

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 1 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>2. CIRURGIAS GINECOLÓGICAS</b> .....	3
<b>2.1. Histerectomia</b> .....	3
<b>2.2. Laqueadura tubária cirúrgica</b> .....	4
<b>2.3. Histeroscopia</b> .....	5
<b>2.4. Salpingectomia laparoscópica</b> .....	5
<b>2.5. Salpingooforectomia redutora de risco</b> .....	5
<b>2.6 Curetagem uterina</b> .....	6
<b>2.7 Colpoperineoplastia</b> .....	6
<b>2.8 Conização do colo do útero</b> .....	6
<b>2.9 Parto cesário</b> .....	6
<b>3. TRIAGEM NUTRICIONAL</b> .....	7
<b>3.1 Nutritional Risk Screening (NRS)</b> .....	7
<b>4. NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL</b> .....	8
<b>5. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL</b> .....	9
<b>5.1 História nutricional global</b> .....	9
<b>5.2 História alimentar</b> .....	12
<b>5.3 Exame físico</b> .....	13
<b>5.4. Antropométrico</b> .....	15
<b>5.4.2 Estatura</b> .....	16
<b>5.4.3 Índice de Massa Corporal (IMC)</b> .....	17
<b>5.4.4 Circunferências Corporais</b> .....	18
<b>5.5 Exames bioquímicos</b> .....	18

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 2 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022	Próxima revisão: 07.11.2022
		Versão: 1	

<b>6. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL .....</b>	<b>20</b>
<b>7. NECESSIDADES ENERGÉTICAS.....</b>	<b>20</b>
<b>7.1 Adulto.....</b>	<b>20</b>
<b>7.2 Idoso.....</b>	<b>22</b>
<b>7.2.1 Sarcopenia .....</b>	<b>23</b>
<b>8. CONDUTAS DIETÉTICAS NO PRÉ-OPERATÓRIO.....</b>	<b>24</b>
<b>9. CONDUTAS DIETÉTICAS NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO .....</b>	<b>25</b>
<b>10. REGISTRO NO PRONTUÁRIO .....</b>	<b>26</b>
<b>11. ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA.....</b>	<b>27</b>
<b>11.1. Orientações nutricionais sobre cicatrização de ferida operatório .....</b>	<b>28</b>
<b>11.2. Orientações nutricionais sobre mitos e verdades em procedimentos cirúrgicos .....</b>	<b>29</b>
<b>11.3. Encaminhamento para ambulatório de nutrição .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>35</b>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 3 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

## 1. INTRODUÇÃO

A terapia nutricional nas cirurgias ginecológicas representa um processo complexo em múltiplas etapas: estratificação do risco nutricional do paciente, identificação de problemas nutricionais existentes e intervenção dietoterápica no perioperatório e pós-operatório. Desse modo, o nutricionista tem o objetivo de prover o cuidado de nutrição do paciente desde o momento da sua admissão até a alta hospitalar.

Esse protocolo irá auxiliar o profissional de nutrição a responsabilizar-se pelo processo de atendimento e cuidado ao paciente no ambiente hospitalar, com sua atuação e competência bem definidas. Sendo reunidos, nesta publicação, evidências científicas encontradas em consensos/diretrizes atualizadas e consolidadas, com recomendações adequadas para o tratamento nutricional em cirurgias ginecológicas.

Este Protocolo de Condutas Nutricionais em Cirurgias Ginecológicas, elaborado pela Unidade de Nutrição Clínica do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB/EBERSH/UFRRN), versa sobre cirurgias ginecológicas, triagem de risco nutricional, níveis de assistência de nutrição, avaliação do estado nutricional, diagnósticos de nutrição, intervenção nutricional no perioperatório e pós-operatório, alta hospitalar qualificada e registro no prontuário.

Ao final da leitura deste Protocolo, o leitor será capaz de compreender a indicação de cirurgias ginecológicas para as patologias relacionadas aos órgãos reprodutores femininos; aplicar a triagem de risco nutricional para identificar o risco nutricional do paciente; estabelecer os níveis de assistência em nutrição; realizar a avaliação do estado nutricional para identificar alterações nutricionais; elaborar os diagnósticos de nutrição; planejar as condutas e intervenções nutricionais mais adequada a cada tipo de paciente; realizar a orientação de alta qualificada; realizar o registro no prontuário do paciente adequadamente.

## 2. CIRURGIAS GINECOLÓGICAS

A cirurgia ginecológica consiste no procedimento de todas as patologias relacionadas aos órgãos reprodutores femininos. Sendo constituído por dois ovários, duas tubas uterinas (trompas de falópio), um útero (corpo uterino e colo do útero) uma vagina, uma vulva. O útero, os ovários e as trompas se encontram dentro da cavidade abdominal na região pélvica. A indicação do procedimento e a técnica utilizada será definida conforme o caso da paciente (FEBRASGO, 2018).

### 2.1. Histerectomia

A histerectomia (HTA) é o tratamento definitivo para o leiomioma uterino, apresentando eficácia estabelecida e resultados favoráveis à qualidade de vida. Não afeta adversamente a função sexual e, naquelas com queixas a respeito, melhora a satisfação sexual, por diminuição de sangramentos inadvertidos e dispareunia (FEBRASGO, 2018).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 4 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

Costuma ser acompanhada da remoção das tubas uterinas (salpingectomia oportuna). A remoção dos ovários é indicada eventualmente em situações de doença ovariana associada ou situações claras de risco, como histórico pessoal e familiar e/ou mutações BRCA1 e BRCA2, com risco elevado para câncer de ovário. Portanto, preconiza-se histerectomia com salpingectomia bilateral, o que reduz o risco de câncer de ovário, mesmo com a manutenção das gônadas (FEBRASGO, 2018).

A HTA pode ser realizada por via vaginal ou abdominal, por técnica laparotômica, laparoscópica, laparoscópica robô-assistida ou, ainda, com associação de vias e técnicas. As vias laparoscópica e laparoscópica robô-assistida podem ser consideradas quando o útero é pouco móvel ou menos acessível por via vaginal ou se há fatores de risco, como doença inflamatória pélvica, endometriose, aderências densas, doença anexial ou importantes distorções anatômicas. A laparoscopia oferece vantagens nítidas em comparação à cirurgia aberta, tais como menor perda sanguínea, menor tempo de internação, menor tempo de recuperação pós-operatória, menor taxa de infecção e maior satisfação da paciente (FEBRASGO, 2018).

## 2.2. Laqueadura tubária cirúrgica

A laqueadura tubária (LT) é o método de esterilização definitiva mais utilizado no Brasil e no mundo. Há diversas técnicas para interromper a permeabilidade tubária e, assim, não permitir a passagem dos espermatozoides em encontro ao óvulo. O acesso à tuba pode ser feito por via laparotômica, laparoscópica, vaginal ou histeroscópica (FEBRASGO, 2018).

Todas as técnicas podem ser realizadas com uma incisão transversal suprapúbica de 3 cm. Por isso, alguns se referem a elas como minilaparotomias. Entre as técnicas, as de Pomeroy e Parkland são as mais comumente utilizadas. Irving e Uchida são mais raramente utilizadas, por terem como desvantagem a necessidade de maior dissecação, maior tempo cirúrgico e maior chance de lesão do mesossalpinge (FEBRASGO, 2018).

- Pomeroy: a tuba é pinçada em seu segmento medial formando uma alça, que é ligada em sua base com fio absorvível e posteriormente cortada a parte superior da alça feita.<sup>1</sup>
- Parkland: inicia-se abrindo um espaço avascular no mesossalpinge com uma pinça hemostática e posterior ligadura da tuba com fio absorvível em dois pontos acima do espaço avascular criado. Esse espaço permite que se retire um pedaço maior de tuba e propicia maior afastamento dos cotos.<sup>1</sup>
- Madllener: semelhante à técnica de Pomeroy, porém, após feitura da alça de tuba, sua base é esmagada com pinça hemostática e ligada com fio absorvível, sem necessidade de se cortar o coto superior da alça.<sup>1</sup>
- Uchida: injeta-se uma solução salina de adrenalina na camada serosa muscular. É feita incisão longitudinal na tuba na face oposta ao mesossalpinge e é retirado um segmento da tuba uterina dissecada. As bordas das serosas são posteriormente reaproximadas, deixando o coto proximal no seu interior ocultado e o coto distal exteriorizado.<sup>1</sup>
- Irving: semelhante ao Parkland, porém o coto proximal da tuba é tracionado para dentro de uma bolsa feita na serosa uterina (com uma pinça hemostática dissecando-a), na região posterior do útero, tracionada e ancorada com a ajuda de um fio agulhado (FEBRASGO, 2018).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 5 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

### 2.3. Histeroscopia

É um exame que consiste na introdução de uma ótica fina pelo canal cervical, para avaliação da cavidade uterina, possibilitando a visão direta dos miomas submucosos, assim como de outras lesões ali localizadas. De acordo com a European Society of Gynecological Endoscopy (ESGE), os miomas submucosos são classificados em G0 (totalmente intracavitário), G1 ( $\geq 50\%$  intracavitário) e G2 ( $< 50\%$  intracavitário), que correspondem aos tipos 0, 1 e 2, respectivamente, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (FEBRASGO, 2018).

A histeroscopia (HSC) deve ser realizada, de preferência, na primeira fase do ciclo menstrual, tendo elevada acurácia, com sensibilidade de 88% a 100% e especificidade próxima a 100%. Possibilita uma excelente avaliação endocavitária e dos nódulos submucosos, porém não permite a avaliação completa do eventual componente intramural e da distância entre o nódulo e a serosa, chamada de manto miometrial externo. Por isso, seus achados devem somar-se aos de outros exames, principalmente ultrassonografia ou ressonância magnética, para a programação terapêutica (FEBRASGO, 2018).

### 2.4. Salpingectomia laparoscópica

A salpingectomia (SALP) bilateral era uma medida para a prevenção do câncer ovariano, principalmente nas pacientes consideradas de alto risco, como as portadoras de mutação dos genes BRCA1 e BRCA2. Em 2015, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) emitiu a opinião de que a salpingectomia deve ser discutida e considerada no momento da esterilização por seus benefícios contraceptivos, porém deve ser desencorajada como procedimento unicamente para diminuir o risco de câncer ovariano. Soma-se o fato de a salpingectomia ser um método realmente definitivo e com a redução do risco de câncer ovariano e de gravidez tubária, ela é uma cirurgia que diminui o risco de novas intervenções futuras (FEBRASGO, 2018).

Deve-se ressaltar, contudo, que essa técnica reduz, porém não elimina totalmente o risco de gestação ectópica, uma vez que ainda há risco de gravidez ectópica intersticial. Não há aumento do tempo cirúrgico significativo quando se compara a salpingectomia com métodos tubários oclusivos clássicos, como cliques e eletrocoagulação (em média, aumento de 6 a 10 minutos). Também não há diferença na taxa de complicação intraoperatória, pós-operatória imediata ou tardia (FEBRASGO, 2018).

Ainda há preocupação de se investigar se a salpingectomia bilateral reduziria o fluxo sanguíneo para o ovário e, assim, comprometeria a reserva ovariana. Porém, em recente metanálise, concluiu-se que não há nenhum efeito a curto prazo na vascularização ovariana (FEBRASGO, 2018).

### 2.5. Salpingooforectomia redutora de risco

A ooforectomia e a salpingooforectomia bilateral como método de redução de risco de câncer de ovário têm sido propostas há décadas para mulheres com mutação germinativa dos genes

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 6 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

BRCA1 e BRCA2. A remoção cirúrgica de ambos os ovários reduz drasticamente a produção endógena de esteroides sexuais e há evidências de que essa redução da exposição da glândula mamária aos estrogênios pode reduzir o risco de câncer de mama (FEBRASGO, 2018).

Assim, a salpingooforectomia redutora de risco como método de redução de risco de câncer de mama e ovário foi proposta para mulheres portadoras do que hoje denominamos de síndrome do câncer de mama e ovário hereditário. Ela deve ser realizada principalmente para as mulheres com prole constituída, entre 35 e 40 anos de idade ou mais precocemente a depender do padrão de incidência familiar do câncer de ovário em casos especiais. Essa técnica não só reduz o risco de câncer de mama e de ovário nessa população, como existem evidências de redução da mortalidade (FEBRASGO, 2018).

## 2.6 Curetagem uterina

Trata-se de um dos procedimentos mais comuns realizados em obstetrícia e ginecologia, bastante difundido no Brasil. Estando o colo uterino aberto, ou dilatado previamente pelos dilatadores de Denistonn ou velas de Hegar, introduz-se a cureta e promove-se raspagem da cavidade uterina, extraíndo-se o material desprendido pelo instrumental. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço), pode provocar acidentes, tal como perfuração do útero (BRASIL, 2005).

Nos casos do colo uterino estar fechado ou pouco dilatado, pode-se promover sua abertura por meio da dilatação cervical, embora esse procedimento não esteja isento de riscos. Nas gestações superiores a 12 semanas, deve-se promover a indução farmacológica com misoprostol. Então, após a expulsão fetal, faz-se a curetagem uterina (BRASIL, 2005).

## 2.7 Colpoperineoplastia

É um dos tratamentos cirúrgicos disponíveis para correção de defeitos sintomáticos da parede posterior da vagina, e defeitos do corpo perineal. Tratamento cirúrgico de retocele (colpoperineoplastia posterior) (FEBRASGO, 2018).

## 2.8 Conização do colo do útero

Remoção da zona de transformação e parte do canal endocervical. Realizada com bisturi convencional ou por eletrocirurgia, recomendada para o diagnóstico e tratamento de lesões pré-invasivas, suspeitadas por exame citopatológico prévio ou diagnosticada por biópsia, quando não se pode afastar doença endocervical (quando a junção escamocolunar estiver localizada a mais de 1 cm no canal endocervical ou quando a zona de transformação não é completamente vista) (INCA, 2011).

## 2.9 Parto cesário

O parto cesáreo (PC) é um procedimento cirúrgico que apresenta uma frequência muito elevada no Brasil. Isso tem sido responsável por uma banalização do procedimento, como se fosse simples e isento de possíveis complicações (BRASIL, 2001).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 7 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

O parto por cesárea é uma laparotomia que exige uma série de cuidados clínicos, técnicos e anestésicos e que se associa também a algumas complicações que devem sempre ser ponderadas antes da indicação. Deve, portanto, ser decidido por critérios estritamente clínicos e obstétricos. Cabe aqui enfatizar que o parto por cesárea, quando bem indicado e realizado, também é um parto humanizado na medida em que a indicação visa minimizar agravos à mãe e ao feto (BRASIL, 2001).

### 3. TRIAGEM NUTRICIONAL

A triagem identifica o risco nutricional com o objetivo de realizar uma intervenção precocemente. A aplicação deve ser realizada em até 48h da admissão do paciente, sinalizando precocemente pacientes que irão se beneficiar da terapia nutricional (FIDELIX, 2014).

Após aplicação da triagem, o paciente pode ser classificado em:

- Baixo risco nutricional (cor verde): deve ser reavaliado em 7 dias e realizado 1 evolução/semana;
- Médio risco nutricional (cor amarelo): necessita de avaliação nutricional completa, deve ser reavaliado em 96 horas e realizado 1 evolução/semana;
- Alto risco nutricional (cor vermelho): necessita de avaliação nutricional completa, deve ser reavaliado em 72 horas e realizado evolução diariamente.

Diante das necessidades da triagem, diferentes instrumentos têm sido propostos para avaliar o risco nutricional. Para cirurgias ginecológicas, a Nutritional Risk Screening (NRS) e a Miniavaliação Nutricional (MAN) podem ser utilizadas (FIDELIX, 2014). Atualmente, a Unidade de Nutrição Clínica do HUAB utiliza como triagem uma adaptação da NRS (ver anexo 1) para o público internado no setor da clínica cirúrgica.

#### 3.1 Nutritional Risk Screening (NRS)

A NRS é recomendada pela European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) (KONDRUP, 2003). Este instrumento inclui, como diferencial, a idade do paciente, tanto de adultos como de idosos, e engloba pacientes clínicos e cirúrgicos no âmbito hospitalar, ou seja, não discrimina pacientes e abrange muitas condições patológicas (FIDELIX, 2014).

Pode ser aplicado independentemente da doença e da idade. Por não excluir grupos específicos, o instrumento pode ser considerado o mais recomendado, entre outros, em âmbito hospitalar. Além disso, os idosos recebem atenção especial no NRS 2002, pois a pontuação final aumenta na classificação do risco nutricional de idosos. Portanto, o NRS 2002 auxilia na indicação de cuidado reforçado a idosos hospitalizados (FIDELIX, 2014).

O seu objetivo é contemplar o aumento das necessidades de nutrientes devido à gravidade da doença. Inclui quatro perguntas na pré-triagem, que é recomendada para uso em locais com pacientes de baixo risco (FIDELIX, 2014).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 8 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

#### 4. NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

Os níveis de assistência de nutrição (NANs) compreendem a categorização dos procedimentos realizados, de acordo com o grau de complexidade das ações do nutricionista, executadas no atendimento ao paciente em ambiente hospitalar ou ambulatorial (FIDELIX, 2014).

A categorização em níveis possibilita ao nutricionista estabelecer condutas dietoterápicas uniformes e, além de ser um instrumento de trabalho sistematizado, é seguro e de fácil compreensão. Para a equipe multidisciplinar, há a facilidade de obtenção de dados nutricionais do paciente e o conhecimento da atuação do nutricionista (FIDELIX, 2014).

Após estabelecer o risco nutricional do paciente, é necessário classificar o NAN, de acordo com os critérios estabelecidos no quadro abaixo.

**Quadro 1:** Critérios para classificação dos Níveis de Assistência de Nutrição.

NÍVEL	DESCRIÇÃO
<b>Primário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes cuja doença de base ou problema não exija cuidados dietoterápicos específicos (pneumonia, gripe, conjuntivite, varicela).</li> <li>▪ Pacientes que não apresentam risco nutricional.</li> </ul>
<b>Secundário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes cuja doença de base ou problema não exija cuidados dietoterápicos específicos, porém apresentam riscos nutricionais.</li> <li>▪ Pacientes cuja doença de base exija cuidados dietoterápicos, mas não apresentam risco nutricional (disfagia, diabetes, alergia à proteína do leite de vaca, hipertensão).</li> </ul>
<b>Terciário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes cuja doença de base exija cuidados dietoterápicos especializados (prematuridade, baixo peso ao nascer, erros inatos do metabolismo).</li> <li>▪ Pacientes que apresentam risco nutricional.</li> </ul>

Fonte: FIDELIX, 2014.

Conforme a classificação do NAN, o nutricionista deve estabelecer um plano de atendimento/intervenção e a periodicidade para a visita/evolução de cada paciente, conforme o quadro abaixo (FIDELIX, 2014).

**Quadro 2:** Plano de atendimento de nutrição para pacientes internados segundo o Nível de Assistência de Nutrição.

NÍVEL PRIMÁRIO DE ASSISTÊNCIA EM NUTRIÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visita admissional em 24 horas;</li> <li>▪ Avaliação do estado nutricional e diagnóstico de nutrição;</li> <li>▪ Verificação da prescrição médica;</li> <li>▪ Planejamento dietético após análise da prescrição médica;</li> <li>▪ Registro do atendimento em prontuário;</li> <li>▪ Reavaliação em 1 semana (7 dias);</li> </ul>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 9 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aferição de peso a cada 15 dias.</li> </ul>
<b>NÍVEL SECUNDÁRIO DE ASSISTÊNCIA EM NUTRIÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visita admissional em 24 horas;</li> <li>▪ Avaliação do estado nutricional e diagnóstico de nutrição a cada 10 dias;</li> <li>▪ Verificação da prescrição médica;</li> <li>▪ Planejamento dietético após análise da prescrição médica;</li> <li>▪ Evolução clínica e nutricional 1x por semana;</li> <li>▪ Orientação nutricional durante a internação;</li> <li>▪ Orientação nutricional na alta hospitalar;</li> <li>▪ Registro do atendimento em prontuário;</li> <li>▪ Reavaliação em 96 horas (4 dias).</li> </ul>
<b>NÍVEL TERCIÁRIO DE ASSISTÊNCIA EM NUTRIÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visita admissional em 24 horas;</li> <li>▪ Visita diária;</li> <li>▪ Avaliação do estado nutricional e diagnóstico de nutrição a cada 7 dias;</li> <li>▪ Verificação da prescrição médica;</li> <li>▪ Planejamento dietético após análise da prescrição médica;</li> <li>▪ Evolução clínica e nutricional diariamente;</li> <li>▪ Orientação nutricional durante a internação;</li> <li>▪ Orientação nutricional na alta hospitalar;</li> <li>▪ Registro do atendimento em prontuário;</li> <li>▪ Reavaliação em 72 horas (3 dias).</li> </ul>

Fonte: FIDELIX, 2014.

## 5. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional corresponde ao começo, ao meio e ao fim de todas as ações nutricionais realizadas em indivíduos e populações saudáveis ou doentes. Ela identifica situações e condições associadas à seleção de alimentos, à ingestão, à absorção, ao metabolismo e à excreção de nutrientes. O objetivo é identificar as anormalidades nutricionais. Os métodos de avaliação podem ser organizados em: história nutricional global, dietético (história alimentar), exame físico nutricional, antropométrico/composição corporal e exame bioquímico (FIDELIX, 2014).

### 5.1 História nutricional global

Coleta dados subjetivos fornecidos pelo indivíduo, sua família, cuidadores e/ou outros profissionais da saúde. Esse método inclui informações sobre condições nutricionais atuais e passadas e sobre todos os aspectos envolvidos com o problema; além disso, é usada para detectar alterações no estado nutricional e metabólico (FIDELIX, 2014).

Ela investiga aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos do indivíduo. Os dados demográficos – como nome, idade, sexo, data de nascimento, endereço, ocupação, local

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 10 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

de trabalho e plano de saúde – são parte da coleta inicial da história. No quadro abaixo é possível identificar os indicadores da história nutricional global (FIDELIX, 2014).

**Quadro 3:** Indicadores da História Nutricional Global.

INDICADOR	DESCRIÇÃO
<b>Clínicos/cirúrgicos (saúde atual/enfermidades presentes e passadas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Queixa principal relacionada à nutrição (citação subjetiva do paciente sobre o problema de saúde, incluindo início e duração ou razões para a procura do cuidado).</li> <li>▪ Dor ou desconforto.</li> <li>▪ Padrão de sono (qualidade e horas por dia).</li> <li>▪ Condições associadas a um diagnóstico (infecções e doenças crônicas ou agudas, febre, traumas, sepse, cirurgias, câncer, obesidade, síndrome metabólica, Parkinson, paralisias cerebrais, demência e outras doenças neurológicas) ou tratamento que possa alterar o gasto energético (diálise, quimioterapia, radioterapia, ventilação mecânica).</li> <li>▪ Presença de doenças crônicas (diabetes, doença renal, hipertensão) ou agudas.</li> <li>▪ Doenças gastrointestinais ou de má absorção (úlcera, hérnia de hiato, colite).</li> <li>▪ Relatos de traumas ou cirurgias recentes (cirurgias: há quanto tempo, localização, complicações, ressecção ou reconstrução do trato gastrointestinal).</li> <li>▪ Presença de feridas na pele ou outras abertas, fístulas/abscessos ou ostomias.</li> <li>▪ Alergias alimentares.</li> <li>▪ Mudanças recentes na condição funcional.</li> <li>▪ Amputações de membros, transplante de órgãos ou tratamentos médicos.</li> </ul>
<b>Familiares (genéticos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doenças ambientais ou fatores predisponentes à condição atual. Desordens genéticas e familiares que podem afetar o estado nutricional (doença cardiovascular, Crohn, diabetes, distúrbios gastrointestinais, osteoporose, câncer, anemia falciforme, alergias, intolerâncias alimentares, obesidade, demência).</li> </ul>
<b>Atividade/capacidade física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nível de atividade física diária (sedentário, moderadamente ativo, muito ativo).</li> <li>▪ Limitado ao leito/casa ou instituição.</li> <li>▪ Tipos de exercícios e capacidade de execução de atividades da vida diária.</li> <li>▪ Ocupação (tipo/horas por semana) e programa de exercício físico (duração, intensidade, frequência, horários, tipo).</li> </ul>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 11 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitações físicas ou mentais para aquisição, preparo, mastigação ou deglutição dos alimentos e/ou atividade/capacidade física.</li> </ul>
<b>Apetite e peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perda/aumento do apetite (quanto tempo, razão, anorexia, bulimia).</li> <li>▪ Perda/ganho de peso recente, intencional ou não intencional (quantidade, tempo, razão provável na percepção do paciente).</li> <li>▪ Peso usual.</li> </ul>
<b>Saúde oral/ função/sintomas gastrintestinais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausência de dentes.</li> <li>▪ Próteses mal fixadas.</li> <li>▪ Dificuldades de mastigação, salivação e deglutição.</li> <li>▪ Alimentos que não podem ser ingeridos, dor na cavidade oral quando ingere alimentos.</li> <li>▪ Inflamação e feridas na cavidade oral e lábios.</li> <li>▪ Frequência e consistência das evacuações.</li> <li>▪ Qualidade, quantidade e cor das fezes.</li> <li>▪ Náuseas, azia, refluxo, dor e/ou distensão abdominal, vômitos.</li> <li>▪ Saciedade precoce.</li> <li>▪ Diarreia, esteatorreia, flatulência, obstipação.</li> <li>▪ Diminuição da ingestão alimentar</li> </ul>
<b>Estado socioeconômico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Condição de emprego (renda, frequência e duração).</li> <li>▪ Mudanças.</li> <li>▪ Renda de seguro social, ticket alimentação.</li> <li>▪ Tipo de plano de saúde.</li> <li>▪ Quantidade de dinheiro reservado para alimentação (por semana ou mês).</li> <li>▪ Percepção do indivíduo com relação à adequação em encontrar as necessidades alimentares.</li> <li>▪ Elegibilidade para os programas sociais de suplementação de alimentos.</li> <li>▪ Tipo de moradia (casa, apartamento, cômodo ou outro).</li> <li>▪ Onde reside (residência de grupo, cuidado especializado, prisão, sem teto), com quem reside (sozinho, membros da família, cuidador, outros), localização da moradia (região urbana/rural), exposição a meio ambiente de risco.</li> <li>▪ Membros da família e amigos, atividades sociais.</li> <li>▪ Acesso ao cuidado médico (SUS, convênios de saúde).</li> <li>▪ Tabagismo e uso ou abuso de álcool/drogas.</li> </ul>
<b>Estresse pessoal/ condição psicológica e psiquiátrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mecanismos de reação ao estresse, autoconceitos e apoio social.</li> </ul>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 12 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depressão, ansiedade, psicose, estresse ou trauma recente não usual (família: dificuldades, morte de membro; emprego: perda ou dificuldades).</li> <li>▪ Recusa ou falta de interesse pelos alimentos, história de distúrbios alimentares (bulimia, anorexia nervosa, pica).</li> <li>▪ Ideias irracionais sobre os alimentos.</li> <li>▪ Alimentação e peso corporal.</li> <li>▪ Interesse dos pais quanto à alimentação da criança.</li> <li>▪ Grau de interesse pelos alimentos.</li> </ul>
<b>Medicamentos atuais prescritos ou não</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipo, dose, horários, tempo de início, razão para uso.</li> <li>▪ Uso atual ou recente de esteroides, imunossuppressores, quimioterápicos, anticonvulsivantes, contraceptivos orais e outros medicamentos com interações fármaco-nutrientes conhecidas.</li> <li>▪ Uso de medicina alternativa ou complementar (ervas, medicamentos homeopáticos, suplementos de vitaminas, minerais, aminoácidos ou outros).</li> <li>▪ Percepção do paciente quanto a efeitos colaterais dos medicamentos utilizados</li> </ul>

Fonte: FIDELIX, 2014.

## 5.2 História alimentar

É parte imprescindível e amplamente aplicado na avaliação do estado nutricional e metabólico de indivíduos e de grupos populacionais (FIDELIX, 2014). É utilizado para:

- Avaliar a ingestão alimentar (qualidade e quantidade) de indivíduos e populações;
- Identificar hábitos alimentares e características da alimentação e das técnicas dietéticas e culinárias;
- Possibilitar o diagnóstico do estado nutricional;
- Auxiliar no planejamento de dietas e de programas sociais de nutrição.

O objetivo é obter o máximo de informações sobre hábitos e ingestão atuais e usuais, incluindo mudanças sazonais, de alimentos e nutrientes. A coleta de dados pode abranger determinado período (dia, dias, semanas ou vários meses). O quadro abaixo mostra exemplos de indicadores da história alimentar (FIDELIX, 2014).

### Quadro 4. Indicadores da História Alimentar.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Locais de aquisição de alimentos (mercearia, supermercado, restaurantes, cantinas, lanchonetes, lojas de conveniência, feiras livres).</li> <li>▪ Local de realização de refeições.</li> <li>▪ Pessoa responsável pela compra e preparo dos alimentos.</li> <li>▪ Condições/existência de instalação para armazenamento, refrigeração e preparo de alimentos (geladeira, fogão).</li> </ul> |
|--|

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 13 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

- Hábitos e padrões alimentares atuais e passados (número, tamanho, conteúdo e qualidade das refeições).
- Forma de preparo (crus, cozidos, fritos, refogados, assados e outros).
- Uso de lanches (tipos, horários, dias da semana).
- Preferências e não preferências alimentares.
- Presença de intolerâncias, alergias e aversões alimentares.
- Influências étnicas, culturais ou religiosas na alimentação.
- Prescrição de dieta especial (atual e pregressa), como tipo de restrição/dieta, quem prescreveu, razão, há quanto tempo, aderência do paciente.
- Ingestão insuficiente de energia e nutrientes (uso prolongado de dieta de líquidos claros, nutrição enteral/parenteral insuficiente, jejum).
- Restrições quanto à consistência dos alimentos (branda, pastosa, líquida).
- Ingestão hídrica (quantidade, tipos de bebidas).
- Uso de suplementos alimentares convencionais (vitaminas, minerais e/ou outros) ou não convencionais.
- Dados da alimentação por sonda/parenteral (instituição ou domicílio), como volume/quantidade prescrita, volume de infusão, volume/quantidade recebida.
- Dados do conhecimento sobre alimentos e nutrição.
- Uso e abuso de substâncias (álcool, cafeína).

Fonte: FIDELIX, 2014.

### 5.3 Exame físico

O exame físico baseia-se nas habilidades do examinador em olhar, ouvir e sentir, ou seja, utiliza todos os sentidos do examinador para distinguir variações do usual. Os sinais são os resultados do exame físico, sendo definidos como observações feitas por um examinador qualificado.<sup>5</sup>

As informações obtidas durante o exame físico adicionam profundidade e perspectiva únicas para a avaliação nutricional. Portanto, o aprendizado e a prática do exame físico nutricional proporcionam maior flexibilidade aos nutricionistas. O quadro abaixo apresenta exemplos de indicadores do exame físico nutricional (FIDELIX, 2014).

**Quadro 5:** Indicadores do Exame Físico Nutricional.

<b>SINAIS EM TECIDOS DE REGENERAÇÃO RÁPIDA</b>	
CABEÇA E PESCOÇO	Características dos cabelos (cor, pigmentação, textura, brilho, quantidade, distribuição); da face; dos olhos: cor e condições da conjuntiva, esclera e córnea (xerofthalmia, manchas de Bitot, oftalmoplegia, fotofobia); do olhar; do nariz (passagens aéreas, formato, simetria, patência, condições das mucosas, existência de sonda); dos ouvidos (dor ou infecção); das glândulas parótidas; das mandíbulas (condição de oclusão, movimentos); da cavidade oral: simetria, cor, condições dos lábios e canto da boca (queilose, queilite angular,

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 14 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

	estomatite angular), língua (glossite, atrofia, erosão), palato, gengivas (esponjosas, pálidas, sangrantes, mucosas secas), faringe e dentes (presença e condições dos dentes, uso e condições de próteses); do pescoço (aumento da tireoide/bócio; veias: reflexo da condição hídrica).
PELE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cor, textura, profundidade, umidade, integridade, temperatura, higiene e condições gerais (palidez, lesões, feridas, úlceras de pressão, dermatite e outras inflamações, cicatrização inadequada, turgor deficiente, descamação, hipopigmentação, eritema, equimoses, petéquias e áreas hemorrágicas ou hiperpigmentadas, hiperkeratose folicular, xerose).</li> <li>▪ Edema (pele brilhante, esticada, com palidez localizada, particularmente nos membros inferiores e sacro).</li> </ul>
UNHAS	Cor, formato, consistência, textura e vascularização (moles, finas, irregulares, pálidas, manchadas e facilmente dobráveis, com ondas transversas, coiloníquia).
NERVOS CRANIANOS	Força e simetria da boca e língua, fechamento dos dentes, mastigação, deglutição, reflexo de tosse e náusea.
<b>SINAIS EM MASSA MAGRA E/OU GORDA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obesidade, sobrepeso, magreza.</li> <li>▪ Perda de peso grave.</li> <li>▪ Alteração nas reservas musculares da face (têmporas e masseter), da região do deltoide (clavícula, ombros e escápula), das costas (intercostais), dorso das mãos (interósseos), pernas (quadríceps, joelho, panturrilha).</li> <li>▪ Alteração de reservas gordurosas (bochechas, região suborbital, abdome).</li> <li>▪ Tônus muscular (rigidez ou flacidez), fraqueza, câibras musculares, paralisia.</li> <li>▪ Ataxia (não coordenação dos músculos voluntários).</li> <li>▪ Força muscular (músculos superiores e inferiores).</li> <li>▪ Presença de artrite e outras alterações nas articulações, além de deformidades.</li> </ul>	
<b>SINAIS NEUROLÓGICOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Força e simetria dos movimentos corporais.</li> <li>▪ Coordenação motora.</li> <li>▪ Estado de consciência (alerta, letargia, coma, confusão mental, torpor).</li> <li>▪ Dormência, formigamento dos membros inferiores, tremores, rigidez, parestesia, agitação, tetania, mania, reflexos hiperativos ou hipoativos.</li> <li>▪ Convulsões.</li> <li>▪ Irritabilidade.</li> <li>▪ Sede, cefaleia, tontura.</li> <li>▪ Capacidade funcional (mobilidade e força).</li> </ul>	

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 15 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Náuseas, vômitos.</li> </ul>
<b>SINAIS CARDIOPULMONARES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificuldades respiratórias (dispneia, taquipneia), sons respiratórios.</li> <li>▪ Sons cardíacos, arritmia, taquicardia, hipertensão, hipotensão.</li> </ul>
<b>SINAIS ABDOMINAIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aparência geral, pele, movimentos e contorno.</li> <li>▪ Sons (ruídos) abdominais: hipoativos, ausentes ou hiperativos.</li> <li>▪ Cólicas intestinais.</li> </ul>
<b>SINAIS NOS OSSOS</b>
Raquitismo e má formação óssea.
<b>SINAIS URINÁRIOS</b>
Volume, cor, odor e turbidez da urina (sinais de desidratação).

Fonte: FIDELIX, 2014.

#### 5.4. Antropométrico

A antropometria e a avaliação da composição corporal servem para medir as dimensões do corpo. As medidas da composição corporal incluem dados oriundos da antropometria, mas também de vários outros instrumentos (bioimpedância e densitometria). Os resultados são comparados aos valores de referência, obtidos de dados de grande número de indivíduos (FIDELIX, 2014).

O objetivo é avaliar o crescimento e desenvolvimento corporal do indivíduo, dentre as medidas antropométricas estão: peso corporal, altura, IMC, circunferências corporais e dobras cutâneas. No quadro abaixo é descrito as vantagens e desvantagens desse método (MAHAN; RAYMOND, 2018).

##### 5.4.1 Peso corporal

O indivíduo deve ser pesado em jejum, após urinar e com o mínimo de roupa possível. Em caso de pesagens com roupas comuns, o peso obtido deve ser descontado (MAHAN, RAYMOND, 2018).

- **Peso atual (PA):** reflete a medida de peso obtida no momento do exame;
- **Peso usual (PU):** quando se faz necessário conhecer as mudanças recentes de peso (perda de peso) ou quando não é possível verificar o peso atual;
- **Peso ideal (PI):** peso adequado para o indivíduo em relação a sua estatura, gênero e idade.

Em pacientes acamados, deve-se recorrer à estimativa do peso ideal ou usual, fórmula encontra-se abaixo (MAHAN; RAYMOND, 2018):

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 16 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

$$PI = IMC (\text{desejado}) \times \text{estatura}^2$$

### 5.4.2 Estatura

O indivíduo deve estar descalço, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo e calcanhares juntos. A cabeça erguida, com os olhos fixos no plano horizontal de Frankfort. O indivíduo inspira profundamente, enquanto a haste é abaixada até o ponto mais alto da cabeça (MAHAN; RAYMOND, 2018). Caso o paciente saiba sua estatura, podemos utilizar a estatura referida.

Em indivíduos acamados, deficientes físicos ou idosos, a estatura pode ser estimada a partir de métodos alternativos, como: altura do joelho, envergadura do braço, hemi-envergadura ou altura recumbente (indivíduos confinados ao leito) (MAHAN; RAYMOND, 2018).

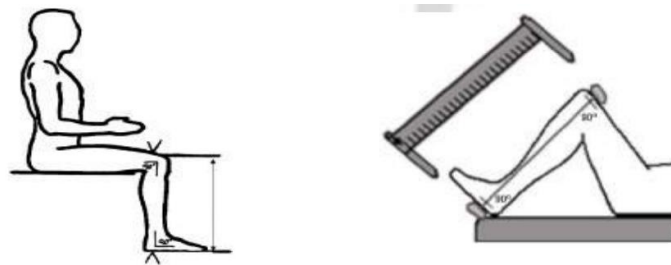
Altura do Joelho: feita com o indivíduo em posição supina, com a perna fletida sob a coxa (ângulo de 90°), determinar o ponto médio entre a base do calcanhar e a parte superior do joelho. Fórmula para estimativa da estatura a partir da AJ (Chumlea, 1985):

$$\text{Homens: } 64,19 - (0,04 \times I) + (2,02 \times AJ)$$

$$\text{Mulheres: } 84,88 - (0,24 \times I) + (1,83 \times AJ)$$

I = Idade (anos); AJ = Altura do joelho (cm)

**Figura 1:** Técnica de medição da altura do joelho

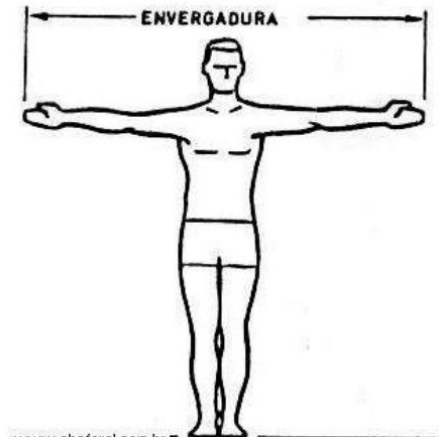


Fonte: MEDEIROS, MEDEIROS; 2018

- **Envergadura do braço:** definida pela distância entre a ponta dos dedos médios quando os braços estiverem formando um ângulo de 90° com o corpo. O indivíduo deve estar em pé, em posição ereta, encostada numa parede.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 17 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

**Figura 2:** Técnica de medição da envergadura do braço



Fonte: MEDEIROS, MEDEIROS; 2018

### 5.4.3 Índice de Massa Corporal (IMC)

Utilizado em todas as faixas etárias dos distintos ciclos da vida, sendo calculado a partir das variáveis peso e estatura (MAHAN; RAYMOND, 2018):

$$IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$$

**Quadro 6.** Classificação de Índice de Massa Corporal para adultos.

PONTOS DE CORTE	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
< 18,5kg/m <sup>2</sup>	Baixo Peso
18,5 e < 25kg/m <sup>2</sup>	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso
≥ 30kg/m <sup>2</sup>	Obesidade

Fonte: WHO, 1995.

**Quadro 7:** Classificação de Índice de Massa Corporal para idosos.

PONTOS DE CORTE	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
≤ 22kg/m <sup>2</sup>	Baixo peso
> 22 e < 27kg/m <sup>2</sup>	Adequado ou eutrófico
≥ 27kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso

Fonte: The Nutrition Screening Initiative, 1994.

O IMC isolado não deve ser usado para diagnosticar o estado nutricional individual, por não representar a composição corporal de indivíduos corretamente, entretanto, devido a sua facilidade de mensuração e a sua alta correlação com a quantidade de gordura são motivos suficientes para a

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 18 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

sua utilização, associado a outros parâmetros antropométricos (circunferências e dobras cutâneas), clínicos, bioquímicos e laboratoriais (MAHAN, RAYMOND, 2018).

#### 5.4.4 Circunferências Corporais

Circunferências mais utilizadas na avaliação nutricional em adultos: Circunferência do Braço, Circunferência Muscular do Braço, Área Muscular do Braço, Circunferência da Cintura, Circunferência do Quadril e Circunferência da Panturrilha (MAHAN; RAYMOND, 2018).

#### 5.5 Exames bioquímicos

A maior justificativa para a avaliação de exames bioquímicos baseia-se na identificação de sinais e sintomas relacionados ao estado nutricional, inclui a medida de um nutriente ou de seu metabólito, principalmente no sangue e na urina. Eles são prescritos para diagnosticar doenças, apoiar os diagnósticos nutricionais, monitorar a efetividade das prevenções nutricionais, avaliar a efetividade dos medicamentos e avaliar intervenções de dietoterapia.<sup>5</sup>

As orientações clínicas baseadas em evidência estão reformatando os tipos e a frequência da testagem bioquímica, das avaliações físicas e dos exames funcionais prescritos. Essas mudanças aumentam o valor da avaliação física e funcional como componentes essenciais da avaliação nutricional (MAHAN; RAYMOND, 2018).

Na prática clínica, é essencial a utilização de vários indicadores do estado nutricional associados, visto que um único parâmetro isolado não caracteriza a condição nutricional de um indivíduo. Assim, as medidas bioquímicas são usadas como complemento aos dados antropométricos, exame físico nutricional, história dietética, entre outros (MAHAN; RAYMOND, 2018). O quadro abaixo apresenta exemplos de indicadores bioquímicos nutricionais e metabólicos, os valores de referência para os exames são apresentados em manual específico, verificar no setor.

**Quadro 9:** Indicadores Bioquímicos Nutricionais e Metabólicos.

INDICADORES	EXEMPLOS
<b>Concentrações proteicas viscerais (plasmáticas)</b>	Albumina, transferrina, transtirretina (pré-albumina), proteína carreadora do retinol, fibronectina, somatomedina C.
<b>Reservas somáticas proteicas (massa muscular)</b>	Creatinina urinária, índice creatinina (urinária)-estatura, 3-metil-histidina urinária. Excreção urinária de ureia (indicador de presença e grau de catabolismo muscular), creatinofosfoquinase (indicador de dano em células musculares, principalmente cardíacas).
<b>Metabolismo proteico</b>	Balanço nitrogenado.
<b>Concentrações plasmáticas e intracelulares de aminoácidos</b>	Essenciais e não essenciais.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 19 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

<b>Resposta inflamatória (proteínas plasmáticas de fase aguda positiva)</b>	PCR, alfa-1-glicoproteína ácida e ferritina. IPIN, IIN: relação albumina/PCR.
<b>Resposta imunológica</b>	Leucócitos, principalmente linfócitos. Interleucinas plasmáticas. Testes cutâneos de hipersensibilidade tardia.
<b>Concentrações plasmáticas de lipídios</b>	Colesterol total, lipoproteínas de alta densidade (HDL), lipoproteínas de baixa densidade (LDL), lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL). Triglicerídeos; ácidos graxos essenciais (ômega-6 e ômega-3)
<b>Concentrações plasmáticas de vitaminas</b>	A, D, E, K, ácido ascórbico (C), tiamina (B1), riboflavina (B2), niacina (B3), piridoxina (B6), ácido pantotênico, biotina, folato, cianocobalamina (B12).
<b>Concentrações plasmáticas de minerais e oligoelementos</b>	Cálcio, fosfato, magnésio, enxofre, sódio, potássio e cloro (eletrólitos). Ferro, zinco, iodo, selênio, cobre, manganês, cromo, flúor e molibdênio (oligoelementos).
<b>Anemia</b>	Contagem de eritrócitos, hemoglobina, hematócrito (volume globular ou VG), volume corpuscular médio, hemoglobina corpuscular média e concentração da hemoglobina corpuscular média. Ferro, ferritina, capacidade total de ligação (ou fixação) do ferro (TIBC), transferrina, porcentagem de saturação da transferrina, ácido metilmalônico, folato, B12.
<b>Função pancreática endócrina/controla do diabetes</b>	Glicemia, glicose urinária, hemoglobina glicada plasmática, frutossamina plasmática, corpos cetônicos plasmáticos ou urinários, teste de resistência à insulina (HOMA-IR).
<b>Função pancreática exócrina</b>	Lipase, amilase.
<b>Função renal</b>	Creatina e ureia plasmáticas. Clearance de creatinina e ureia. Proteinúria.
<b>Estado de hidratação</b>	Densidade urinária, osmolalidade da urina, osmolalidade plasmática. Sódio, potássio e cloreto plasmáticos.
<b>Equilíbrio acidobásico</b>	Gás carbônico (CO <sub>2</sub> ), pressão de gás carbônico (PCO <sub>2</sub> ), bicarbonato (HCO <sub>3</sub> ), pressão de oxigênio (PO <sub>2</sub> ).
<b>Função tireoidiana</b>	Tri-iodotironina (T <sub>3</sub> ), tiroxina (T <sub>4</sub> ), hormônio tireoestimulante (TSH)

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 20 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

<b>Função hepática</b>	Bilirrubina total, direta e indireta. Transaminase glutâmica-pirúvica (TGP), transaminase glutâmica-oxaloacética (TGO), amônia plasmática, fosfatase alcalina plasmática
<b>Coagulação sanguínea</b>	Tempo da protrombina (TP), tempo da tromboplastina (TTP), fibrinogênio

Fonte: FIDELIX, 2014.

## 6. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Um diagnóstico de nutrição é a identificação, ou seja, a definição de um problema nutricional existente, cujo tratamento é de responsabilidade do nutricionista. Por definição, todo diagnóstico de nutrição deve ter a possibilidade de ser resolvido. Além disso, refere-se a problemas já existentes, não ao risco ou ao potencial de ocorrerem (FIDELIX, 2014).

A Academy of Nutrition and Dietetics (AND) propôs uma padronização internacional para os diagnósticos de nutrição, para facilitar a comunicação e ajudar a descrever mais claramente os problemas observados, as intervenções realizadas e seus resultados, além de facilitar a documentação nos prontuários (FIDELIX, 2014).

A Unidade de Nutrição Clínica do HUAB utiliza uma adaptação dos diagnósticos propostos pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), encontrada no anexo 3.

Os diagnósticos de nutrição devem ser baseados na urgência, no impacto e nos recursos disponíveis para a resolução. O profissional deve selecionar um, dois ou, no máximo, três de cada vez, de acordo com a prioridade de intervenção imediata. Além disso, a intervenção deve ser planejada para cada diagnóstico de nutrição (FIDELIX, 2014).

## 7. NECESSIDADES ENERGÉTICAS

Após realizar a avaliação nutricional e determinar os diagnósticos de nutrição, a próxima etapa é a intervenção nutricional. Mas, antes disto, é necessário determinar as necessidades nutricionais do indivíduo priorizando na intervenção o alcance destas necessidades (FIDELIX, 2014).

A necessidade energética é definida como a ingestão energética alimentar necessária para o crescimento e a manutenção de uma pessoa de uma determinada idade, sexo, massa corporal, estatura e grau de atividade física (MAHAN; RAYMOND, 2018).

As equações para estimar ou medir o gasto energético começam com o gasto energético em repouso, ou GER. Os fatores adicionais para o ETA e para atividades devem ser acrescentados. Como afirmado anteriormente, o ETA pode ser considerado um fator adicional global dentro da termogênese por atividade, nos cálculos do GET (MAHAN; RAYMOND, 2018).

### 7.1 Adulto

Serão abordadas as necessidades e as recomendações de proteínas, carboidratos, lipídios, fibras, vitaminas, minerais e água para adultos. Algumas equações são recomendadas para a

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 21 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

determinação prática do metabolismo basal, no entanto, abaixo são citadas as principais (CUPPARI, 2019).

**Quadro 10:** Recomendações de necessidades energética para adultos proposto por diferentes autores.

<b>CÁLCULO DO GASTO ENERGÉTICO BASAL SEGUNDO HARRIS &amp; BENEDICT, 1984</b>
Homens: $GEB \text{ (kcal/dia)} = 66 + (13,7 \times P) + (5 \times E) - (6,8 \times I)$
Mulheres: $GEB \text{ (kcal/dia)} = 655 + (9,6 \times P) + (1,7 \times E) - (4,7 \times I)$
<b>CÁLCULO DO GASTO ENERGÉTICO BASAL SEGUNDO SCHOFIELD, 1985</b>
18 a 30 anos: $(0,062 \times P + 2,036) \times 239$ ou $(0,063 \times P + 2,896) \times 239$
30 a 60 anos: $(0,034 \times P + 3,538) \times 239$ ou $(0,048 \times P + 3,653) \times 239$
<b>CÁLCULO DO GASTO ENERGÉTICO BASAL PELA FAO/OMS, 1985</b>
18 a 30 anos: $14,7 \times P + 496$ (mulheres)/ $15,3 \times P + 679$ (homens)
30 a 60 anos: $8,7 \times P + 829$ (mulheres)/ $11,6 \times P + 879$ (homens)
+ 60 anos: $10,5 \times P + 596$ (mulheres)/ $13,5 \times P + 487$ (homens)
<b>GASTO ENÉRGICO BASAL PELO INSTITUTE OF MEDICINE, 2005</b>
GEB para homens eutróficos
$GEB \text{ (kcal/dia)} = 204 - (4 \times \text{idade}) + (450,5 \times \text{estatura [m]}) + (11,69 \times \text{peso [kg]})$
GEB para homens eutróficos, com sobrepeso e obesos
$GEB \text{ (kcal/dia)} = 293 - (3,8 \times \text{idade}) + (456,4 \times \text{estatura [m]}) + (10,12 \times \text{peso [kg]})$
GEB para mulheres eutróficas
$GEB \text{ (kcal/dia)} = 255 - (2,35 \times \text{idade}) + (401,5 \times \text{estatura [m]}) + (9,39 \times \text{peso [kg]})$
GEB para mulheres eutróficas, com sobrepeso e obesas
$GEB \text{ (kcal/dia)} = 247 - (2,67 \times \text{idade}) + (401,5 \times \text{estatura [m]}) + (8,60 \times \text{peso [kg]})$

Fonte: CUPPARI, 2019.

A seguir, serão abordadas as necessidades e as recomendações de proteínas, carboidratos, lipídios, fibras e água para adultos.<sup>7</sup> As recomendações de micronutrientes podem ser encontradas na “Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais” (link: <https://www.scielo.br/j/rn/a/YPLSxWftJFR8bbGvBgGzdcM/?format=pdf&lang=pt>).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 22 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

**Quadro 11:** Recomendações de macronutrientes proposto para adultos.

MACRONUTRIENTE	RECOMENDAÇÃO
<b>CARBOIDRATOS</b>	45 – 65% Carboidratos Simples: 10%
<b>PROTEÍNAS</b>	10 – 15% Proteína Animal: 50% Proteína Vegetal: 50%
<b>LIPÍDIOS</b>	15 – 30% Ácidos Graxos Saturados: 10% Ácidos Graxos Poli-Insaturados: 6 – 10% Ácidos Graxos Trans: 1%
<b>FIBRAS</b>	Homens: 38g Mulheres: 25g
<b>ÁGUA</b>	Homens: 3,7L/dia Mulheres: 2,7L/dia

Fonte: CUPPARI, 2019.

## 7.2 Idoso

Muitos adultos idosos apresentam necessidades nutricionais especiais devido ao envelhecimento que afeta a absorção, o uso e a excreção de nutrientes. Serão abordadas as necessidades e as recomendações de proteínas, carboidratos, lipídios, fibras, vitaminas, minerais e água para idosos, visto que há uma diminuição no metabolismo energético quando comparado ao adulto. Algumas equações são recomendadas para a determinação prática do metabolismo basal, no entanto, abaixo são citadas as principais (CUPPARI, 2019).

**Quadro 12.** Recomendações de necessidades energética para idosos proposto por vários autores.

<b>CÁLCULO DO GASTO ENERGÉTICO BASAL SEGUNDO HARRIS &amp; BENEDICT, 1984</b>
Homens: $GEB \text{ (kcal/dia)} = 66,5 + (13,8 \times P) + (5 \times E) - (6,8 \times I)$
Mulheres: $GEB \text{ (kcal/dia)} = 655,1 + (9,5 \times P) + (1,8 \times E) - (4,7 \times I)$
<b>CÁLCULO DO GASTO ENERGÉTICO BASAL SEGUNDO BRASPEN, 2019</b>
20 a 35 kcal/kg

Fonte: CUPPARI, 2019.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 23 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

A seguir, serão abordadas as necessidades e as recomendações de proteínas, carboidratos, lipídios, fibras e água para idosos (CUPPARI, 2019). As recomendações de micronutrientes podem ser encontradas na “Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais” (link: <https://www.scielo.br/j/rn/a/YPLSxWFtJFR8bbGvBgGzdcM/?format=pdf&lang=pt>).

**Quadro 13:** Recomendações de macronutrientes proposto para idosos.

MACRONUTRIENTE	RECOMENDAÇÃO	
CARBOIDRATOS	45 – 65%	6 – 10g/kg/dia
PROTEÍNAS	Saudáveis: 1,0 a 1,2 g/kg Sarcopenia: 1,2 a 1,5g/kg podendo chegar a 2,0g/kg	
LIPÍDIOS	35 – 30%	
	Ácidos Graxos Saturados: 10%	
	Ácidos Graxos Poli-insaturados: 6 – 10%	Ômega 3: 0,6 – 1,2g/d Ômega 6: 5 – 10g/d
	Ácidos Graxos Trans: 1%	
FIBRAS	25g	
ÁGUA	Homens: 3,7L/dia	
	Mulheres: 2,7L/dia	

Fonte: CUPPARI, 2019.

### 7.2.1 Sarcopenia

A sarcopenia, caracterizada pela perda de massa muscular, força e função pode estar relacionada ao envelhecimento e, desse modo, pode afetar significativamente a qualidade de vida de um adulto idoso reduzindo a mobilidade, aumentando o risco para quedas e alterando as taxas metabólicas. Ela se acelera com uma redução da atividade física, mas os exercícios de sustentação de massa corporal podem reduzir sua velocidade (MAHAN; RAYMOND, 2018).

Os critérios para realizar um diagnóstico de sarcopenia estão evoluindo e devem ser validados. Os pontos de corte baseados em evidências para fraqueza são a força de prensão inferior a 26 kg para homens e inferior a 16 kg para mulheres, e para a massa magra baixa ajusta-se a massa magra apendicular para o índice de massa corporal inferior a 0,789 para homens e inferior a 0,512 para mulheres (MAHAN; RAYMOND, 2018).

A obesidade sarcopênica é a perda de massa muscular magra em pessoas idosas com excesso de tecido adiposo. Associada ao excesso de massa corporal e à redução de massa muscular, contribui exponencialmente para reduzir ainda mais a atividade física, que por sua vez acelera a sarcopenia (MAHAN; RAYMOND, 2018).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 24 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

Uma opção para melhorar a oferta proteica para idosos é a suplementação com proteína do soro do leite (*whey protein*). Utilizada também na prevenção e tratamento da sarcopenia, pois apresenta alta qualidade nutricional e resulta em maior balanço proteico quando comparada a suplementação de outras fontes proteicas (caseína, albumina, etc) (CUPPARI, 2019).

O benefício da suplementação de *whey protein* se dá pela excelente composição nutricional, alta concentração de aminoácidos essenciais, em especial os aminoácidos de cadeia ramificada (BCAAs) e melhor digestibilidade, sendo o estímulo à síntese proteica muscular percebido inclusive em idosos sedentários. O consumo diário de 20 a 40 g de *whey protein* apresenta eficácia no estímulo da síntese proteica muscular em idosos (CUPPARI, 2019).

Além da ingestão aumentada de proteínas, a suplementação de creatina parece aumentar a massa muscular e a força em idosos (parte superior e inferior do corpo), possivelmente influenciando o metabolismo de fosfato de alta energia, a cinética das proteínas musculares e os fatores de crescimento (CUPPARI, 2019).

## 8. CONDUTAS DIETÉTICAS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Embora seja bem conhecida a associação entre desnutrição e resultados pós-operatórios adversos, a prescrição de terapia nutricional perioperatório conforme recomendam os modernos *guidelines*, com o respaldo de importantes sociedades médicas, pode não ser muitas vezes aplicada entre cirurgiões (NASCIMENTO et al., 2017).

Por isso, o Projeto ACERTO apresentou recomendações de especialistas do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral sobre várias prescrições nutricionais aplicadas ao período perioperatório de procedimentos eletivos em cirurgia geral, que podem ser utilizadas para as cirurgias ginecológicas (NASCIMENTO, et al., 2017).

1. O paciente deve receber, preferentemente por escrito (livreto, panfleto) orientações e conselhos que o ajudem a ter rápida recuperação, no período perioperatório (NASCIMENTO et al., 2017).

Exemplos: abreviação do tempo de jejum pré-operatório para certos tipos de líquidos, que pode se alimentar e deambular precocemente no pós-operatório, etc.

2. A fórmula nutricional utilizada no período perioperatório pode conter imunonutrientes ou não. Contudo, em pacientes de maior risco e submetidos a operação de grande porte, a terapia nutricional deve incluir imunonutrientes, tanto pelo uso de suplementos (de acordo com a indicação), como através da alimentação, priorizando alimentos fontes de ômega 3; glutamina, arginina, glutamina e vitamina A, C e E. (NASCIMENTO et al., 2017).

▪ A adição de arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos aos suplementos nutricionais convencionais conferem essas vantagens adicionais da nutrição perioperatório.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 25 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

- Essa terapia por 7 - 14 dias está associada a redução de infecções pós-operatórias e do tempo de internação.

3. O jejum pré-operatório não deve ser prolongado, para a maioria dos pacientes recomenda-se jejum de sólidos de 6 - 8h antes da anestesia e ingestão de líquidos contendo carboidratos (maltodextrina) até 2h antes da anestesia; exceto para casos de retardo no esvaziamento esofágico/gástrico, e procedimentos de emergência (NASCIMENTO et al., 2017).

O volume de resíduo gástrico com 12h, 8h, ou 6h de jejum completo é semelhante ao encontrado em jejum de 6h para sólidos e 2h para líquidos claros, contendo ou não carboidratos.

4. Bebidas contendo carboidratos associados a fonte proteica (glutamina ou proteína do soro do leite) podem ser ingeridas até 3h antes da anestesia com segurança (NASCIMENTO et al., 2017).

A adição de fonte nitrogenada contendo glutamina, hidrolisado proteico ou proteína do soro do leite a bebida contendo carboidratos, além de ser segura, parece aumentar os benefícios associados à melhora da sensibilidade à insulina, capacidade funcional, maior produção de glutatona e menor reação inflamatória de fase aguda.

## 9. CONDUTAS DIETÉTICAS NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

A terapia nutricional tem como principais objetivos prevenir e tratar a desnutrição, preparar o paciente para o procedimento cirúrgico e clínico, melhorar a resposta imunológica e cicatricial, modular a resposta orgânica ao tratamento clínico e cirúrgico, prevenir e tratar as complicações infecciosas e não infecciosas decorrentes do tratamento e da doença, melhorar a qualidade de vida do paciente, reduzir o tempo de internação hospitalar, reduzir a mortalidade e, conseqüentemente, reduzir custos hospitalares (BRASIL, 2016).

O projeto ACERTO recomenda várias prescrições nutricionais aplicadas ao período pós-operatório de procedimentos eletivos em cirurgia geral, entre elas, destaca-se que a realimentação oral ou enteral após operação abdominal eletiva deve ser precoce (em até 24h de pós-operatório) desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável (NASCIMENTO et al., 2017).

A via oral deve ser a primeira opção para a realimentação precoce, mesmo após procedimentos de grande porte. A tendência atual no pós-operatório é evitar o jejum prolongado e abandonar a evolução clássica da dieta via oral de líquida para pastosa e finalmente sólida e permitir uma dieta oral precoce.

Dessa forma, a melhor maneira para prevenir e tratar a desnutrição é pela implementação da terapia nutricional, devendo ser iniciada precocemente e progredida conforme a tolerância do paciente (NASCIMENTO et al., 2017).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 26 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

Diariamente, deve ser verificada a aceitação alimentar dos pacientes, a aceitação de suplementos caso necessário, a tolerância à dieta enteral se for o caso, além de sinais e sintomas específicos. Para que as condutas dietéticas sejam individualizadas e voltadas à melhora da qualidade de vida do paciente, o controle ou regressão da doença de base, e melhora da recuperação pós-cirúrgica (VIEIRA et al., 2021)

A seguir, estão descritas as recomendações condutas dietéticas padrão no pós-operatório imediato de cada cirurgia eletiva ginecológica. Ressalta-se a importância de seguir a prescrição médica do prontuário, devendo ser alterada após verificação das mesmas.

**Quadro 14.** Cirurgias ginecológicas e respectivas condutas dietéticas padrão no pós-operatório imediato.

CIRURGIA GINECOLÓGICA	CONDUTA DIETÉTICA
Histerectomia via vaginal	Branda
Histerectomia via abdominal	Líquida completa e após branda
Laqueadura	Branda
Miomectomia	Branda
Ooforectomia/ salpingectomia	Branda
Colpoperineoplastia	Branda
Curetagem	Livre
Mastectomia	Branda
Parto normal	Livre
Parto cesárea	1ª refeição (após 6h): líquida completa; 2ª refeição: branda; 3ª refeição: livre.

Fonte: VIEIRA, 2021.

## 10. REGISTRO NO PRONTUÁRIO

O prontuário do paciente é uma ferramenta de troca de informações que promove e auxilia a coordenação de atividades de todos os membros envolvidos no cuidado. Embora a comunicação verbal seja informativa e importante, ela não substitui a necessidade da documentação escrita (FIDELIX, 2014).

Informações indispensáveis e mínimas do prontuário: Identificação do paciente; histórico clínico; triagem, avaliação e diagnóstico nutricional; indicação e acompanhamento nutricional; programação de Orientação Nutricional na Alta Hospitalar, com indicação das necessidades

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 27 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

nutricionais, características gerais da dieta; descrição da evolução diariamente; sumário da alta hospitalar contendo registro da orientação de alta para o paciente sobre os procedimentos da Terapia Nutricional no domicílio (BRASIL, 2016).

As anotações no prontuário seguem a padronização da descrição dos diagnósticos de nutrição, com complementação de dados da intervenção realizada, dos planos e de qualquer outra informação pertinente (FIDELIX, 2014).

A documentação nutricional deve conter os dados da intervenção, as sugestões de dados de intervenção e o plano de terapia nutricional, com os seguintes itens:

- Tipo de dieta;
- Método ou via de alimentação sugerida;
- Mudanças na dieta;
- Indicação de suplementos ou complementos alimentares;
- Solicitação para auxílio na alimentação.

Devem ser incluídos na documentação a expectativa de aderência do paciente ao tratamento, o plano de educação, como futuras instruções individuais ou em grupo, a necessidade de entrega de materiais educativos específicos e o plano de acompanhamento. Também devem ser inseridos dados sobre referências para consultas, avaliação ou acompanhamento por outros profissionais e o motivo do pedido de consulta, as orientações e o plano para alta hospitalar (FIDELIX, 2014).

Segue um exemplo de anotação completa de um diagnóstico e demais ações do cuidado nutricional:

Paciente de 26 anos, 2° DIH, 1° DPO de LT. Peso atual de 59kg, altura 1,59m, IMC: 23,41 kg/m<sup>2</sup> (eutrofia). Dieta livre normocalórica e normoproteica, 6 refeições ao dia, VO. Paciente relata apetite diminuído e pouca aceitação da dieta e ingestão hídrica insatisfatória. Funções eliminatórias preservadas.

**Diagnóstico nutricional:** Ingestão oral inadequada (IN- 2.1); Ingestão inadequada de líquidos (IN-3.1).

**Conduta:** Mantenho dieta livre, fracionada em 6 refeições ao dia, via oral. Prescrevi suplemento nutricional, 2x ao dia (14h e 20h), via oral. Orientado sobre importância da alimentação e ingestão hídrica adequada. Acompanhar medidas antropométricas e aceitação da dieta.

## 11. ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA

A programação de alta hospitalar dos indivíduos com Terapia Nutricional deve contemplar a orientação sobre a transição do ambiente hospitalar para o domicílio. O preenchimento das fichas

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 28 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

de alta hospitalar deve ser realizado com antecedência, para organizar a ida do usuário ao domicílio, reorientar o cuidador/ responsável e conferir as boas práticas de Terapia Nutricional (BRASIL, 2016).

Por isso, as ações não podem ser isoladas, ou seja, é necessária a articulação entre o hospital e os demais serviços da rede de atenção à saúde. O objetivo é a alta hospitalar orientada para garantir a continuidade do cuidado fora do hospital, após pactuação de instrumentos, como linhas de cuidado e sistemas de informação integrados (FIDELIX, 2014).

O paciente e o cuidador devem ser envolvidos como parceiros iguais em todos os processos de tomada de decisão, respeitando suas escolhas, também devem receber informações fáceis de entender sobre as condições médicas, como elas podem ser melhoradas e o modo e o horário da alta (MENNUNI, 2017)

Para que isso ocorra de forma adequada, a educação do paciente deve ocorrer desde a admissão e continuar durante toda a internação, avaliando constantemente o grau de compreensão. Na alta, a comunicação e as informações verbais devem ser complementadas com uma lista escrita de instruções, funcionais ao nível cultural do sujeito, e outros materiais como por exemplo, folhetos e cartilhas (MENNUNI, 2017)

Outro método que pode ser utilizado na educação do paciente de alta é o “teach-back”, uma técnica de confirmação da comunicação, na qual o profissional de saúde solicita ao paciente ou ao cuidador que explique com suas próprias palavras o que acabou de aprender pelo mesmo operador, permitindo identificar e corrigir qualquer mal-entendido (MENNUNI, 2017).

### **11.1. Orientações nutricionais sobre cicatrização de ferida operatório**

A cicatrização de feridas consiste em perfeita e coordenada cascata de eventos celulares, moleculares e bioquímicos que interagem para que ocorra a reconstituição tecidual. Esse processo é dividido em três fases: fase inflamatória, fase de proliferação ou de granulação e fase de remodelamento ou de maturação (CAMPOS, BORGES-BRANCO; GROTH, 2007).

A desnutrição proteica pode prejudicar a cicatrização de feridas por prolongar a fase inflamatória, diminuir a síntese e a proliferação fibroblástica, angiogênese e síntese de colágeno e proteoglicanos. Pode ainda reduzir a força tênsil de feridas, limitar a capacidade fagocítica de leucócitos e aumentar a taxa de infecção de feridas. A suplementação com glutamina na cicatrização leva a melhora da cicatrização com aumento da força máxima de tração e da deposição de colágeno tipo III (CAMPOS, BORGES-BRANCO; GROTH, 2007).

Segue abaixo as principais orientações nutricionais na cicatrização de feridas.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 29 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

**Quadro 15:** Orientações nutricionais na cicatrização de feridas

<b>ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS</b>	
As proteínas constituem as nossas células e o nosso corpo. Portanto, elas são fundamentais para restauração dos nossos tecidos.	<b>Principais fontes alimentares:</b> carnes em geral (peixe, frango, boi, porco), ovos, feijões (de todos os tipos, ervilha, lentilha), leite e derivados.
Os antioxidantes protegem o nosso corpo de substâncias que causam danos celulares e que podem prejudicar o processo de cicatrização. Diversos nutrientes funcionam como antioxidantes, por exemplo, as vitaminas A, C e E, bem como alguns minerais como o Selênio, Magnésio e Zinco.	<b>Principais fontes alimentares:</b> frutas, legumes e verduras, grãos integrais e castanhas em geral.
Arginina, vitamina C e A, zinco, cobre, selênio e silício auxiliam na formação de colágeno, substância envolvida no desenvolvimento de pele e cartilagens.	<b>Principais fontes alimentares:</b> carnes em geral, frutas cítricas, castanhas, cereais integrais, legumes e verduras.
O ômega 3, além de melhorar o funcionamento cerebral, incluindo memória, aprendizagem e prevenção de depressão, é um poderoso anti-inflamatório que auxilia na cicatrização.	<b>Principais fontes alimentares:</b> peixes (in natura e óleo de peixe), sementes (chia, linhaça), castanhas em geral, azeite e óleos vegetais (canola, soja).
A água é extremamente importante para que o organismo funcione da melhor maneira. Ela ajuda na regulação da temperatura corporal, auxilia na absorção dos nutrientes e melhora o metabolismo.	<b>Quanto de água beber por dia?</b> Jovem ativo: peso (kg) x 40ml Adulto: peso (kg) x 35mL Idoso: peso (kg) x 30mL

Fonte: Prefeitura Municipal de Campinas, 2020.

Os nutrientes anteriormente citados são fundamentais para a cicatrização, por outro lado, o corpo precisa estar suprido de modo geral. Qualquer falta ou deficiência altera o estado de saúde e pode, de alguma forma, prejudicar a cicatrização e facilitar algumas infecções.

### 11.2. Orientações nutricionais sobre mitos e verdades em procedimentos cirúrgicos

O pós-cirúrgico é um momento delicado para completa recuperação do paciente, sendo importante ter cautela com a alimentação, oferecendo uma nutrição adequada e com qualidade. Atualmente, muitos pacientes possuem dificuldade em escolher qual a alimentação ideal para esse momento, principalmente pela desinformação que existe no mundo virtual e alguns mitos que são

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 30 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

propagados. Por isso, abaixo segue alguns mitos e verdades sobre a alimentação no pré e pós-operatório.

**Quadro 16.** Orientações de mitos e verdades sobre alimentação pré e pós-operatório.

<b>MITOS E VERDADES SOBRE ALIMENTAÇÃO NO PRÉ E PÓS CIRÚRGICOS</b>	
"A gordura deve ser banida do cardápio"	<b>MITO</b> - Gorduras trans, presente em alimentos industrializados como, por exemplo, sorvetes, margarina, fast foods, biscoitos e chocolates devem, sim, ser cortadas da alimentação, pois prejudicam o organismo e dificultam o processo de cicatrização. Existem mais dois tipos de gordura: a saturada, presente na carne e nos laticínios, e a insaturada, presente na castanha, na amêndoa e nas nozes. Estes dois últimos tipos de gorduras trazem muitos benefícios ao organismo, sendo que a saturada é recomendada com moderação e a insaturada pode ser ingerida com mais frequência, pois é rica em óleos vegetais, ômega 3 e ácidos graxos, diminuindo as chances de inflamação e melhorando a cicatrização.
"Carne é fundamental para a cicatrização"	<b>VERDADE</b> - As proteínas, sem dúvida, ajudam na regeneração dos tecidos e na cicatrização. As carnes são ricas nesta substância, no entanto, o paciente precisa ter atenção. Não é qualquer tipo que faz bem.  Escolha carnes magras como, por exemplo, frango, peixe, filé, alcatra ou maminha. Evite cortes de carne em que a gordura seja muito elevada, pois pode acabar prejudicando a cicatrização.
"Vitamina C pode ajudar no pós-operatório"	<b>VERDADE</b> - Alimentos ricos em vitamina C ajudam - e muito - tanto antes quanto depois de um processo cirúrgico. Invista, portanto, nas frutas cítricas - laranja, limão, morango, entre outras -, espinafre, brócolis, couve e tomate. As frutas e os vegetais vão aumentar a imunidade, a absorção de ferro - fundamental para evitar anemia - e vão estimular a produção de colágeno, essencial para a cicatrização da cirurgia.
"Comer fast food não traz problemas para o corpo antes de uma cirurgia"	<b>MITO</b> - Alimentos do tipo fast food trazem prejuízos para o organismo de diversas maneiras. Antes de um processo cirúrgico, então, nem se fala. Isso porque são produtos ultraprocessados, ricos em gordura e açúcar, o que acaba prejudicando a cicatrização. Além disso, são

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 31 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

	alimentos com muito sódio, substância que retém líquido, afetando no inchaço causado pelo trauma cirúrgico.
"Um bom feijãozinho ajuda"	<b>VERDADE</b> - Não somente o feijão, mas também a lentilha e a ervilha têm espaço essencial no cardápio de quem pensa em realizar um procedimento cirúrgico. Isso porque são alimentos ricos em ferro, logo não haverá preocupação com anemia ou com uma cicatrização demorada. São, portanto, alimentos fundamentais para serem consumidos, principalmente, no pós-operatório.

### 11.3. Encaminhamento para ambulatório de nutrição

O encaminhamento para o ambulatório de nutrição deve acontecer para aqueles pacientes que apresentem um ou mais diagnósticos de nutrição que não podem ser resolvidos durante internamento hospitalar ou que precisem de acompanhamento pós alta hospitalar. Devendo ser entregue ao paciente o encaminhamento padronizado do setor (anexo 4) e informado verbalmente como deve ocorrer a marcação para essa consulta, via sistema de regulação do município de origem.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 32 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

## REFERÊNCIAS

FEBRASGO. FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de. **Tratado de Ginecologia Febrasgo**. Elsevier Editora. Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2005.

MEDEIROS, G. B. J.; MEDEIROS, K. C. M. Manual de avaliação nutricional 2018. IESP. Instituto de Educação Superior da Paraíba. 63 p., 2018

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. **Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2001.

FIDELIX, MARCIA SAMIA PINHEIRO. Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição. **Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo, 2014.

MAHAN, L. K; RAYMOND, J. L. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. 14 ed. Elsevier. Rio de Janeiro, 2018.

CUPPARI, LILIAN. **Nutrição clínica no adulto**. 4 ed. Manole. São Paulo, 2019.

NASCIMENTO, JOSÉ EDUARDO DE-AGUILAR; et al. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva. **Rev Col Bras Cir**. v. 44, n. 6, p. 633-648, 2017.

BRASIL. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2016.

VIEIRA, KARINA AMANTE; et al. Procedimento Operacional Padrão: Assistência Nutricional Aos Pacientes Cirúrgicos. **Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago**. Santa Catarina, 2021.

MENNUNI, MAURO; et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. **European Heart Journal Supplements**. v. 19, p. 244–255, 2017.

CAMPOS, ANTONIO CARLOS LIGOCKI; BORGES-BRANCO, ALESSANDRA; GROTH, ANNE KAROLINE. Cicatrização de feridas. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**. v. 20, n. 1, pp. 51-58, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Orientações Nutricionais Cicatrização de Feridas. Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, 2020.

KONDRUP, J. et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 415-421, 2003

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 33 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

### HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	07/11/2022	Atualização do Protocolo de condutas nutricionais em cirurgias ginecológicas.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 34 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022	Próxima revisão: 07.11.2022
		Versão: 1	

<p><b>Elaboração</b></p> <p><b>Amanda Gabriela Araujo da Silva</b> Nutricionista / SIAPE 1036911</p> <p><b>Antônia Isabelly Monteiro dos Anjos</b> Nutricionista Residente / Mat.: 20214000556</p> <p><b>Ruty Eulália de Medeiros Eufrásio</b> Nutricionista e Responsável Técnica pela Unidade de Nutrição SIAPE 1925417</p>	<p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p>
<p><b>Revisão</b></p> <p><b>Ruty Eulália de Medeiros Eufrásio</b> Nutricionista e Responsável Técnica pela Unidade de Nutrição / SIAPE 1925417</p>	<p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p>
<p><b>Validação</b></p> <p>Nome: <b>Hérika Ferreira Batista Nunes</b> Cargo: Membro SGQVS</p>	<p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p>
<p><b>Aprovação</b></p> <p>Nome: <b>Hercilla Nara Confessor Ferreira</b> Função: Chefe do Setor de Apoio Terapêutico</p> <p>Nome: <b>Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos</b> Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 35 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

## ANEXOS

### ANEXO 1: TRIAGEM DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL – NRS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA  
UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA  
TRIAGEM DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL CLÍNICA CIRÚRGICA  
ELABORADA PELA UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA – HUAB/EBSERH

<b>DATA:</b>	<b>SETOR:</b>	<b>LEITO:</b>	<b>NUTRICIONISTA:</b>
<b>TIPO DE CIRURGIA:</b> ( ) HTA ( ) HTV ( ) LT ( ) MIOMECA ( ) CURETA ( ) Outros: _____			
NOME: _____			
IDADE: _____ ( ) ≤ 19 anos (1 ponto) ( ) 20 a 59 anos (0 ponto) ( ) ≥ 60 anos (1 ponto)			
<b>ETAPA 1 - TRIAGEM INICIAL</b>			
1. O IMC do paciente é menor que 20,5 Kg/m <sup>2</sup> ? ( ) SIM ( ) NÃO IMC: _____			
2. O paciente perdeu peso nos últimos três meses? ( ) SIM, INTENCIONAL ( ) SIM, NÃO INTENCIONAL ( ) NÃO			
3. O paciente teve uma redução na ingestão alimentar na última semana? ( ) SIM ( ) NÃO			
4. O paciente apresenta comorbidades ou intercorrências clínicas? ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, qual? _____			
Se obtiver a resposta “Sim” para uma das perguntas, realizar a avaliação final. Se a resposta for “Não” para todas as perguntas, reavaliar em intervalos semanais (7 dias) para monitoramento do estado nutricional.			
<b>ETAPA 2 – AVALIAÇÃO FINAL</b>			
<b>Situação Nutricional Comprometida</b>		<b>Gravidade da Doença (= aumento nas necessidades nutricionais)</b>	
<b>Ausente: 0</b>	Estado nutricional normal	<b>Ausente: 0</b>	Necessidades nutricionais normais
<b>Necessidade leve: 1</b>	Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão de alimentos entre de 50-75% da exigência normal na semana anterior.	<b>Leve: 1</b>	Pacientes crônicos, em especial com complicações agudas da cirrose, DPOC. Hemodiálise crônica, diabetes, oncologia, HAS, dislipidemia, epilepsia, labirintite, ansiedade, depressão. Outros: _____
<b>Necessidade moderada: 2</b>	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC 18,5 – 20,5 + condição geral debilitada ou ingestão de alimentos de 25-60% das exigência normal na semana anterior.	<b>Moderada: 2</b>	Grande cirurgia abdominal, acidente vascular cerebral, pneumonia grave, doenças hematológicas malignas (leucemia, linfoma), anemia, obesidade.
<b>Necessidade grave: 3</b>	Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 + condição geral debilitada ou ingestão de alimentos de 0-25% da exigência normal na semana anterior.	<b>Grave: 3</b>	Traumatismo craniano, transplante de medula óssea, paciente em terapia intensiva (APACHE > 10).
Pontuação (estado nutricional): <input type="checkbox"/> + Pontuação (gravidade da doença): <input type="checkbox"/> = Pontuação total: <input type="checkbox"/>			
( ) Pontuação 0 (Sem risco): Nova triagem semanal do paciente, se o paciente tem uma cirurgia de grande porte marcada, considere um plano de cuidados nutricionais preventivo.			
( ) Pontuação 1-2 (Risco aumentado): Nova triagem semanal do paciente, se o paciente tem uma cirurgia de grande porte marcada, considere um plano de cuidados nutricionais preventivo.			
( ) Pontuação ≥3 (Risco alto): Um plano de cuidados nutricionais é iniciado.			
<b>OBSERVAÇÃO:</b>			

OBS<sub>1</sub>: Pacientes sem risco e risco aumentado (verdes) não tem acompanhamento diário, realizar nova triagem semanal.  
OBS<sub>2</sub>: Todos os pacientes com risco alto (vermelho) devem ser acompanhados diariamente e elaborado um plano de cuidados nutricional.

Nutricionista responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 36 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

## ANEXO 2: DIAGNÓSTICOS DE NUTRIÇÃO

### PADRONIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE NUTRIÇÃO – CLÍNICA CIRÚRGICA

INGESTÃO – IN	CÓDIGO
<i>Problemas relacionados à ingestão de energia, nutrientes, líquidos e substâncias bioativas por via oral, sonda e parenteral.</i>	
<b>Balanco Energético (IN-1)</b>	
<i>Mudanças no balanço energético (kcal) real ou estimado.</i>	
Aumento do gasto energético	IN-1.1
O Ingestão inadequada de energia	IN-1.2
Ingestão excessiva de energia	IN-1.3
Ingestão insuficiente da energia estimada	IN-1.4
Ingestão excessiva da energia estimada	IN-1.5
<b>Ingestão Oral por Sonda ou Parenteral (IN-2)</b>	
<i>Ingestão de alimento e bebida real ou estimada pela via oral, sonda ou parenteral, comparada com o objetivo do paciente/cliente.</i>	
Ingestão oral inadequada	IN-2.1
Ingestão oral excessiva	IN-2.2
Infusão inadequada de nutrição via sonda	IN-2.3
Infusão excessiva de nutrição via sonda	IN-2.4
Composição da nutrição via sonda em desacordo com as necessidades	IN-2.5
Administração de nutrição via sonda em desacordo com as necessidades	IN-2.6
Infusão inadequada de nutrição parenteral	IN-2.7
Infusão excessiva de nutrição parenteral	IN-2.8
Composição de nutrição parenteral em desacordo com as necessidades	IN-2.9
Administração de nutrição parenteral em desacordo com as necessidades	IN-2.10
Aceitação limitada aos alimentos	IN-2.11
<b>Ingestão de Líquidos (IN-3)</b>	
<i>Ingestão de líquidos real ou estimada, comparada com o objetivo do paciente.</i>	
Ingestão inadequada de líquidos	IN-3.1
Ingestão excessiva de líquidos	IN-3.2
<b>Balanco de Nutrientes (IN-5)</b>	
<i>Ingestão de grupos específicos de nutrientes ou nutriente único, real ou estimada, comparada aos níveis desejados para o paciente.</i>	
Aumento das necessidades de nutrientes (especificar):	IN-5.1
Desnutrição	IN-5.2
Desnutrição relacionada à inanição	IN-5.2.1

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 37 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

	NUTRIÇÃO CLÍNICA - NC	CÓDIGO
Desnu	<i>Achados/problemas nutricionais identificados que estão relacionados a condições clínicas ou físicas.</i>	
Ingest	<b>Condição Funcional (NC-1)</b>	
Dimin	<i>Mudança no funcionamento físico ou mecânico que interfere ou impede os resultados nutricionais desejados.</i>	
Deseq	Dificuldade na deglutição	NC-1.1
Ingest	Dificuldade na mordedura/mastigação	NC-1.2
Ingest	Dificuldade na amamentação	NC-1.3
Ingest	Alteração na função GI	NC-1.4
Ingest	Dificuldade prevista na amamentação	NC-1.5
Ingest	<b>Condição Bioquímica (NC-2)</b>	
Ingest	<i>Mudança na capacidade de metabolizar nutrientes devido a medicamentos, cirurgia ou alteração nos valores laboratoriais.</i>	
Ingest	Alteração na utilização de nutrientes (especificar):	NC-2.1
(espec	Alteração nos valores laboratoriais relacionados a nutrição (especificar):	NC-2.2
Ingest	Interação fármaco-nutriente (especificar):	NC-2.3
Ingest	Interação fármaco-nutriente prevista (especificar):	NC-2.4
Ingest	<b>Condição do Peso Corporal (NC-3)</b>	
Ingest	<i>Condição crônica de peso ou alteração de peso, quando comparado com o usual ou o desejado</i>	
Ingest	Baixo peso	NC-3.1
Ingest	Perda de peso involuntária	NC-3.2
Ingest	Sobrepeso, adulto ou pediatria	NC-3.3.1
Ingest	Obesidade, pediatria	NC-3.3.2
A (1);	Ganho de peso involuntário	NC-3.4
Panto	Taxa de crescimento abaixo do esperado	NC-3.5
Ingest	Taxa de crescimento excessiva	NC-3.6
Ingest	<b>COMPORTAMENTO/AMBIENTE NUTRICIONAL - CN</b>	<b>CÓDIGO</b>
Ingest	<i>Achados/problemas nutricionais identificados que estão relacionados ao conhecimento, atitudes/crenças, ambiente físico, acesso aos alimentos ou segurança alimentar.</i>	
Cálcio	<b>Condição Funcional (CN-1)</b>	
Cobre	<i>Conhecimentos e crenças conforme relatados, observados ou documentados.</i>	
Ingest	Deficiência de conhecimento relacionado aos alimentos e à nutrição	CN-1.1
Ingest	Atitudes/crenças não comprovadas quanto aos alimentos ou tópicos relacionados à nutrição (uso com cautela)	CN-1.2
	Despreparo para mudança na dieta/estilo de vida	CN-1.3

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SAT.002 - Página 38 / 39	
Título do Documento	PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	Emissão: 07.11.2022 Versão: 1	Próxima revisão: 07.11.2022

Deficiência no automonitoramento	CN-1.4
Padrão alimentar desordenado	CN-1.5
Aderência limitada às recomendações relacionadas à nutrição	CN-1.6
Escolhas alimentares indesejáveis	CN-1.7

**Atividade Física e Função (CN-2)**

*Problemas na atividade física, autocuidado e qualidade de vida, conforme relatado, observado ou documentado.*

Inatividade física	CN-2.1
Excesso de atividade física	CN-2.2
Incapacidade de gerenciar o autocuidado	CN-2.3
Deficiência na qualidade de vida relacionada à nutrição	CN-2.5
Dificuldade na autoalimentação	CN-2.6

**Segurança Alimentar e Acesso aos Alimentos (CN-3)**

*Problemas em relação à segurança alimentar ou ao acesso ao alimento, água ou suprimentos relacionados.*

Ingestão não segura de alimentos	CN-3.1
Acesso limitado a alimentos ou água	CN-3.2
Acesso limitado a suprimentos relacionados à nutrição	CN-3.3

**OUTRO - OU**

*Achados nutricionais que não estão classificados como problemas de ingestão, nutrição clínica ou comportamento/ambiente*

Nenhum diagnóstico de nutrição no momento	OU-1.1
---	--------



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

## CERTIDÃO

Processo nº 23527.008997/2022-26

Interessado: @interessados\_virgula\_espaco@

Certidão de assinatura do Protocolo de Condutas Nutricionais em Cirurgias Ginecológicas (25992864)

<p><b>Elaboração</b></p> <p><b>Amanda Gabriela Araujo da Silva</b> Nutricionista / SIAPE 1036911</p> <p><b>Antônia Isabelly Monteiro dos Anjos</b> Nutricionista Residente / Mat.: 20214000556</p> <p><b>Ruty Eulália de Medeiros Eufrásio</b> Nutricionista e Responsável Técnica pela Unidade de Nutrição SIAPE 1925417</p>	<p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p>
<p><b>Revisão</b></p> <p><b>Ruty Eulália de Medeiros Eufrásio</b> Nutricionista e Responsável Técnica pela Unidade de Nutrição / SIAPE 1925417</p>	<p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p>
<p><b>Validação</b></p> <p>Nome: <b>Hérika Ferreira Batista Nunes</b> Cargo: Membro SGQVS</p>	<p><b>ASSINATURA ELETRÔNICA</b></p> <p><b>VIA SEI</b></p>

## Aprovação

Nome: **Hercilla Nara Confessor Ferreira**

Função: Chefe do Setor de Apoio Terapêutico

Nome: **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos**

Função: Gerente de Atenção à Saúde

**ASSINATURA  
ELETRÔNICA**

**VIA SEI**



Documento assinado eletronicamente por **Hercilla Nara Confessor Ferreira, Chefe de Setor**, em 01/12/2022, às 11:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ruty Eulália de Medeiros Eufrásio, Nutricionista**, em 13/12/2022, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Gabriela Araujo Da Silva, Nutricionista**, em 13/12/2022, às 17:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Herika Ferreira Batista Nunes, Técnico(a) em Enfermagem**, em 26/12/2022, às 09:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 26/01/2023, às 16:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **25992885** e o código CRC **ED4096B5**.

Referência: Processo nº 23527.008997/2022-26

SEI nº 25992885