

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 1/36</p>

PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA

(ADULTO E IDOSO)

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 2/36</p>

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
2. OBJETIVO
3. CAMPO DE APLICAÇÃO
4. INTRODUÇÃO
5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO
6. CONDUTA PREVENTIVA
7. CONDUTA
8. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO
9. ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES ENERGÉTICAS
10. MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS GASTROINTESTINAIS
11. TRIAGEM NUTRICIONAL (NRS,2002)

ANEXOS

01. ESCALA DE URINA
02. ESCALA DE BISTROL
03. QUESTIONÁRIO SARC-F
04. FATORES QUE INFLUENCIAM A DIETA HOSPITALAR
05. AVALIAÇÃO DE INGESTÃO ALIMENTAR E SUPLEMENTOS
06. CONDUTA A RESPEITO DA BAIXA ACEITAÇÃO
07. INDICAÇÃO DE TNE

FLUXOGRAMAS

01. MANEJO DE DIARREIA
02. MANEJO DE CONSTIPAÇÃO
03. MANEJO DE RESÍDUO GÁSTRICO ELEVADO

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

01. DADOS ESTÁTISTICOS COLETADOS APÓS ATENDIMENTO
02. DIETAS PRESCRITAS X INFUNDIDAS

DIETAS ESPECÍFICAS DE ACORDO COM O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ACORDO ENTRE SETORES

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 3/36</p>

1. APRESENTAÇÃO

A desnutrição, frequente em pacientes hospitalizados, deve ser prevenida e tratada, pois o estado nutricional prejudicado aumenta o risco de complicações e piora a evolução clínica dos pacientes. Portanto, a terapia nutricional (TN) constitui parte integral do cuidado ao paciente. A equipe de enfermagem tem um papel fundamental não somente na administração da TN e na sua monitorização, mas também na identificação de pacientes que apresentam risco nutricional.

A terapia nutricional é definida como o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente. A nutrição enteral (NE) é o método de escolha para oferecer suporte nutricional a pacientes que têm trato gastrointestinal funcional, mas não conseguem manter ingestão oral adequada. Pode ser administrada por sonda ou por via oral.

2. OBJETIVO

Normatizar o atendimento de Triagem Nutricional, assegurando que a avaliação esteja dentro dos padrões de qualidade exigidos, em conformidade com as diretrizes da legislação vigente.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO

O presente protocolo aplica-se ao setor de nutrição enteral e as unidades assistenciais.

4. INTRODUÇÃO

O setor de nutrição destina-se à preparação de fórmulas de nutrição enteral: alimentos para fins especiais, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso de sondas ou via oral, industrializada, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes, conforme suas necessidades nutricionais.

Paciente crítico ou paciente grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, pacientes críticos normalmente encontram-se em estado hipermetabólico em consequência do trauma, sepse ou outro quadro de gravidade, exigindo uma intervenção precoce e justificando a necessidade de uma triagem nutricional logo na admissão.

A identificação de pacientes desnutridos ou em risco nutricional permite um acompanhamento intensivo pela equipe de nutrição e adequação da terapia às necessidades do paciente para prevenir ou minimizar os impactos da desnutrição.

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) publicado em 2001 mostrou que a prevalência de desnutrição nos pacientes hospitalizados era de 48,1%, sendo que 12,6% apresentavam desnutrição grave. Uma recente revisão sistemática revelou prevalência de desnutrição em pacientes de hospitais latino-americanos de 40 a 60% no momento da admissão, com vários estudos mostrando o aumento desta prevalência durante a internação.

A inflamação sistêmica interfere no metabolismo dos nutrientes, eleva o gasto energético de

 <p>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 4/36</p>

repouso e aumenta o catabolismo muscular. Pacientes em risco nutricional ou já desnutridos tem mais chance de apresentar aumento de tempo e do custo da internação, maior número de complicações e aumento no risco de mortalidade.

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A Triage de Risco Nutricional e a avaliação nutricional completa deverão ser realizadas em até 48 horas da admissão do paciente.

Para a triagem de risco nutricional utilizaremos o protocolo NRS 2002 (*Nutricional Risk Screening*), que compreende a avaliação da perda ponderal, o índice de massa corporal (IMC), o percentual da ingestão energética da dieta e a gravidade da doença. Os pacientes serão classificados em risco nutricional quando obtiverem um somatório maior ou igual a 3 pontos e serão classificados sem risco nutricional quando o somatório for menor que 3 pontos.

Compreende a avaliação da perda ponderal, da redução da ingestão alimentar, da perda de massa magra, da gordura corporal, presença de edema e redução da força do aperto de mão, o GLIM compreende avaliação da perda ponderal, índice de massa corporal, redução da massa magra, redução da ingestão alimentar, presença de distúrbios disabsortivos e inflamação. Os pacientes deverão ser reavaliados a cada 7 a 10 dias.

A avaliação antropométrica engloba aferição ou estimativa do peso atual, da estatura, da circunferência do braço (CB) e circunferência da panturrilha (CP). O peso poderá ser aferido em balança antropométrica ou maca balança. Na impossibilidade de aferição do peso, pode-se estimá-lo pelo IMC visual. Informações relativas ao peso usual deverão ser coletadas para estimativa da perda ponderal recente. A estatura poderá ser recumbente ou estimada pela medida da altura do joelho ou envergadura do braço.

6. CONDUTA PREVENTIVA

Para pacientes com risco de síndrome de realimentação:

A) Em pacientes que são severamente desnutridos ou estavam em jejum antes da admissão, alertar a equipe médica quanto ao risco e sugerir dosagem dos eletrólitos (potássio, fósforo e magnésio) antes do início da terapia nutricional.

B) Em pacientes com hipofosfatemia ($<0,65\text{mmol/L}$ ou uma redução $>0,16\text{mmol/L}$), os eletrólitos devem ser aferidos de duas a três vezes por dia e suplementado, se necessário.

C) A terapia nutricional deverá ser realizada com cautela e progressivamente. A oferta calórica deve ser restrita por 48 horas para posterior progressão.

Para pacientes com alimentação por via oral:

A) Baixo consumo alimentar: monitorar a aceitação da dieta oral e adequação às necessidades nutricionais para prevenção da desnutrição ou agravamento do quadro. Utilizar a ficha de avaliação

	GESTÃO DA QUALIDADE	
TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA		Código: UPA.NUT.PRO 001
SETOR: NUTRIÇÃO		Revisão: 001 Página: 5/36
	Data de elaboração: 06/2023	Data de revisão: 04/2025

do consumo alimentar diariamente (Anexo 05). Se a adequação às necessidades nutricionais for inferior a 60%, iniciar terapia nutricional oral (suplemento oral) ou enteral,

B) Broncoaspiração em pacientes realimentados após intubação prolongada (>48horas) e pacientes com risco de disfagia: adequar a consistência da dieta conforme o nível de consciência do paciente e condição clínica individual e avaliar a necessidade de uso de espessante. Nessas situações, são considerados pacientes de risco aqueles com idade superior a 70 anos e os pacientes neurológicos. A detecção do risco de disfagia é atribuição da equipe multiprofissional. Deve-se verificar e ter cautela ao iniciar alimentação por via oral nos pacientes com tosse fraca, engasgos e dispnéia. Os pacientes com disfagia nos quais a alimentação oral seja insegura devem ser alimentados por via enteral, e em alguns casos com maior risco de aspiração, o posicionamento pós-pilórico da sonda deve ser considerado.

Para pacientes com alimentação por via enteral:

A) Broncoaspiração: elevar a cabeceira do leito de 30 a 45°; controlar o volume e gotejamento da dieta enteral, preferencialmente com a utilização de bomba de infusão; interromper a infusão da dieta em horários destinados para banho (conscientizar a equipe para realizar procedimentos que demandem cabeceira baixa no horário de pausa da dieta).

B) Intercorrências gastrointestinais: controlar o gotejamento da dieta enteral, preferencialmente com a utilização de bomba de infusão para prevenção da diarreia; avaliar a inclusão de fibras, probióticos e ajustar a oferta hídrica em acordo com a equipe médica para promover adequado funcionamento intestinal.

C) Controle de resíduo gástrico: monitorar volume residual gástrico apenas após ocorrência de vômitos e/ou distensão abdominal. Não considerar vômitos em baixo volume ocasionados por manipulação do tubo oro-traqueal ou movimentação do paciente durante o banho ou outros procedimentos. Discutir entre a equipe multiprofissional a indicação de procinéticos padronizados na UPA.

D) Hiperalimentação, síndrome de realimentação e distúrbios hidroeletrólíticos: atingir a meta calórica no período preconizado e conforme a gravidade do caso. Considerar a oferta calórica não intencional (soro glicosado, propofol).

7. CONDUTA

O nutricionista deverá seguir as seguintes etapas da assistência nutricional: Realizar a triagem e/ou avaliação nutricional do paciente. Definir as necessidades nutricionais: utilizar a calorimetria

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
		<p>Revisão: 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>	<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>
		<p>Página: 6/36</p>

indireta quando disponível para quantificar a necessidade energética ou utilizar a regra de bolso para estimar necessidades de caloria e proteína.

Verificar a viabilidade do TGI e ausência das seguintes contraindicações para o início da TNE;

- A) HDA;
- B) Volume residual gástrico acima de 500ml nas últimas 06 horas ou vômitos incoercíveis;
- C) Isquemia intestinal;
- D) Fístula intestinal de alto débito;
- E) Síndrome compartimental abdominal: valores de pressão intrabdominal (PIA) acima de 20mmHg associados com pelo menos uma disfunção orgânica.

Verificar a presença de outros fatores que contraindiquem o início da TN;

- A) Pacientes hemodinamicamente instáveis na fase de ressucitação volêmica;
- B) Pacientes hipotensos (pressão arterial média < 60 mmHg);
- C) Pacientes que estão iniciando o uso de DVA ou naqueles com doses crescentes das drogas em especial: noradrenalina, vasopressina e adrenalina ou com doses de noradrenalina acima de 1mcg/kg/min.
- D) Pacientes com acidose metabólica traduzida por $\text{ph} < 7,25$ ou com hiperlactatemia persistente (lactato > 2,2 mmol/L).

Prescrever a terapia nutricional: após a definição da via de alimentação pelo médico assistente, realizar/elaborar a prescrição dietética via oral ou enteral, conforme as necessidades individuais;

- Dieta via oral: paciente deve receber até 5 refeições diárias, de consistência e características individualizadas.

- Terapia Nutricional Enteral: iniciar a dieta enteral preferencialmente nas primeiras 24 horas de internação e progredir até atingir 15 a 20kcal/kg em até 72 horas ou conforme tolerância do paciente; já no desmame da SNE avaliar se o paciente esta comendo até 60% do ofertado.

- Terapia Nutricional Parenteral: sugerir a composição da nutrição parenteral, conforme as necessidades nutricionais do paciente e os insumos disponíveis no serviço.

Realizar o monitoramento diário do paciente: acompanhamento nutricional diário da evolução e possíveis intercorrências, como por exemplo, intercorrências gastrointestinais (vômitos, diarreia, constipação, distensão abdominal, volume residual gástrico elevado), distúrbios eletrolíticos, distúrbios de glicemia; monitoramento da oferta da terapia nutricional, adequação da oferta ao prescrito, exames bioquímicos, balanço nitrogenado, reavaliação nutricional, aceitação da dieta via oral e/ou do suplemento;

Realizar visitas diária aos pacientes: coletar dados de sinais vitais, balanço hídrico das últimas 24 horas, incluindo oferta da terapia nutricional, uso de drogas vasoativas, funcionamento

 <p>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 7/36</p>

gastrointestinal, glicemia capilar. Os dados referentes à história clínica, a assistência nutricional e monitoramento deverão ser lançados no sistema eletrônico (CELK), além da ficha física no prontuário.

Registrar em prontuário diariamente: evolução clínica, presença de intercorrências, oferta e tolerância à dieta, prescrição dietoterápica, registro das triagens, avaliação nutricional e reavaliações, registro das orientações de alta para a continuidade do tratamento.

A **rotina diária** do nutricionista, consiste em:

- a) Coletar informações no prontuário sobre a evolução clínica e verificar a presença de intercorrências dos pacientes avaliados em visita a beira leito;
- b) Discutir os casos clínicos com a equipe multiprofissional;
- c) Definir conduta nutricional:
 - Atualizar com as copeiras as informações relacionadas à dieta via oral e enteral;
 - Informar a equipe médica quanto a inadequação da ingestão e/ou intolerância da via oral ou enteral ou adequação da formulação de acordo com as necessidades nutricionais;
- d) Realizar a triagem e avaliação nutricional dos pacientes admitidos;
- e) Realizar reavaliação nutricional dos pacientes triados;
- f) Registrar em prontuário a evolução nutricional diária e a avaliação/reavaliação nutricional dos pacientes triados;
- g) Participar da visita multiprofissional;
- h) Preencher planilha de indicadores de qualidade;
- i) Coletar informações relevantes para a avaliação e conduta nutricional dos pacientes, informar os familiares quanto à terapia nutricional, estar à disposição para sanar dúvidas e estimular a participação ativa destes na recuperação nutricional do paciente;
- j) Registrar intercorrências e a programação da evolução da conduta nutricional visando a continuidade do tratamento pelo próximo plantonista.

A avaliação clínica e as características individuais dos pacientes devem ser consideradas para a definição da conduta nutricional e são soberanas sobre as recomendações deste protocolo, mesmo este sendo baseado em evidências científicas.

8. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

A terapia nutricional deve ser iniciada precocemente, nas primeiras 24 horas de internação, após a estimativa das necessidades nutricionais e avaliação do risco de síndrome de realimentação.

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 8/36</p>

Orientações Gerais para o Manejo das Complicações

Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar metade da dieta enteral e reduzir a velocidade de infusão. • Entrar em contato com médico ou nutricionista, caso persista. • Administrar dieta em temperatura ambiente. • Remover da dieta componentes não tolerados.
Obstipação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar água após a dieta e usar laxantes sob recomendação de médico ou nutricionista. • Utilizar fibras.
Náuseas e vômitos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar com médico ou enfermeiro a posição correta da sonda. • Manter o paciente em posição de 45° durante a administração da nutrição enteral. • Administrar a dieta lentamente e certificar-se quanto ao esvaziamento gástrico através da aferição do resíduo gástrico. • Administrar a dieta à temperatura ambiente. • Diminuir a oferta de líquidos.
Refluxo	<ul style="list-style-type: none"> • Suspender dieta até identificar a causa do refluxo. • Elevar cabeceira a 30° ou mais. • Administrar a dieta lentamente e certificar-se quanto ao esvaziamento gástrico através da aferição do resíduo gástrico. • Diminuir a oferta de líquidos.
Distensão e dor abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir o volume de dieta infundido e evitar dieta e/ou alimentos com lactose e sacarose.
Broncoaspiração	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar o paciente a mais que 30° ou deixá-lo em pé, mesmo que a dieta enteral tenha acabado. • Dirigir-se a uma unidade de pronto atendimento.
Resíduo gástrico	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a sonda for intragástrica, aspirar o resíduo gástrico com auxílio de uma seringa, antes de cada etapa de administração da dieta. • Se o volume do resíduo gástrico for superior a 200mL contatar médico ou nutricionista responsável.
Saída da sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Contatar o médico ou enfermeiro responsável. A sonda deve ser repassada por uma pessoa capacitada. Nunca tentar fazer este procedimento sem a ajuda de um profissional de saúde.

Fonte: Adaptado de Alves, Barone e Waitzberg e Arribas et al.

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 9/36</p>

9. ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES ENERGÉTICAS:

Estimativa das necessidades calóricas:

- Quando possível, estimar com calorimetria indireta;
- Ofertar 15 a 20 kcal/kg de peso atual/dia nos primeiros 3 dias após a injúria;
- Ofertar 20 a 30 kcal/kg de peso/dia a partir do 4º dia;
- o Quanto maior a gravidade do paciente, menor deve ser a oferta calórica (20kcal/kg);
- o À medida em que o paciente inicia a recuperação, aumentar progressivamente a oferta, até atingir 30 kcal/kg/dia;
- o Para pacientes em recuperação, a oferta calórica mínima deve ser de 25 kcal/kg;
- Pacientes obesos (IMC > 30): não exceder 60 – 70 % do gasto energético estimado pela calorimetria indireta. Quando não disponível, estimar necessidade calórica conforme descrito abaixo:
 - o 11 - 14 kcal / kg de peso atual para IMC 30 a 50 kg/m²;
 - o 22 - 25 kcal / kg de peso ideal para IMC > 50 kg/m². Considerar IMC 27,5 kg/m² para cálculo do peso ideal.

Quanto ao teor de macronutrientes, as dietas enterais podem ser classificadas em hipo, normo ou hiper proteica, lipídica ou glicídica, conforme o percentual desses macronutrientes em relação ao Valor Energético Total (VET).

	Proteica	Lipídica	Glicídica
Hipo	< 10%	< 15%	< 50%
Normo	10 a 20%	15 a 35%	50 a 60%
Hiper	> 20%	> 35%	> 60%

Os percentuais correspondem a distribuição do valor energético total. Fonte: Brasil e David et al.

Conteúdo de água nas dietas enterais industrializadas.

Densidade energética (Kcal/mL)	Conteúdo de Água (mL/1000mL)	Conteúdo de Água (%)
1,0 a 1,2	800-860	80-86
1,5	760-780	76-78
2,0	690-710	69-71

Fonte: Vasconcelos e Rocha et al.

É importante atentar para alguns cuidados com a água administrada em nutrição enteral. Ela deve atender aos padrões de potabilidade, ser filtrada, estar em temperatura ambiente e ter segurança microbiológica. Além disso, é necessário programar a quantidade de água administrada por dia, calculando-se previamente a necessidade hídrica do paciente. De acordo com Coppini et al. (2011), essa necessidade é de 30 a 40 mL/Kg/dia ou de 1,0 a 1,5 mL/Kcal de dieta enteral recebida por dia, considerando que os pacientes adultos estão com funções renal e

 <p>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 10/36</p>

cardíaca normais. Após esse cálculo, deve-se atentar para a quantidade de água já veiculada pela dieta industrializada e posteriormente realizar a subtração, evitando, assim, uma oferta excessiva de água.

Estimativa das necessidades proteicas:

- Ofertar de 1,5 a 2,0 g/kg de peso atual e pode ser aumentada em pacientes com grandes queimados, com politraumatismo, em hemodiálise contínua, peritoneostomia, grandes cirurgias ou outras situações;
- Para atingir as metas proteicas, geralmente faz-se necessário a utilização de módulo de proteína;
- Presença de insuficiência renal aguda, crônica agudizada ou insuficiência hepática não muda esta indicação.
- Obesos:
 - o IMC 30 - 40: fornecer $\geq 2,0$ g / kg de peso ideal;
 - o IMC ≥ 40 : fornecer $\geq 2,5$ g / kg de peso ideal.
 - o Considerar IMC 27,5 kg/m² para cálculo do peso ideal.

Micronutrientes:

- Os pacientes com demanda metabólica elevada ou que recebem uma quantidade inferior a 2000kcal/dia de fórmula enteral deverão ser avaliados quanto à adequação do fornecimento dos micronutrientes e possíveis deficiências que deverão ser corrigidas.

Fibras:

- Considerar a prescrição de 10 a 20 g/dia de fibras solúveis nos pacientes hemodinamicamente estáveis para manutenção da microbiota e promoção da saúde intestinal.
- Evitar fibras solúveis e insolúveis nos pacientes com risco de isquemia intestinal (avaliar dose prescrita de drogas vasoativas) ou dismotilidade importante.

Probióticos:

- O uso pode ser indicado para pacientes selecionados desde que não estejam imunossuprimidos, em pós-operatório recente com anastomose intestinal, cirurgia de vias biliares e pancreática, isquemia intestinal, doenças hematológicas e reumatológicas (populações excluídas dos estudos).
- Não há consenso para a prescrição da dose e tipos de cepas.
- Não há consenso quanto ao uso de probióticos nos casos de pancreatite aguda, com estudo mostrando aumento de mortalidade.

Glutamina:

 <p>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 11/36</p>

- Não é recomendado o uso de glutamina enteral ou parenteral rotineiramente em pacientes críticos;
 - Em pacientes traumatizados, o uso de glutamina enteral pode ser considerado, numa quantidade de 0,2 a 0,3 g/kg de peso atual nos primeiros 5 dias. No caso de cicatrização prejudicada de feridas, ela pode ser administrada por um período de 10 a 15 dias.
 - Em pacientes queimados, com a área de superfície corporal queimada acima de 20%, pode ser considerado o uso de glutamina enteral, numa quantidade de 0,3 a 0,5 g/kg de peso atual por um período de 10 a 15 dias.

Dieta imunomoduladora:

- Não é recomendado o uso de dieta imunomoduladora rotineiramente em pacientes críticos.
- A prescrição de dieta imunomoduladora em pacientes sépticos deve ser evitada.
- Em pacientes cirúrgicos hemodinamicamente estáveis em pós-operatório de grandes cirurgias por câncer e pós trauma crânio-encefálico, a utilização de fórmulas enterais contendo arginina, ácido eicosapentaenóico (EPA), ácido docosahexaenóico (DHA) e nucleotídeos pode ser considerada.

10. MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS GASTROINTESTINAIS:

Diarreia: definida como mais de 3 (três) episódios de evacuações líquidas ou a excreção de mais de 500 ml por dia de fezes líquidas.

Constipação: definida como ausência de eliminação de fezes durante 3 dias, sensação de esvaziamento retal incompleto, fezes endurecidas, esforço para eliminar fezes e necessidade de toque para esvaziamento retal. No entanto, estes sinais podem ser difíceis de avaliar em pacientes críticos. Para pacientes críticos, utiliza-se o termo paralisia do trato gastrointestinal inferior que é a inabilidade de passagem de fezes devido ao peristaltismo prejudicado. Sinais clínicos incluem ausência de passagem de fezes por três ou mais dias consecutivos sem obstrução mecânica. Ruídos hidroaéreos podem ou não estar presentes. Alertar a equipe médica quanto à ausência de evacuação a partir do 3º dia. Sugerir o início da administração de laxantes, preferencialmente osmóticos, como por exemplo, o óleo mineral e a lactulose.

Resíduo gástrico elevado: definido como resíduo gástrico superior a 500 ml no período de 6 horas. Na presença de distensão abdominal, regurgitação, broncoaspiração ou vômito sugerir à equipe a abertura da SNG para avaliação do volume residual gástrico.

O consumo energético: A desnutrição é resultado da inadequação da ingestão alimentar ou da má assimilação destes nutrientes. Assim, a ingestão recente comparada com a estimativa das necessidades é o critério primário para a definição da desnutrição. O nutricionista deve obter e

 <p>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 12/36</p>

revisar a ingestão e a história alimentar, estimar a necessidade kcal, comparar com a estimativa do consumo e reportar ingestão inadequada a partir do percentual de inadequação e o tempo em que isso ocorreu.

Interpretação da perda de peso: O nutricionista deve avaliar a perda de peso, considerando os achados clínicos de reservas de tecido, desidratação e hiperhidratação. A perda de peso deve ser registrada como percentual do peso usual durante um intervalo de tempo.

Gordura Corporal: Perda de gordura subcutânea, por exemplo, orbital, tríceps, intercostais.

Massa Muscular: Perda de massa muscular, por exemplo: músculo temporal, peitoral, deltóides, músculos intraósseos, quadríceps da coxa, panturrilha.

Acúmulo de Fluidos: O nutricionista pode avaliar fluidos generalizado ou localizado evidente no exame (edema vulvar, escrotal ou ascite). A perda de peso é frequentemente mascarada por fluidos generalizados (edema).

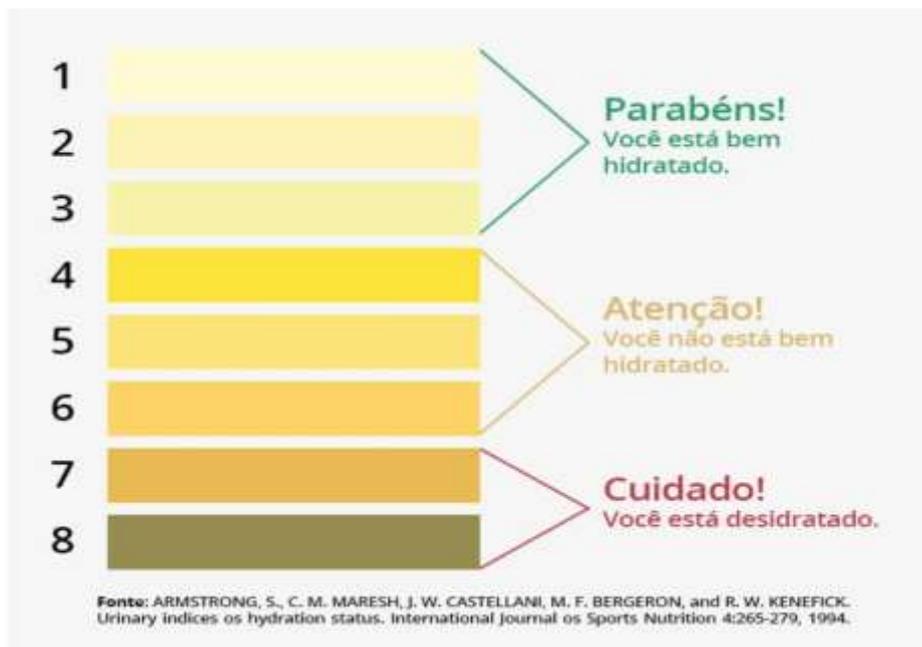
Redução da força do aperto de mão: Não será avaliado em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou sedados.

CÓPIA CONTROLADA UPA (MÁQUINA)

	GESTÃO DA QUALIDADE	
TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA		Código: UPA.NUT.PRO 001
SETOR: NUTRIÇÃO		Revisão: 001
Data de elaboração: 06/2023	Data de revisão: 04/2025	Página: 14/36

ANEXOS

ANEXO 01: ESCALA DE URINA



CÓPIA CONTROLADA

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001 Revisão: 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>	<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>
		<p>Página: 15/36</p>

ANEXO 2 : ESCALA DE BRISTOL

<p>TIPO 1 Caroços duros separados, como nozes.</p> 	<p>1 – Pedacos separados, duros como amendoim</p>
<p>TIPO 2 Na forma de salsicha mas com caroços.</p> 	<p>2 – Forma de salsicha, mas segmentada</p>
<p>TIPO 3 Na forma de salsicha ou cobra mas com rachas na superfície.</p> 	<p>3 - Forma de salsicha, mas com fendas na superfície</p>
<p>TIPO 4 Como uma salsicha ou cobra, regular e macio.</p> 	<p>4 – Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole</p>
<p>TIPO 5 Caroços moles com cantos bem demarcados.</p> 	<p>5 – Pedacos moles, mas com contorno nítidos</p>
<p>TIPO 6 Caroços moles com cantos rasgados.</p> 	<p>6 – Pedacos aerados, contornos esgarçados</p>
<p>TIPO 7 Totalmente líquido.</p> 	<p>7 – Aquosa, sem peças sólidas</p>

CÓPIA CONTROLADA

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001 Revisão: 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>	<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>
		<p>Página: 16/36</p>

ANEXO 3 : QUESTIONÁRIO SARC-F

Componente + Pergunta		Pontuação	
Força	O quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5kg?	Nenhuma	0
		Alguma	1
		Muita	2
		Não consegue	2
Ajuda para caminhar	O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?	Nenhuma	0
		Alguma	1
		Muita	2
		Usa apoios Incapaz	2
Levantar da cadeira	O quanto de dificuldade você tem para levantar de uma cama ou cadeira?	Nenhuma	0
		Alguma	1
		Muita	2
		Não consegue sem ajuda	2
Subir escadas	O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas de 10 degraus?	Nenhuma	0
		Alguma	1
		Muita	2
		Não consegue	2
Quedas	Quantas vezes você caiu no último ano?	Nenhuma	0
		1 a 3 quedas	1
		4 ou mais quedas	2
<p>Somatório (0 - 10 pontos) 0 - 5 : sem sinais sugestivos de sarcopenia no momento (<i>cogitar reavaliação periódica</i>) 6 - 10 : sugestivo de sarcopenia (<i>prosseguir com investigação e diagnóstico completo</i>)</p>			

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 17/36</p>

ANEXO 4 : FATORES QUE INFLUENCIAM A DIETA HOSPITALAR



 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 18/36</p>

ANEXO 5 : AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR E SUPLEMENTOS



CÓPIA CONTRA

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 19/36</p>

ANEXO 6 : CONDUTA A RESPEITO DA BAIXA ACEITAÇÃO ALIMENTAR



 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 20/36</p>

ANEXO 7: INDICAÇÃO DE TNE

Indicação	Exemplo
Paciente inconsciente ou com queda do nível de consciência	Trauma craniano, pacientes em ventilação mecânica
Disfagia neuromuscular	Pós-acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, doença do neurônio motor
Anorexia secundária	Câncer, sepse, doença hepática, HIV
Obstrução trato gastrointestinal superior	Tumor constrictivo orofaríngeo ou esofágico
Má absorção ou disfunção do trato gastrointestinal	Dismotilidade, doença inflamatória intestinal
Aumento da demanda nutricional	Fibrose cística, queimaduras
Distúrbios psiquiátricos	Depressão grave e anorexia nervosa
Tratamento específico	Doença inflamatória intestinal, neoplasia de cabeça e pescoço
Saúde mental	Quadros demenciais

Fonte: Nestle Health Science

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 21/36</p>

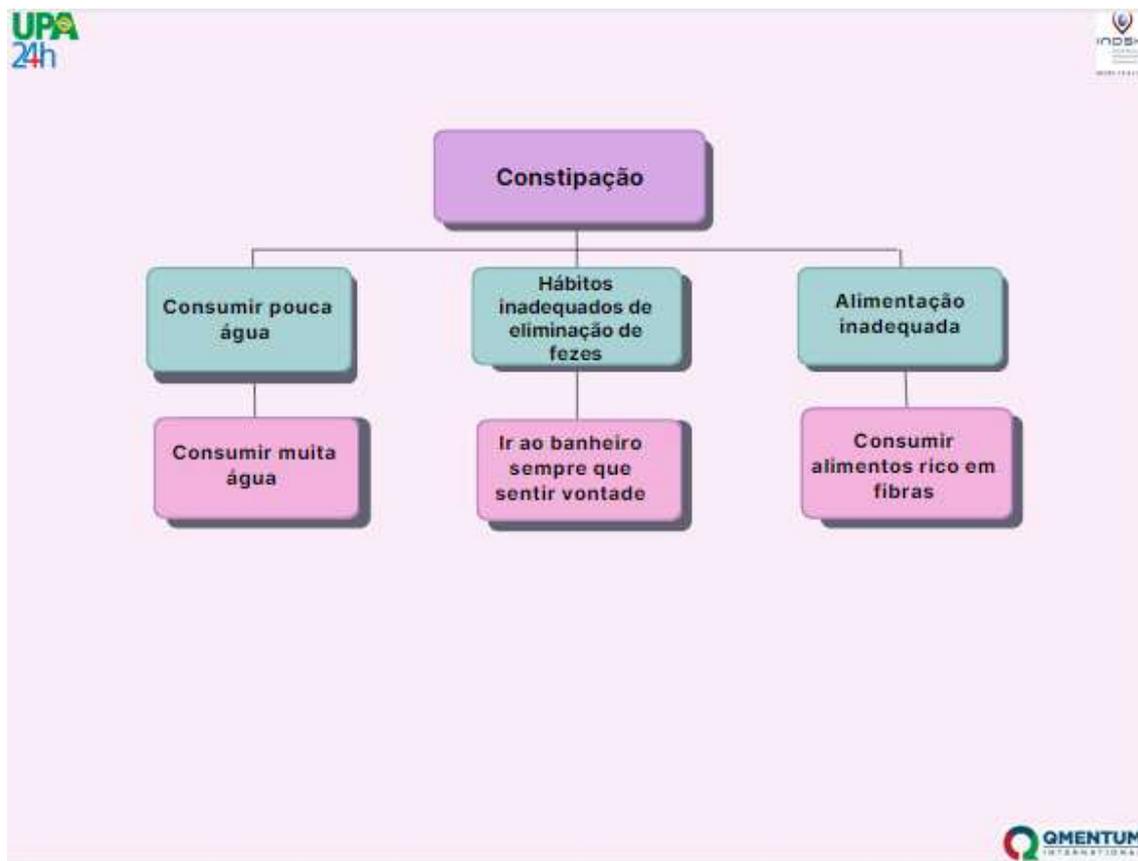
FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 01: MANEJO DE DIARREIA



 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 22/36</p>

FLUXOGRAMA 02: MANEJO DE CONSTIPAÇÃO



 <p>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 23/36</p>

ANEXO 3: MANEJO DE RESÍDUO GÁSTRICO ELEVADO



- Sempre manter cabeceira elevada entre 30 e 45°;
- Nutrição enteral deverá ser administrada de forma contínua, preferencialmente em bomba de infusão.
- Volume residual gástrico deve ser aferido **APENAS** quando o paciente apresentar algum sinal de intolerância, como: distensão abdominal, regurgitação, vômitos ou broncoaspiração ou no pós-operatório de cirurgia abdominal e/ou à critério médico.
- A verificação rotineira do resíduo gástrico não deve ser realizada em pacientes sem sinais de intolerância, pois prejudica o aporte nutricional e não há benefícios em relação a menor ocorrência de broncoaspiração, infecções, morbimortalidade.
- Em caso de repetição de volume residual gástrico acima de 500 ml, com uso de procinéticos, discutir com a equipe médica a passagem endoscópica da sonda enteral pós-pilórica.

 <p>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001 Revisão: 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>	<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>
<p>Página: 24/36</p>		

FICHA TÉCNICA PARA INDICADORES DE QUALIDADE

A - Frequência de realização de avaliação nutricional

Objetivo estratégico: Controle da realização de avaliação nutricional nas primeiras 48 horas de admissão na unidade de terapia intensiva.

Descrição: Realizar avaliação nutricional nas primeiras 48 horas de admissão na unidade de terapia intensiva.

Propósito/justificativa: Conhecer a incidência de desnutrição na admissão de pacientes hospitalizados.

Fórmula: Número de avaliações nutricionais em 48 horas dividido pelo número total de pacientes em internação no período X 100.

Unidade de medida: Porcentagem

Fonte dos dados: Ficha de acompanhamento/Prontuário eletrônico

Frequência: Mensal

Meta: >80%

Responsável pela informação: Nutricionista

Responsáveis pela tomada de decisão: EMTN

01. DADOS ESTATÍSTICOS COLETADOS APÓS ATENDIMENTO

ESTÁTISTICA DE ATENDIMENTO	DADOS	ABRIL
1. SEXO	F	
	M	
2. IDADE	18 A 60	
	IDOSOS	
3. ESTADO NUTRICIONAL	DESNUTRIÇÃO	
	EUTROFIA	
	SOBREPESO	
	OBESIDADE	
4. INTERNAÇÃO/MOTIVO	RESPIRATÓRIO	
	TVP	
	HEPATOPATA	
	RENAL	
	HAS	
	DM/CAD	
	UPP/LPP	

TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA

Código: UPA.NUT.PRO 001

Revisão: 001

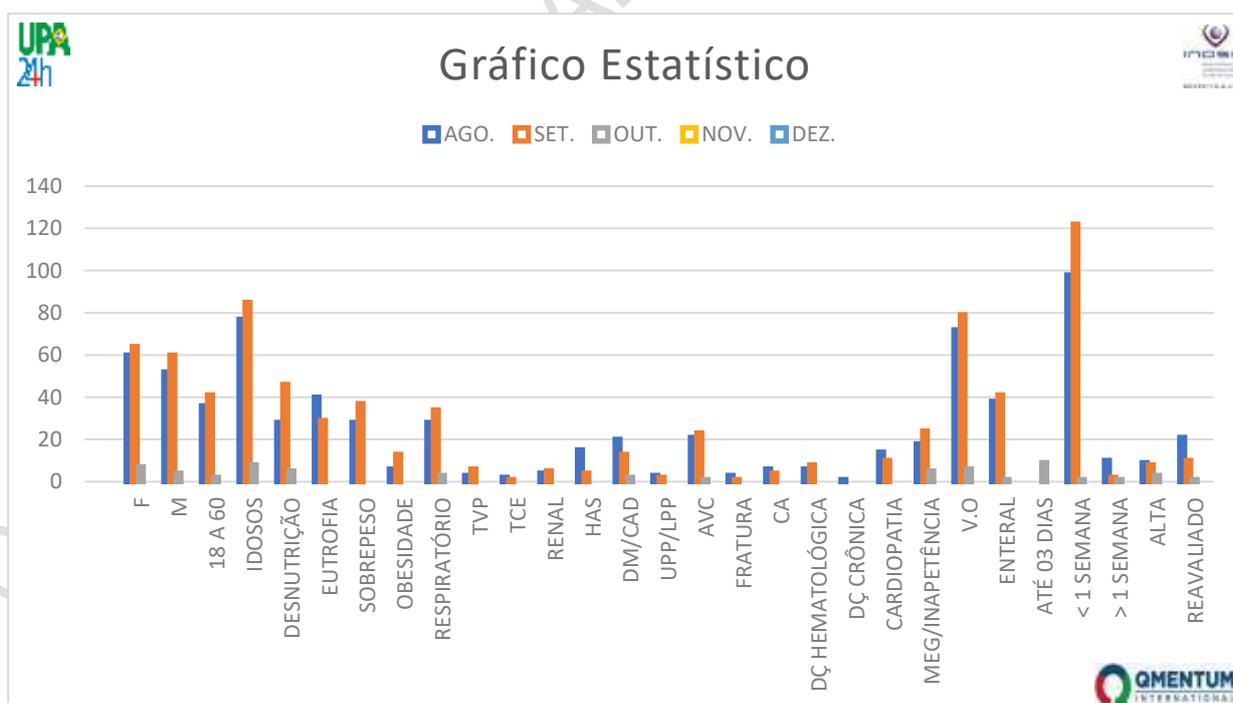
SETOR: NUTRIÇÃO

Data de elaboração: 06/2023

Data de revisão: 04/2025

Página: 25/36

	AVC	
	FRATURA	
	CA	
	DÇ HEMATOLÓGICA	
	DÇ CRÔNICA	
	CARDIOPATIA	
	MEG	
5. TERAPIA NUTRICIONAL	V.O	
	ENTERAL	
6. PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÃO	ATÉ 03 DIAS	
	< 1 SEMANA	
	> 1 SEMANA	
7. ALTA NUTRICIONAL/ORIENTAÇÃO	ALTA	
8. PACIENTE REAVALIADO	REAVALIADO	
9. RISCO NUTRICIONAL	SIM	
	NÃO	
10. NÍVEL DE RISCO NUTRICIONAL	PRIMÁRIO	
	SECUNDÁRIO	
	TERCIÁRIO	



TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA

Código: UPA.NUT.PRO 001

Revisão: 001

SETOR: NUTRIÇÃO

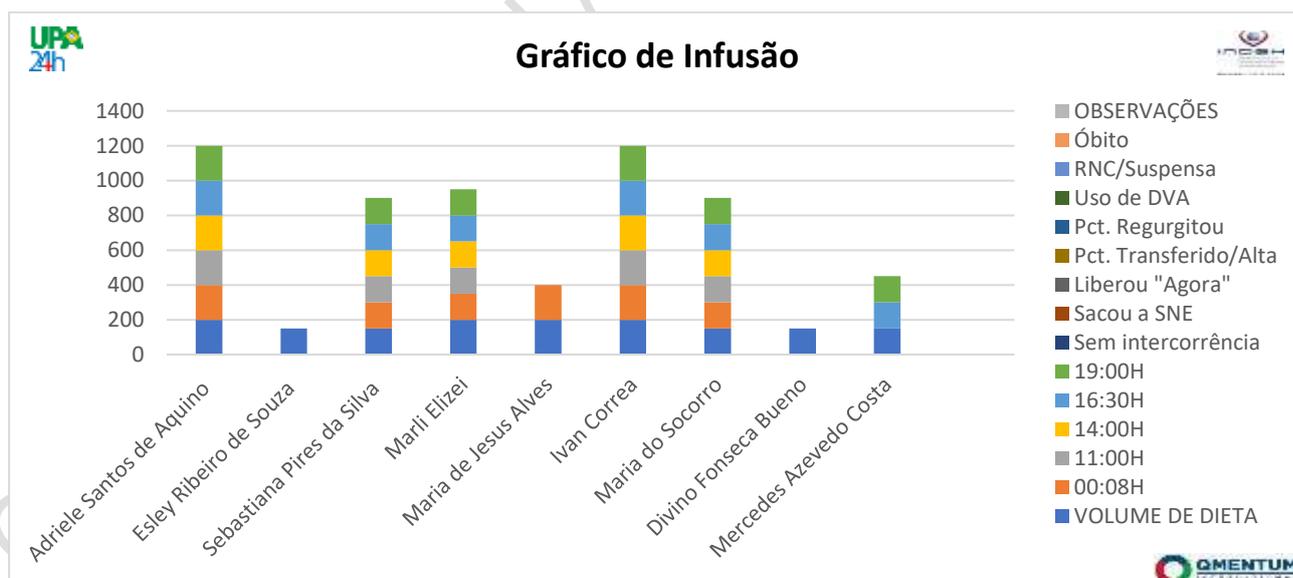
Data de elaboração: 06/2023

Data de revisão: 04/2025

Página: 26/36

02. DIETAS PRESCRITAS X DIETAS INFUNDIDAS

UPA DR. ALAIR MAFRA ANDRADE										SETOR DE NUTRIÇÃO						UPA 24h		OBSERVAÇÕES
DATA	LEITE	IDENTIFIC	DIETA ADM	VOLU	00:00	11:00	14:00	16:30	19:00	Sem	Sacou	Liberou	Pct.	Pct.	Uso de	RNC/Sus	Óbito	OBSERVAÇÕES
01/09/2023	M2 S.A	Inocência Ferreira dos Santos	Frecedin Exergy	200	200	200	200	200	200	X								
01/09/2023	F3 S.Y	Leiza Santos Cardoso Fleum	Monsievno GI Control	200	0	0	0	0	0				X					
01/09/2023	F2 S.Y	Francisco Flanengo Alves	Monsievno GI Control	200	0	0	0	0	0				X					
01/09/2023	M4 S.Y	Joemar Pires da Silva	Monsievno GI Control	150	0	0	0	0	0				X		X			
02/09/2023	M2 S.A	Inocência Ferreira dos Santos	Frecedin Exergy	200	200	200	200	200	200	X								
02/09/2023	M2 S.A	Maria Abadia de Deus	Monsievno GI Control	130	0	0	0	0	100			X						
02/09/2023	F S.V	Cecília Lemes de Deus	Monsievno GI Control	130	0	0	0	0	100			X	X					
03/09/2023	M2 S.A	Inocência Ferreira dos Santos	Frecedin Exergy	200	200	200	200	200	200	X								
03/09/2023	M2 S.A	Maria Abadia de Deus	Monsievno GI Control	130	130	130	130	130	130	X								
04/09/2023	M2 S.A	Inocência Ferreira dos Santos	Frecedin Exergy	200	200	200	200	200	200	X								
04/09/2023	M2 S.A	Maria Abadia de Deus	Monsievno GI Control	130	130	0	0	0	0		X							Tendo boa aceitação de Pastosa adaptada V/D
05/09/2023	M2 S.A	Inocência Ferreira dos Santos	Frecedin Exergy	200	200	200	0	200	200	X								Não correu a dieta do 14h, optaram por correte medicação.
05/09/2023	F4 S.Y	Cláudia Vargas dos Santos	Isomom 1.5	150	0	0	0	0	0									Agendando liberação médica/Confirmação de RCL



 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 27/36</p>

DIETAS ESPECÍFICAS DE ACORDO COM O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

1. Doenças Respiratórias
2. Acidente Vascular Cerebral (AVC)
3. Diabetes Mellitus (DM)
4. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
5. Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)
6. Diarreia
7. Constipação
8. Pancreatite
9. Hepatopatia
10. Doença Renal Crônica (DRC)
11. Doença Hematológica
12. Câncer
13. Cefaleia
14. Foco Urinário
15. Imunossupressão
16. Úlceras por Pressão

CÓPIA CONTROLADA UPA AMA INDSH

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 28/36</p>

1. Doenças Respiratórias	
Objetivo da TN	Controlar a doença, reduzir a frequência, a gravidade das exacerbações e melhorar a qualidade de vida.
Indicação da TN	Pacientes em risco nutricional e com desconforto respiratório.
Dieta	Deve-se oferecer ao paciente uma dieta enriquecida com lipídeos, como os ácidos graxos de cadeia curta, o ômega 3, sendo de consistência branda, pastosa e/ou líquida, não ofertar alimentos secos evitando uma possível broncoaspiração.

2. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	
Objetivo da TN	Consiste em desobstruir o vaso cerebral afetado, normalizando a circulação cerebral. Quanto mais rápido for iniciado, maiores chances de salvar os neurônios que estão em sofrimento o que diminui muito possíveis sequelas do AVC. Reaprender a comer é primordial, evitando dietas restritivas por período pre determinado.
Indicação da TN	Déficit focal ao exame neurológico, com ou sem distúrbio de consciência. Início súbito, agudo ou rapidamente progressivo.
Dieta	Hipossódica, hipoglicídica, evitar frituras e ultraprocessados. Avaliar a consistência em casos de sequelas.

3. Diabetes Mellitus (DM)	
Objetivo da TN	Fornecer uma dieta adequada em todos os nutrientes, para manter ou alcançar o controle metabólico da glicose e dos lipídios sanguíneos.
Indicação da TN	É uma doença crônica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não pode efetivamente utilizar a insulina que produz, ou seja, pacientes com diabetes do tipo 1 e 2. Critério: Glicemia de Jejum (mg/dL) <100 normal, de 100 a >125 pré diabético, ≥ 126 DM2.
Dieta	Deve ser incentivado o consumo de carboidratos com alta densidade de nutrientes, ricos em fibras e minimamente processados.

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>	<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>
		<p>Página: 29/36</p>

<p>4. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)</p>	
<p>Objetivo da TN</p>	<p>Diminuir a morbimortalidade de pacientes que apresentam risco cardiovascular elevado e a prevenção primária de AVC.</p>
<p>Indicação da TN</p>	<p>Quando a pressão arterial está igual ou acima de 140 mmHg a máxima, por 90 mmHg a mínima “14 por 9”.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Evite utilizar sal, temperos completos, temperos prontos, caldo de carne, galinha e de legumes. Evite alimentos gordurosos, fritos e empanados. Retire a gordura aparente das carnes e a pele do frango; prefira preparar os alimentos grelhados, cozidos ou assados.</p>

<p>5. Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)</p>	
<p>Objetivo da TN</p>	<p>Controle de peso e a restrição ao consumo de gordura e açúcar. Também é preciso reduzir o sal e a ingestão de líquidos.</p>
<p>Indicação da TN</p>	<p>Redução do fluxo sanguíneo, congestão de sangue nas veias e nos pulmões e/ou outras alterações que podem debilitar ou enrijecer ainda mais o coração.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Evitar consumo de refrigerantes e bebidas com muito sódio na composição. Dar preferência a refeições sólidas, ter controle da quantidade de líquidos ingeridos através de um copo medidor.</p>

<p>6. Diarreia</p>	
<p>Objetivo da TN</p>	<p>Diminuir o volume das fezes e prolongar o tempo de trânsito intestinal. Auxiliar no alívio dos sintomas da diarreia e prevenir as complicações, como a desidratação e a perda de peso.</p>
<p>Indicação da TN</p>	<p>Desarranjo do intestino com aumento do número de evacuações e fezes amolecidas ou líquidas. Na diarreia aguda ou crônica (tempo maior que duas semanas), durante a fase de manutenção.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Dieta obstipante, a manutenção é normal em todos os macronutrientes, pobre em fibras insolúveis, pobre em lactose e sacarose. São evitados alimentos flatulentos. Orientar a ingestão de mais líquidos que o habitual para prevenir a desidratação.</p>

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>	<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>
		<p>Página: 30/36</p>

7. Constipação	
Objetivo da TN	Dieta rica em alimentos formadores de resíduos intestinais, inclui alimentos ricos em fibras insolúveis, uma vez que estas não são digeridas e agem aumentando o volume fecal, melhorando a consistência das fezes e estimulando o peristaltismo intestinal.
Indicação da TN	Frequência das evacuações menor que três vezes na semana e/ou fezes com consistência ressecada e de difícil passagem. A obstipação também é definida como evacuações dolorosas e difíceis, mesmo em frequência, consistência, tamanho e facilidade na passagem das fezes.
Dieta	Dieta laxativa, normal em todos os macros e micronutrientes, rica em fibras e em líquidos.

8. Pancreatite	
Objetivo da TN	Melhorar as condições nutricionais do paciente.
Indicação da TN	Inflamação no pâncreas.
Dieta	Hipolípídica, evitando resíduos gástricos. Paciente permanece de dieta zero e evolui a consistência gradativamente.

9. Hepatopatia	
Objetivo da TN	Melhorar as condições nutricionais do paciente, Prevenir lesão adicional das células hepáticas.
Indicação da TN	Em casos de apresentar algum comprometimento hepático.
Dieta	Hipossódica.

10. Doença Renal Crônica (DRC)	
Objetivo da TN	Redução da toxicidade urêmica; retardo da progressão da doença renal. Manter ou recuperar o estado nutricional, prevenir o acúmulo excessivo de líquidos e metabólitos nitrogenados entre as sessões de hemodiálise e diálise peritoneal e minimizar os efeitos metabólicos da doença.
Indicação da TN	Em todos os estágios de comprometimento na função renal.

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 31/36</p>

<p>Dieta</p>	<p>As principais refeições devem ser baseadas no consumo de verduras e legumes cozidos em água fervente, desprezando o caldo da fervura dieta hipossódica, analisar restrição hídrica.</p> <p>Hemodialise e Dialise Peritoneal: Hiperproteica (1,1 a 1,4g por kg de peso para hemodiálise e 1,2 a 1,5g por kg de peso para diálise peritoneal), restrita em sódio (até 2 gramas por dia), em potássio (2 a 2,5 gramas por dia), em fósforo (0,8 a 1 grama por dia) e em líquidos (1000 ml + o volume de diurese do paciente).</p> <p>Conservador: hipoprotéica (0,6 a 0,8g por kg de peso) restrita em sódio (até 2 gramas por dia), em potássio (1,5 a 2 gramas por dia), em fósforo (0,6 a 1 grama por dia) e em líquidos (de acordo com a diurese do paciente).</p> <p>Devido à necessidade de reduzir a oferta de leite, derivados e feijão, a dieta é pobre em cálcio e fibras.</p>
---------------------	--

<p>11. Doença Hematológica</p>	
<p>Objetivo da TN</p>	<p>Identificar doenças que acometem o sangue.</p>
<p>Indicação da TN</p>	<p>Quando há comprometimento na produção dos componentes do sangue, como as hemácias, os leucócitos e as plaquetas, geradas na medula óssea.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Evitar alimentos ultra processados, que contém ingredientes adicionados, como açúcar, sal, gordura e cores ou conservantes artificiais.</p>

<p>12. Câncer</p>	
<p>Objetivo da TN</p>	<p>Prevenção e tratamento da desnutrição; modulação da resposta orgânica ao tratamento oncológico e controle dos efeitos adversos do tratamento oncológico.</p>
<p>Indicação da TN</p>	<p>Paciente em risco Nutricional grave.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Uso de complemento nutricional na forma líquida com ácidos graxos, ômega 3 na forma EPA (Ácido Graxo Eicosapentaenóico).</p>

<p>13. Cefaleia</p>	
<p>Objetivo da TN</p>	<p>Trabalhar a prevenção para reduzir a frequência.</p>
<p>Indicação da TN</p>	<p>Pode ser desde uma infecção aguda, uso excessivo de medicamentos, uma lesão</p>

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>	<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>
		<p>Revisão: 001</p>
		<p>Página: 32/36</p>

	<p>cerebral, hidrocefalia, problemas vasculares ou até mesmo um tumor.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Optar por alimentos mais leves.</p>

<p>14. Foco Urinário</p>	
<p>Objetivo da TN</p>	<p>Identificar evidências sobre a infecção.</p>
<p>Indicação da TN</p>	<p>Engloba sinais e sintomas que variam desde manifestações assintomáticas até um caso de septicemia decorrente de infecção nos rins.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Alimentos diuréticos e que combatem a infecção. Evitar alimentos que causam irritações gástricas como também o alto teor de potássio.</p>

<p>15. Imunossupressão</p>	
<p>Objetivo da TN</p>	<p>Prevenir ou reverter o declínio do estado nutricional, bem como evitar a progressão para um quadro de caquexia, além de melhorar o balanço nitrogenado, reduzir a proteólise e aumentar a resposta imune.</p>
<p>Indicação da TN</p>	<p>Tratamento para doenças autoimunes como lupos, artrite reumatoide, Doença de Crohn, anemia hemolítica, as espondiloartrites, a artrite psoriásica, a esclerose sistêmica (esclerodermia), miopatias inflamatórias e as vasculites.</p>
<p>Dieta</p>	<p>É utilizada com a finalidade de diminuir o risco de doenças transmitidas por alimentos, através da restrição de alimentos como vegetais crus e as frutas com casca fina. Normal em macro e micronutrientes.</p>

<p>16. Úlceras por Pressão</p>	
<p>Objetivo da TN</p>	<p>Promover a regeneração tecidual e favorecer o processo de cicatrização.</p>
<p>Indicação da TN</p>	<p>Início de lesão ou feridas já instaladas.</p>
<p>Dieta</p>	<p>Rica em anti-inflamatórios que auxiliam na recuperação, cicatrização e regeneração da pele. Recomenda-se 30 a 35 kcal/kg/dia, 1,2 a 1,5 g de proteínas, além de zinco, ferro, ômega3, arginina entre outras propriedades que vão potencializar a ação do organismo.</p>

 <p>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>	<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>
		<p>Página: 33/36</p>

CONSISTÊNCIA DE DIETAS

Dieta Livre	Dieta Branda	Dieta Pastosa	Líquida Pastosa	Líquida Completa	Líquida Restrita
<p>Sem nenhuma restrição, deve preencher todos os requisitos de uma dieta equilibrada.</p>	<p>É restrita em frituras e alimentos crus, exceto os de textura macia. Alimentos mais cozidos do que o normal, com teor mínimo de gorduras e sem fritura.</p>	<p>Alimentos em forma de papa, pudins, purês, cremes, moídos e desfiados. Para pacientes com disfagia.</p>	<p>Utiliza preparações líquidas e pastosas associadas, de fácil digestão, mastigação e deglutição. Sopas apenas liquidificadas. Não são coadas.</p>	<p>Utiliza alimentos de consistência líquida na temperatura ambiente, que produzem poucos resíduos e são de fácil digestão. Liquidificadas e coadas.</p>	<p>Dieta sem resíduo, sem leite (chá, suco, coados com dextrosol).</p>

ACORDO ENTRE SETORES

Diretoria e compras: Passar o pedido físico para diretoria com 12 dias antecedência que será direcionado no prazo de 02 dias para o setor de compras dar andamento ao processo de aquisição estimando a chegada pelo fornecedor até 07 dias úteis.

Objetivo deste acordo: Assegurar que os produtos cheguem em tempo hábil para a utilização evitando a falta de produtos e insumos no setor.

Almoxarifado: Checagem dos produtos na entrega do fornecedor, atestamento de nota fiscal, lançamento de nota fiscal no sistema eletrônico, organização em prateleira de acordo tipo e data de validade do produto.

Dieta e insumos destinados ao setor de nutrição são registrados em papel para lançamento de saída no sistema eletrônico.

Objetivo deste acordo: Assegurar que os produtos estão em condição de uso, como também controle de quantitativo armazenado no setor.

Farmácia: Para os finais de semana e feriado é deixado em caixa de plástico sobre palete fórmulas a serem usadas pelas copeiras que farão a manipulação prescrita das dietas. Após final de semana e feriado a caixa é recolhida e devolvida para o almoxarifado para realizar a entrada de produtos no sistema eletrônico.

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 34/36</p>

Objetivo deste acordo: Assegurar que não faltará produtos para a utilização aos finais de semana e feriado.

CCIH: Aplicar check-list nas áreas da nutrição (cozinha e manipulação de dietas especiais). Levar ciência de possível alteração de dietas mencionadas no ANEXO I: Rastreamento e investigação de suspeita de desvio de qualidade das dietas enterais. ANEXO II: Registro de reprovação de dieta enteral. Encontrados no manual de boas práticas.
Objetivo deste acordo: Assegurar que os setores estejam empenhando as funções de acordo com as demandas da vigilância sanitária.

Enfermagem: Ofertar para todos os pacientes de SNE as dietas distribuídas pelas copeiras nos determinados horários: 08:00h/11:00h/14:00h/16:30h/19:00h, as copeiras são orientadas a deixar as dietas no espaço estabelecido dentro de cada sala verde, amarela e vermelha, ao deixar as dietas a copeira comunica o enfermeiro responsável e recolhe assinatura a cada oferta. A copeira plantonista tem a responsabilidade de buscar informação sobre a infusão das dietas realizando o registro físico. A oferta de alimentação via oral acontece nos determinados horários: 07:30h/12:00h/15:30h/19:00h sendo de responsabilidade do enfermeiro destinar o técnico de enfermagem a oferta do alimento quando necessário.

Objetivo deste acordo: Assegurar que o paciente esteja recebendo o alimento nos horários pré-estabelecidos.

Acordo de atendimento de nutrição: Iniciar o atendimento pela sala vermelha, dando sequência para amarela e verde, sendo prioridade os pacientes que mais necessitam da TN, realizar a Triagem nutricional aplicando a NRS2002, para norte de conduta de acordo com os desfechos apresentados em avaliação. Sendo realizado os atendimentos normalmente no período matutino ou sempre que solicitado pela equipe multiprofissional da unidade.

Objetivo deste acordo: Assegurar que os pacientes que mais necessitam da TN sejam acompanhados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que este protocolo foi elaborado para ser utilizado como um ponto de partida, um facilitador na tomada de decisões relacionadas à terapia nutricional do paciente, podendo otimizar e minimizar a deterioração e/ou recuperar o estado nutricional destes pacientes, contribuindo para melhores desfechos clínicos, visando garantir aos pacientes em risco nutricional ou desnutridos, uma adequada assistência nutricional ao padronizar condutas e reduzir variações inapropriadas na prática clínica, garantindo assim um atendimento de qualidade.

	GESTÃO DA QUALIDADE	
TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA		Código: UPA.NUT.PRO 001
SETOR: NUTRIÇÃO		Revisão: 001
Data de elaboração: 06/2023	Data de revisão: 04/2025	Página: 35/36

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Portaria nº 272/MS/ SNVS, de 8 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 503, de 27 de maio de 2021. Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília, 2000.

BRASIL. Centro de Vigilância Sanitária São Paulo, Portaria CVS –6/99, de 10 de março de 1999. Regulamento Técnico sobre os Parâmetros e Critérios para o Controle Higiênico-Sanitário em Estabelecimento de Alimentos. SES. Manual de Boas Práticas de Preparo de Nutrição Enteral. Brasília, 2003.

Brasil. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

BRASPEN (Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition). Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. BRASPEN J 2021

COPPINI, L. Z. et al. Recomendações nutricionais para adultos em terapia nutricional enteral e parenteral. [S.l.]: Diten, 2011.

Ministério da Saúde. Cuidados em Terapia Nutricional. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, 2015. (Caderno de Atenção Domiciliar, v. 3. Disponível em: Acesso em: 15 out. 2023.

 <p>UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE</p>	 
<p>TÍTULO: PROTOCOLO DE DIRETRIZES DE TERAPIA NUTRICIONAL BASEADO NO PERFIL DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA</p>		<p>Código: UPA.NUT.PRO 001</p>
<p>SETOR: NUTRIÇÃO</p>		<p>Revisão: 001</p>
<p>Data de elaboração: 06/2023</p>	<p>Data de revisão: 04/2025</p>	<p>Página: 36/36</p>

HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
1	04/2025	Elaboração do Protocolo de Diretrizes de Terapia Nutricional Baseado no perfil dos pacientes de longa permanência (Adulto e Idoso).

NOME:	FUNÇÃO	CARGO NA INSTITUIÇÃO	ASSINATURA
Carla Marins de Sá Oliveira	Elaboração	Nutricionista RT	
Hilton Alves de Souza Júnior	Revisão	Enfermeiro NQSP	
Alan Masahiro Nunes Sebata	Aprovação	Gerente	
Rúlio Max de Freitas	Aprovação	Diretor Técnico	
Sebastião Bismarques da Silva	Aprovação	Diretor Executivo	

Elaboração	Revisão	Aprovação	Aprovação	Aprovação
<p>Carla Marins de Sá Oliveira Cargo: Nutricionista RT Data: junho / 2023</p>	<p>Hilton A. S. Júnior Cargo: Enfermeiro (NQSP) Data: junho / 2023</p>	<p>Alan Masahiro N. Sebata Cargo: Gerente Data: junho / 2023</p>	<p>Rúlio Max de Freitas Cargo: Diretor Técnico Data: junho / 2023</p>	<p>Sebastião Bismarques da Silva Cargo: Diretor Executivo Data: junho / 2023</p>