

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

**SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE
UMA MATERNIDADE PÚBLICA: PLANO DE
INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA**

ANDREA COSTA MORAIS AMARAL

Maceió

2020

ANDREA COSTA MORAIS AMARAL

**SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE
UMA MATERNIDADE PÚBLICA: PLANO DE
INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Preceptoría em Saúde, como requisito final para obtenção do título de Especialista em Preceptoría em Saúde. Orientadora: Prof^a Maria Goretti Barbosa de Sampaio

Maceió

2020

RESUMO

Introdução: A prática da preceptoria é desafiadora e no contexto de uma grande maternidade pública as rotinas do atendimento nutricional necessitam de muita organização para alcançar qualidade na assistência enquanto proporcionam um melhor aprendizado aos estagiários.

Objetivos: implementar a sistematização do atendimento nutricional de uma maternidade pública. **Metodologia:** trata-se de um Plano de Preceptoria com a proposta de sistematizar o atendimento nutricional em uma maternidade pública a partir de 2021 no cenário prático do estágio dos alunos de uma universidade federal. **Considerações finais:** espera-se que esta sistematização contribua, como consequência, para saúde dos usuários do SUS e para a formação de qualidade dos futuros nutricionistas.

Palavras-chave: Estado nutricional, Terapia nutricional, Indicadores de qualidade em assistência à saúde, Protocolos.

1.INTRODUÇÃO

Os hospitais universitários são hospitais escola que fornecem atendimento exclusivo através do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como um de seus princípios, garantir a formação dos profissionais de saúde no cenário prático, atendendo as Diretrizes Curriculares Nacionais. Portanto o profissional de saúde que ingressa no trabalho nesses hospitais além de exercer sua função assistencial também exerce a função de educador, ensinando enquanto exerce sua rotina de trabalho, mas na grande maioria, sem conhecimento ou capacitação técnica para tal.¹

A preceptoria em nutrição clínica impõe diversos desafios ao nutricionista, sobretudo porque trata de uma área da saúde antes vista nos serviços de saúde, como de pouca demanda e por isso, com um número reduzido de profissionais. Porém a nutrição vem crescendo consideravelmente em sua complexidade, ganhando reconhecimento cada vez maior dentro da equipe multidisciplinar de saúde, exigindo a atuação permanente do profissional nas diversas situações de doença e abrindo um grande leque de oportunidades para os futuros profissionais.²

O nutricionista deve estar sempre atualizando seus conhecimentos, respaldados nas mais atuais evidências científicas para garantir a tomada de decisões e condutas mais assertivas e os resultados mais efetivos na manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente e estimular no discente, através das discussões de casos e condutas o resgate dos conhecimentos teóricos anteriores alinhando aos atuais.^{1,2}

Na função de preceptor o nutricionista deve fazer com que o aluno transfira o conhecimento adquirido na teoria para a prática, apresentando para o aluno todas as etapas do atendimento nutricional. As etapas do atendimento nutricional contam com: triagem, para identificar os pacientes em risco nutricional, os quais irão passar pela avaliação completa que fornecerá os elementos para diagnóstico nutricional, para o cálculo das necessidades nutricionais. A partir de então é proposto a conduta nutricional individualizada e sua implantação. Todas estas ações devem ser registradas em prontuário e acompanhadas quanto a necessidades de ajustes conforme a evolução de cada caso até a alta com orientações nutricionais para o domicílio.^{3,4}

No decurso da vivência assistencial e das atividades da preceptoria, a autora experimentou inquietações acerca da característica e das demandas do atendimento nutricional em uma maternidade pública, referência em alto risco em um estado de 3.351.543 habitantes (IBGE,2020). Esta unidade atende uma população que variação entre 48 a 60 pacientes diários, com grande complexidade clínica e alta rotatividade, mas que tem 01 nutricionista de referência

com carga horária de 40 horas semanais. Isso gera uma rotina exaustiva e acima de tudo, angustiante, ao perceber que o atendimento nutricional fica muito aquém da necessidade constatado através da alta de pacientes recebem sem receber uma visita do nutricionista. No ambiente hospitalar, o nutricionista tem o objetivo de prover o cuidado de nutrição do paciente desde o momento da admissão até sua alta hospitalar.²

Esta especialização não só forneceu capacitação para o exercício da preceptoría como ampliou a visão acerca da necessidade de um plano de ação para mudança desse cenário. A conclusão do curso que contempla a elaboração de um Plano de Preceptoría (PP) foi a oportunidade de pensar e colocar em prática uma proposta de sistematização do atendimento nutricional afim de garantir a eficácia da assistência sem o desgaste emocional por parte do profissional e sem frustração para o estagiário.⁵

Esta sistematização não somente deve padronizar a rotina do atendimento nutricional, mas principalmente, estabelecer os critérios de inclusão dos pacientes em cada etapa do cuidado nutricional a fim de otimizar tempo e recursos. A criação de fluxos torna-se necessária para otimizar a assistência nutricional, padronizar e sistematizar processos para maior segurança terapêutica, minimizando variações individuais e unificando o modelo de atendimento.^{6,7}

Partindo dessas considerações, levantou-se a seguinte questão para o direcionamento da questão problema: Como implementar a sistematização do atendimento nutricional de uma maternidade pública de alto risco?

2. OBJETIVO GERAL

Implementar a sistematização do atendimento nutricional de uma maternidade pública

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um projeto de intervenção do tipo Plano de Preceptoría (PP) implantado na Maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA- UFAL) com a proposta de estabelecer uma sistematização para organizar o fluxo e as rotinas de atendimento nutricional às pacientes internas nesta maternidade.

3.2 PÚBLICO-ALVO

A sistematização do atendimento nutricional.

3.3 EQUIPE EXECUTORA

A equipe de nutrição e os estagiários.

3.4 ELEMENTOS DO PP

Esta sistematização contou inicialmente com a revisão de todos os protocolos e rotinas já existentes na unidade. Em seguida foi realizada busca na literatura por artigos, manuais, protocolos, diretrizes, livros e materiais bibliográficos que descem suporte a construção desta sistematização. Nos provedores Google acadêmico, com as temas: sistematização do cuidado em saúde, sistematização nutricional e nas bases de dados científicas usando palavras chaves como: avaliação nutricional, terapia nutricional, indicadores de qualidade em assistência à saúde e protocolos.

A proposta inicial foi em formato de manual com descrição de todas as etapas realizadas no atendimento nutricional, com a finalidade de dar clareza a qualquer profissional que venha executar o trabalho assistencial de nutrição em uma maternidade. Foram também criados fluxogramas para cada etapa a fim de facilitar o entendimento e o emprego passo a passo das rotinas na sua ordem de execução bem como tabelas em excel para registros dos atendimentos e cálculos de diagnósticos e de necessidades nutricionais. (em anexo nos Apêndices)

A rotina do nutricionista nesta maternidade se inicia com a consulta ao sistema informatizado disponibilizado pelo sistema operacional do serviço que fornece todas as informações sobre os pacientes internos e na urgência. Este sistema também disponibiliza para impressão um mapa todos os pacientes internos, com seu número do prontuário, nome completo, idade, leito, e hipótese diagnóstica da internação e dieta prescrita pelo médico ou via alimentar e um campo para pequenas observações. No mapa impresso é possível complementar informações no campo destinado a observações como data de internação, idade gestacional, confirmação dos diagnósticos médicos, sintomas mais importantes entre outras informações que julgar importante para o atendimento nutricional.

Diante do objetivo principal desta sistematização, alguns esclarecimentos se fazem necessários para que o leitor entenda algumas propostas. As gestantes com idade gestacional >37 semanas são consideradas gestantes a termo, ou seja, em caso de evolução para o parto o recém-nascido

está apto ao nascimento e se tratando de uma maternidade de alto risco, o nascimento em sua maioria, quando não são prematuros, poucos ultrapassam 37 semanas. Por esse motivo estas pacientes foram classificadas neste primeiro momento como inelegíveis à triagem nutricional, bem como as puérperas que em se tratando de evolução clínica favorável devem receber alta entre 24 horas a 48 horas pós-parto.

As pacientes elegíveis são aquelas internas para tratamento clínico, as quais são consideradas com possibilidade de permanência hospitalar para um acompanhamento clínico e nutricional mais longo e obedecerão a seguinte ordem de prioridade: todas as gestantes com idade gestacional ≤ 37 semanas, depois as com doenças trofoblásticas gestacionais, em seguida as com gestações ectópicas.

3.4.1 Etapas do atendimento nutricional:

Triagem Nutricional

A triagem nutricional é o primeiro passo da sistematização do cuidado de nutrição. Há vários instrumentos para realização da triagem, mas a *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) – Instrumento de Triagem Universal de Desnutrição⁸ é a única que em sua descrição considera-se aplicável a lactantes e gestantes, além de adultos, idosos, principalmente na comunidade, mas também a pacientes ambulatoriais, clínicos ou hospitalizados. O resultado de cada critério gera uma pontuação, e os pontos dos três critérios são somados. Para a interpretação do score, os pacientes são agrupados em três categorias (baixo, médio e alto risco de desnutrição). Para cada resultado, o MUST sugere planos de ação, de acordo com o tipo de paciente.

Todas as gestantes consideradas elegíveis inicialmente passam pela triagem nutricional onde serão classificadas em risco nutricional ou sem risco nutricional. Após a triagem, os pacientes que apresentarem risco devem ser submetidos à avaliação do estado nutricional para identificar o diagnóstico de nutrição e planejar a terapia. Aquelas sem risco nutricional serão reavaliadas a cada 7 dias.

Avaliação nutricional

A avaliação nutricional consta de visitas diárias a beira do leito, revisões de prontuários, interpretação de exames bioquímicos, avaliações físicas e antropométricas. De posse dessas informações é possível estabelecer o diagnóstico nutricional e as necessidades nutricionais, que

em conjunto com a etiologia e os indicadores nutricionais identificados, direcionam o planejamento e o monitoramento das intervenções.

Diagnóstico nutricional

O diagnóstico nutricional é a identificação de um problema nutricional existente, cujo tratamento é de responsabilidade do nutricionista. Todo diagnóstico de nutrição deve ter a possibilidade de ser resolvido, a partir da intervenção, ou seja, um diagnóstico de nutrição deve mudar conforme a resposta de um indivíduo à intervenção.

- baixo peso/eutrofia/sobrepeso/obesidade;
- ingestão de macronutrientes ou nutrientes essenciais em desacordo com as necessidades (para mais ou para menos, especificar)

Intervenção nutricional

Nessa etapa, o nutricionista planeja intervenções para solucionar os problemas detectados na avaliação do estado nutricional e descritos de acordo com o(s) diagnóstico(s) de nutrição, se adequando a cada tipo de paciente.

As intervenções de nutrição são ações planejadas e desenvolvidas com a intenção de realizar mudança em comportamentos, fatores de risco, condições do meio ambiente e aspectos do estado de saúde.

A intervenção de nutrição é composta de duas etapas: planejamento e execução. O planejamento da intervenção deve ser realizado através de discussão com o preceptor da proposta da conduta nutricional, sua forma de implantação, o monitoramento da aceitação do plano proposto inicialmente e a realização dos ajustes necessários para melhora dos resultados nutricionais.

A orientações nutricionais para a alta hospitalar também faz parte da intervenção, bem como o trabalho de educação nutricional permanente a beira do leito em cada visita.

Registro em prontuário

O registro do atendimento nutricional, é chamado de evolução nutricional e deve conter todas as etapas da avaliação até a prescrição dietética. Para não haver esquecimento e/ou anotações desnecessários elaboramos um modelo de evolução que fica disponível no sistema operacional do serviço no qual o profissional complementa os dados de acordo com as observações individuais de cada paciente. Ao final deve registrar a assinatura seguida de carimbo, número

e região da inscrição no Conselho Regional de Nutrição (CRN) do profissional responsável pela prescrição

A prescrição dietética deve constar de

- valor energético total (VET);
- consistência da alimentação;
- composição de macro e micronutrientes mais importantes para o caso clínico;
- fracionamento;

Paralelamente à sistematização foi criada uma planilha em excel com as fórmulas utilizadas para estabelecer o diagnóstico nutricional e as necessidades energéticas e proteicas das gestantes, pois são utilizadas formulas muito grandes e diferenciadas conforme estado nutricional o período gestacional, demandando muito tempo em sua execução e na conferência por parte do preceptor.

Essa mesma planilha será alimentada diariamente com o tipo de intervenção nutricional o paciente necessitou, por quanto tempo, resultado da intervenção e alta. Em outra aba será informado o total de pacientes diários, quantos em cada critério de inclusão, quantos triados e quantos em risco, quantos em acompanhamento, quantos em alta orientados. Semanalmente, preceptor e estagiário analisará na planilha o diagnóstico clínico que mais exigiu intervenção nutricional e este será apresentado pelo estagiário no grupo de discussão (GD) da semana seguinte.

Dentro da proposta de educação permanente, o GD consiste num momento semanal a ser estabelecido dia, horário e duração onde o estagiário após estudo das evidencias científicas mais atuais e preparo prévio ira discorrer sobre o tema escolhido ou o caso clínico daquele tema para a discussão em grupo da melhor conduta a ser adotada, se possível com a presença do tutor e de qualquer outro nutricionista da unidade de nutrição clínica que se interessar. Ao final do estágio como trabalho de conclusão o aluno deverá propor um guia de cuidados nutricional para a patologia de maior incidência no seu período de estágio sendo esta mais uma importante contribuição do estágio ao serviço.

3.5 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Fragilidades:

Alto número de pacientes o que demanda maior agilidade na realização do primeiro atendimento (triagem nutricional) e da tomada de conduta quando identificado o risco nutricional;

O exercício da preceptoria é mais uma função para profissional de saúde que não receberam em sua formação capacidades para o ensino;

Alta rotatividade dos pacientes, o que dificulta a aplicação dos planos de assistência propostos que demandam um certo tempo para serem calculados;

Número pequeno de profissionais, o que nos força a trabalhar no nosso limite das nossas capacidades e as vezes nos leva ao esgotamento mental e físico e até ao adoecimento;

Alta variedade de patologias complexas, o que nos exige tempo para pesquisa e atualização dos conhecimentos antes de tomada de conduta causando demora nos resultados a serem alcançados na recuperação do paciente.

Oportunidades:

Grande diversidade de patologias o que nos exige muito estudo, pesquisa e atualização através das mais atuais evidências científicas, o que demanda tempo mas agrega conhecimento que nos motiva a construção desta sistematização;

Equipe multidisciplinar atuante o que proporciona boas discussões e tomadas de decisão mais assertivas enriquecendo a assistência em saúde como um todo;

Parceria entre a universidade e o hospital (meio acadêmico e cenário prático) o que nos proporciona estar sempre em contato e envolvidos nas pesquisas e assuntos em saúde e tecnologia em saúde mais atuais e nos facilita as atualizações científicas e bibliográficas.

3.6. PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O estágio de nutrição se divide em três áreas que devem ser vivenciadas dentro de um período, que são: clínica, social e produção de refeições. Portanto o estagiário permanece em cada área apenas 200 horas, distribuídas em 6 horas por dias úteis, resultando em média a um mês e meio.

Ao final do período de cada turma, será fornecido um formulário no qual o estagiário deverá avaliar os resultados desta sistematização, sem necessariamente ter que se identificar.

Esse formulário a principio vai constar de:

Avaliação do Plano de Preceptorial: Sistematização do Atendimento Nutricional em Maternidade.

Período de avaliação: ____/____ a ____/____/2021

Marque com um X a coluna que representa sua opinião em relação a Sistematização do Atendimento Nutricional apresentada neste Plano de Preceptorial.

AVALIAÇÃO	POUCO SATISFATÓRIA	SATISFATÓRIA	MUITO SATISFATÓRIA
CLAREZA			
APLICABILIDADE			
FUNCIONALIDADE			
AGILIDADE			
RESOLUTIVIDADE			
ACESSIBILIDADE			
COMPLEXIDADE			

Qual sugestão você tem para a melhoria desta sistematização: _____

3.7 CRONOGRAMA (cada estágio dura cerca de 7)

1ª semana	<p>Acolhimento dos estagiários pela chefia da unidade;</p> <p>Apresentação da clínica, da equipe de enfermagem , equipe multidisciplinar e residentes, do sistema de prontuário eletrônico do HUPAA;</p> <p>Apresentação do manual de sistematização, dos POP's, editais e demais padronizações da unidade de nutrição e mapas da copa (1º dia)</p> <p>Acompanhamento do estagiário das rotinas de revisão de prontuário, triagem nutricional, avaliação completa e atualização de mapas da copa (2º dia);</p> <p>Acompanhamento e compartilhamento das revisões de prontuário, triagem nutricional e registro em prontuário, avaliação completa (3º dia);</p> <p>Atividades do dia anterior e cálculo de necessidades nutricionais (4º dia);</p>
------------------	---

	Atividades do dia anterior e cálculo de necessidades nutricionais e discussão de conduta e implantação com registro em prontuário (5º dia);
2ª semana	Atividades da semana anterior, monitoramento da conduta implantada, ajuste se necessário com registro em prontuário, acompanhamento da visita multidisciplinar;
3ª semana	Atividades da semana anterior, apresentação e orientações para o uso das planilhas do excel e escolha do tema para o GD na semana seguinte;
4ª semana	Atividades da semana anterior, uso e preenchimento da planilha do excel, participação efetiva na visita multidisciplinar;
5ª até a última semana	Todas as atividades da semana anterior que contempla todas as rotinas do nutricionista. Ultima semana: avaliação do estágio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, considerando a capacitação em preceptoria e a compilação de referencial teórico baseado em evidencia científica foi possível montar uma sistematização do trabalho adequada a realidade do serviço com fluxos que otimizam o tempo e que garantam uma boa assistência aos usuários do SUS e a aprendizagem e atualização dos profissionais e alunos.

Espera-se que a implementação desta sistematização gere excelência no atendimento nutricional, com a evolução clínica favorável ou recuperação do estado nutricional dos pacientes e com redução riscos significativos.

De acordo com o resultado da implantação da sistematização será possível criar uma planilha para registrar qual tipo de atendimento foi realizado em relação ao número de pacientes de acordo com o risco nutricional e assim analisar o resultado e a necessidade de revisão e readequação do mesmo para futuras turmas de estagiários. Isso possibilitará também o uso mais racional destes suprimentos o que trará para o hospital um maior controle dos custos para o hospital.

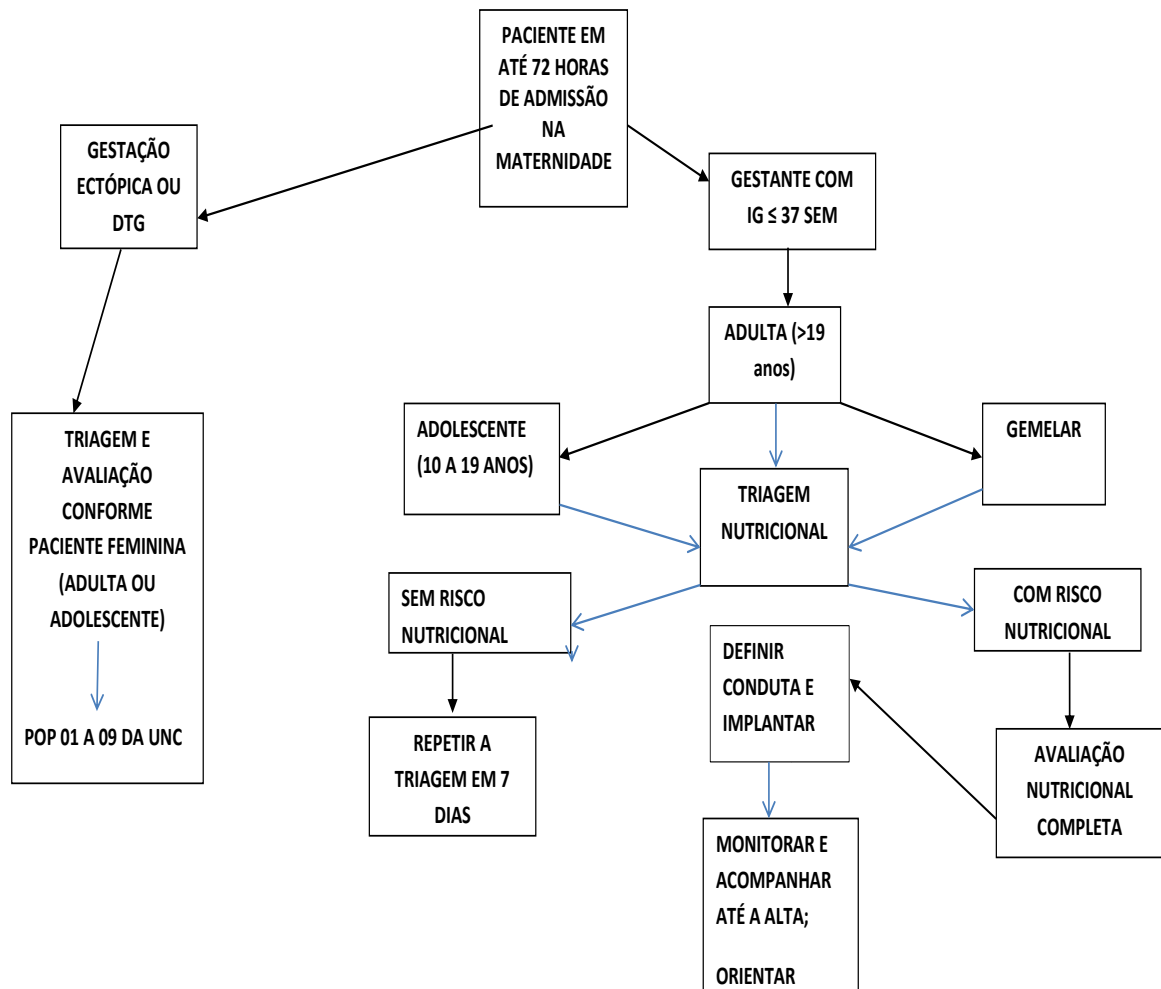
5. REFERÊNCIAS:

- 1 - FERREIRA, Alexandre Rodrigues et al. Diretrizes para o exercício da preceptoría nos hospitais universitários da rede ebserh. Material produzido pelo Grupo de Trabalho das Universidades Federais, Hospitais Universitários e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, 2018. Disponível em http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071/Anexo+da+port+509_PRES.pdf/f91495ef-c9bd-4320-b8e4-fc162f7b532d. Acesso em 13 de set. 2020
- 2 - FIDELIX, Marcia Samia Pinheiro. Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição / [organizado pela] Associação Brasileira de Nutrição – São Paulo : Associação Brasileira de Nutrição, 2014. Disponível em: <https://www.asbran.org.br/storage/arquivos/PRONUTRI-SICNUT-VD.pdf> - acesso em: 20 de mar. 2020.
- 3 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_hospitalar.pdf - Acesso em: 04 de fev. 2020.
- 4 - CARVALHO, Ana Paula Perillo Ferreira Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado : materno-infantil [Recurso eletrônico] / Ana Paula Perillo Ferreira Carvalho [et al.]. – Goiânia : Gráfica UFG, 2016. 111 p. : il. – (Paciente gestante, nutriz, criança e adolescente ; v. 1) – Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/222842/1252791/Gestante_Protocolo_Infantil.pdf/d3856e9e-59a4-4a65-bcfb-617ae76b4462 - Acesso em 04/02/2020
- 5- PEDROSO, Cassiani Gotâma Tasca et al. Cuidado nutricional hospitalar: Percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1155-1162, 2011
- 6- SOUZA, Bruna de; et al. Sistematização do atendimento nutricional de um hospital universitário. Nutr. clín. diet. hosp. 2019; 39(2):11-18
- 7- BEHRMANN, Gabriella et al. Relevância do protocolo em nutrição na avaliação do estado nutricional do paciente hospitalizado: uma revisão integrativa - RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição. São Paulo, SP, Ano 10, n. 1, p. 134-141, Jan-Jun. 2019 - ISSN 2357-7894 (online).
- 8 - BAPEN. Publicado pela primeira vez em maio de 2004 pelo MAG (Malnutrition Advisory Group), um Comitê permanente da BAPEN. Revisto e reimpresso em março de 2008 e em setembro de 2010, a ‘MUST’ é suportada pela British Dietetic Association (Associação Dietética Britânica), o Royal College of Nursing (Real Faculdade de Enfermagem) e a Registered Nursing Home Association (Associação Registrada de Enfermagem ao Domicílio).

6 – APÊNDICES:

Apêndice 1 – Árvore de decisão para o atendimento nutricional

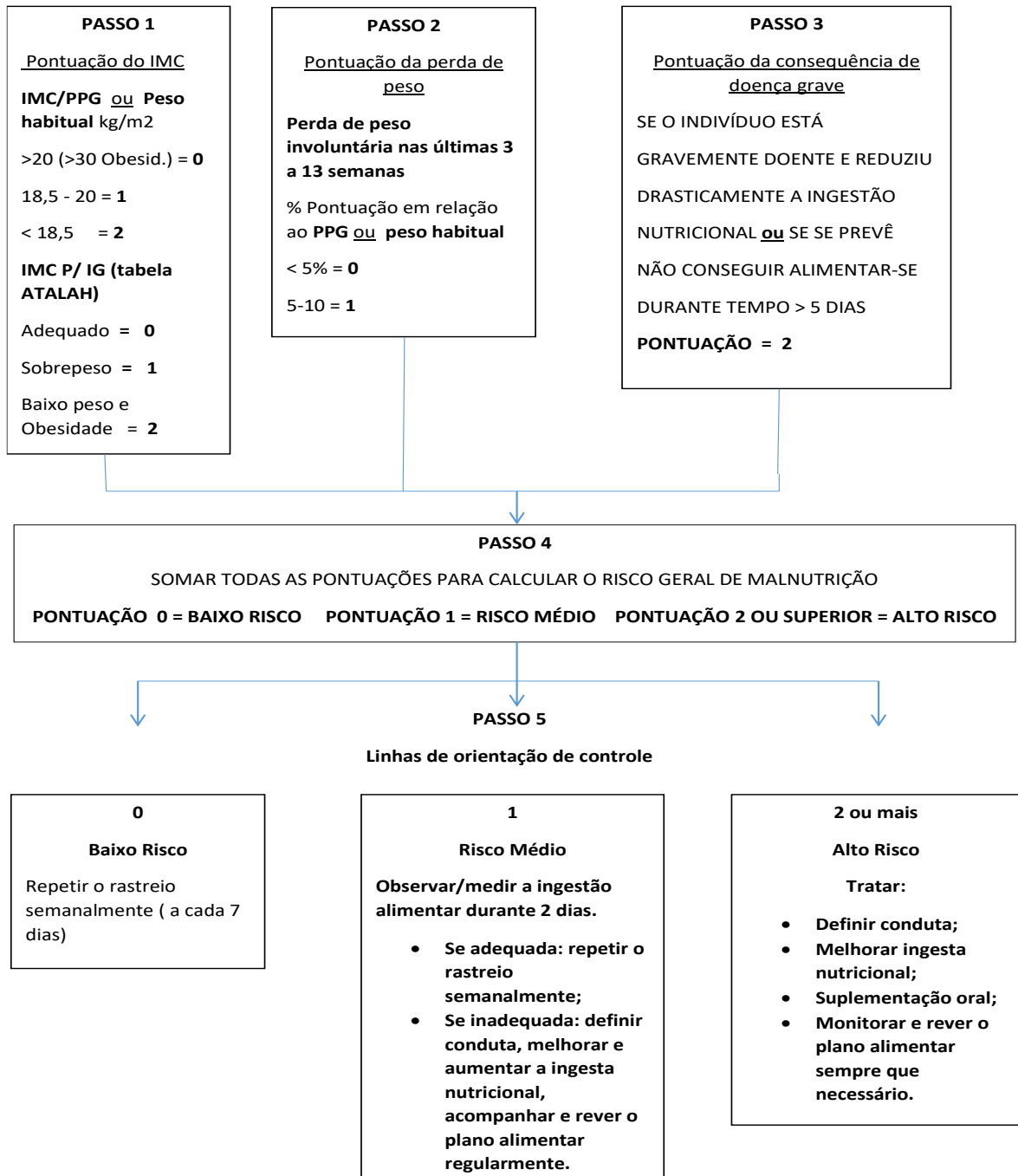
ÁRVORE DE DECISÃO PARA ATENDIMENTO NUTRICIONAL



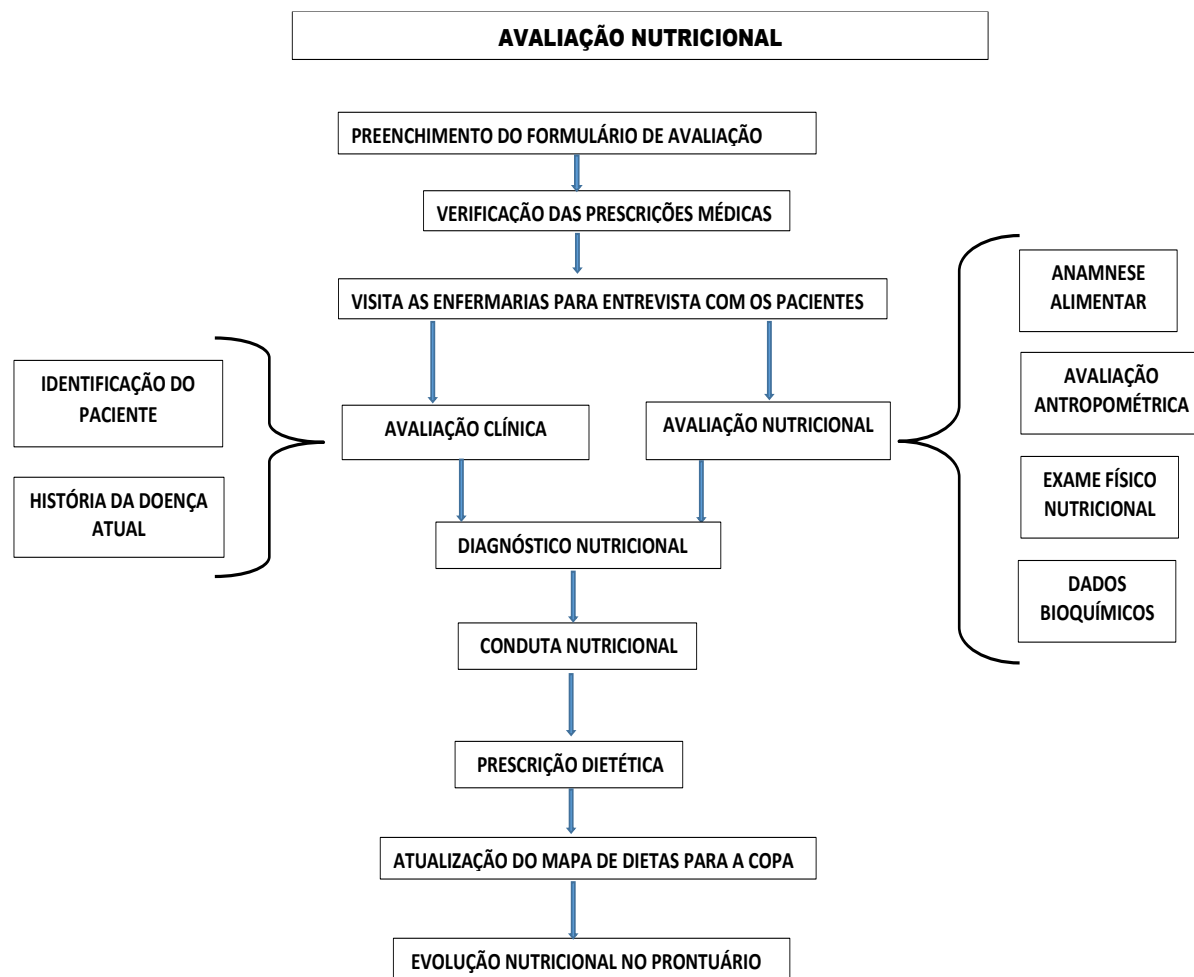
Apêndice 2 – Triagem nutricional para gestante (MUST)

TRIAGEM NUTRICIONAL “MUST” (ADAPTADA À GESTANTE)

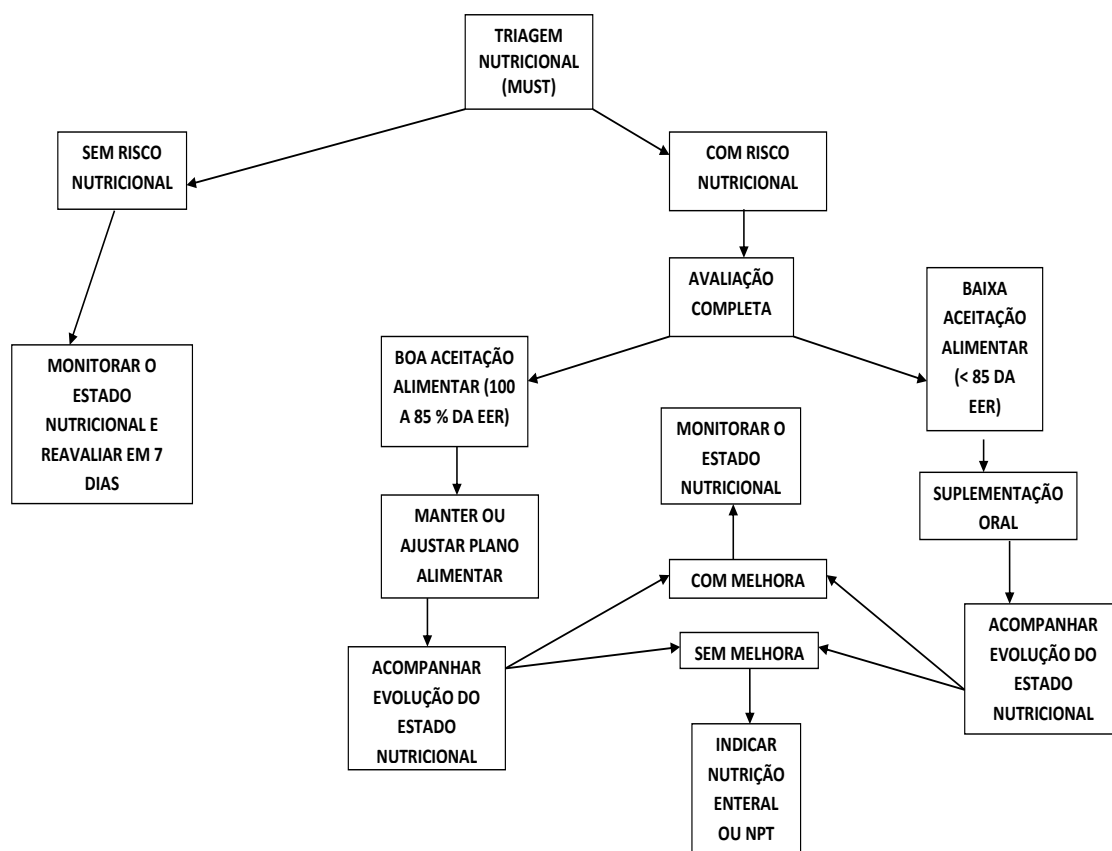
“Malnutrition Universal Screening Tool”



Apêndice 3 – Fluxograma de Avaliação nutricional



Apêndice 4 – Fluxograma de decisão da terapia nutricional

FLUXO DE DECISÃO PARA TERAPIA NUTRICIONAL

Apêndice 5 - PLANILHA DE EXCEL : Registro de atendimento e cálculos nutricionais

Ferramenta de Triagem nutricional ULTIMA VERSÃO - Microsoft Excel

Área de Trabalho: S336

Fórmula: $=SE(E(K336<18,49);"12,5 a 18,0";SE(E(K336<=24,9;K336>=18,5);"11,5 a 16,0";SE(E(K336>=25;K336<=29,9);"7,0 a 11,5";SE(E(K336>30);"5,0 a 9,0"))))$

Nome	Idade	IG	PPG	PG ajusta	Ataque de peso	Altura	MC	PP	Classificação	IMC	MC/PA	NAF	ER G (1°)	TER G (2° e 3°)	TR G (2° e 3° T)	INDIVP	SEMANA	GP	TOTAL	DNAL	CAL	DIÁFI
336 E	27	37	96	96	104,5	8,5	168	34,01	Obesidade	37,03	1,00	2295,67	2761,67	2783,35	0,22	5,0 a 9,0						201,68
337 J	44	20	50,8	50,8	60,5	9,7	152	21,99	Eutrofia	26,19	1,00	1628,97	1968,97	2173,99	0,42	11,5 a 16,0						385,02
338 L	21	32	50	50	60,3	10,3	16	19,53	Eutrofia	23,55	1,00	1838,49	2274,49	2479,51	0,42	11,5 a 16,0						385,02
339 D	22	30	50	50	59	9	161	19,29	Eutrofia	22,76	1,00	1838,84	2298,84	2463,86	0,42	11,5 a 16,0						385,02
340 J	21	35	37	42,2	44	7	151	16,23	Baixo peso	19,30	1,00	1700,14	2160,14	2447,67	0,51	12,5 a 18,0						467,52
341 R	37	14	72	72	84,3	12,3	156	29,97	FALSO	35,09	1,00	1897,55	2189,55	2009,55	0,00	5,0 a 9,0						0,00
342 A	26	19	65	65	60,8	-4,2	163	24,46	Eutrofia	22,88	1,00	1966,12	2298,12	2503,14	0,42	11,5 a 16,0						385,02
343 K	33	26	63	63	80,2	17,2	159	24,92	FALSO	31,72	1,00	1869,99	2267,99	2077,99	0,00	FALSO						0,00
344 C	39	38	98	98	119	21	169	34,31	Obesidade	41,67	1,00	2228,73	2712,73	2734,41	0,22	5,0 a 9,0						201,68
345 L	30	10	91	91	91,2	0,2	168	32,24	Obesidade	32,31	1,00	2218,14	2478,14	2298,14	0,00	5,0 a 9,0						0,00
346 Ie	36	33	84	84	94	10	152	36,36	Obesidade	40,69	1,00	1995,00	2439,00	2460,68	0,22	5,0 a 9,0						201,68
347 N	35	12	60	60	58,1	-1,9	147	27,77	Sobrepeso	26,89	1,00	1740,97	2016,97	1836,97	0,00	7,0 a 11,5						0,00
348 L	25	20	46	46	55,3	9,3	161	17,75	Baixo peso	21,33	1,00	1780,67	2120,67	2408,19	0,51	12,5 a 18,0						467,52
349 J	35	25	48	48	55	7	167	17,21	Baixo peso	19,72	1,00	1773,85	2163,85	2441,37	0,51	12,5 a 18,0						467,52
350 N	27	34	58,7	58,7	75,2	16,5	166	21,30	Eutrofia	27,29	1,00	1922,02	2374,02	2579,04	0,42	11,5 a 16,0						385,02
351 A	31	31	57	57	72,9	15,9	159	22,55	Eutrofia	26,84	1,00	1827,65	2295,65	2460,67	0,42	11,5 a 16,0						385,02
352 V	29	31	81	81	107	26	172	27,38	Sobrepeso	36,17	1,00	2160,49	2588,49	2665,17	0,28	7,0 a 11,5						256,68
353 L	25	33	86	86	102,8	16,8	159	34,02	Obesidade	40,66	1,00	2140,55	2584,55	2606,23	0,22	5,0 a 9,0						201,68
354 J	35	11	67	67	57,6	-9,4	157	27,18	Sobrepeso	23,37	1,00	1879,09	2147,09	1967,09	0,00	7,0 a 11,5						0,00
355 M	33	19	79	79	72,3	-0,7	158	29,24	Sobrepeso	28,36	1,00	1865,33	2240,33	2080,33	0,00	7,0 a 11,5						0,00
356 A	25	35	80	80	89	9	156	32,87	Obesidade	34,11	1,00	2082,51	2622,51	2544,29	0,22	5,0 a 9,0						201,68
357 L	34	32	95	95,7	95,7	0,7	175	31,02	Obesidade	31,25	1,00	2286,31	2721,31	2742,99	0,22	5,0 a 9,0						201,68
358									Baixo peso	#DIV/0!	1,00	354,00	534,00		0,00	12,5 a 18,0						0,00
359									Baixo peso	#DIV/0!	1,00	354,00	534,00		0,00	12,5 a 18,0						0,00
360									Baixo peso	#DIV/0!	1,00	354,00	534,00		0,00	12,5 a 18,0						0,00
361										#DIV/0!	1,00	354,00			0,00	12,5 a 18,0						0,00
362										#DIV/0!					0,00							0,00
363										#DIV/0!					0,00							0,00
364										#DIV/0!					0,00							0,00
365										#DIV/0!					0,00							0,00
366										#DIV/0!	1,00	354,00	534,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
367										#DIV/0!	1,00	354,00	534,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
368										#DIV/0!	1,00	354,00	534,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
369										#DIV/0!	1,00	354,00	534,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
370										#DIV/0!	1,00	354,00	534,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
371										#DIV/0!	1,00	354,00	534,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
372										#DIV/0!	1,00	354,00	534,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
373										#DIV/0!	1,00	354,00	534,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Ferramenta de Triagem nutricional ULTIMA VERSÃO - Microsoft Excel

Área de Trabalho: A358

Fórmula: $=SE(E(K336<18,49);"12,5 a 18,0";SE(E(K336<=24,9;K336>=18,5);"11,5 a 16,0";SE(E(K336>=25;K336<=29,9);"7,0 a 11,5";SE(E(K336>30);"5,0 a 9,0"))))$

Nome	(2° e 3° T) IN	SEMAN	GP TOTAL	AL CAL	DLFAO	(2° E 3° T)	Diagnóstico Médico	Diagnóstico Nutricional	Alta hospitalar e de Hospita
335 E	2507,60	0,42	11,5 a 16,0	385,02	2251,60		SE URIN+ANEMIA+ICTERÍCIA+LITÍAS	SOBREPESO P/ IG	
336 E	2783,35	0,22	5,0 a 9,0	201,68	2487,35		DMG	OBESIDADE P/ IG	
337 J	2173,99	0,42	11,5 a 16,0	385,02	2013,99		DM+HAS	SOBREPESO P/ IG	
338 L	2479,51	0,42	11,5 a 16,0	385,02	2223,51		TPP	EUTROFIA P/ IG	
339 D	2463,86	0,42	11,5 a 16,0	385,02	2223,86		TPP	BAIXO PESO P/ IG	
340 J	2447,67	0,51	12,5 a 18,0	467,52	2167,67		TPP	BAIXO PESO P/ IG	
341 R	2009,55	0,00	5,0 a 9,0	0,00	1897,55		OLIGOGDRAMNIO	OBESIDADE P/ IG	
342 A	2503,14	0,42	11,5 a 16,0	385,02	2351,14		U+LITÍASE+BICITOPENIA+DOR ABDM	EUTROFIA P/ IG	
343 K	2077,99	0,00	FALSO	0,00	1869,99		DM2	ESIDADE PREVIA E P/ IG	
344 C	2734,41	0,22	5,0 a 9,0	201,68	2430,41		DM2+ NEOPLASIA EM INVESTIGAÇ	ESIDADE PREVIA E P/ IG	
345 L	2298,14	0,00	5,0 a 9,0	0,00	2218,14		DM1+HASC		
346 Ie	2460,68	0,22	5,0 a 9,0	201,68	2196,68		DM2	Obesidade previa e p/ IG	
347 N	1836,97	0,00	7,0 a 11,5	0,00	1740,97		DM2	SOBREPESO PREVIO E P/ IG	
348 L	2408,19	0,51	12,5 a 18,0	467,52	2248,19		NEFROLITÍASE A DIREITA ?	BAIXO PESO PREVIO E EUTROFIA P/ IG	
349 N	2441,37	0,51	12,5 a 18,0	467,52	2241,37		NEFROLITÍASE BILATERAL	BAIXO PESO PREVIO E P/ IG	
350 J	2579,04	0,42	11,5 a 16,0	385,02	2307,04		ASMA +ITU	EUTROFIA PG E P/ IG	
351 A	2460,67	0,42	11,5 a 16,0	385,02	2212,67		CARDIOPATIA	EUTROFIA PG E P/ IG	
352 V	2665,17	0,28	7,0 a 11,5	256,68	2417,17				
353 L	2606,23	0,22	5,0 a 9,0	201,68	2342,23		DMG	OBESIDADE PREVIA E P/ IG	
354 J	1967,09	0,00	7,0 a 11,5	0,00	1879,09		HIPEREMESE GRAVIDICA	BREPESO PG E EUTROFIA P/ IG	
355 M	2060,33	0,00	7,0 a 11,5	0,00	1956,33		FALCIFORME/HEMOCROMATOSE/ CARDIO	SOBREPESO PREVIO E P/ IG	
356 A	2544,29	0,22	5,0 a 9,0	201,68	2264,29		SINDROME HIPERTENSIVA? + DM	OBESIDADE PREVIA E P/ IG	
357 L	2742,99	0,22	5,0 a 9,0	201,68	2486,99		DM2/HASC	SOBREPESO P/ IG	
358		0,00	12,5 a 18,0	0,00	354,00				