



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE
– ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES

PROTOCOLO NUTRICIONAL EM ATENÇÃO DOMICILIAR
PARA IDOSOS

CLECI DOS SANTOS

ORIENTADORA: CÍNTIA LOPES CASTRO LUCHO

PORTO ALEGRE

2015



Ministério da
Saúde



CLECI DOS SANTOS

PROTOCOLO NUTRICIONAL EM ATENÇÃO DOMICILIAR
PARA IDOSOS

Trabalho apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes. Parceria do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Cíntia Lopes Castro Lucho

PORTO ALEGRE

2015

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AP - Atenção Primária

ASG - Avaliação Subjetiva Global

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EMAD - Equipe Multiprofissional de Apoio

EMAP - Equipe de Multiprofissional Atendimento Domiciliar

ESF - Estratégia da Saúde da Família

MAN - Mini Avaliação Nutricional

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NRS - Nutritional Risk Screening

NUMESC - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAD - Serviço Atenção Domiciliar

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SES – Secretaria Estadual de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão do Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

TNE - Terapia de Nutrição Enteral

AD - Atenção Domiciliar

RESUMO

Protocolos são rotinas de cuidados a serem seguidas e ações realizadas em um determinado serviço, equipe ou por departamento. Elaborados a partir do conhecimento científico atual e respaldado em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas de uma área e que servem para orientar fluxos de trabalho, condutas e procedimentos. O crescente aumento da população idosa no Brasil nos reflete um cenário cada vez mais frágil, os idosos vêm muitas vezes com histórico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou desnutrição devido a patologias, má alimentação (consumo excessivo de gordura, sódio e açúcares). Orientações e acompanhamento nutricional são importantes nesta fase, podendo reduzir e mesmo evitar frequentes reinternações relacionadas às patologias que necessitem de uma intervenção nutricional. Pacientes com internação prolongada correm o risco de adquirir outros tipos de infecções, além disso, o hospital tem um custo com estes atendimentos em hotelaria, pessoal, alimentação entre outros. A proposta deste trabalho é elaborar um protocolo de apoio nutricional em domicílio para idosos e sequencialmente aplicá-lo seguindo critérios e normas pré estabelecidos para atendimentos em domicílio, apresentando assim um suporte para o programa já existente de visita domiciliar SAÚDE EM CASA da secretaria municipal de saúde de São Leopoldo. É importante incluir o atendimento nutricional em cuidados básicos de pessoas idosas em seu lar, estabelecendo assim mais uma estratégia de atendimento.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Custos. Desnutrição. Idoso.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. PROBLEMA.....,	7
3. JUSTIFICATIVA.....	8
4. OBJETIVOS.....	9
4.1 OBJETIVO GERAL.....	9
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
5.1 ATENÇÃO DOMICILIAR.....	10
5.2 PROTOCOLO NUTRICIONAL.....	11
5.3 IDOSO.....	12
5.4 TERRITÓRIO.....	12
5.5 DESNUTRIÇÃO.....	13
6. METODOLOGIA.....	14
6.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	14
6.2 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO.....	15
6.3 COLETA DE DADOS.....	15
7. CRONOGRAMA.....	17
8. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	18
9. RESULTADOS ESPERADOS.....	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXO	23

1 INTRODUÇÃO

O município de São Leopoldo fica localizado na grande Porto Alegre (RS) – 35 km – possui 217.189 habitantes, mais de 10% da população com idade acima de 60 anos. (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2012). As doenças que mais atingem esta faixa etária são as circulatórias, neoplasias, respiratórias e endócrino-metabólicas que são responsáveis por 54% das causas do total de mortes no hospital do município. (BRASIL. Ministério da Saúde, SIH/SUS, 2015). Muitos destes pacientes são internados ou reinternados para atendimento de cuidados básicos, o qual poderia ser feito no conforto de seu domicílio junto com seus familiares.

O município possui na atenção básica: vinte Unidades Básicas de Saúde (UBS); treze Estratégias Saúde da Família (ESF) habilitadas; quatro ESF em processo de habilitação; uma Unidade Móvel/volante; com previsão de novos serviços como um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF tipo I): em processo de habilitação; uma Equipe Melhor em Casa: em processo de habilitação; uma Academia de Saúde: a ser construída.

Na atenção secundária: dois centros de Saúde (Campina e Feitoria); Centro Médico Capilé; Centro de Vigilância em Saúde: Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Imunização e Ambiental; Serviço de Atenção Especializada DST/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose (SAE) e Laboratório Municipal; Três CAPS: Capilé, CAPSi Aquarela e CAPSad; Farmácias: Municipal, Distrital e Popular do Brasil; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA tipo III).

Na Atenção Terciária: um Hospital Geral: Fundação Hospital Centenário; um Centro de Oncologia; Hospital de referência na região metropolitana: acesso via Regulação Municipal e Estadual; uma Clínica de desintoxicação conveniada; quatro Comunidades Terapêuticas Conveniadas; adolescente e adulto (feminino e masculino). (SÃO LEOPOLDO. Prefeitura Municipal. Rede Municipal de Saúde, 2015).

Em agosto de 2015, pela insuficiente cobertura de ESFs, o município colocou em prática o serviço de “Saúde em Casa”, que visa atender em domicílio, segundo critérios pré estabelecidos. (FIGUEIREDO, 2015). Os critérios de atendimentos são pacientes idosos: em cuidados paliativos, com patologias múltiplas, necessidade de equipamentos e procedimentos especializados no domicílio, com incapacidade funcional que apresentem doenças crônicas agravadas transmissíveis ou não; sequelas por acidentes, úlceras de decúbito agonizadas por infecção, sequelas de pós-operatório com agravos de cirurgias de grande porte.

A porta de entrada para requerer o serviço são as UBSs ou por demanda espontânea em audiências públicas, realizadas pelo secretário municipal de saúde todas as quartas-feiras no andar térreo do centro administrativo da prefeitura. A equipe responsável pelo serviço é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente administrativo e motorista (BETTINELLI; FIGUEIREDO, 2015).

Considerando que a inclusão no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) possui critérios específicos, visando a recuperação e a reabilitação destes pacientes, o presente projeto tem a finalidade de elaborar um protocolo nutricional para futura aplicação a população idosa em atendimento domiciliar.

2 PROBLEMA

Nos últimos anos houve o declínio na taxa de natalidade, e um acréscimo significativo da população idosa, projetando um aumento na expectativa de vida para 73 anos até 2050 (ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde, 2008), refletindo um cenário cada vez mais frágil, devido ao histórico de patologias e comorbidades já instaladas, além da incorreta ingestão de alimentos. Pode-se reverter este cenário com prevenção e cuidado, de um modo geral, oferecendo orientações sobre os cuidados com a saúde.

São Leopoldo é um município do Rio Grande do Sul (RS) que possui um considerável número de idosos acima de 60 anos (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2012) com internações e reinternações frequentes nesta faixa etária. As doenças prevalentes responsáveis por 54% das causas totais de mortes no hospital do município são circulatória, neoplasias, respiratória, endócrinas / metabólicas, (BRASIL. Ministério da Saúde, SIH/SUS, 2015).

Paciente com tempo de internação hospitalar prolongado apresenta maior vulnerabilidade a infecções e conseqüentemente tem grande impacto com gastos com a saúde pública (CORREIA; WAITZBERG, 2003; WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

É importante ressaltar que pacientes utilizando Terapia de Nutrição Enteral (TNE) e com patologias que necessitam de intervenção nutricional, devem receber orientação e acompanhamento de um nutricionista, a fim de proporcionar a evolução e a recuperação do seu estado de saúde. Garantindo, deste modo, que o cuidador e o paciente tenham acesso às informações básicas quanto ao preparo da dieta, seja ela artesanal ou industrializada, preparação dos alimentos, higiene e organização de horários das refeições. (TANAAMI, 2011).

Pacientes idosos quando não acompanhados e/ou orientados tem grandes chances de reinternação hospitalar, aumentando assim os custos com a saúde pública. O sucesso do cuidado em domicílio, comparado à internação hospitalar é mais vantajoso, por apresentar segurança ao paciente e para rede pública a redução custos. (MESQUITA et al, 2005).

A ausência de um protocolo de TNE elaborado por profissionais nutricionistas, oferecendo orientações de intervenção nutricional poderá interferir na melhora significativa e/ou no restabelecimento da saúde dos enfermos.

3 JUSTIFICATIVA

A todo idoso internado ou em observação nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde, é assegurado por lei a presença de um acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral (BRASIL, 2013; BRASIL. Ministério da Saúde, 1999), bem como o tratamento adequado e efetivo para seu problema, garantido o acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar, quando pertinente, treinamento e autocuidado que maximize sua autonomia. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007). Além disso, pacientes com tempo de internação prolongado correm o risco de adquirir outros tipos de infecções e gera maiores custos aos cofres da saúde pública (CORREIA; WAITZBERG, 2003; WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

A aplicação de um protocolo nutricional domiciliar poderá minimizar riscos nutricionais, reduzir complicações relacionadas à administração da dieta (via oral ou enteral) e assim melhorar o estado de saúde e nutrição do paciente idoso, o que poderá auxiliar na redução de reinternações hospitalares. (TANAAMI, 2011). Padronizando assim o atendimento e a rotina no serviço.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um protocolo nutricional estabelecendo uma estratégia de atendimento domiciliar, destinada aos cuidados de pacientes idosos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar um protocolo nutricional de dieta via oral e enteral a nível domiciliar.
2. Implantar e adotar o protocolo de atendimento como rotina no serviço público de saúde.
3. Melhorar o estado nutricional dos pacientes a partir da padronização do atendimento.
4. Reduzir complicações relacionadas a armazenamento de alimentos, preparação e administração da dieta.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 ATENÇÃO DOMICILIAR

O programa de visita domiciliar SAÚDE EM CASA do município colabora na redução das demandas na ESF ao prestar os cuidados básicos a pessoas idosas no seu domicílio. A equipe integra médico geriatra, enfermeira, técnico de enfermagem, administrativo e motorista, responsáveis pela realização de visitas domiciliares a pacientes acamados e/ou com dificuldade de locomoção. Para receber este atendimento é necessário que este paciente esteja dentro dos critérios de avaliação, estabelecendo uma linha individual de cuidados.

Os critérios para solicitação da visita são pacientes idosos com doenças que necessitam de cuidados, portadores de patologias múltiplas e complicações; dependência total/parcial, que necessitem de equipamentos e procedimentos especializados no domicílio. Idosos com incapacidade funcional que apresentem doenças crônicas agravadas, transmissíveis ou não (tuberculose, câncer, moléstias cardiovasculares e outras), sequelas por acidentes, úlceras de decúbito agonizadas por infecção; sequelas de agravos ou pós-operatório de cirurgias de grande porte (FIGUEIREDO, 2015; BETTINELLI, 2015).

O programa de Atenção Domiciliar (AD) Melhor em Casa do Ministério da Saúde (MS), já tem um contexto mais complexo com finalidades semelhantes da anterior, organizada em três modalidades AD1, AD2, AD3, composto por Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Uma EMAD é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social ou fisioterapeuta, já a EMAP, além dos profissionais da equipe anterior pode ser acrescida por fonoaudiólogo, odontólogo, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional além de nutricionista.

A modalidade AD1 destina-se a pessoas que possuem problemas de saúde controlados/compensados com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, a prestação da assistência é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (AB), incluindo ESF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013). AD2 destina-se aos usuários que possuem problemas semelhantes a AD1, destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de

locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade. A D3 destina-se a usuários que possuem problemas semelhantes a AD1 e AD2 mas com frequência de cuidados semanais, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos. A prestação em assistência é de responsabilidade da EMAD e EMAP, ambas designadas para estas finalidades (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

Para a admissão nas modalidades AD2 e AD3, é fundamental a presença de cuidador identificado. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013; Brasil. Ministério da Saúde. OPAS, 2014). A nutricionista, assim como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, fonoaudiólogo, odontólogo, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional tem um papel importante na recuperação de um paciente. O estado nutricional de qualquer indivíduo, se não estiver estabilizado, desencadeando um processo de desnutrição a recuperação se torna mais lenta.

5.2 PROTOCOLO NUTRICIONAL

Protocolos são rotinas de cuidados a serem seguidas e ações realizadas em um determinado serviço, equipe ou por departamento. Elaborados a partir do conhecimento científico atual e respaldado em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas de uma área e que servem para orientar fluxos de trabalho, condutas e procedimentos. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

O papel do cuidador é observar o paciente, avaliando e identificando suas condições de autonomia, ajudando nas realizações de suas atividades da vida diária. Cuidar não é fazer pelo outro, mas estimular a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que em pequenas tarefas (Brasil. Ministério da Saúde, 2009).

O Ministério da Saúde criou um Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência por considerar a necessidade de estipular critérios para avaliação, aprovação e incorporação, identificando e ordenando os protocolos clínicos e assistenciais existentes, justificando gastos públicos a incorporação de novos procedimentos e tecnologias (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005, WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

5.3 IDOSO

O atendimento domiciliar ao paciente idoso é recente no Brasil. Com os altos custos na internação hospitalar esta modalidade vem crescendo, tanto no âmbito do setor privado como no público. O objetivo é reduzir as internações hospitalares, desenvolvendo um trabalho em domicílio com o suporte necessário de atendimento. O idoso é uma das maiores preocupações atuais, pois prestar assistência para esta faixa etária, mantendo-o em seu lar com os devidos cuidados, reduz o tempo de internação, os riscos de possíveis infecções e ocupação de leitos hospitalares. Mas não basta só ter um olhar físico voltado para a doença, é preciso cuidar dele com um todo, visualizando os aspectos sociais, psicológicos e financeiros. A população idosa vem crescendo nos últimos anos, com aumento de DCNT e conseqüentemente as internações hospitalares. (PEIXOTO et al, 2004; FLORIANI; SCHRAMM, 2004; ANDRADE et al, 2013). As DCNT são responsáveis por mais de 70% das mortes no Brasil, constituindo um problema de grande destaque, sendo assim a Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, visando preparar o Brasil para o enfrentamento do problema num período de dez anos (2011 a 2022) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

O atendimento domiciliar apresenta alguns critérios na inserção do paciente no programa, entre eles, dispor no domicílio o suprimento de água potável, energia elétrica e um cuidador responsável, podendo este ser da família ou conhecido, se isto não for possível um profissional habilitado como um assistente social pode prestar a assistência necessária na busca de responsáveis pelo paciente. (MESQUITA, 2010).

5.4 TERRITÓRIO

O território não é uma delimitação de áreas, mas são processos de cuidados a população que muitas vezes ultrapassa os limites impostos, buscando aperfeiçoar as ações no setor da saúde através de um conjunto de serviços. (GONDIM et al, 2008).

Idosos estão buscando cada vez mais as áreas urbanas, para isto a sociedade como um todo deve estar preparada em construir espaços, condições de moradia e saúde, contribuindo para uma mobilidade segura, evitando inatividade e exclusão social. A OMS, considerando o envelhecimento um processo de vida natural onde são ofertadas condições de saúde favoráveis, participação na comunidade e segurança como um todo objetivou um guia para

mobilizar as cidades a se tornarem mais humanas, amigas do idoso. Uma abordagem necessária nesse guia é dos serviços de apoio a serem prestados em domicílio – desde ajuda para fazer compras e/ou o fornecimento de refeições até o atendimento domiciliar por médicos e outros profissionais. Alguns obstáculos verificados para a prestação destes serviços em domicílio é a precariedade de profissionais ou a qualidade na prestação de cuidados após alta hospitalar sem apoio significativo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

5.5 DESNUTRIÇÃO

Com a transição demográfica e a mudança do perfil da população surge um aumento significativo de idosos com desnutrição. Existem vários tipos de instrumentos para avaliação do estado nutricional do idoso, sendo um dos mais indicada a Mini Avaliação Nutricional (MAN), (GUEDES; GAMA; TIUSSI, 2008). A avaliação Subjetiva Global (ASG) é um método que obteve melhor correlação com morbidades pós-operatória. (BARBOSA-SILVA; BARROS, 2002). A Nutritional Risk Screening (NRS) ou Triagem de Risco Nutricional é mais indicada para pacientes sob regime de internação, avaliando também o estado nutricional dos pacientes, (KONDRUP et al, 2002).

A avaliação correta traz benefícios clínicos evitando desnutrição, favorecendo a terapia nutricional e a desospitalização de pacientes idosos. O atendimento em domicílio vem sendo cada vez mais cogitado reduzindo a incidência de complicações e infecções hospitalares, propiciando economia com a gestão dos gastos públicos e conforto para estes pacientes em seu lar. (ZABAN, 2009; FIDELIX, 2014).

6 METODOLOGIA

Depois de elaborado o protocolo e aprovado por comitê de ética, a proposta é de aplicá-lo a dois grupos de idosos acima de sessenta anos, atendidos pela equipe de visita domiciliar SAÚDE EM CASA em diferentes bairros do município de São Leopoldo.

Um grupo será atendido por um profissional nutricionista através de intervenções com a aplicação do protocolo nutricional e serão acompanhados no mínimo por três meses. O outro grupo será de pacientes que já tiveram seus atendimentos encerrados ou estão em atendimento por mais de trinta dias pela equipe de saúde. O método será quantitativo prospectivo, longitudinal comparando a evolução do estado nutricional, complicação com a dieta via oral e/ou enteral e orientações relacionadas ao armazenamento de alimentos, preparação e administração da dieta antes e após a aplicação do protocolo nutricional. O protocolo poderá ser ajustado a cada caso, sempre que necessário.

6.1 ASPECTOS ÉTICOS

O fluxo para autorização de trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso de graduação, residência, pós-graduação) na rede municipal de saúde de São Leopoldo é o seguinte:

- 1) O estudante deve encaminhar ao NUMESC cópia impressa dos seguintes documentos:
 - a) Projeto de pesquisa;
 - b) Formulário de Autorização de trabalho acadêmico na rede municipal de saúde;
 - c) Carta de anuência (exigência do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino);
- 2) O NUMESC encaminhará estes documentos para a coordenação específica para avaliação técnica e definição da(s) unidade(s) de saúde para a coleta de dados;
- 3) Após a aprovação do projeto pela coordenação específica, o NUMESC coletará a assinatura do Secretário de Saúde e enviará os documentos assinados ao estudante. A partir de então, poderá ser realizada a coleta de dados;
- 4) Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o estudante deverá encaminhar ao NUMESC uma cópia do parecer de aprovação;

Obs: O presente projeto será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que acompanhará a pesquisa.

- 5) Após a conclusão do trabalho, o estudante fará a devolução dos resultados ao NUMESC e

às unidades envolvidas na pesquisa, a ser combinado posteriormente.

6.2 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO

Após aprovação a pesquisa iniciará com a aplicação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Um documento que informa e esclarece de maneira simples os objetivos do trabalho, e que o permite ao paciente tomar sua decisão sem constrangimentos sobre o projeto de pesquisa a ser realizado no município. A pesquisadora apresentará ao paciente e responsável à proposta, os objetivos da pesquisa e o TCLE, iniciando a pesquisa somente após o consentimento e assinatura dos responsáveis legais.

A proposta deste trabalho é a implantação e a aplicação do protocolo de atendimento em terapia nutricional com a inserção do profissional nutricionista no programa do município, conforme necessidade da AD. Os critérios para o atendimento nutricional serão pacientes atendidos pelo programa (maiores de sessenta anos) e encaminhados pela equipe para a nutricionista, e serão acompanhados no mínimo por três meses. A proposta do estudo é comparar a evolução do estado nutricional, antes e depois da intervenção nutricional em idosos acima de sessenta anos atendidos pela equipe de visita domiciliar SAÚDE EM CASA. Os atendimentos serão quinzenais quando o paciente apresentar risco de desnutrição (IMC menor 22) e semanais quando considerados já desnutridos. No primeiro momento será utilizado o NRS, por ser uma triagem de risco nutricional de rápido manuseio. Em segundo momento, para pacientes via oral, poderá ser utilizada MAN, para avaliar a ingestão de alimentos e líquidos.

6.3 COLETA DE DADOS

Será comparadas a evolução do estado nutricional, complicação com a dieta via oral e enteral e orientações relacionadas ao armazenamento de alimentos, preparação e administração da dieta antes e após da aplicação do protocolo nutricional.

A coleta iniciará com a busca de dados de pacientes já em atendimento e será finalizado após período definido de coleta das amostras. Após avaliação, análise estudos conclusivos, serão divulgados os resultados, com apresentação dos dados e sugestões de melhorias.

Os atendimentos nutricionais se iniciarão conforme solicitação da equipe do programa, através de e-mail ou contato telefone. Sendo estipulada a quantidade de pacientes

atendidos pelo profissional, levando em conta que este atendimento é por um período determinado, ou seja, enquanto durar a pesquisa. As visitas em domicílio se realizarão pela manhã, tarde ou noite, sendo feita a coleta de dados e identificação do paciente com informações pertinentes fornecidas pela equipe, prontuário de família, história clínica para saber a atual situação do paciente, avaliação antropométrica e, por fim, aplicar a NRS estipulando a periodicidade do atendimento e a via de alimentação, se o paciente permanecer com via oral, em outro momento poderá ser aplicado o MAN para avaliar a ingestão alimentar. Com tudo, definindo o tipo de dieta estabelecida seguindo prescrição médica e cálculos nutricionais, respeitando a via de acesso e consistência da dieta.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Na elaboração deste trabalho serão utilizados recursos de acesso simples e com baixo custo, considerando que o mesmo não tem investimento institucional. Por compor requisito para a obtenção de título, o recurso humano será provido pela aluna que o desenvolveu. Os recursos materiais seguem listados na tabela.

MATERIAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	PREÇO TOTAL (R\$)
Micro computador	1 unidade	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00
Pacote de papel A4 Branco - 500 folhas	1 pacote	R\$ 12,00	R\$ 12,00
Cartucho de Tinta para impressora (cor preta)	2 unidades	R\$ 25,00	R\$ 50,00
Caneta	2 unidades	R\$ 1,50	R\$ 3,00
Telefone	5 recargas	R\$ 20,00	R\$ 100,00
TOTAL			R\$ 1.765,00

Os custos serão de inteira responsabilidade da aluna proponente. Posteriormente havendo interesse o material impresso (protocolo) poderá ser reproduzido em maior quantidade e qualidade gráfica conforme necessidade.

9 RESULTADOS ESPERADOS

A expectativa é que seja um diferencial para o programa de atendimento domiciliar no município de São Leopoldo, contribuindo na melhora do estado nutricional de pacientes idosos, reduzindo complicações relacionadas a ingestão de alimentos, ao oferecer suporte nutricional adequado e com orientação para o armazenamento de alimentos, preparação e administração da dieta oral e enteral. Facilitando assim a vida de pacientes e familiares ao disponibilizar e inserir o serviço de nutrição, junto com a equipe de AD e assim reduzir as reinternações e custos hospitalares.

Espera se que os resultados da aplicação do protocolo sejam positivos, viabilizando os atendimentos nutricionais, favorecendo os cuidados com o idoso e sendo futuramente implantados e utilizados nos serviços de saúde, tendo em vista a necessidade e a carência desse tipo de suporte na comunidade, considerando a importância do estado nutricional para manutenção da qualidade de vida e saúde em qualquer idade e comunidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. M. et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 111-117, 2013.
- BARBOSA-SILVA, M. C. G.; BARROS, A. J. D. Avaliação nutricional subjetiva. Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. *Arq Gastroenterol*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 181-187, jul./set. 2002.
- BETTINELLI, S. Saúde em Casa inicia hoje em São Leopoldo: o objetivo é suprir a falta de equipes de Saúde da Família. *Jornal Vale dos Sinos*, São Leopoldo, 28 ago. 2015. *Caderno de Política*, p. 04.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do idoso) e legislação correlata. 3. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/firs.def>>. Acesso em: 20 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS /IBGE. Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/ 2011-2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popRS.def>>. Acesso em: 25 set. 2015.
- _____. Cuidados em terapia nutricional. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2015.
- _____. Guia prático do cuidador. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999. Política Nacional do Idoso. 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280_07_04_1999.html>. Acesso em: 10 set. 2015.
- _____. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em:

10 set. 2015.

CORREIA, M. I.; WAITZBERG, D. L. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*, Edinburg, v. 22, n. 3, p. 235-239, jun. 2003.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes de saúde da pessoa idosa. Vitória, 2008. Disponível em: <www.saude.es.gov.br/download/34700_SAUDE_IDOSO_MIOLO.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

Fidelix. M. S. P. (Org.). Manual orientativo: sistematização do cuidado de nutrição. São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição, 2014.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul./ago, 2004.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUEDES, A. C. B.; GAMA, C. R.; TIUSSI, A. C. R. Avaliação nutricional subjetiva do idoso: avaliação subjetiva global (ASG) versus miniavaliação nutricional (MAN®). Brasília, DF: Hospital Regional da Asa Norte, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

KONDRUP, J.; ALLISON, S.P.; ELIA, M.; VELLAS, B.; PLAUTH, M.; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22(4):415-21.

MESQUITA, S. R. A. M. et al. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Rev Latinoam Enferm*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 555-561, jul./ago. 2005.

MESQUITA, S. R. A. M. Manual de organização, PROIID. Marília, SP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Guia global: cidade amiga do idoso. Brasília, DF:OMS, 2008.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília, DF, v. 13, n. 4, p. 239-246, 2004.

SÃO LEOPOLDO. Prefeitura Municipal. Rede Municipal de Saúde. 2015. Disponível em: <<https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/home/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

TANAAMI, E. O. Acompanhamento nutricional de pacientes dependentes de terapia nutricional enteral domiciliar na rede pública de Curitiba. 2011. 23 f. Projeto técnico (Especialização em Gestão Pública)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.


WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. L. Hospital malnutrition: the brazilian

national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*, Burbank, v. 17, n. 7-8, p. 573-580, jul./ago. 2001.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon /UFMG; Coopmed, 2009.

ZABAN, A. L. R. S. Nutrição enteral domiciliar: um novo modelo de gestão econômica do sistema único de saúde. 2009. Dissertação (Mestre em Nutrição Humana)-Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana, Brasília, DF, 2009.

ANEXO

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL			
	IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO NO PAD			
	Protocolo	Nº do atendimento:	Data:	Telefone:
001				

NOME: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: __/__/____

SEXO: () MASCULINO () FEMININO

PROFISSÃO: _____ APOSENTADO: () SIM () NÃO

ESCOLARIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

ESTADO CIVIL: () CASADO () SOLTEIRO () VIÚVO () SEPARADO () OUTROS

ETNIA: () BRANCO () PRETO () AMARELO () PARDO () INDÍGENA

ENDEREÇO: RUA _____ Nº _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CUIDADOR:

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

PARENTESCO/ LIGAÇÃO COM PACIENTE: _____


REFERENCIA NO PAD:

MEDICO: _____ CRM _____

ENFERMEIRA: _____ COREN _____

OUTROS:

UBS/ESF DE REFERÊNCIA:

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL		
	HISTÓRIA CLÍNICA		
	Protocolo 002	Nº do atendimento:	Data:

Data internação: ___/___/___ Data alta : ___/___/___

História Clínica

Motivo da internação: _____

Doença de base: _____

Doenças crônicas associadas: _____

Tipo de dieta:

a) Dieta via oral ()

Consistência: () manteve a consistência sólida, mas reduziu a quantidade

() pastosa; () líquida completa () líquida restrita () SNE

Uso de suplemento: () Sim () Não

Descrição: _____

b) Dieta enteral ()

Recebeu todas as orientações relacionadas a:

1. Encaminhamento dos formulários ()sim () não
onde _____ como _____ quando _____
2. Posição do paciente quando estiver recebendo a dieta ()sim () não
onde _____ como _____ quando _____
3. Preparação e armazenamento da dieta ()sim () não
onde _____ como _____ quando _____
4. Administração da dieta ()sim () não
onde _____ como _____ quando _____
5. Higienização das mãos e dos equipamentos ()sim () não
onde _____ como _____ quando _____
6. Outras. Quais? _____


Atende aos critérios de atendimento: () sim () não

Motivo: _____

Referência do PAD

Medico _____ CRM _____

Enfermeira: _____ COREM _____

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL			
	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA PESSOA IDOSA EM DOMICILIO			
	Protocolo 003	Nº do atendimento:	Data:	Telefone:

1 – Dados para avaliar antropométrica:

Peso atual (kg): _____ Peso habitual (kg): _____ Peso ideal (kg): _____

Estatura (cm): _____ IMC (kg/m²): _____ PAJ: _____

DCS (mm): _____ CA (cm): _____ Altura do Joelho (cm): _____

CB (cm): _____ CP (cm): _____

Perda ou ganho de peso nos últimos seis meses () Sim () Não

Perda ou ganho de peso nas últimas duas semanas: () Sim () Não

(kg): _____ (%) : _____

2 – Sintomas gastrointestinais persistentes por mais de 15 dias?

a) () Sim () Não; caso positivo qual:

b) () falta de apetite () náusea () vômitos

c) () diarreia (acima de três evacuações líquidas em 12 horas)

d) () constipação (sem evacuar a mais de três dias)

e) () Diurese

3 – Estimativa de peso considerando - Dobra Cutânea Subscapular.

Homens $\{[0,98 \times CP(\text{cm})] + [1,16 \times AJ(\text{cm})] + [1,73 \times CB(\text{cm})] + [0,37 \times DCS] - 81,69\}$

Mulheres $\{[1,27 \times CP(\text{cm})] + [0,87 \times AJ(\text{cm})] + [0,98 \times CB(\text{cm})] 0,4 \times DCS\} - 62,35\}$

Considerando - Circunferência Abdominal.

Homens $0,5759 \times CB(\text{cm}) + 0,5263 \times CA(\text{cm}) + 1,2452 \times CP(\text{cm}) - 4,8689 \times 1 - 32,9241$

Mulheres $0,5759 \times CB(\text{cm}) + 0,5263 \times CA(\text{cm}) + 1,2452 \times CP(\text{cm}) - 4,8689 \times 2 - 32,9241$


4 – Estimativa de estatura considerando - Altura do joelho.

Homens $[64,19 - (0,04 \times \text{Idade})] + (2,02 \times \text{Altura Joelho})$

Mulheres $[84,88 - (0,24 \times \text{Idade})] + (1,83 \times \text{Altura Joelho})$

5 – Evolução em prontuário e conduta nutricional seguindo o modelo SOIC:

Subjetivo, Objetivo, Impressão e Conduta.. (pag. 44)

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL		
	Formulário de Triagem de Risco Nutricional		
	Protocolo 004	Nº do atendimento:	Data:

Nome: _____ Idade: _____

Médico: _____

Data 1ª int. ___/___/___ Data 2ª int.: ___/___/___ Data 3ª int.: ___/___/___

Diagnóstico: _____

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

PARTE 1. TRIAGEM INICIAL		SIM
NÃO		
1	Paciente Apresenta IMC < 20,5? PA: Alt.:	
2	Houve perda de peso nos últimos 3 meses?	
3	Houve redução na ingestão de alimentos na última semana?	
4	Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI?	

Sim: se a resposta for “sim” para qualquer uma das questões, continue e preencha a parte 2.

Não: Se a resposta for “não” para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar TN para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

PARTE 2. TRIAGEM DO RISCO NUTRICIONAL (Preenchido por Nutricionista)			
ESTADO NUTRICIONAL		GRAVIDADE DA DOENÇA (EFEITO DO ESTRESSE METABÓLICO NO AUMENTO DAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS)	
Ausente Pontuação 0	Estado nutricional normal.	Ausente Pontuação 0	Necessidades nutricionais normais
Leve Pontuação 1*	Perda de peso >5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve Pontuação 1*	Fratura de quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: cirrose, DPOC; Diabetes, câncer; hemodiálise crônica.
Moderado Pontuação 2*	Perda de peso >5% em 2 meses ou; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado Pontuação 2*	Cirurgia abdominal de grande porte; AVC; Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave Pontuação 3*	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou; IMC < 18,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave Pontuação 3*	Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

ESCORE TOTAL= _____

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade \geq 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Pontuação \geq 3: o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada.
Pontuação < 3: no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar.
*Pontuação = 1: a necessidade proteica está aumentada, mas o déficit Protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.
*Pontuação = 2: a necessidade proteica está substancialmente aumentada e o Déficit Protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais/ dieta enteral.
*Pontuação \geq 3: a necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais/ dieta enteral .

* Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21.

* European Society for Parenteral and Enteral Nutrition.

Prescrição Dietética Enteral

Nome da Dieta: _____ () Oligomérica () Polimérica
 () Padrão () Semi-especializada () Especializada

Dens. calórica: _____ Kcal/ ml Vol. total/dia: _____ ml VET: _____ Kcal

Total Ptn/ dia: _____ g. Rel. Kcal/g N: _____ Prot/ KgP _____ g.

Avaliação: _____

ACOMPANHAMENTO

5. Rota/ Acesso: () Nasoenteral () Gastrostomia () Jejunostomia									
DATA	ml/h	volume							

Término da Dieta por Sonda: Data: _____/_____/_____

Motivo: _____

Prescrição Dietética Via Oral

Nome da Dieta: _____ () Líquida Simples () Líquida Completa
 () Pastosa () Branda () Hipolipídica () Hipossódica () Rica em Fibras
 () Hipoproteica () Diabetes

_____ Kcal VET: _____ Kcal Total Ptn/ dia: _____ g.

Rel. Kcal/g N: _____ Prot/ KgP _____ g.

Avaliação: _____

6 – Uso de medicamentos

Medicamento	Contínuo sim (S) não(N)	Temporário/ Tempo	Observação
Atenolol			
Captopril			
Enalapril			
Furosemida			
Glibenclamida			
Hidroclorotiazida			
Losartana			
Metformina			
Nifedipina			
Propranolol			
Salbutamol			
Sinvastatina			
Carbidopa + Levodopa			
Cloridrato de Benserazida			
Maleato de Timolol			
Alendronato de Sódio			
Insulina			

ANVISA, 2001. MANZI, 2011 – adaptado.

Analisar quais tipos de medicamentos estava sendo administrados no hospital, quais serão de uso contínuo e/ou temporário para o término do tratamento. Questionar se há hipersensibilidade ou intolerância de droga ou de qualquer natureza.

Especificar:

7 – Exame físico

REGIÃO	SINAIS	SINTOMAS E CONSEQUÊNCIAS	SIM (S) NÃO (N)
Exame dos Olhos	Palidez na conjuntiva	Indicativo de anemia	
	Esclerótica amarela	Indicativo de icterícia	
Alterações na cavidade oral	Língua lisa, inflamada, dolorosa ou com atrofia ou hipertrofia das papilas	Deficiência de riboflavina, niacina, ácido fólico, Vitamina B 12, Piridoxina e Ferro.	
	Macroglossia (hipertrofia lingual)	Hipotireoidismo	
	Boca seca	O uso de medicamentos antipépticos e desidratação.	
	Estomatites e glossites	inflamações secundárias a causas bacterianas, virais e outras; “glossites” decorrentes de hipovitaminoses, especialmente do complexo B.	
	Doença de Chron	Aftas	
Unhas	Anemia	Unhas quebradiças, secas, opacas, com vários sulcos transversais, formato côncavo da unha (coiloniquia), descolamento distal (onicólise).	
	Doenças cardíacas	Unhas curvadas para baixo, alargadas, coloração arroxeada e pontos arroxeados.	
	Doenças renais	Engrossamento das unhas, coloração amarelada ou cinzenta, linhas transversais esbranquiçadas, unha metade marrom, metade clara.	
	Deficiência de vitamina A	Unha com aspecto de casca de ovo, esbranquiçada e quebradiça.	
	Deficiência de vitamina B12	Linhas longitudinais escurecidas, cor azul enegrecida.	
	Deficiência de vitamina C	Hemorragia, com a presença de pontos avermelhados no leito ungueal.	
	Deficiência de zinco	Coloração acinzentada, cutícula seca e engrossada, descamação intensa ao redor das unhas, linhas transversais bem acentuadas.	
	Deficiência de nicotinamida – vitamina B3 (pelagra - doença dos alcoólatras)	Linhas transversais esbranquiçadas, ausência de brilho e descolamento da parte distal da unha.	
Pele	Verificar hidratação, integridade	Palidez, cianose, icterícia, petéquias.	

BERNADETE, 2014; BRITO, 2004


O exame físico é parte integrante da avaliação do estado nutricional para identificar sinais e sintomas clínicos que nortearão a conduta nutricional individualizada.


8 – Laboratoriais

EXAMES	REFERÊNCIA	RESULTADO	OBSERVAÇÕES
Glicemia de jejum	70 – 99g/dL		
Glicemia pós-prandial	< 140g/dL		
Hemoglobina Glicada	4 - 6%		
Colesterol Total	< 200mg/dL		
LDL-c	< 130mg/dL		
HDL-c	> 40		
Triglicerídeos	< 150mg/dL		
Ácido Úrico	3 - 7mg/dL		
Creatinina sérica	0,5 - 1,2mg/dL		
Ureia	10 - 45mg/dL		
Amônia	H: 21 – 71mcmol/L M: 19 - 63mcmol/L		
ALT (TGP)	H: até 41U/L M: até 31U/L		
ASP (TGO)	H: até 38U/L M: até 32U/L		
GGT	H: 11 – 40U/L M: 7 - 32U/L		
Fosfatase alcalina	50 - 250U/L		
Bilirrubina total	0,2 - 1,0mg/dL		
Bilirrubina direta	0,1 - 0,3mg/dL		
Desidrogenase láctica	240 - 480U/L		
CK total	M: 30 - 135 U/L H: 55 - 177 U/L		
CK-MB	Até 5ng/dL		
Ácido láctico	Sangue venoso: 5,7 -22,0mg/dL Sangue Arterial: 3,0 - 7,0mg/dL		
Microalbuminúria	30 - 300mg/24h		
Hemácias	4,2 – 5,9 milhões/ μ L/mm		
Hematócrito	H: 36 – 52% M: 35 - 45%		
Hemoglobina	H: 13,5 – 16,5g/dL M: 11,5 - 15,0g/dL		
Plaquetas	150.000 - 450.000/mm ³		
Ferritina sérica	H: 36 – 262mcg/dL M: 24 - 155mcg/dL		
Capacidade Total de ligação da Transferrina	250 - 450mcg/dL		
Grau de saturação da Transferrina	20 - 50%		
Proteínas totais	6,4 - 8,1g/L		

EXAMES	REFERÊNCIA	RESULTADO	OBSERVAÇÕES
Globulinas	1,0 - 3,0g/L		
Albumina	4,0 - 5,3g/L		
Cálcio total	8,4 - 10,2mg/dL		
Cálcio iônico	1,12 - 1,40mcmol/L		
Fósforo sérico	3,0 - 4,5mg/dL		
Cloro sérico	96 - 106mEq/L		
Magnésio	1,9 - 2,5mg/dL		
Potássio	3,5 - 5,0mEq/L		
Sódio	135 - 145mEq/L		
Amilase plasmática	<120 U/I (25°C) < 220U/I (37°C)		
Lipase plasmática	2 - 18U/L		
Tempo de protrombina	Tempo: 12' - 13' Atividade: 70 - 100% RNI: 0,8 - 1,2		
Proteinúria	> 150mg/24h		

ANDRIOLO, 2005.

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL			
	MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)			
	Protocolo 005	Nº do atendimento:	Data:	Telefone:
Peso (kg):	Altura (cm):	IMC:		
TRIAGEM Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão { } Perda de peso nos últimos meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso { } Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal { } Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não { } Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos { } $IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m]}^2$ 0 = $IMC < 19$ 1 = $19 \leq IMC < 21$ 2 = $21 \leq IMC < 23$ 3 = $IMC \geq 23$ { } Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pts.) 12 pontos ou mais normal; desnecessário continuar a avaliação 11 pontos ou menos possibilidade de desnutrição Continuar a avaliação Avaliação global O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) 0 = não 1 = sim { } Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não { } Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não { } Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições { }		O paciente consome: *Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? Sim() não() *Duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? Sim() não() *Carne, peixe ou aves todos os dias? Sim() não() 0,0 = nenhuma ou uma resposta <<sim>> 0,5 = duas respostas <<sim>> { } 1,0 = três respostas <<sim>> { } O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais? 0 = não 1 = sim { } Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0,0 = menos de três copos 0,5 = três a cinco copos 1,0 = mais de cinco copos { } Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade { } O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter problema nutricional { } Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0,0 = não muito boa 0,5 = não sabe informar 2,0 = melhor { } Circunferência do braço (CB) em cm 0,0 = $CB < 21$ 0,5 = $21 \leq CB \leq 22$ 1,0 = $CB > 22$ { } Circunferência da panturrilha (CP) em cm 0 = $CP < 31$ 1 = $CP \geq 31$ { }		
		Avaliação global (máximo 16 ponto)		
		Escore da triagem		
		Escore Total (máximo 30 pontos)		
Avaliação do Estado Nutricional				
		De 17 a 23,5 pontos risco de desnutrição		
		Menos de 17 pontos desnutrido		

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL	
	FÓRMULAS A SEREM APLICADAS	
	Protocolo 006	Data:

1 – IMC (índice de massa corporal): $\text{Peso (kg)} / \text{altura}^2$

IMC (kg/m ²)	Classificação
Abaixo de 22	Baixo peso
22 – 27	Eutrofia
27 - 30	Sobrepeso
30 e acima	Obesidade

Fonte: Nutritional Screening Institute, 1994

2 – Perda De Peso (%) em relação ao tempo

Tempo	Perda Significativa de Peso (%)	Perda Grave de Peso (%)
1 Semana	1 – 2	> 2
1 mês	5	> 5
3 meses	7,5	> 7,5
6 meses	10	> 10

Fonte: Blackburn e col, 1977

$$\% \text{ PP: } \frac{(\text{PU} - \text{PA})}{\text{PU}} \times 100$$

Perda de peso em três meses > 10% desnutrição instalada;
Perda de peso em seis meses > 30% risco de vida.

3 – Equações para determinar a estimativa de peso considerando
Dobra Cutânea Subscapular

Homens { [0,98 x CP(cm)] + [1,16 x AJ (cm)] + [1,73 x CB (cm)] + [0,37 x DCS] – 81,69 }
Mulheres { [1,27 x CP (cm)] + [0,87 x AJ (cm)] + [0,98 x CB (cm)] [0,4 x DCS] – 62,35 }

Fonte: Chumlea, 1988 CP: circunferência da panturrilha; AJ: altura do joelho; CB: circunferência do braço; DCS: dobra cutânea subscapular.

Alguns casos serão difícil a coleta da Dobra Cutânea Subscapular, podendo ser aplicada a fórmula de estimativa de peso considerando a Circunferência Abdominal.

4 - Equações para determinar a estimativa de peso considerando Circunferência Abdominal

Homens	$0,5759 \times \text{CB}(\text{cm}) + 0,5263 \times \text{CA}(\text{cm}) + 1,2452 \times \text{CP}(\text{cm}) - 4,8689 \times 1 - 32,9241$
Mulheres	$0,5759 \times \text{CB}(\text{cm}) + 0,5263 \times \text{CA}(\text{cm}) + 1,2452 \times \text{CP}(\text{cm}) - 4,8689 \times 2 - 32,9241$

Fonte: Chumlea, 1988 CP: circunferência da panturrilha; CB: circunferência do braço; CA: circunferência abdominal

5 – Grau e local do edema

Grau do edema	Local atingido	Peso a ser subtraído
+	Tornozelo	1kg
++	Joelho	3 a 4kg
+++	Raiz da coxa	5 a 6 kg
++++	Anasarca	10 a 12 kg

Fonte: adaptada de Materese, 1997

Pacientes com edema ou ascite devem ser descontados alguns valores do peso atual observando o grau de retenção de líquidos o local do edema conforme tabelas a seguir.

6 – Grau de ascite

Grau de ascite	Peso a ser subtraído
Leve	2,2kg
Moderado	6kg
Grave	14kg

Fonte: adaptada de James, 1989

7 – Indivíduo que sofreram algum tipo de amputação

Membro amputado	%
Braço todo	5
Antebraço	1,6
Braço	2,7
Mão	0,7
Coxa	10,1
Perna	4,4
Pé	1,5

Fonte: adaptada de Osterkamp, 1995

8 – Equações para determinar a estimativa de estatura considerando a altura do joelho

Homens	$[64,19 - (0,04 \times \text{Idade})] + (2,02 \times \text{Altura Joelho})$
Mulheres	$[84,88 - (0,24 \times \text{Idade})] + (1,83 \times \text{Altura Joelho})$

Fonte: Chumlea, 1989

9- Circunferência abdominal (CA)


Circunferência abdominal (cm)		
Risco de complicações metabólicas	Homem	Mulher
Aumentado	≥ 94	≥ 80

OMS, 2000.

10- Componentes da síndrome metabólica segundo o NCEP-ATP III

Componentes	Níveis
Obesidade abdominal por meio de circunferência abdominal	
Homens	> 102 cm
Mulheres	> 88 cm
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL
HDL Colesterol	
Homens	< 40 mg/dL
Mulheres	< 50 mg/dL
Pressão arterial	≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg
Glicemia de jejum	≥ 110 mg/dL
A presença de Diabetes mellitus não exclui o diagnóstico de SM	

I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2005.
ABESO, 2009.

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL	
	FÓRMULAS/EQUAÇÕES REFERENTES ÀS RECOMENDAÇÕES DE NUTRIENTES PARA IDOSOS	
	Protocolo 007	Data:

Calculo de bolso para estimativa de kcal/kg por peso corporal e estresse

Adultos	kcal/kg
Obeso	20 a 22 kcal/kg/dia
Perda de peso	20 a 25 kcal/kg/dia
Manutenção de peso (s/ estresse)	25 a 30 kcal/kg/dia
Sepse	25 a 30 kcal/kg/dia
Ganho de peso (s/ estresse)	30 a 35 kcal/kg/dia
Queimado (<30%)	30 a 35 kcal/kg/dia
Cirurgia eletiva em geral	32 kcal/kg/dia
Politrauma	40 kcal/kg/dia

Fonte: (CHUMLEA et al, 1998).adaptado

Indicação de Proteína (g/kg/dia) de acordo com a condição clínica de estresse


Condição Clínica de adultos	Proteína (g/kg/dia)
Normal e sem estresse	0,8 – 1,0
7. Cirurgia eletiva sem complicações	1,0 – 1,2
Estresse moderado	1,1 – 1,5
Estresse grave (sepse, trauma, respiração artificial)	1,5 – 1,8
<ul style="list-style-type: none"> • Queimadura > 20% da superfície corporal 	≥ 2,0
<ul style="list-style-type: none"> • Renal (tratamento conservador) 	0,6 – 0,8 g/kg (60% AVB)
<ul style="list-style-type: none"> • Renal (em hemodiálise) 	1,0 – 1,2 g/kg (50 % a 80% AVB)
<ul style="list-style-type: none"> • Renal (em dialise peritonial) 	1,2 – 1,3 g/kg (> 50% AVB)
<ul style="list-style-type: none"> • Renal (em CAPD) 	1,2 – 1,6 g/kg (> 50% AVB)
<ul style="list-style-type: none"> • Renal (transplante imediato e na rejeição aguda) 	1,3 – 1,5 g/kg
<ul style="list-style-type: none"> • Renal (transplantado em manutenção) 	1,0 g/kg
<ul style="list-style-type: none"> • Hepatopatias: Hepatite aguda • Hepatite crônica • Cirrose não alcoólica, Colestase e cirrose biliar 	1,0 – 1,5 g/kg/dia 0,8 – 1,0 g/kg/dia 0,8 – 1,0 g/kg/dia 0,75 – 1,2 g/kg/dia
<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatia hepática 	Aproteica, com inclusão de 20 g de proteína animal gradativamente até 40 – 60 g ou normoproteica até hiperproteica.

*Nota: 6,25 g de proteína = 1 g de nitrogenio. Fonte: (MARTINS, 2000), (CHUMLEA et al, 1998).

Indicação de ingestão de água para idade 19-70 anos

Masculino	3,7	Líquido (litros/dia)
Feminino	2,7	Líquido (litros/dia)


DRI (Dietary Reference Intakes)

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL	
	PRESCRIÇÃO DE DIETAS VIA ORAL	
	Protocolo 008	Data:

TIPOS DE DIETA

- Líquida Simples
 suco de maçã cozida e coado, chás, caldo de canja, gelatina.
 Indicada para pacientes com restrição de alimento consistente devido alguma patologia.
- Líquida Completa
 Café com leite, Leite com achocolatado, vitamina de fruta, suco de frutas, caldo de sopa concentrado, gelatina, mingau de maisena ralo, sopa liquidificada fina.
 Indicada para pacientes com dificuldade de mastigação, deglutição ou pós operatório.
- Pastosa
 Papa de bolacha com leite ou café leite, fruta amassada, pão sem casca; vitaminas, sopa liquidificada, cremes, pudins, purês, carnes moídas ou liquidificadas , arroz papa, feijão liquidificado ou amassado. Indicada para pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição
- Branda
 Sem adição de temperos picantes, grãos, molhos, frituras, alimentos cozidos.
 Indicada para pacientes com diarreia ou algum desconforto gastrointestinal, gastrite ou úlcera.
- Hipolípídica
 Frango sem pele, leite desnatado, semelhante a dieta branda, mas sem adição de gorduras e molhos, mas poderão ser adicionados grãos.
 Indicada para pacientes com restrição de gorduras.

- **Hipossódica**
A consistência desta dieta é livre, porém restrita em sódio, substituir por temperos.
Indicada para pacientes com restrição de sal.
- **Rica em Fibras**
Dietas ricas em frutas de preferência com casca, verduras, legumes, sementes e grãos.
Indicada para pacientes com histórico de constipação.
- **Hipoproteica**
Alimentos pobres em proteínas: carnes, leites, leguminosas.
Indicada para pacientes com restrição de proteínas.
- **Diabetes**
Dieta pobre em carboidratos, evitar consumir dois tipos de carboidratos na mesma refeição como arroz, massa, batata, não utilizar açúcar branco, preferir adoçantes.
Indicada para pacientes com histórico de diabetes.

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL	
	PRESCRIÇÃO DE DIETAS VIA ENTERAL	
	Protocolo 009	Data:

TIPOS DE VIA


- Sondas nasoenterais: a posição da sonda pode ser gástrica, duodenal ou jejunal.
- Estomias: é indicada para problemas envolvendo o trato gastrointestinal alto ou se há previsão de utilização de sonda nasoenteral por mais de seis semanas.

TIPOS DE DIETA INDUSTRIALIZADA PRONTAS PARA O USO

- Padrão: é uma dieta polimérica, normoproteica (10% –15% - VCT), normocalórica.
- Hiper-Hiper: dieta polimérica, hiperproteica (> 15% do VCT), hipercalórica, indicada para pacientes com restrição hídrica.
- Oligomérica: nutrientes presentes já pré-digeridos, sendo indicada para pacientes com algum distúrbio de absorção.
- Nefropata: dieta especializada, hipoproteica (< 10% do VCT), hipercalórica para pacientes com insuficiência renal crônica ou aguda e que não estejam em de diálise.
- Encefalopatia Hepática: normoproteica rica em aminoácidos ramificados para pacientes com hepatopatia crônica, encefalopatia hepática graus III e IV.


TIPOS DE DIETAS MANIPULADAS

- Artesanal:
Contém alimentos na sua forma natural (ex.: leite, mel, açúcar, ovo, maisena, óleo de vegetais, caldo de carne, etc.).
- Industrializada:
Produtos em forma de pó diluíveis em água fervida ou filtrada ou em líquidos prontos para o uso, alimento nutricionalmente completo.

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL	
	PRESCRIÇÃO DE DIETAS COM MÓDULO	
	Protocolo 010	Data:

MÓDULO

- Água fervida ou filtrada: tem a finalidade de hidratação do paciente prevenindo a constipação e desidratação, indicado na diluição dos módulos e as fibras.
- Carboidrato: elaborado para pessoas com necessidades energéticas aumentadas ou para aquelas que não sejam capazes de satisfazer suas necessidades calóricas com uma dieta normal.
- Proteína: indicado para pacientes com necessidades proteicas, pacientes com úlcera de pressão ou ferimentos de difícil cicatrização com dieta padrão ou hiper-hiper.
- Glutamina: indicado em situações de estresse metabólico e sepse, devendo ser utilizado após avaliação criteriosa do estado clínico e nutricional do paciente. A dose recomendada é de 0,3 a 0,6 g/kg/dia.
- Espessante alimentar: é prescrito para indivíduos com dificuldade de deglutição, em casos de disfagia, onde a pessoa tem dificuldade de engolir os alimentos corretamente.
- Lipídeo: Indicado para o aumento de aporte calórico nas dietas, utilizado em afecções pancreáticas, mucoviscidose, fibrose cística, síndrome da má absorção e do intestino curto.
- Fibra: Regulariza as funções intestinais nos casos de diarreia ou obstipação. Auxilia na prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de cólon. Coadjuvante no tratamento de pacientes cardiopatas, neuropatas, idosos, gestantes e diabéticos.

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL	
	ORIENTAÇÕES DE HIGIENE, PREPARO, ARMAZENAMENTO	
	Protocolo 011	Data:


DIETAS MANIPULADAS

- **Assepsia:** Mãos e local onde forem manipulados os alimentos deve ser higienizado livre de qualquer contaminação, os utensílios utilizados deverão ser próprio para este uso;
- **Artesanal:** Separar os insumos necessários para o preparo, medir corretamente, lavar em água corrente os vegetais, deixar de molho quinze minutos em água sanitária própria para este uso (uma colher de sopa para cada litro de água), enxaguar bem, cozinhar os alimentos até que fiquem bem macios. Liquidificar todos os ingredientes por 2 a 3 minutos até que não fique nenhum pedaço visível, passar 2 vezes em uma peneira de malha fina a preparação. Conservar a dieta na geladeira em recipiente tampado (de plástico ou de vidro) por no máximo três horas. Os leites deverão ser fervidos.
- **Industrializada:** Colocar as quantidades de pó conforme prescrição da nutricionista utilizando água fervida ou filtrada em temperatura ambiente, liquidificar e coar. Caso prepare antecipadamente conservar em geladeira. As fórmulas líquidas indicadas já vêm prontas não precisando coar, somente fracionar em frascos.

CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA:

- Se mantiver sobre refrigeração, tanto a artesanal como a industrializada, antes de usar no próximo horário, aquecer água num recipiente (não deixar ferver), retirar da geladeira a preparação, fracionar em frasco próprio para a dieta, colocar o mesmo na água aquecida para que atinja a temperatura ambiente e sirva. A dieta deve ser servida sempre à temperatura ambiente;

- Dietas administradas em infusão rápida podem causar diarreias, vômitos distensão abdominal, e muito quente, queimaduras;
- Se o paciente for acamado elevar a cabeceira da cama (de 30 a 45 graus) com travesseiros para administração da dieta. Mantenha o paciente nesta posição de 20 a 30 minutos após a administração da dieta;
- Os frascos deverão ser separados um para água, outro para as preparações. Os exclusivos para água poderão ser utilizados por 10 dias, os outros no máximo três dias, os equipos por 7 dias (ou conforme instrução da equipe de saúde) e depois desprezá-los. Para reaproveitamento de frascos e equipos, estes deverão ser lavados com água e sabão neutro utilizando uma escova roliça do tipo de mamadeira para facilitar a higienização, deixando os mesmos de molho em solução de clorada por 30 minutos, seguido de enxágue em água corrente. Após a administração da dieta no paciente, injetar 20 ml de água com seringa para a lavagem da sonda, essa água deve ser fervida e em temperatura ambiente, se necessário poderá ser repetido o processo por mais uma vez;
- As dietas devem ser administradas nos horários estabelecidos pela nutricionista. No entanto, se atrasar algum o horário, não tentar compensar dobrando o volume da próxima dieta. Isto poderá causar mal-estar gástrico ou diarreia;

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL	
	Abertura de processo para solicitação de dietas enterais, módulos e suplementos nutricionais via Secretaria Estadual de Saúde (SES)	
	Protocolo 012	Data:

Deverá ser seguido de acordo com a RESOLUÇÃO Nº 216/14 – CIB/RS -
PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DAS FÓRMULAS NUTRICIONAIS ESPECIAIS
http://www.saude.rs.gov.br/lista/136/Medicamentos_Especiais_SES_RS

Documentação necessária

- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do paciente.
- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do responsável legal (para pacientes menores de 18 anos).ou incapazes/incapacitados.
- Receita médica original atualizada, com assinatura e carimbo do médico com CRM legível, e o nome da dieta enteral, fórmula infantil e/ou suplemento alimentar preferencialmente pela descrição genérica, apresentação, posologia e duração do tratamento.
- Formulário Cadastro de Usuários.
- Formulário Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais – LFN.
- Cópia dos exames complementares que comprovem o agravo para o qual está (ão) sendo solicitadas(s) a(s) fórmula(s).
- Informação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante (pode constar na receita ou laudo médico).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa de aplicação de um protocolo nutricional em atenção domiciliar para idosos, que tem como objetivo principal, aplicar um protocolo nutricional estabelecendo uma estratégia de atendimento domiciliar destinado aos cuidados de pacientes idosos. E objetivos específicos de elaborar um protocolo nutricional de dieta via oral e enteral a nível domiciliar, implantar e adotar o protocolo de atendimento como rotina no serviço público de saúde, melhorar o estado nutricional dos pacientes a partir da padronização do atendimento e reduzir complicações relacionadas a armazenamento de alimentos, preparação e administração da dieta. O tema escolhido se justifica pela importância de atenção domiciliar ao idoso.

O trabalho está sendo realizado pela nutricionista CLECI DOS SANTOS. Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma intervenção individual, através de um protocolo nutricional. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora através do telefone e-mailin formado.
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o comitê de ética responsável.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado
Nome:

Assinatura da pesquisadora
Cleci dos Santos