

MAPA MENTAL ILUSTRADO
AGOSTO/2022

DIETA ORAL NO



AMBIENTE
HOSPITALAR:

POSICIONAMENTO
DA BRASPEN

DOCK-NASCIMENTO DB; CAMPOS LF. DIAS MCG; FABRE MES; LOPES NLA;
OLIVEIRA-JUNIOR PA; ORLANDI SP; PIOVACARI SMF; TOSO T; VAN AANHOLT DPJ.

REALIZAÇÃO:



OBJETIVO

O POSICIONAMENTO BRASPEN
DE DIETA ORAL NO
AMBIENTE HOSPITALAR

VAI AO ENCONTRO DA NECESSIDADE DE UM DOCUMENTO
QUE AUXILIE A EQUIPE NA MELHORIA DA QUALIDADE
E PADRONIZAÇÃO DAS DIETAS ORAIS SERVIDAS
NAS UNIDADES HOSPITALARES PARA



“PREVENIR
E COMBATER
A DESNUTRIÇÃO
HOSPITALAR”
NO BRASIL.



IMPORTÂNCIA DA DIETA ORAL HOSPITALAR

O ATO DE SE ALIMENTAR ENVOLVE EXPERIÊNCIAS ADQUIRIDAS AO LONGO DOS ANOS, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, CULTURAIS E RELIGIOSOS.



ENTRETANTO, NA PRESENÇA DE DOENÇAS, O PRAZER DE ALIMENTAR É SUBSTITUÍDO POR MOMENTO DE DOR, MAL-ESTAR, NÁUSEAS, VÔMITOS, CÓLICAS ABDOMINAIS, DIARREIA, DENTRE OUTRAS MANIFESTAÇÕES DE SOFRIMENTO.¹



MUITOS PACIENTES PODEM EXPERIENCIAR DIVERSAS BARREIRAS (FÍSICAS OU ORGANIZACIONAIS) QUE DIFICULTAM O ACESSO E INGESTÃO DE ALIMENTOS E PREPARAÇÕES DURANTE A INTERNAÇÃO.^{2,3,4,5}



10 BARREIRAS

QUE DIFICULTAM O ACESSO E INGESTÃO
DE ALIMENTOS DURANTE A INTERNAÇÃO:

- 1 PORCIONAMENTO INADEQUADO DE ALIMENTOS E PREPARAÇÕES;
- 2 DIFICULDADE PARA CORTAR ALIMENTOS E ABRIR AS EMBALAGENS;
- 3 REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS (EXAMES, CURATIVOS, INSTALAÇÃO DE MEDICAÇÕES, TROCA DE ACESSO ETC.) NO HORÁRIO DAS REFEIÇÕES;
- 4 AMBIENTE PERTURBADOR (RUIDOS DE EQUIPAMENTOS, SONS EMITIDOS POR OUTROS PACIENTES ETC.) E COM ODOR DESAGRADÁVEL;
- 5 VISITAS A BEIRA LEITO NO MOMENTO DAS REFEIÇÕES;
- 6 ALIMENTOS SERVIDOS EM MESAS DE APOIO FORA DO ALCANCE DO PACIENTE;
- 7 IMPOSSIBILIDADE E OU INFLEXIBILIDADE DO PACIENTE ESCOLHER AS PREPARAÇÕES DO CARDÁPIO CONFORME PREFERÊNCIAS;
- 8 OFERTA DE UM ALIMENTO OU DIETA DIFERENTE DO ADEQUADO OU SOLICITADO;
- 9 REFEIÇÃO INCOMPLETA (FALTANDO ALGUM ITEM DO CARDÁPIO);
- 10 POSIÇÃO DESCONFORTÁVEL DO PACIENTE PARA REALIZAR AS REFEIÇÕES.

**É FUNDAMENTAL QUE
O NUTRICIONISTA
ADOpte COMO ROTINA
A AVALIAÇÃO
DESSAS BARREIRAS.⁶**



PARA ISSO, O SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR E DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL NECESSITA SER REMODELADO COM O OBJETIVO DE ATENDER AS DEMANDAS DOS PACIENTES E A SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA.

DENTRO DESSE CONTEXTO, OS SERVIÇOS DE PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES DEVEM CONFECCIONAR DIETAS ATRATIVAS E SABOROSAS, RESPEITANDO AS RESTRIÇÕES DE CADA PACIENTE.

TODO O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO, SEJA ELE TERCEIRIZADO OU NÃO, DEVE EMPREENDER AÇÕES PARA MINIMIZAR AS BARREIRAS E MELHORAR A DOH (DIETA ORAL HOSPITALAR) ALIANDO-SE A GASTRONOMIA HOSPITALAR.



AVALIAÇÃO DA INGESTÃO DA DIETA ORAL HOSPITALAR

A AVALIAÇÃO CRITERIOSA DA INGESTÃO ALIMENTAR DEVE SER REALIZADA PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA PARA OS PACIENTES SEM RISCO NUTRICIONAL E TODOS OS DIAS PARA OS PACIENTES COM RISCO OU DESNUTRIDOS.⁸



A AVALIAÇÃO DA INGESTÃO PODE SER REALIZADA ATRAVÉS DE MÉTODOS SEMIQUANTITATIVOS, QUE SÃO SIMPLES, ÚTEIS E FÁCEIS DE SEREM IMPLEMENTADOS NA PRÁTICA DIÁRIA. O USO DE ESCALA VISUAL OU ANALÓGICA, PARA AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR É COMPARADO POR THIBAUT ET AL⁹ EM UM ESTUDO COM 114 PACIENTES DESNUTRIDOS OU EM RISCO DE DESNUTRIÇÃO EM HOSPITAIS FRANCESES.

UM INSTRUMENTO QUE UNE ESSAS DUAS ESCALAS É O SIMPLE EVALUATION OF FOOD INTAKE (SEFI® WWW.SEFI-NUTRITION.COM), QUE PODE SER TRADUZIDO COMO AVALIAÇÃO SIMPLES DA INGESTÃO ALIMENTAR.



SEFI®
Avaliação Simples da Ingestão Alimentar

Escala visual

Quanto você está comendo no momento, variando de "nada" até "como de costume"?

Eu não estou comendo nada

Eu estou comendo como de costume

Por favor, indique a porção consumida na sua última refeição (almoço ou jantar)

Eu comi tudo

Eu comi 3/4

Eu comi metade

Eu comi 1/4

Não comi nada

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Projeto: Dr. Ronan Thibault
Produção: K Noel - 01 56 20 28 28
Janeiro 2019
www.sefi-nutrition.com

Adultos: consumo $\leq \frac{1}{2}$ prato ou escore ≤ 7
Instituições de longa permanência: consumo $\leq \frac{1}{2}$ prato
▲ desnutrição ou risco de desnutrição

É UMA ESCALA VISUAL E/OU ANALÓGICA QUE PERMITE UMA AVALIAÇÃO VISUAL DA INGESTÃO ALIMENTAR OU ESCOLHA ENTRE AS PORÇÕES CONSUMIDAS (ANALÓGICA). ESTUDOS APONTAM A ASIA/ SEFI® COMO UMA IMPORTANTE FERRAMENTA PARA AUXILIAR NO DIAGNÓSTICO DE DESNUTRIÇÃO, BEM COMO SUA CAPACIDADE PROGNÓSTICA^{10,11}



CONSIDERAÇÕES FINAIS



PARA COMBATER A DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR, A EQUIPE NÃO DEVE MEDIR ESFORÇOS PARA QUE A DOH (DIETA ORAL HOSPITALAR) SEJA REALMENTE INGERIDA NA QUANTIDADE QUE VENHA COBRIR AS NECESSIDADES NUTRICIONAIS INDIVIDUAIS DO PACIENTE.

É FUNDAMENTAL A IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA DIETÉTICA ALIADA A GASTRONOMIA HOSPITALAR E DIETOTERAPIA PARA GARANTIR UMA REFEIÇÃO DE MELHOR QUALIDADE E PALATABILIDADE.



ESPERAMOS QUE ESTE DOCUMENTO SEJA UMA IMPORTANTE FERRAMENTA PARA O NUTRICIONISTA E POSSA CONTRIBUIR PARA O SUCESSO DO TRATAMENTO NUTRICIONAL DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR MEIO DA DOH (DIETA ORAL HOSPITALAR).

Aguardem o material completo e lançamento oficial no XXIV Congresso Brasileiro de Nutrição Parenteral e Enteral – Maceió-AL – 2022.

Referências:

1. Dias MCG. Terapia nutricional oral. In: International Life Sciences Institute do Brasil-ILSE. Indicadores de qualidade em terapia nutricional: 10 anos de IQTN no Brasil, resultados, desafios e propostas. 3.Ed. São Paulo. ILSE Brasil, 2018.p. 55-62.
2. Naithani S, Thomas JE, Whelan K, Morgan M, Gulliford MC. Experiences of food access in hospital. A new questionnaire measure. Clin Nutr. 2009;28:625-30.
3. Cheung G, Pizzola L, Keller H. Dietary, food service, and mealtime interventions to promote food intake in acute care adult patients. J Nutr Gerontol Geriatr. 2013;32:175-212.
4. Keller H, Allard J, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, Bernier P, et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. J Hum Nutr Diet. 2015;28:546-57.
5. Naithani S, Whelan K, Thomas J, Gulliford MC, Morgan M. Hospital inpatients' experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. Health Expect. 2008;11:294-303.
6. Valaitis R, Laur C, Keller H, Butterworth D, Hotson B. Need for the Integrated Nutrition Pathway for Acute Care (INPAC): gaps in current nutrition care in five Canadian hospitals. BMC Nutr. 2017;3:60.
7. Edwards D, Carrier J, Hopkinson J. Assistance at mealtimes in hospital settings and rehabilitation units for patients (>65years) from the perspective of patients, families and healthcare professionals: A mixed methods systematic review. Int J Nurs Stud. 2017;69:100-18.
8. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Melja L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. Clin Nutr. 2021;40:5684-5709.
9. Thibault R, Goujon N, Le Gall E, Clairand R, Sébille V, Vibert J, et al. Use of 10-point analogue scales to estimate dietary intake: a prospective study in patients nutritionally at-risk. Clin Nutr. 2009;28:134-40.
10. Bouët G, Esvan M, Apel K, et al. A visual analogue scale for food intake as a screening test for malnutrition in the primary care setting: Prospective non-interventional study. Clin Nutr. 2021;40:174-80.
11. Jouneau S, Rousseau C, Lederlin M, Lescoat A, Kerjovan M, Chauvin P, et al. Malnutrition and decreased food intake at diagnosis are associated with hospitalization and mortality of idiopathic pulmonary fibrosis patients. Clin Nutr. 2022;41:1335-42.