



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página 1 de 11	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019 Versão: 2.0	Próxima revisão: 09/08/2021

## 1. OBJETIVO

Padronizar a triagem nutricional nos pacientes admitidos no HUPAA, visando à instituição de medidas de intervenção nutricional precocemente, a fim de planejar o cuidado nutricional adequado.

## 2. RESPONSÁVEL

Nutricionistas da Unidade de Nutrição Clínica (UNC).

## 3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Formulário de Triagem Nutricional;
- Balança digital;
- Fita métrica inelástica;
- Calculadora;
- Computador;

## 4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

### 4.1 Triagem Nutricional

- A triagem nutricional é realizada em todos os pacientes admitidos nas enfermarias citadas na aplicação deste documento, em até 72 horas após a sua admissão;
- O material necessário para a realização da triagem nutricional em adultos e idosos é o formulário da NRS 2002 (ANEXO A), em crianças e adolescentes é o STRONG KIDS (ANEXO B) e em pacientes oncológicos é a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente – ASG-PPP (ANEXO C);
- Responsável: nutricionista de cada setor;
- O resultado da triagem é disponibilizado no prontuário eletrônico de cada paciente, no sistema eletrônico MV portal;
- Registrar no sistema do prontuário eletrônico de acordo com o modelo de evolução padrão o resultado da triagem;
- Imprimir a evolução e anexar ao prontuário físico dos pacientes em cada clínica correspondente;
- De acordo com o resultado da triagem nutricional através da NRS 2002, realizam-se as

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página <b>2</b> de <b>11</b>	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019 Versão: 2.0	Próxima revisão: 09/08/2021

seguintes ações:

- Pacientes sem risco:
  - Realizar 1ª evolução com resultado da triagem de risco nutricional;
  - Repetir a triagem a cada 7- 10 dias;
  - Visitar o paciente a cada 3 dias ou conforme necessidade;
- Pacientes com risco:
  - Realizar avaliação nutricional (consultar POP nº 2);
  - Avaliar a necessidade de implantação de Terapia nutricional;
  - Realizar visita diária e evolução em prontuário eletrônico a cada 3 dias ou conforme necessidade;
- Realizar evolução diária em prontuário eletrônico nos pacientes em terapia nutricional e/ou em unidade de terapia intensiva (UTI), independente do risco nutricional;
- De acordo com o resultado do STRONG-KIDS, realizam-se as seguintes ações:
  - Pacientes baixo risco:
    - Realizar 1ª evolução com resultado da triagem de risco nutricional;
    - Repetir a triagem a cada 7- 10 dias;
    - Visitar o paciente à cada 3 dias ou conforme necessidade;
  - Pacientes com risco moderado/alto:
    - Realizar avaliação nutricional (consultar POP nº 2);
    - Avaliar a necessidade de implantação de Terapia nutricional;
    - Registrar evolução em prontuário eletrônico a cada 3 dias;
    - Realizar ao paciente a cada 3 dias;
- De acordo com o resultado da ASG-PPP, realizam-se as seguintes ações:
  - Pacientes bem nutridos:
    - Realizar 1ª evolução com resultado da triagem de risco nutricional;
    - Repetir a triagem a cada 7- 10 dias;
    - Visitar o paciente à cada 3 dias ou conforme necessidade;
  - Pacientes moderadamente/gravemente desnutrido:



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página <b>3</b> de <b>11</b>	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019 Versão: 2.0	Próxima revisão: 09/08/2021

- Realizar avaliação nutricional (consultar POP nº 2);
- Avaliar a necessidade de implantação de Terapia nutricional;
- Registrar evolução em prontuário eletrônico a cada 3 dias;
- Realizar ao paciente a cada 3 dias;
- Paciente interna na clínica da maternidade, consultar POP nº 9.

## 5. RECOMENDAÇÃO

- Aplicação nas seguintes clínicas: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, UTI geral, Pediatria e Clínica Oncológica.

## 6. AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADE

- Na impossibilidade da realização de triagem nutricional nos finais de semana, devido ao número reduzido de profissionais nutricionistas, deve-se sinalizar no mapa de pacientes da clínica na qual o paciente foi admitido para realização desta no próximo dia útil de assistência.

## 7. FLUXOGRAMA



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página <b>4</b> de <b>11</b>	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019	Próxima revisão: 09/08/2021
		Versão: 2.0	

## 8. REFERÊNCIAS

PROJETO DIRETRIZES, volume IX. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2011.



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página <b>5</b> de <b>11</b>	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019 Versão: 2.0	Próxima revisão: 09/08/2021

J. KONDRUP, S. P. ALLISON, M. ELIA, B. VELLAS, M. PLAUTH. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4): 415–421, 2003.

HULST JM, ZWART H, HOP WC, JOOSTEN KF. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. *Clinical Nutrition*, 29:106-11, 2010.

GONZALEZ MC, BORGES LR, SILVEIRA DH, ASSUNÇÃO MCF, ORLANDI SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. *Rev Bras Nutr Clin.*, 25(2):102-8, 2010.

## 9. APÊNDICE

- Não se aplica



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página 6 de 11	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019 Versão: 2.0	Próxima revisão: 09/08/2021

## 10. ANEXOS

### ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM NUTRICIONAL Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_

> 1ª etapa

	Sim	Não
1) O IMC é < 20,5 kg/m <sup>2</sup> ?		
2) O paciente perdeu peso nos últimos 3 meses?		
3) O paciente teve sua ingestão dietética reduzida na última semana?		
4) O paciente é gravemente doente (ex: em terapia intensiva?)		

Sim: Se a resposta for "sim" a qualquer pergunta, a tabela a seguir deverá ser utilizada.

Não: Se a resposta for "não" a todas as perguntas, o paciente deverá ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar plano de cuidado nutricional preventivo para evitar riscos associados.

> 2ª etapa

Estado Nutricional Prejudicado		Gravidade da Doença (aumento das necessidades)	
<b>Ausente</b> Escore 0	Estado Nutricional Normal	<b>Ausente</b> Escore 0	Necessidades nutricionais normais
<b>Leve</b> Escore 1	PP > 5% em 3 meses OU ingestão alimentar na última semana entre 50-75% das necessidades nutricionais.	<b>Leve</b> Escore 1	Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise, diabetes, oncologia. Paciente fraco, mas deambula.
<b>Moderado</b> Escore 2	PP > 5% em 2 meses OU IMC entre 18,5 – 20,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) OU ingestão alimentar na última semana entre 25-60% das necessidades nutricionais.	<b>Moderado</b> Escore 2	Cirurgia abdominal de grande porte, fraturas, AVC. Pneumonia grave, doença hematológica maligna (leucemia, linfoma). Paciente confinado ao leito.
<b>Grave</b> Escore 3	PP > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) OU IMC < 18,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) OU ingestão alimentar na última semana entre 0-25% das necessidades nutricionais.	<b>Grave</b> Escore 3	Traumatismo craniano, transplante de medula óssea, paciente em terapia intensiva (APACHE > 10).

Escore do estado nutricional: \_\_\_\_\_

Escore da gravidade da doença: \_\_\_\_\_

Classificação:
Escore total ≥ 3 pontos: risco nutricional
Escore < 3 pontos: sem risco nutricional. Paciente deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar plano de cuidado nutricional preventivo para evitar riscos associados.

Escore do estado nutricional + gravidade da doença: \_\_\_\_\_

Se o paciente tem 70 anos ou mais some um ponto no escore: \_\_\_\_\_ **Escore Total:** \_\_\_\_\_



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página <b>7</b> de <b>11</b>	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019 Versão: 2.0	Próxima revisão: 09/08/2021

## **ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM NUTRICIONAL – STRONG KIDS**

### **STRONG Kids – Screening Tools for Risk Of Nutritional and Growth**

Nome: \_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ D. Adm: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### **Parte 1. Perguntas a serem respondidas pelo profissional de saúde:**

- A criança apresenta algum sinal que sugere estado nutricional precário (avaliado por avaliação clínica subjetiva)\*?  
( ) Sim = 01 ponto ( ) Não = 00 pontos
- Existe alguma doença com risco de desnutrição ou previsão de cirurgia de grande porte?  
( ) Sim = 02 pontos ( ) Não = 00 pontos

#### **Parte 2. Perguntas a serem questionadas ao cuidador da criança:**

- Alguma destas situações está presente ?  
( ) Diarreia excessiva (> 5 episódios/dia) e/ou vômitos (> 3 episódios/dia)  
( ) Redução da ingestão oral nos últimos 5 dias  
( ) Intervenção nutricional pré-existente  
( ) Ingestão oral insuficiente por dor  
Sim = 01 ponto ( ) Não = 00 pontos
- Ocorreu perda ou ganho de peso insuficiente (em crianças menores de 1 ano) durante a última semana ou mês?  
( ) Sim = 1 ponto ( ) Não = 00 pontos

**Score total = \_\_\_\_\_**

**Classificação:** ( ) Alto risco: 4-5 pontos  
( ) Médio risco: 1-3 pontos  
( ) Baixo risco: 0 ponto



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página <b>8</b> de <b>11</b>	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019 Versão: 2.0	Próxima revisão: 09/08/2021

**Conduta:**

**Alto risco:** 4-5 pontos.

- Consultar especialista ou médico para diagnóstico clínico.
- Consultar médico e nutricionista para aconselhamento nutricional e acompanhamento.
- Avaliar prescrição de suplemento oral ou adequação da dieta via oral ou por outra via.
- Atendimento Integral.

**Médio risco:** 1-3 pontos.

- Considerar intervenção nutricional.
- Pesagem duas vezes por semana e avaliar risco nutricional uma vez por semana.
- Se necessário consultar médico ou especialista para diagnóstico.
- Atendimento Integral.

**Baixo risco:** 0 ponto.

- Nenhuma intervenção nutricional é necessária.
- Checar peso regularmente e avaliar risco nutricional semanalmente (ou de acordo com protocolo hospitalar).
- Atendimento Vigilância.

**\*Situações de Risco Nutricional:**

Anorexia nervosa  
Queimados  
Pneumopatias (bronquiolite, pneumonia, displasia broncopulmonar)  
Doença celíaca  
Fibrose cística  
Doença cardíaca crônica  
Doença infecciosa (AIDS, leishmaniose, varicela, síndrome pertussis, meningite, tuberculose)  
Prematuridade/imaturidade (corrigir idade para 6 meses)  
Câncer  
Doença hepática crônica  
Doença renal crônica  
Pancreatite  
Síndrome de má absorção intestinal  
Doença muscular  
Doença metabólica  
Trauma  
Doença neurológica (paralisia cerebral, epilepsia)  
Previsão de cirurgia de grande porte  
Farmacodermia  
Não especificado (classificado pelo médico)



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página <b>9</b> de <b>11</b>	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019	Próxima revisão: 09/08/2021
		Versão: 2.0	

### ANEXO C - AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PACIENTE (ASG-PPP)



**Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment**  
**[Avaliação Subjetiva Global – Preenchida Pelo Paciente]**  
PG-SGA

História: As caixas 1-4 foram feitas para serem completadas pelo paciente e são chamadas de versão PG-SGA Short Form.

<p><b>1. Peso:</b></p> <p>Resumindo meu peso atual e recente:</p> <p>Eu atualmente peso aproximadamente _____ kg Eu tenho aproximadamente 1 metro e _____ cm</p> <p>Há 1 mês eu costumava pesar _____ kg Há 6 meses atrás eu costumava pesar _____ kg</p> <p>Durante as <u>duas últimas semanas</u> o meu peso:</p> <p><input type="checkbox"/> diminuiu (1)    <input type="checkbox"/> ficou igual (0)    <input type="checkbox"/> aumentou (0)</p> <p style="text-align: right;">Caixa 1 <input type="checkbox"/> Indicar soma total (Ver formulário 1)</p>	<p><b>Identificação do paciente:</b></p> <hr/> <p><b>2. Ingestão alimentar:</b> Comparada com minha alimentação habitual, no <u>último mês</u>, eu tenho comido:</p> <p><input type="checkbox"/> a mesma coisa (0) <input type="checkbox"/> mais que o habitual (0) <input type="checkbox"/> menos que o habitual (1)</p> <p><u>Atualmente</u>, eu estou comendo:</p> <p><input type="checkbox"/> a mesma comida (sólida) em menor quantidade que o habitual (1) <input type="checkbox"/> a mesma comida (sólida) em pouca quantidade (2) <input type="checkbox"/> apenas alimentos líquidos (3) <input type="checkbox"/> apenas suplementos nutricionais (3) <input type="checkbox"/> muito pouca quantidade de qualquer alimento (4) <input type="checkbox"/> apenas alimentação por sonda ou pela veia (0)</p> <p style="text-align: right;">Caixa 2 <input type="checkbox"/> Indicar valor mais alto</p>
<p><b>3. Sintomas:</b> Durante as duas últimas semanas, eu tenho tido os seguintes problemas que me impedem de comer o suficiente (<u>marque todos os que estiver sentindo</u>):</p> <p><input type="checkbox"/> sem problemas para me alimentar (0) <input type="checkbox"/> sem apetite, apenas sem vontade de comer (3) <input type="checkbox"/> náuseas (enjoo) (1)    <input type="checkbox"/> vômitos (3) <input type="checkbox"/> obstipação (intestino preso) (1)    <input type="checkbox"/> diarreia (3) <input type="checkbox"/> feridas na boca (2)    <input type="checkbox"/> boca seca (1) <input type="checkbox"/> coisas têm gosto estranho ou não têm gosto (1)    <input type="checkbox"/> os cheiros me incomodam (1) <input type="checkbox"/> problemas para engolir (2)    <input type="checkbox"/> me sinto rapidamente satisfeito (1) <input type="checkbox"/> dor; onde? (3) _____    <input type="checkbox"/> cansaço (fadiga) (1) <input type="checkbox"/> outros*: (1) _____    <input type="checkbox"/> _____</p> <p><small>*ex. depressão, problemas dentários ou financeiros, etc.</small></p> <p style="text-align: right;">Caixa 3 <input type="checkbox"/> Indicar soma total</p>	<p><b>4. Atividades e função:</b></p> <p>No <u>último mês</u>, de um modo geral eu consideraria a minha atividade (função) como:</p> <p><input type="checkbox"/> normal, sem nenhuma limitação (0) <input type="checkbox"/> não totalmente normal, mas capaz de manter quase todas as atividades normais (1) <input type="checkbox"/> sem disposição para a maioria das coisas, mas ficando na cama ou na cadeira menos da metade do dia (2) <input type="checkbox"/> capaz de fazer pouca atividade e passando a maior parte do dia na cadeira ou na cama (3) <input type="checkbox"/> praticamente acamado, raramente fora da cama (4)</p> <p style="text-align: right;">Caixa 4 <input type="checkbox"/> Indicar valor mais alto</p>

O restante questionário será preenchido pelo seu nutricionista, médico ou enfermeiro. Muito obrigada!

Soma da pontuação das caixas 1 a 4

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página Página <b>10</b> de <b>11</b>	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019 Versão: 2.0	Próxima revisão: 09/08/2021

### 11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	10/03/2015	Denize Pereira Verçosa	Institui o Procedimento Operacional Padrão de Triagem Nutricional.
2	09/07/2019	Denize Pereira Verçosa Elyssia Karine Nunes Mendonça Ramires Janatar Stella Vasconcelos de Melo Me Mpomo Larissa de Oliveira Soares Ronaldo de Oliveira Coimbra Andréa Costa Morais Amaral	Atualização referente ao Procedimento Operacional Padrão de Triagem Nutricional.



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO / ROTINA</b>	POP.UNC.001- Página <b>11</b> de <b>11</b>	
Título do Documento	<b>Triagem Nutricional</b>	Emissão: 09/07/2019 Versão: 2.0	Próxima revisão: 09/08/2021

<b>Elaboração:</b> Elyssia Karine Nunes Mendonça Ramires Nutricionista  Janatar Stella Vasconcelos de Melo Me Mpomo Nutricionista	Data: 09/07/2019
<b>Análise:</b> Celina de Azevedo Dias Nutricionista	Data: ____/____/____
<b>Validação:</b> Dilma Teixeira de Oliveira Canuto Chefe do Setor de Gestão da Qualidade, Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	Data: ____/____/____  Data: ____/____/____
<b>Aprovação:</b> Celina de Azevedo Dias Chefe da Unidade de Nutrição Clínica	Data: ____/____/____