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Boys	15.0	14.5	14.0	13.5	13.5	13.5	13.5	13.5	13.5	14.0	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.0
Girls	15.0	14.0	13.5	13.5	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.0

### Notes – Comments

	Date: __/__/__	Date: __/__/__	Date: __/__/__
<b>Nursing Comments</b> (including reason unable to complete PYMS step)			
<b>Health Professional Request made to:</b>	Dietitian <input type="checkbox"/> Dentist <input type="checkbox"/> SALT <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Specify.....	Dietitian <input type="checkbox"/> Dentist <input type="checkbox"/> SALT <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Specify.....	Dietitian <input type="checkbox"/> Dentist <input type="checkbox"/> SALT <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Specify.....
<b>Health Professional Comments</b>			

## ANEXO F

## STRONG KIDS

Nome:			Idade:	
Unidade de internação:		Leito:		Data:
Data de Admissão:		Data de Alta:		

**TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL- STRONGkids (Screening Tool for Risk Of Nutritional status and Growth)\***

**IMPRESSÃO DO MÉDICO OU NUTRICIONISTA:**

**1** Avaliação nutricional subjetiva: A criança parece ter déficit nutricional ou desnutrição?  
 SIM (1 ponto)  NÃO (0 ponto)

Exemplos:  Redução da gordura subcutânea e/ou da massa muscular  Face emagrecida  Outro sinal:

**2** Doença (com alto risco nutricional) ou cirurgia de grande porte:  SIM (2 pontos)  NÃO (0 ponto)

Exemplos:  Anorexia nervosa  Displasia broncopulmonar (até 2 anos)  Doença celíaca  
 Fibrose cística  Queimaduras  Câncer  
 AIDS  DII - Doença Inflamatória Intestinal  Trauma  
 Pancreatite  SIC - Síndrome do Intestino Curto  Deficiência Mental / Paralisia Cerebral  
 Doença muscular  Doença metabólica  
 Baixo peso para idade/prematuridade (idade corrigida 6 meses)  Pré ou pós-operatório de cirurgia de grande porte  
 Doença crônica (cardíaca, renal ou hepática)  Outra (classificada pelo médico ou nutricionista):

**PERGUNTAR AO ACOMPANHANTE OU CHECAR EM PRONTUÁRIO OU COM A ENFERMAGEM:**

**3** Ingestão nutricional e/ou perdas nos últimos dias:  SIM (1 ponto)  NÃO (0 ponto)

Exemplos:  Diarreia ( $\geq 5x/dia$ )  Vômitos ( $> 3x/dia$ )  
 Dificuldade alimentar devido à dor  Intervenção nutricional prévia  
 Diminuição da ingestão alimentar (não considerar jejum para procedimento ou cirurgia)

**4** Refere perda de peso ou ganho insuficiente nas últimas semanas ou meses:  
 SIM (1 ponto)  NÃO (0 ponto)

Exemplos:  Perda de peso (crianças  $> 1$  ano)  Não ganho de peso ( $< 1$  ano)

**SUGESTÃO PARA INTERVENÇÃO DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO OBTIDA:**

Resultado	Score	Risco	Intervenção
	4-5	Alto	1. Consultar médico e nutricionista para diagnóstico nutricional completo 2. Orientação nutricional individualizada e seguimento 3. Iniciar suplementação oral até conclusão do diagnóstico nutricional
	1-3	Médio	1. Consultar médico para diagnóstico completo 2. Considerar intervenção nutricional 3. Checar peso 2x/semana 4. Reavaliar o risco nutricional após 1 semana
	0	Baixo	1. Checar peso regularmente 2. Reavaliar o risco em 1 semana

\*Adaptado de: Hulst JM et al. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clinical Nutrition 2009; 29: 106-111.

Intervenção: \_\_\_\_\_

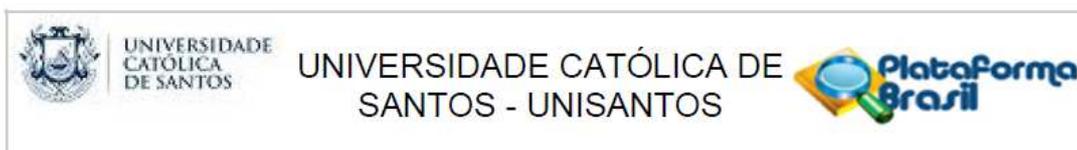
Observações: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:**

Nome \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## ANEXO G

### APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE TRIAGEM NUTRICIONAL PEDIÁTRICA POR NUTRICIONISTAS DE HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

**Pesquisador:** Tatiana Barbosa Augusto

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58358216.6.0000.5536

**Instituição Proponente:** Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.701.636

##### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de mestrado em Saúde Coletiva, com abordagem qualitativa exploratória. A pesquisadora entrevistará 12 profissionais que atuam em avaliação nutricional pediátrica em diferentes Hospitais de Alta Complexidade (HAC) infantis nas cidades de Santos e São Paulo. Inclui ainda a 'análise crítico-reflexiva documental das políticas que regulamentam a triagem e avaliação nutricional'.

##### Objetivo da Pesquisa:

Compreender como profissionais de nutrição realizam a Triagem Nutricional Pediátrica em Hospitais de Alta Complexidade.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Desconforto ou constrangimento mínimos que caso ocorram, resultarão na interrupção das entrevistas seguida de orientação, suporte e encaminhamento a profissionais especializados. Os benefícios se referem a produção de conhecimento acerca da triagem nutricional pediátrica em hospitais de alta complexidade.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância social e acadêmica, com possibilidade para identificar práticas atuais de triagem nutricional, seus limites e potencialidades.

Endereço:	Av. Conselheiro Nébias, nº 300	CEP:	11.015-002
Bairro:	Vila Mathias		
UF:	SP	Município:	SANTOS
Telefone:	(13)3228-1254	Fax:	(13)3205-5555
		E-mail:	comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 1.701.636

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser ajustado de acordo com as recomendações previstas neste parecer.

**Recomendações:**

Alterar a introdução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de modo que a pesquisadora principal apresente o estudo, conforme consta na Plataforma Brasil. Ex. Eu, Tatiane...responsável pelo estudo (título do estudo) sob coordenação da Profa. Dra. Carolina.

Alterar o ramal do CEP Unisantos para 1254.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Adequar o TCLE às recomendações indicadas. A correções a serem realizadas não representam impedimento ético para o início do estudo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_747169.pdf	30/06/2016 17:06:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/06/2016 16:59:06	Tatiana Barbosa Augusto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	30/06/2016 16:57:11	Tatiana Barbosa Augusto	Aceito
Outros	unisantos.jpg	30/06/2016 16:53:30	Tatiana Barbosa Augusto	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma.pdf	30/06/2016 16:45:47	Tatiana Barbosa Augusto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300  
 Bairro: Vila Mathias CEP: 11.015-002  
 UF: SP Município: SANTOS  
 Telefone: (13)3228-1254 Fax: (13)3205-5555 E-mail: comet@unisantos.br