



UNIVERSIDADE DE
vassouras

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

LUCIANA DE SOUZA MARQUES

**ESTADO NUTRICIONAL E INGESTÃO
ALIMENTAR DE PACIENTES
SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO
DO MIOCÁRDIO**

Vassouras
2019



LUCIANA DE SOUZA MARQUES

ESTADO NUTRICIONAL E INGESTÃO ALIMENTAR DE PACIENTES SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Trabalho Final apresentado a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e Pesquisa / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Orientador:

Prof. Dr. Gabriel Porto Soares, Universidade de Vassouras
Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, Brasil

Vassouras
2019



M3482e Marques, Luciana de Souza
Estado nutricional e ingestão alimentar de pacientes submetidos a
revascularização do miocárdio / Luciana de Souza Marques. - Vassouras,
2019.
xii : 39 f. ; 29,7 cm.

Orientador: Gabriel Porto Soares.
Dissertação (Mestrado) - Ciências Aplicadas em Saúde, Universidade de
Vassouras, 2019.
Inclui bibliografias.

1. Ciências médicas. 2. Nutrição. 3. Coração - Cirurgia. I. Soares, Gabriel
Porto. II. Universidade de Vassouras. III. Título.

CDD 610

Vera Lucia Nogueira de Paula

Bibliotecária CRB-7 -





LUCIANA DE SOUZA MARQUES

ESTADO NUTRICIONAL E INGESTÃO ALIMENTAR DE PACIENTES SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Trabalho Final apresentado a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e Pesquisa / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Banca Examinadora sugerida:

Orientador:

Prof. Dr. Gabriel Porto Soares, Universidade de Vassouras
Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dra. Maria Cristina Almeida de Souza, Universidade de Vassouras
Doutora pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic – Campinas, Brasil

Prof. Dr. Marco Aurélio dos Santos Silva, Universidade de Vassouras
Doutor pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dra. Isabele Bringhenti Sarmiento, UFJF
Doutora pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, Brasil

Vassouras
2019

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação primeiramente a Deus... Gratidão pela força espiritual e pela conquista.

Aos meus queridos pacientes, por compartilhar seus problemas em uma hora tão difícil para vocês.

A minha família, minha irmã Cris, pelo apoio a cada vez que achei ser impossível.

Aos meus filhos Lucas, Gustavo e Alice por estarem sempre por perto e nas horas em que achei que estava no meu limite de sanidade, vocês me fizeram voltar ao foco me dando carinho e atenção.

Ao marido Ninho sem você, nada seria possível, nada mesmo e “*eu te entendo quando você não entende*”... EU TE AMO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os meus pacientes e futuros pacientes pela oportunidade de fazer a diferença.

Ao meu orientador e a todos os examinadores da minha banca de qualificação e da defesa assim como todos os professores e funcionários administrativo do Mestrado muito obrigado.

A todos os colegas de trabalho que diretamente ou indiretamente contribuíram de alguma forma para este trabalho acontecer, em especial a equipe médica e de enfermagem do setor da cardíaca pela acolhida e atenção vocês foram fundamentais.



EPÍGRAFE

“Só se pode enxergar direito com o coração. O essencial é invisível aos olhos.”

Antonie de Saint-Exupéry, O Pequeno Príncipe.

RESUMO

O acompanhamento qualitativo do cardápio e a avaliação do estado nutricional devem demonstrar o risco de morbidade da desnutrição hospitalar, apontando as causas e consequências para propiciar um bom suporte nutricional e adequação da dieta. Pacientes com baixo estoque corpóreo podem reagir negativamente aos impactos causados pela cirurgia cardíaca. O objetivo do trabalho é avaliar o estado nutricional, aceitação e alterações do cardápio e a necessidade de orientação nutricional impressa sobre a alimentação após a cirurgia cardíaca. O presente trabalho é um estudo de campo, qualitativo e quantitativo abordando os pacientes internados no setor da cardíaca e no pós operatório no CTI no período de dezembro de 2017 a setembro de 2018, de ambos o sexo e de qualquer idade com dieta via oral ou enteral. Foi aplicada a ficha NRS 2002 antes da cirurgia e a ficha de recordatório 24 horas antes e após o procedimento cirúrgico, conforme a liberação da dieta, com perguntas fechadas sobre a aceitação do cardápio, alterações no apetite e a necessidade de receber uma orientação nutricional após a cirurgia. Foram avaliados 31 pacientes onde 100% dos pacientes não apresentaram risco de desnutrição pela NRS 2002, 55% dos pacientes aceitaram todas as refeições servidas e 45% apresentaram recusa em alguma das refeições oferecidas pelo hospital, 12% apresentaram alterações no apetite e 100% deles acharam necessário receber a orientação nutricional de alta hospitalar. Uma boa aceitação do cardápio colabora com a recuperação e/ou manutenção do estado nutricional, beneficiando assim o paciente após a cirurgia.

Palavras-chave: Estado Nutricional; Ingestão de Alimentos; Cirurgia Cardíaca.

ABSTRACT

Qualitative monitoring of the menu and the assessment of the nutritional status must demonstrate the risk of morbidity caused by hospital malnutrition, indicating the causes and consequences in order to provide a proper nutritional support and adaptation of the diet. Underweight patients may react negatively to the impacts of the cardiac surgery. The objective of the study is to measure the nutritional status, acceptance and alterations of the menu and the need for printed nutritional guidance on after-surgery diet. The present work is a field study, qualitative and quantitative, approaching hospitalized patients from postoperative of the ICU in the cardiac sector within the period of December 2017 to September 2018, of both sex, any age with oral or enteral diet. The NRS 2002 form before the surgery was applied and the reminder form 24 hours before and after the surgical procedure, according to the release of the diet with closed questions about the acceptance of the menu, changes in appetite and the need to receive a nutritional orientation after surgery. Thirty-one patients were evaluated in which 100% of the patients did not present risk of malnutrition by the NRS 2002, 55% accepted all meals served and 45% presented refusal of any of the meals offered by the hospital, 12% had changes in appetite and 100% of them found it necessary to receive nutritional guidance from hospital. A good acceptance of the menu contributes to the recovery and / or maintenance of nutritional status, this way, benefiting the patient after surgery.

Key-words: Nutritional Status; Food Intake; Cardiac surgery.



LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme o sexo.....	20
Gráfico 2 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme as comorbidades encontradas na amostra.....	20
Gráfico 3 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme a classificação do IMC.....	21
Gráfico 4 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme o resultado de triagem nutricional (NRS 2002).....	21
Gráfico 5 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme a aceitação das refeições servidas pelo hospital.....	22
Gráfico 6 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme as alterações do apetite.....	22
Gráfico 7 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme a necessidade de receber orientação nutricional de alta hospitalar.....	23



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Primeira etapa do questionário NRS 2002.....	17
Quadro 2 – Segunda etapa do questionário NRS 2002.....	18
Quadro 3 – Pontuação total da NRS 2002.....	18

LISTA DE ABREVIATURAS

DCV – Doenças Cardiovasculares

IMC – Índice de Massa Corporal

RVM – Revascularização do Miocárdio

ASG – Avaliação Subjetiva Global

NRS – Nutrition Risk Screening

OMS – Organização Mundial da Saúde

DICA Br - Dieta Cardioprotetora Brasileira

HUV – Hospital Universitário de Vassouras

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



SUMÁRIO

1	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2	OBJETIVOS	17
3	MÉTODOS	18
4	RESULTADOS/PRODUTO	21
5	DISCUSSÃO	25
5.1	Aplicabilidade	27
5.2	Impacto para a Sociedade	28
6	CONCLUSÕES	29
	REFERÊNCIAS	30
	ANEXOS	33
	APÊNDICES.....	37

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A alimentação está presente na vida do ser humano desde a sua vida uterina, sendo essencial para o seu crescimento, desenvolvimento e renovação celular. A alimentação também é considerada uma maneira de se socializar com outras pessoas além de proporcionar prazer. Durante o período de internação hospitalar o ato de se alimentar torna-se um fator de conforto, além de uma necessidade fundamental para a melhoria do estado de doença. Essa ingestão alimentar adequada diminui a prevalência de desnutrição e a gravidade da doença^{1,2}.

O envelhecimento da população está relacionado ao aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares (DCV), que normalmente incluem a avaliação de risco cardiovascular os marcadores clínicos, a capacidade funcional e o risco cirúrgico. Avaliar o estado nutricional nos idosos deve ser parte integrante da avaliação de risco cardiovascular no ambiente hospitalar. A avaliação pelo índice de massa corporal (IMC) é reconhecida como padrão internacional, utilizando o peso e a altura para critério de diagnóstico do estado nutricional³.

Ao ser hospitalizado o paciente experimenta alterações em sua dieta de acordo com a terapêutica prescrita pelo médico e com a rotina do serviço de nutrição como horários das refeições servidas, o alimento utilizado na elaboração do cardápio, consistência da dieta, entre outras com as quais este paciente deverá se adaptar. Uma boa orientação nutricional individualizada relacionando a essa conduta dietética e sua promoção à saúde poderá surtir uma melhor aceitação da dieta oferecida pelo hospital ainda que não agrade a este paciente⁴.

A cirurgia cardíaca é considerada uma técnica complexa e com enorme efeito orgânico, podendo culminar em um estado crítico pós operatório e assim necessitar de cuidados intensivos para se estabelecer uma boa recuperação do paciente operado. Em específico, a revascularização do miocárdio (RVM) tem sido utilizada mais tardiamente em pacientes idosos, com ou sem comorbidades, apresentando maior risco de re-operação, podendo evoluir para complicações após a cirurgia. Nos dias de hoje observa uma alteração no perfil dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca pela melhora do diagnóstico e do aprimoramento do tratamento clínico, ocasionado assim uma espera maior até a indicação da cirurgia⁵.

Atualmente pouco se sabe sobre a consequência do baixo IMC na morbidade e mortalidade após a cirurgia cardíaca. Mas é sabido que o paciente de baixo peso não tem estoque corpóreo suficiente para reagir aos impactos causados por tal cirurgia, onde a resposta ao trauma pode desenvolver um hipermetabolismo, hipercatabolismo, aumento no consumo da massa proteica e levar ao agravamento da desnutrição⁶.

O estado nutricional é decorrência do equilíbrio entre o consumo dos nutrientes com o gasto energético do organismo. Os indicadores antropométricos são ferramentas de fácil aplicação nos serviços de saúde, de baixo custo e não invasivos. A avaliação antropométrica investiga as variações físicas ou da composição corporal dos indivíduos, além de analisar a situação nutricional com a predição de riscos de morbidades com os seus resultados no limite extremo^{7,2}.

A avaliação do estado nutricional deve-se comprometer com exatidão aos resultados obtidos e expor fácil aplicabilidade e reprodutibilidade. Tendo como principal meta estimar o risco de mortalidade e morbidade da desnutrição, apontando as causas e consequências e propiciando um suporte nutricional adequado. A avaliação subjetiva global (ASG) é um método simples e de baixo custo que pode ser realizado rapidamente à beira do leito, fundamentado na história clínica, dietética e no exame físico. A ASG não consiste apenas em um instrumento de diagnóstico sendo apenas um utilizado para avaliar o risco de complicações associadas ao estado nutricional durante a estadia no nosocômio⁸.

Já a nutrition risk screening (NRS) é uma ferramenta de classificação do risco nutricional, utilizado para identificar o estado nutricional de pacientes adultos ou com ajustes para pacientes acima de 70 anos hospitalizados por motivos clínicos ou cirúrgicos. A aplicação é realizada pelo nutricionista em até 72 horas após a internação com a finalidade de determinar o diagnóstico nutricional e classificar o atendimento de acordo com a gravidade do estado nutricional².

A ingestão alimentar ineficiente colabora para a desnutrição hospitalar, onde identificar o risco nutricional por meio de instrumentos adequados é de suma importância para descobrir os indivíduos em risco de desnutrição, interferindo antecipadamente e diminuindo a injúria dessa condição. Esses métodos subjetivos e objetivos de identificação servem para fazer uma análise criteriosa do estado nutricional⁹.

A falta do acompanhamento nutricional e qualitativo do cardápio agrava cada vez mais o diagnóstico nutricional, fazendo com que a desnutrição primeiro se torne um problema para assim iniciar uma adequação na dieta e com isso a tentativa de reverter o quadro de desnutrição. Muitas das vezes o paciente ao chegar em 40% da perda de massa magra a chance de vir a óbito é de quase 100%, sendo assim, necessário o acompanhamento dessa perda de massa magra para a correção iniciar o mais rápido possível¹⁰.

Segundo a organização mundial da saúde (OMS) as DCV somaram 30% dos óbitos no mundo em 2015, principalmente nos países em desenvolvimento como no Brasil. As mudanças alimentares ocorridas nos últimos anos, onde o consumo dos alimentos inatura foram substituídos drasticamente

pelos ultra processados impactando diretamente com o aumento das DCV. Com isso foi elaborada a alimentação cardioprotetora com recomendações nutricionais voltadas para o tratamento e controle dessas doenças com objetivo de incentivar o consumo de uma alimentação saudável e adequada, diminuindo assim o desenvolvimento das doenças crônicas. A DICA Br (Dieta Cardioprotetora Brasileira) foi idealizada com o objetivo de utilizar alimentos brasileiros de acordo com a região, prescrever as dietas para o tratamento dos fatores de risco cardiovasculares e facilitar as orientações e a adesão as mesmas¹¹.

Existe no Brasil uma diversidade de alimentos com componentes cardioprotetores como as fibras, as vitaminas e os compostos bioativos, podendo ser usados para incentivar a proteção cardiovascular, além de estimular o consumo dos alimentos inatura¹²

Desta forma, uma orientação nutricional bem esclarecida composta de sugestões com alimentos de propriedades cardioprotetoras no cardápio e incentivo ao consumo de alimentos saudáveis e ricos em nutrientes após a cirurgia de RVM se torna fundamental na alta hospitalar^{11,12}.

2. OBJETIVOS

Avaliar o estado nutricional do paciente, a sua aceitação do cardápio, bem como as principais alterações alimentares e a necessidade de orientação nutricional impressa sobre a alimentação após a cirurgia de revascularização.

2.1 Objetivos específicos

- Aplicar ficha de acompanhamento do estado nutricional (NRS 2002) no momento de internação ou em até 72 horas;
- Preencher a ficha de consumo alimentar em dois momentos no pré e pós operatório da RVM;
- Analisar a aceitação do cardápio de acordo com a ficha de consumo alimentar em 24 horas;
- Avaliar as principais alterações no apetite com o cardápio oferecido através da ficha de consumo alimentar;
- Verificar a necessidade de orientação nutricional de alta hospitalar após a cirurgia;
- Elaborar orientação nutricional para alta hospitalar dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização;
- Registrar na forma de relatório técnico os resultados obtidos dos pacientes internados no setor da cardíaca e entregar a direção do Hospital Universitário de Vassouras (HUV);

3. MÉTODOS

O presente trabalho é um estudo de campo, quantitativo e qualitativo, com amostras formadas por pacientes internados fazendo uso de dieta via oral ou enteral e que realizaram a revascularização do miocárdio. A autorização para a realização da pesquisa nas dependências do Hospital foi deferida no dia 31 de Agosto de 2017 e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Vassouras no dia 02 de outubro de 2017 (ANEXOS 1 e 2).

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, de qualquer idade e com critério de inclusão a internação no setor da cardíaca do HUV e indicação para cirurgia de RVM, no período de dezembro de 2017 a setembro de 2018.

Na primeira visita realizada pela nutricionista foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias a serem assinadas pelo paciente e uma das vias devolvida ao pesquisador (ANEXO 3) e foi aplicado o questionário NRS 2002 (ANEXO 4) no momento da internação ou em até 48 horas.

A ficha NRS 2002 é composta por duas etapas. Na primeira etapa foram coletados pela nutricionista ou pela enfermagem de plantão, dados sobre o peso e a altura na balança própria do setor, balança da marca Filizola^R com estadiômetro acoplado e capacidade máxima de 150 kg e registrado na folha do questionário junto com as respostas das quatro perguntas conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Primeira etapa do questionário RNS 2002

Parte 1: NRS 2002	Sim	Não
Possui IMC < 20,5 Kg/m ²		
Houve perda de peso não intencional em 3 meses?		
Houve diminuição da ingestão na última semana?		
Paciente é portador de doença grave, mau estado nutricional ou em UTI?		

Caso o paciente tenha resposta afirmativa para alguma das perguntas, aplicava-se a segunda parte do questionário, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Segunda etapa do questionário RNS 2002

Parte 2: NRS (2002)	Estado nutricional – PONTUAÇÃO:
Escore	
Escore 0	Estado nutricional normal

Escore 1 (leve)	Perda de peso maior que 5% em 3 meses ou ingestão alimentar 50 a 70% das recomendações na última semana
Escore 2 (moderado)	Perda de peso maior que 5% em 2 meses ou IMC 18,5 -20,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 25 a 60% das recomendações na última semana
Escore 3 (grave)	Perda de peso maior que 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 0-25 % das recomendações na última semana Score Gravidade da doença (aumento das necessidades nutricionais)
Parte 2: NRS (2002) Escore	Gravidade da doença aumento das necessidades Nutricionais – PONTUAÇÃO
Necessidades nutricionais normais 1 (leve)	Fratura de quadril, pacientes crônicos, complicações agudas: DPOC, hemodiálise crônica, diabetes e câncer
2 (moderado)	Cirurgia abdominal de grande porte, fraturas, pneumonia grave, leucemia e linfomas
3 (grave)	Transplantes de medula óssea, pacientes graves

ESCORE TOTAL: _____.

Ao final da segunda etapa parte calculou-se o escore total do estado nutricional somando a gravidade da doença e adicionando mais um ponto se o paciente for maior de 70 anos.

A análise dos resultados da NRS (2002) foi realizado pela nutricionista pesquisadora e a pontuação final calculada conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Pontuação Total da NRS 2002

Pontuação do Escore Total	
0	Eutrófico
1	Desnutrido Leve
2	Desnutrido Moderado
3	Desnutrido Grave

Pontuação TOTAL do NRS (2002) < 3: Paciente não apresenta risco nutricional devendo ser reavaliado semanalmente, porém, se o paciente tem indicação de cirurgia grande porte, considerar planos de cuidados¹³.

Pontuação TOTAL do NRS (2002) > ou igual 3: O paciente está em risco nutricional e o cuidado nutricional deve ser iniciado^{13,17}.

A ficha de consumo alimentar de 24 horas (APÊNDICE 1) foi aplicada em dois momentos. Primeiro logo após as respostas da NRS 2002 e em um segundo momento no pós-operatório assim que liberada a dieta. Essa ficha de consumo alimentar registrou os alimentos e as quantidades ingeridas durante as 24 horas com perguntas fechadas sobre alterações no apetite como náuseas, vômitos, aversão ao alimento oferecido e a aceitação das refeições onde foram avaliadas em percentuais de 0%, 25%, 50%, 75% e 100% e por fim se o paciente havia interesse em receber por impresso uma orientação nutricional para a alimentação após a cirurgia de RVM.

4. RESULTADOS/PRODUTO

Foram avaliados 31 pacientes no período de dezembro de 2017 a setembro de 2018 encontrando-se os seguintes resultados.

Dentre a amostra total 71% (n= 22) dos pacientes eram do sexo masculino e 29% (n=9) do sexo feminino.

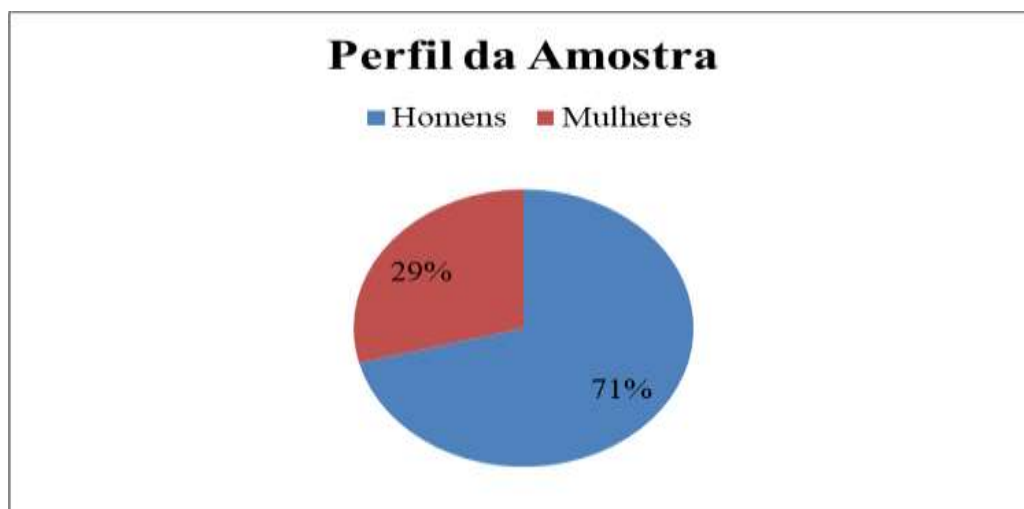


Gráfico 1 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme o sexo.

De acordo com a prevalência de comorbidades dos pacientes registradas no prontuário do paciente, a hipertensão arterial esteve presente em 73% (n=27) da amostra, dislipidemia em 5% (n=2), infarto agudo do miocárdio em 8% (n= 3), doença renal crônica em 3 % (n=1), hipotireoidismo em 3% (n=1) e obesidade em 8% (n=3).

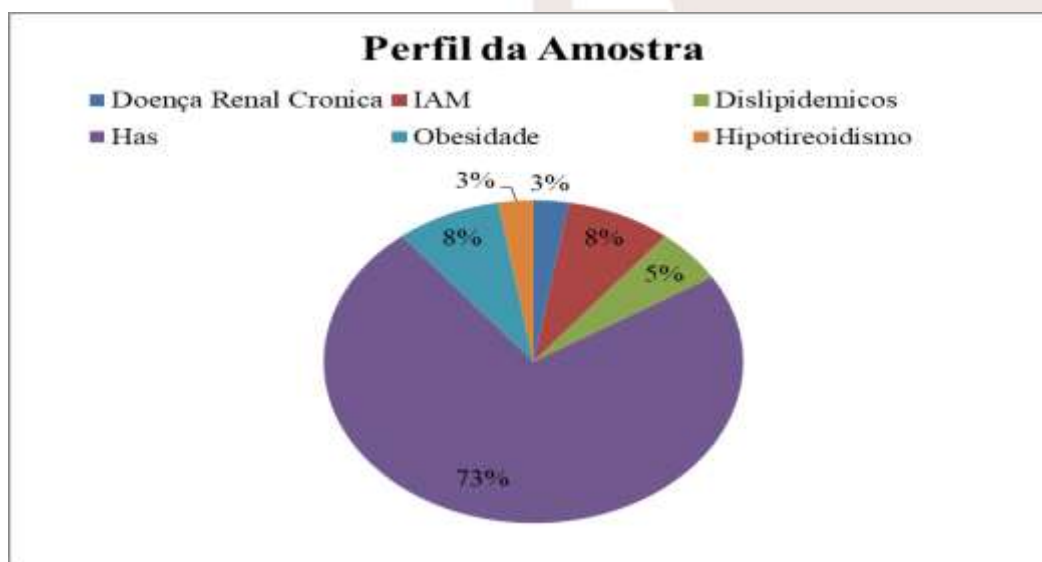


Gráfico 2 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme as comorbidades encontradas na amostra

Segundo a classificação do IMC 6% (n=2) apresentaram baixo peso e/ou desnutrição, 10% (n= 3) eram obesos, 26% (n= 8) com sobrepeso e 58% (n= 18) eram eutróficos.

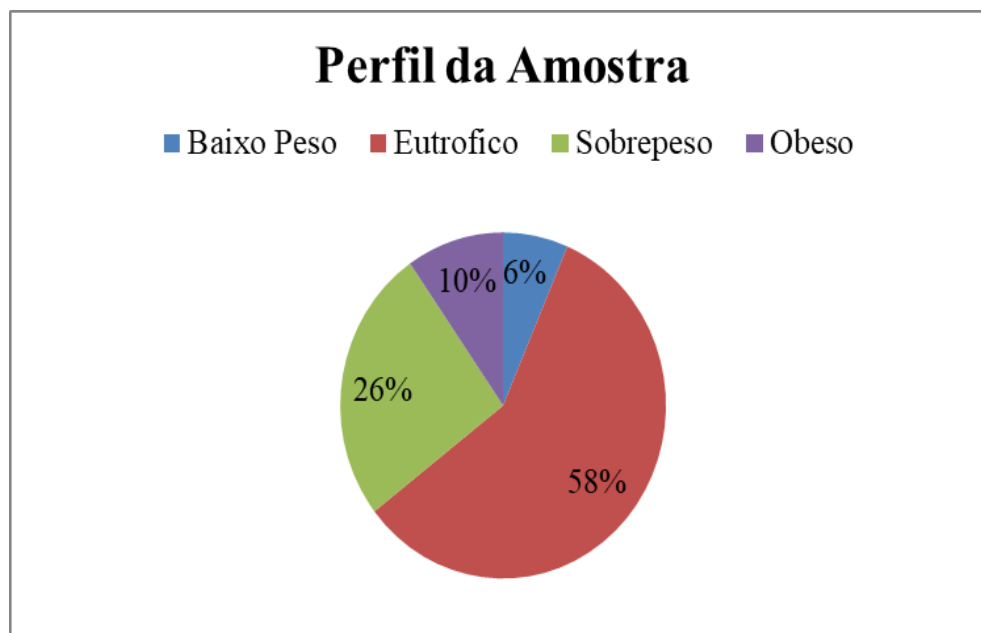


Gráfico 3 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme a classificação do IMC.

Ao analisar o estado nutricional de acordo com a triagem nutricional NRS (2002) 100% (n=31) foram sem risco nutricional.



Gráfico 4 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme o resultado da triagem nutricional (NRS).

Em relação à aceitação das refeições servidas, 55% (n=18) dos pacientes da pesquisa aceitaram todas as refeições elaboradas pelo serviço de nutrição e dietética. Em contrapartida, 45% (n=13) recusaram total ou parcial alguma refeição nos dias avaliados.

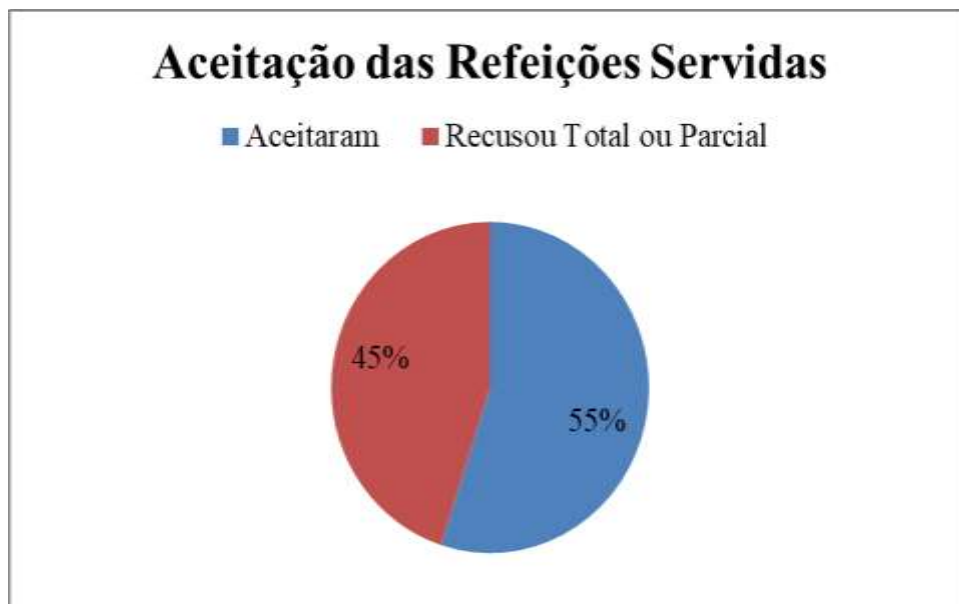


Gráfico 5 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme a aceitação das refeições servidas pelo hospital.

Ao avaliar as alterações do apetite como sabor ruim da preparação, náuseas ou vômitos 87% (n=27) não apresentaram nenhuma alteração no apetite e 13% (n= 4) relataram algumas destas sensações.

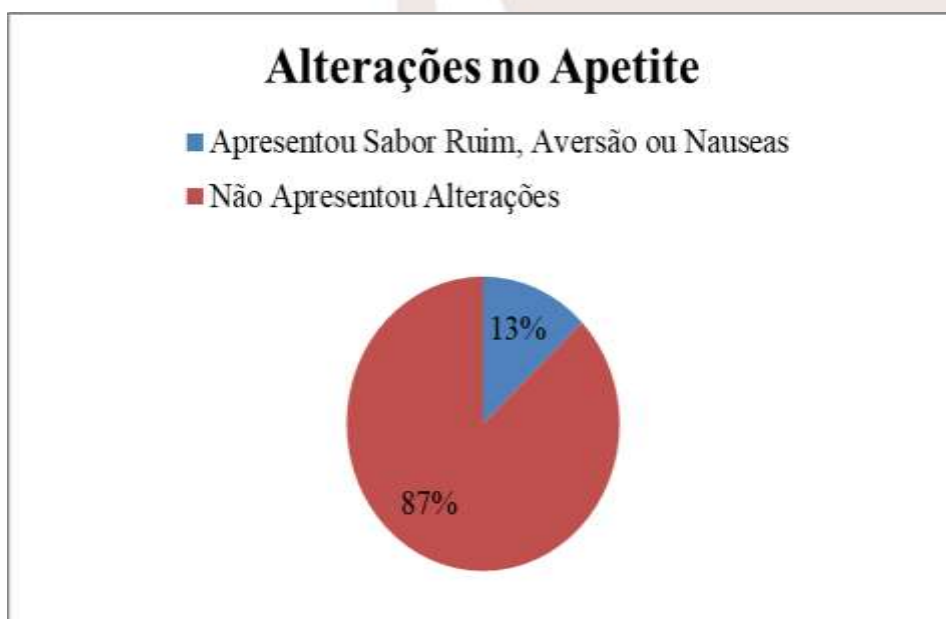


Gráfico 6 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme as alterações do apetite

Questionando o paciente sobre a necessidade de receber uma orientação nutricional impressa 100% (n=31) dos entrevistados acharam importante receber no momento da alta hospitalar.



Gráfico 7 – Distribuição em percentual dos pacientes conforme a necessidade de receber a orientação nutricional no momento da alta hospitalar

Mediante o interesse de 100% dos entrevistados em receber um folheto informativo sobre a alimentação após a RVM, foi elaborada uma orientação nutricional para alta hospitalar dos pacientes submetidos à cirurgia.

A orientação foi formulada com alimentos de fácil utilização e manipulação de receitas de simples execução no dia-a-dia, além de explicações claras e de compreensível entendimento para alcançar uma maior população de pacientes (APÊNDICE 2)¹⁹.

Com os resultados obtidos no setor da cardíaca sobre o estado nutricional, a aceitação das refeições servidas e as alterações no apetite foi elaborado o relatório técnico da situação dos pacientes internados no HUV para se submeter a cirurgia de revascularização e entregue para a direção do hospital (APÊNDICE 3).

5. DISCUSSÃO

Diversos estudos demonstram que a identificação precoce de pessoas em risco nutricional durante a internação hospitalar e adequação rápida da sua ingestão alimentar faz com que a recuperação no pós-operatório ocorra de maneira mais rápida para o paciente, prevenindo assim um agravamento nessa desnutrição e conseqüentemente adiamento da alta hospitalar. Ao avaliar o estado nutricional do paciente hospitalizado através de diferentes métodos subjetivos de triagem nutricional, possibilita-se o diagnóstico e o acompanhamento do estado nutricional com precisão e eficácia evitando assim o surgimento da desnutrição e suas conseqüências^{1,3,6,8,20,21}.

Alguns autores investigaram o efeito da mortalidade e morbidade nos pacientes após a cirurgia de RVM num período de até 5 anos, e observaram que apesar do conhecimento sobre a alimentação na hipercolesterolemia e obesidade contribuírem para o avanço da doença coronariana, o cuidado com a nutrição diminui significativamente com o decorrer do tempo nos pacientes submetidos a RVM, que poderiam se beneficiar com um ensino dietético. O aconselhamento dietético após a cirurgia de revascularização devem informar e favorecer a adesão do paciente a um novo modo de se alimentar evitando hábitos alimentares antigos que favorecem ao aparecimento das doenças coronarianas^{15,16}.

Um trabalho semelhante de 2008 mensurou o efeito do IMC nas complicações após a RVM, avaliaram 290 pacientes com mais de 60 anos destes 65,2% eram do sexo masculino e outro estudo 59,71% na avaliação total da amostra observaram-se que o IMC pode ter uma conseqüência sobre complicações após RVM contrapondo a obesidade que pode exercer efeito protetor, exceto quando associada a disfunção renal. No atual trabalho observam-se mais indivíduos do sexo masculino no total da amostra e o número de obesos e baixo peso foram relativamente baixos fazendo com que a recuperação e a alta hospitalar ocorresse dentro esperado^{1,3}.

Em 2006 foram avaliados pelo IMC pacientes submetidos à laparotomias e encontrou-se 6% (n=6) de pacientes baixo peso ou desnutridos na amostra, em um total de 98 pacientes, percentual similar encontrado em 2015 ao avaliar 26 pacientes submetidos a cirurgias do trato gastrointestinal onde 11% (n= 3) apresentaram baixo peso ou desnutridos resultados estes semelhantes com o atual trabalho que obteve um percentual baixo no IMC^{1,6}.

Ao compararmos os resultados nas alterações do apetite com o trabalho realizado em pacientes após laparotomia em 2006 foi observado em 19,8% (n=23) dos pacientes com queixas da alimentação como sabor ruim da preparação, aversão ou náuseas em 19,8% (n=23) dos pacientes com resultado similar encontrado nesse trabalho após RVM onde foi encontrado 13% (n=4) dos pacientes

com tais alterações, apesar de procedimentos diferentes a recusa com as mesmas queixas foram obeservadas¹.

No presente estudo o resultado encontrado após a aplicação da NRS 2002 revelou que na amostra coletada nenhum paciente apresentou risco de desnutrição (100%), diferente dos resultados de diversos autores que encontraram a prevalência da desnutrição atingindo na maioria das vezes mais da metade dos pacientes estudados. Essa diferença pode ser explicada devido aos demais trabalhos não avaliarem exclusivamente pacientes após cirurgia de revascularização, sabe se que em outros procedimentos cirúrgicos associados com doenças neoplásicas, o paciente já vem com déficit nutricional ao ser internado para realizar o procedimento^{3,20,21}.

5.1 Aplicabilidade

A ingestão dietética após o procedimento cirúrgico é acompanhada de medos e inseguranças, sobre quais são os melhores alimentos a serem ingeridos, assim evitando a reincidência da doença cardíaca. Com isso uma orientação nutricional eficaz pode sanar as dúvidas sobre a alimentação do dia a dia e a importância de se manter uma alimentação saudável ao longo do pós-operatório tornando - se imprescindível a este paciente que vai para casa, uma orientação explicativa e entregue impressa para orientar não somente o paciente, mas os familiares que o ajudará no preparo dos alimentos em seu domicílio.

5.2 Impacto para a Sociedade

O trabalho demonstra em 100% dos entrevistados o interesse em receber uma orientação nutricional após o procedimento de revascularização. Lembrando que a alimentação esta presente na vida do ser humano desde o momento em que acordamos até a hora de dormir ela deve ser escolhida pelo individuo de uma maneira que em longo prazo não lhe prejudique a sua saúde tendo como escolhas alimentos saudáveis e de época evitando assim diversas doenças.

6. CONCLUSÕES

Variados estudos demonstram que a NRS 2002 é uma ferramenta útil, rápida e de fácil utilização dentro do ambiente hospitalar para favorecer um diagnóstico precoce da desnutrição e em conjunto com o recordatório alimentar de 24h possibilita avaliar a ingestão dos alimentos oferecidos pelo hospital, caso seja observado uma ingestão alimentar diminuída associada com o risco de desnutrição conforme a classificação da NRS 2002 é necessário que o nutricionista clínico modifique o plano alimentar atual para uma melhor aceitação da dieta equilibrada oferecida ainda no ambiente hospitalar.

No momento da alta hospitalar a orientação nutricional deve ser feita pelo nutricionista e voltada para o controle ou recuperação da doença também em domicílio, esta orientação deve ser bem conduzida e esclarecida tanto para o paciente quanto para o familiar que irá auxiliá-lo no dia a dia para evitar assim hábitos alimentares antigos que possam contribuir para a reincidência da doença ou até mesmo outras consequências de uma alimentação inadequada para a saúde como diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia dentre outras.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca PC. Estado Nutricional e Adequação da Ingestão Alimentar de Pacientes Submetidos a Laparotomia.[dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
2. Micheli ET, Abrahão CLO, Grigoletti SS, Berizzi V, Cruz LB. Diagnóstico nutricional: comparação entre os instrumentos de avaliação nutrition risk screening (nrs-2002) e avaliação nutricional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (AN-HCPA). HCPA. 2009; 29(1):23-28.
3. Reis C, Barbieiro SM, Ribas L. O efeito do índice de massa corporal sobre as complicações no pós operatório de cirurgias de revascularização do miocárdio em idosos. Rev Bras Circ Cardiovasc. 2008; 23(4): 524-529.
4. Salum MJL, Mattos LU, Shima H. Considerações sobre a assistência nutricional. Rev Esc Enf. 1976; 10(3):277-284.
5. Soares GMT, Ferreira DCS, Gonçalves MPC, Alves TGS, David FL, Henriques KMC. et al. Prevalência das principais complicações pós operatórias em cirurgias cardíacas. Rev Bras Cardiol. 2011; 24(3):139-146.
6. Gardone DS, Correa MM, Saralori LB. Associação de fatores de risco cardiovascular e estado nutricional sobre as complicações no pós operatório de cirurgia cardíaca. Rev Bras Pesq Saude. 2012; 14(4):50-60.
7. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. Maicá AO, Schweigerr D. Avaliação nutricional em pacientes graves. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 23(3):286-295.
9. Ferreira D, Guimarães TG, Marcadenti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. Einstein. 2013; 11 (1): 41-6.
10. Rabello NN, Cariús C, Tallo FS, Lopes RD. Conduta nutricional no trauma para o clínico. Rev Bras Clin Med. 2012; 10(2):116 -121.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação Cardioprotetora: Manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica / Hospital do Coração. – Brasília: 2018.
12. Silva JT, Bersch ACF, Torreglosa CR, Weber B, Levy RB. Desenvolvimento de um índice alimentar baseado no Programa Nutricional Cardioprotetor Brasileiro (BALANCE). *Nutr J*. 2018; 17 (1): 49.
13. Stoppe C, Ney J, V de Lomivorotov, Efremov SM, Benstoem C, Colina A. et al. Prediction of Prolonged ICU Stay in Cardiac Surgery Patients as a Useful Method to Identify Nutrition Risk in Cardiac Surgery Patients: A Post Hoc Analysis of a Prospective Observational Study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* . 2018. Doi: 10.1002 / jpen.1486.
14. Lima EMB, Almeida LB, Gomes HB, Bartochevis JAB, TS Toniato, Lazzarini TR. Et al. Agreement between Graz Malnutrition Screening (GMS) with subjective nutritional assessment instruments in hospitalized patients. *Nutr Hosp*. 2018; 35 (5): 1138-1144.
15. Vachenauer R, Grünenfelder J, Plass A, Slankamenak K, Pantic L, Kisner D, Genoni M. Changing lifestyle habits as secondary prophylaxis after coronary artery bypass grafting. *Heart Surg Forum*. 2008;11(4):E243-7.
16. Hartwell D, Henry J. Dietary advice for patients undergoing coronary artery bypass surgery: falling on deaf ears. *Int J Food Sci Nutr*. 2003 Jan; 54 (1): 37-47.
17. Kondrup J, Allisson SP, Elia M, Villas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr*. 2003; 22(4):415-421.
18. Sociedade Brasileira de Cardiologia. [online] 2018. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/doencas/doenca-aterosclerotica.asp>
19. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira / Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
20. Nunes PP, Marshall NG. Nutritional Risk Screening (NRS 2002) como Instrumento Preditor de Desfechos Pós-Operatórios em Pacientes Submetidos a Cirurgias Gastrointestinais. *Rev Bras Nutr Clin* 2015; 30 (2): 120-5.



21. Schieferdecker ME. Estado Nutricional de Pacientes em Terapia Nutricional Enteral e a Relação das Necessidades Energéticas com o Valor Energético Total Prescrito e Recebido. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2005.

ANEXO 1 – SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA

SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA

Prezada Sra Sandra Maria Barroso Werneck Vilagra – Diretora de Ensino HUV

Venho por meio desta, solicitar a Vossa Senhoria a autorização para a realização de uma pesquisa intitulada "Estado Nutricional e Ingestão Alimentar de Pacientes no Pré e Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca" a ser desenvolvida pela Nutricionista Luciana de Souza Marques, matrícula 201710900, orientada pelo Dr Gabriel Porto Soares. Este estudo consiste em uma dissertação de mestrado dentro do programa de Pós Graduação Stricto Sensu do Curso de Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra, e tem por objetivo avaliar o estado nutricional e a ingestão alimentar de pacientes que serão submetidos a cirurgias cardíacas. Será incluído neste estudo pacientes de ambos os sexos e de qualquer idade com critério de inclusão a internação no Hospital Universitário de Vassouras.

Será preenchido planilha própria com dados da avaliação subjetiva global e do consumo alimentar no pré e pós operatório com a finalidade de verificar o estado nutricional assim como a ingestão alimentar do paciente. A coleta de dados será feita nos meses de setembro de 2017 a fevereiro de 2018. A pesquisa se torna fundamental visto que o estado nutricional adequado é um fator importante no sucesso cirúrgico. O acompanhamento dos pacientes pelo consumo alimentar e pela avaliação subjetiva global é considerado pelo nutricionista uma ferramenta viável e segura de acompanhamento para o risco de desnutrição. Comprometo em retribuir com os resultados da presente pesquisa, colocando-me a disposição para quaisquer esclarecimentos. Desde já agradecemos sua atenção e colaboração.

Vassouras, 24 de agosto de 2017



Orientador

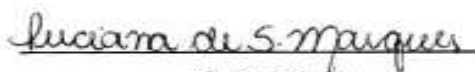
Email: gp.soares@yahoo.com.br

Tel: (24) 98852-8203

(X) Deferido em 31/08/17

() Indeferido em / /

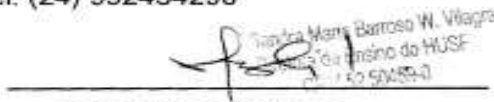
Fazer anexar Parecer CFP



Orientanda

Email: nutricionistalucianamarques@gmail.com

Tel: (24) 992434290



Assinatura e Carimbo



ANEXO 2 – FOLHA DE ROSTO CEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Estado Nutricional e Ingestão Alimentar de Pacientes no Pré e Pós Operatório de Cirurgias Cardíacas.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 100			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: LUCIANA DE SOUZA MARQUES			
6. CPF: 099.829.527-22		7. Endereço (Rua, n.º): RUA D, N 86 SAO JOSE CASA VASSOURAS RIO DE JANEIRO 27700000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (24) 2471-8032	10. Outro Telefone:	11. Email: nutricionistalucianamarques@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que esta folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>02</u> / <u>10</u> / <u>17</u>		<u>Luciana de L. Marques</u> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Severino Sombra-RJ		13. CNPJ: 32.410.037/0001-84	14. Unidade/Orgão: Fundação Educacional Severino Sombra
15. Telefone: (24) 2471-8379		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso</u>		CPF: <u>545 003030-49</u>	
Cargo/Função: <u>Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação</u> <u>Universidade Severino Sombra</u>		<u>Carlos Eduardo Cardoso</u> Assinatura	
Data: ____ / ____ / ____			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
17. Nome: 7069 Fundação Educacional Severino Sombra		18. Telefone: (24) 2471-8379	19. Outro Telefone:
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.			
Nome: <u>Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso</u>		CPF: <u>545 003030-49</u>	
Cargo/Função: <u>Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação</u> <u>Universidade Severino Sombra</u>		Email: _____	
Data: ____ / ____ / ____		<u>Carlos Eduardo Cardoso</u> Assinatura	

ANEXO 3 - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Comitê de Ética em Pesquisa – UNIVERSIDADE DE VASSOURAS

Título da Pesquisa: Estado Nutricional e Ingestão Alimentar de Pacientes no Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca.

Orientador da Pesquisa: Drº Gabriel Porto Soares
Pesquisadora: Luciana de Souza Marques - (24) 992434290 – nutricionistalucianamarques@gmail.com

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Vassouras: Av. Exp. Oswaldo de Almeida Ramos, 280, bloco 06 – Centro – Vassouras/RJ - cep@uss.br - Telefone: (24) 2471-8379

1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo de avaliar o estado nutricional e a ingestão alimentar de pacientes que serão submetidos à cirurgia cardíaca
2. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as seguintes explicações que informam sobre o procedimento a ser realizado: Serão realizadas perguntas sobre o seu peso, a sua altura, a sua ingestão alimentar durante a última semana antes da internação, e a sua aceitação da alimentação fornecida durante a internação.
3. Você poderá se recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento citado acima, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que porventura lhe causar algum constrangimento.
4. A sua participação como voluntário, não oferecerá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo para você.
5. A sua participação poderá envolver os seguintes riscos: constrangimento em relatar o peso ou a alimentação realizada em casa.
6. A pesquisa pretende trazer os seguintes benefícios: Oferecer uma alimentação adequada durante a internação
7. Serão garantidos o sigilo e a privacidade das informações que você fornecer, sendo-lhe reservado o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.
8. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes. Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Vassouras, ____ de _____ de 20 ____.

Nome legível do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____ CPF: _____

Observação: O TCLE deve ser impresso em duas cópias, ficando uma delas sob a responsabilidade do Coordenador do estudo e a outra sob a guarda do participante. Caso o TCLE ultrapasse outras páginas, de acordo com a CONEP, TODAS as páginas deverão ser rubricadas.



ANEXO 4 – FICHA DE TRIAGEM NUTRICIONAL

NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS, 2002)

Nome: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: M () F ()
 Prontuário: _____ Motivo da internação: _____ Diagnóstico / Comorbidades _____ Leito: _____
 Data de admissão: ____/____/____ Data da avaliação: ____/____/____ IMC = _____ kg/m²

Parte 1: NRS (2002)	SIM	NÃO
IMC < 20,5 Kg/m ²		
Houve perda de peso não intencional em 3 meses?		
Houve diminuição da ingestão na última semana?		
Paciente é portador de doença grave, mas estado nutricional ou em UTI?		

Sendo uma resposta "Sim", realizar a segunda parte da triagem. Se as respostas forem não mas o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte deve se preencher a parte 2.

Parte 2: NRS (2002) Escore	Situação nutricional – PONTUAÇÃO:
0	Estado nutricional normal
1 (leve)	Perda de peso maior que 5% em 3 meses ou ingestão alimentar 50 a 70% das recomendações na última semana
2 (moderado)	Perda de peso maior que 5% em 2 meses ou IMC 18,5 -20,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 2 a 60% das recomendações na última semana
3 (grave)	Perda de peso maior que 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 0-25 % das recomendações na última semana Score Gravidade da doença (aumento das necessidades nutricionais)

Parte 2: NRS (2002) Escore	Gravidade da doença aumento das necessidades Nutricionais – PONTUAÇÃO
Necessidades nutricionais normais 1 (leve)	Fratura de quadril, pacientes crônicos, complicações agudas: DPOC, hemodiálise crônica, diabetes e câncer
2 (moderado)	Cirurgia abdominal de grande porte, fraturas, pneumonia grave, leucemia e linfomas
3 (grave)	Transplantes de medula óssea, pacientes graves

ESCORE TOTAL: _____

Para calcular escore total: De 0 a 3 para o estado nutricional e para a gravidade da doença escolher a variável de maior gravidade some os dois para obter o escore total. Para pacientes acima de 70 anos deve-se adicionar mais 1 ponto.

Pontuação TOTAL do NRS (2002) < 3: Paciente não apresenta risco nutricional devendo ser reavaliado semanalmente, porém, se o paciente tem indicação de cirurgia grande porte, considerar planos de cuidados.

Pontuação TOTAL do NRS (2002) > ou igual 3: O paciente está em risco nutricional e o cuidado nutricional deve ser iniciado. (KRONDRUP et al, 2003).

CONDUTA DIETOTERÁPICA/OBSERVAÇÕES: _____

Nutricionista Responsável: _____

APÊNDICE 1 – FICHA AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Ficha de Consumo Alimentar

Paciente: _____ . Data Avaliação: ____/____/____

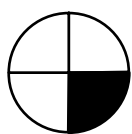
Data pré operatório: ____/____/____ Dieta Prescrita: _____

Refeição	Cardápio	Percentual consumido	Alterações do apetite
Desjejum			
Almoço			
Lanche			
Jantar			
Ceia			

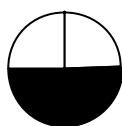
Alterações no apetite: Sabor ruim, aversão, falta de apetite, náuseas, vômitos, dor e gases.

Acha necessário receber orientação nutricional impressa no momento da alta hospitalar S () N ()

Gráfico de compreensão visual do cardápio no prato:



Consumo de 25%



Consumo de 50%



Consumo de 75%



Consumo de 100%

APÊNDICE 2 – PRODUTO 1 GERADO DA DISSERTAÇÃO

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA PACIENTES APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM OU SEM COMORBIDADES

A alimentação após a revascularização do miocárdio deverá ser moderada com o objetivo de evitar nova obstrução das artérias por placas de gorduras depositadas na parede do vaso. Sugere – se assim uma reeducação alimentar baseada em uma alimentação saudável.

Na pratica:

- Ingrida no mínimo cinco porções ao dia de frutas e hortaliças distribuindo nas refeições do dia (500 gramas ao dia);
- Limitar o sal para 5 gramas de cloreto de sódio (1 colher de chá) por dia, além de retirar os temperos prontos da dieta, evitando também comidas industrializadas e lanches rápidos;
- Diminua a ingestão de açúcar simples, dos refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral;
- Reduza o consumo de carnes gordurosas (retirando a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo), embutidos, leite e derivados integrais;
- Utilize os óleos vegetais como soja, canola, girassol, oliva (1 colher de sopa por dia);
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras evitando a hiperlipidemia assim como de peixes ricos em ômega 3 e as oleaginosas .
- Devemos evitar comer grandes porções de alimentos e a toda hora para manter o peso adequado;
- Evitar ao máximo biscoitos recheados, salgadinhos, macarrão instantâneo e outros alimentos ultra processados.

Modelo de cardápio para não diabéticos conforme o Guia Alimentar da População Brasileira¹⁹

Café da manhã
Café com leite desnatado (1 colher de chá de açúcar) e pão integral com queijo minas ou uma ponta de faca de manteiga
Almoço
Arroz, feijão, salada de tomate com alface, bife grelhado e uma laranja
Lanche da tarde
Leite batido com uma porção de frutas com pão integral e 1 colher de chá de requeijão ligh
Jantar
Arroz, feijão, sobrecoxa de frango assada e abobrinha refogada
Ceia
Iogurte com frutas e castanhas



VERSO

LISTA DE SUBSTITUIÇÃO PARA O CARDÁPIO PROPOSTO

CAFÉ DA MANHÃ E LANCHE DA TARDE

Opção 1: Pão integral **ou** Pão francês sem miolo com presunto sem gordura **ou** requeijão light + uma fruta + café com leite desnatado e açúcar demerara.

Opção 2: Iogurte lighth desnatado + salada de fruta (**Máximo 2 opções de frutas**) + granola sem açúcar ou aveia ou linhaça.

ALMOÇO E JANTAR

À VONTADE: Salada verde mista (alface, rúcula, chicória, agrião, brócolis, acelga, couve...) e salada colorida crua: tomate, cenoura, palmito, repolho,...

SALADA COZIDA: cenoura, abóbora. Abobrinha, berinjela, beterraba, couve-flor, vagem, chuchu.

Arroz branco ou de preferência integral ou batata inglesa, doce ou polenta ou mandioca cozida. Evitar as massas.

Diariamente optar por 1 leguminosa para ser consumido com o alimento acima: feijão ou lentilha cozido ou salada de ervilha ou salada de grão de bico.

Carne, variando: 4 x/semana carne vermelha, 3x /semana frango ou peixe: porção de 120g/dia (aproximadamente o tamanho da palma da mão)

Preferir assado, grelhado ou cozido.

Ceia

Opção 1: Vitamina com leite desnatado + fruta + aveia ou linhaça dourada

Opção 2: barra de cereais light + chá



APENDICE 3 – RELATÓRIO TÉCNICO GERADO A PARTIR DOS RESULTADOS DO TRABALHO



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

ENTREGA DO RELATÓRIO TÉCNICO/CIENTÍFICO

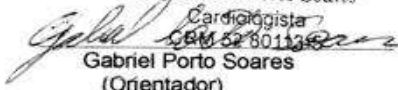
Sra. Prof^ª. Dra Sandra Maria Barroso Werneck Vilagra, Coordenadora do Núcleo de Apoio a Pesquisa Extensão / NAPE – HUV, entrego a Vossa Senhoria o Relatório Técnico Científico gerado a partir da minha dissertação de mestrado intitulada: "Estado Nutricional e Ingestão Alimentar de Pacientes Submetidos a Revascularização do Miocárdio", desenvolvida nas dependências do Hospital Universitário de Vassouras (HUV) desenvolvido pela mestranda Luciana de Souza Marques, matricula 201710900, orientador por Gabriel Porto Soares. O conteúdo do relatório técnico/científico deverá ser restrito a direção do HUV não podendo ser divulgado ao público sem a autorização dos responsáveis.

Colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Desde já agradecemos sua atenção e colaboração.

Prof. Dr. Eduardo Trajano L. Trajano
Coord. do Mestrado Profissional
em Ciências Aplicadas em Saúde

Prof. Dr. Eduardo Trajano
(coordenador)
CPF: 11924127709
eduardolimatrajano@hotmail.com

Vassouras, 04 de setembro de 19

Dr. Gabriel Porto Soares
Cardiologista
CRM 52.80113-6

Gabriel Porto Soares
(Orientador)
CPF: 092.250.407-50
gp.soares@yahoo.com.br


Luciana de Souza Marques
(Mestranda)
CPF: 099.829.527-22
nutrilualu@gmail.com

Recebido em: 06/03/19


Assinatura/Carimbo de Sandra M. Barroso W. Vilagra
Diretora de Ensino do HUV
21.0.192.504594