

Carolie Catherinne Figueirêdo de Carvalho^I Célia Regina Barbosa de Araújo^{II}

Acadêmica do Curso de Nutrição do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNI-RN^I
Nutricionista, Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do curso de
Nutrição do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNI-RN^{II}

RESUMO

ESSE TRABALHO TEVE COMO OBJETIVO AVALIAR E TRAÇAR O PERFIL NUTRICIONAL DOS PACIENTES ADMITIDOS EM ATÉ 72 HORAS NO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL. A COLETA FOI REALIZADA NA ENFERMARIA DE EMERGÊNCIA OBSERVAÇÃO II, NO PERÍODO DE 10 DIAS. PARA A AVALIAÇÃO FOI UTILIZADO O FORMULÁRIO MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA®. DE NESTLÉ DE AO FINAL OS DADOS FORAM TABULADOS NO PROGRAMA MICROSOFT EXCEL. FORAM AVALIADOS 31 ADULTOS E 29 IDOSOS, COM IDADES $41,5 \pm 16,5$ E $76,5 \pm 16,5$ ANOS RESPECTIVAMENTE. A AMOSTRA FOI CONSTITUÍDA POR 25 (42%) MULHERES E 35 (58%) HOMENS. OS RESULTADOS APONTARAM PREVALÊNCIA DE ADULTOS COM ESTADO NUTRICIONAL NORMAL 68% (N=21), E MENOR INCIDÊNCIA DE DESNUTRIDOS 13% (N=04), NA POPULAÇÃO IDOSA ESTE ÚLTIMO CORRESPONDEU A 24% (N=7) VOLUNTÁRIOS, 38% (N=11) SOB RISCO DE DESNUTRIÇÃO, OS DEMAIS FORAM CLASSIFICADOS EM ESTADO NUTRICIONAL NORMAL. CONCLUI-SE QUE HÁ UMA QUANTIDADE DE DESNUTRIDOS OU EM RISCO NUTRICIONAL SIGNIFICANTE, SENDO NECESSÁRIO TOMAR MEDIDAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE.

Palavras-chave: Triagem Nutricional, Mini Avaliação Nutricional MNA®, Perfil Nutricional, Desnutrição Hospitalar

ABSTRACT

This final project aimed to evaluate and to determinate the nutrition profile of patients until 72 hours after they get into in a hospital care at Monsenhor Walfredo Gurgel's hospital. The blood sampling was performed at emergency infirmary observation II, in a period of 10 days. In order to evaluate, was used a Nestlé's mini nutritional Assessment MNA ® form and the data were tabulated in Microsoft Excel program. Were evaluated 31 adults and 29 elderly, with ages between $41,5 \pm 16,5$ and $76,5 \pm 16,5$ years old respectively. The sample consisted of 25 (42%) women and 35 (58%) men. Results pointed to predominance of adults with normal nutritional condition 68% (N=21) and low incidence of malnourishment 13% (N=04); about the elderly population, there were 24% (N=7) of malnourished, 38% (N=11) that presented risk of malnutrition, and others were classified as in a normal nutritional condition. Conclude that there is a significant number of malnourished or with a nutritional risk substantial, and in that way it is necessary to establish preventive intervention measures.

KEYWORDS: Nutritional Screening, Mini Nutritional Assessment MNA®, Nutritional Profile, Hospital Malnutrition

INTRODUÇÃO

Dependendo do hospital ou critério utilizado para defini-la, pesquisas mostram a incidência de 30% a 60% de pacientes desnutridos no âmbito hospitalar. Quanto mais grave for o caso, maiores e mais graves serão as repercussões orgânicas (RECINE; RADAELLI, 2008).

A detecção precoce do risco nutricional e da desnutrição, pode ser decisiva para a sobrevivência do paciente (OLIVEIRA; ROCHA; SILVA, 2008), visto que algumas vezes a morte não é consequência da doença de base, sim do déficit nutricional relacionado a evolução do quadro do clínico.

De acordo com Raslan et al. (2008) a partir do momento em que o paciente for identificado como em risco nutricional, a equipe de saúde pode prevenir e controlar a instalação da desnutrição, cujo o diagnóstico adequado é essencial para que uma terapia nutricional individualizada seja iniciada o mais breve possível (AQUINO; PHILIPPI, 2011).

Diversos instrumentos de triagens nutricionais estão disponíveis, tanto para o prognóstico como diagnóstico, tendo como objetivo fornecer informações adequadas, sendo constituída de coleta, verificação e interpretação de dados, auxiliando na tomada de decisões referentes à natureza e à causa de problemas relacionados à nutrição (DIAS et al., 2011).

No estudo foi utilizado a Mini Nutritional Assessment MNA® (Figura 1) questionário publicado em 1994, com duração média de 10 minutos, que permite através da soma dos escores identificar pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição antes que ocorra alteração de peso ou dos níveis de proteína sérica.

A MNA divide-se em 2 partes, Triagem e Avaliação Global, esta última será realizada quando o resultado do escore inicial for igual ou inferior a 11, por necessitar de uma avaliação mais detalhada para o diagnóstico. Os escores que passam ser considerados são: estado nutricional adequado: MNA $\geq$ 24; risco de desnutrição: MNA entre 17 e 23,5; desnutrição: MNA $<$ 17 (NAJAS; YAMATTO, 2008)

As categorias presentes no formulário compreendem: Avaliação antropométrica (índice de massa corporal, perda de peso em três meses, circunferência do braço e circunferência da panturrilha), avaliação geral (estilo de vida, medicação, mobilidade, lesões de pele, presença de sinais de depressão e demência), avaliação dietética (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia ao se alimentar) e avaliação subjetiva (auto percepção sobre sua saúde e nutrição). (BEGHETTO et al., 2008).

Esse estudo teve o objetivo de classificar o perfil nutricional de pacientes adultos e idosos admitidos em um hospital público do Natal, a fim de traçar o perfil nutricional e assim auxiliar no cuidado nutricional e prevenção de possíveis complicações.

Figura 1. Mini Nutritional Assessment MNA®

O formulário do Mini Nutritional Assessment (MNA) é dividido em duas seções principais: 'Avaliação Global' e 'Avaliação Antropométrica'. A 'Avaliação Global' contém perguntas sobre a capacidade de comer, a ingestão de alimentos e líquidos, a mobilidade, a presença de doenças crônicas, a presença de sinais de depressão e demência, e a percepção da própria saúde e nutrição. A 'Avaliação Antropométrica' contém perguntas sobre o índice de massa corporal (IMC), a perda de peso em três meses, a circunferência do braço e a circunferência da panturrilha. Cada pergunta é avaliada com um escore de 0 a 5, e a soma dos escores determina o estado nutricional do paciente. O formulário também inclui uma seção para a avaliação do estado nutricional, com opções para 'Estado nutricional adequado', 'Risco de desnutrição' e 'Desnutrição'.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de caráter transversal descritivo. A coleta de dados foi realizada no período de 10/09/2013 a 29/09/2013, na cidade do Natal / RN. O universo da pesquisa foi composto por pacientes admitidos em até 72 horas no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, independente da causa ou motivo de internação. A amostra contou com 60 voluntários adultos e idosos, de ambos os sexos, selecionados aleatoriamente na Enfermaria de Emergência Observação II.

Todos os participantes e/ou familiares do estudo foram informados detalhadamente sobre os objetivos e procedimentos a serem realizados, concordando em participar da pesquisa de forma voluntária, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Excluí-se do estudo aqueles onde pelo menos uma das medidas antropométricas não pode ser efetuada, gestantes ou voluntários que por algum motivo não responderam o formulário da Nestlé de Mini Nutritional Assessment MNA®.

Para obtenção do peso, foi utilizada balança digital portátil Linha Corpo com capacidade para 150kg, a altura do joelho e as circunferências foram mensuradas através de fita métrica inelástica com precisão para milímetros.

Após aferição, os dados eram introduzidos nas fórmulas abaixo de estimativa de estatura para adultos e idosos respectivamente:

Homens = $[64,19 - (0,04 \times \text{idade})] + (2,02 \times \text{AJ})$

Mulher = $[84,88 - (0,24 \times \text{idade})] + (1,83 \times \text{AJ})$

Homens = $72,803 + (1,83 \times \text{AJ})$

Mulher = $51,878 + (2,184 \times \text{AJ})$

Para os critérios de avaliação do IMC foi utilizado os pontos de corte de acordo com a OMS: magreza $< 18,4 \text{ Kg/m}^2$, eutrofia $18,5 - 24,9 \text{ Kg/m}^2$, pré-obesidade $25 - 29,9 \text{ Kg/m}^2$ e obesidade $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$.

Na população geriátrica utilizou-se como parâmetro de comparação Lipschitz (1994), onde classifica os indivíduos idosos com IMC menor que 22 kg/m^2 em magreza ou desnutrição, entre 22 e 27 kg/m^2 eutrofia e acima de 27 Kg/m^2 sobrepeso.

Ao final os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e expressos através de médias, percentuais, gráficos e tabela.

RESULTADOS

Os dados analisados incluem especialidades, avaliação antropométrica, questionário alimentar, avaliação global e auto avaliação.

Foram avaliados 31 adultos e 29 idosos, com idades $41,5 \pm 16,5$ anos e $76,5 \pm 16,5$ anos respectivamente. A amostra foi constituída por 25 (42%) de mulheres e 35 (58%) homens.

Tabela 1. Perfil dos pacientes admitidos em até 72h na Observação II do HMWG

Características	Valores	
	Adultos	Idosos
Masculino (n)	20	15
Feminino (n)	11	14
Idade (anos)	$41,5 \pm 16,5$	$76,5 \pm 16,5$
Peso (Kg)	$81,6 \pm 34,4$	$77 \pm 52,1$
Altura (cm)	$164,69 \pm 15,34$	$162,53 \pm 14,16$
IMC (Kg/m^2)	$27,56 \pm 11,21$	$33,44 \pm 22,16$
CB (cm)	28 ± 11	26 ± 12
CP (cm)	$31,5 \pm 8,5$	$30,5 \pm 12,5$
Especificidades		
Cardiologia	3	7
Clinica Medica	7	6
Vascular	0	1
Clinica Medica+Vascular	1	4
Endologia	1	3
Hematologia	1	0
Nefrologia	2	0
Neurologia	6	6
Ortopedia	8	0
Urologia	2	1
Não Informado	0	1
Valores apresentados em media		

Gráfico 1. Problemas neuropsicológicos

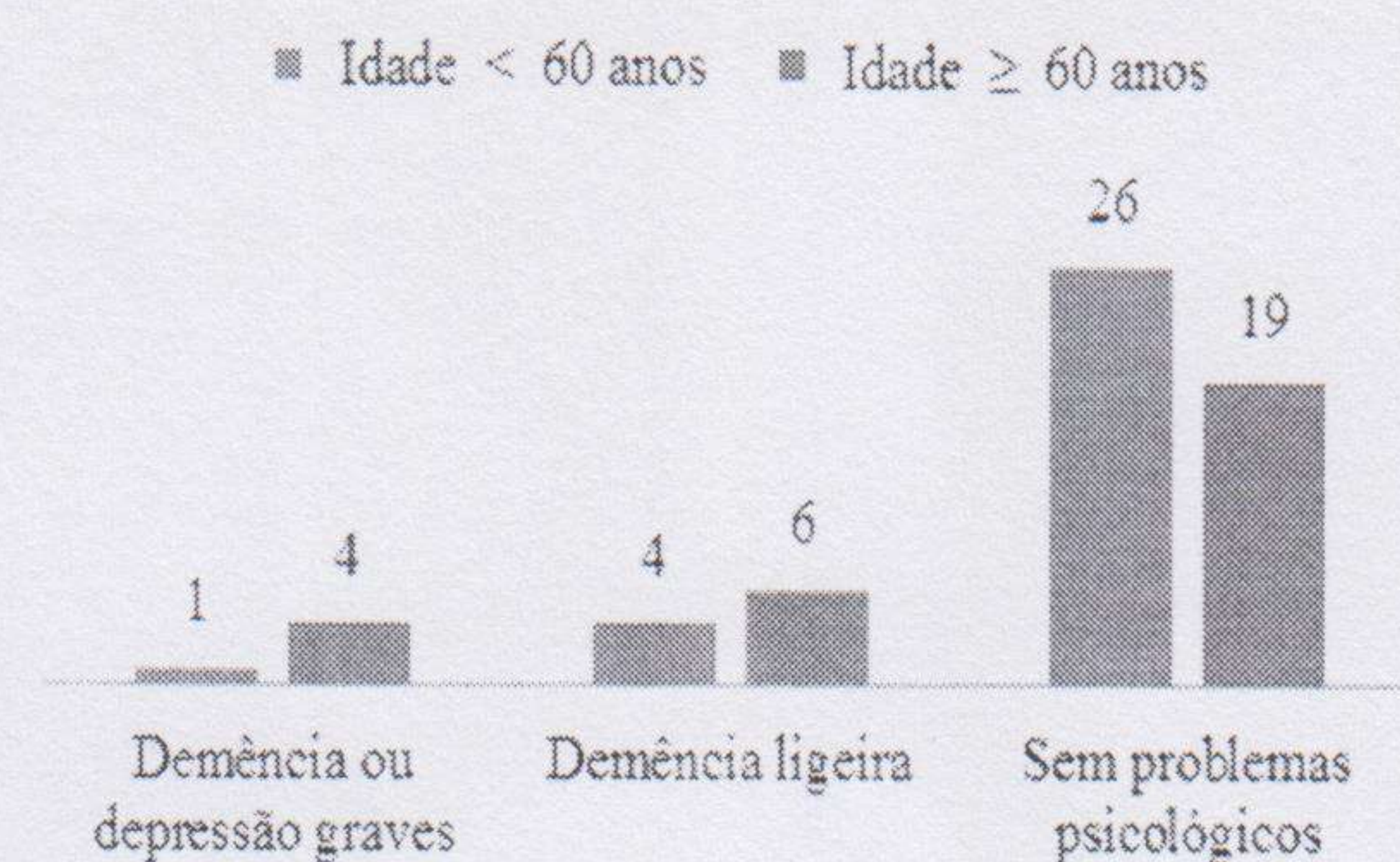


Gráfico 2. Mobilidade

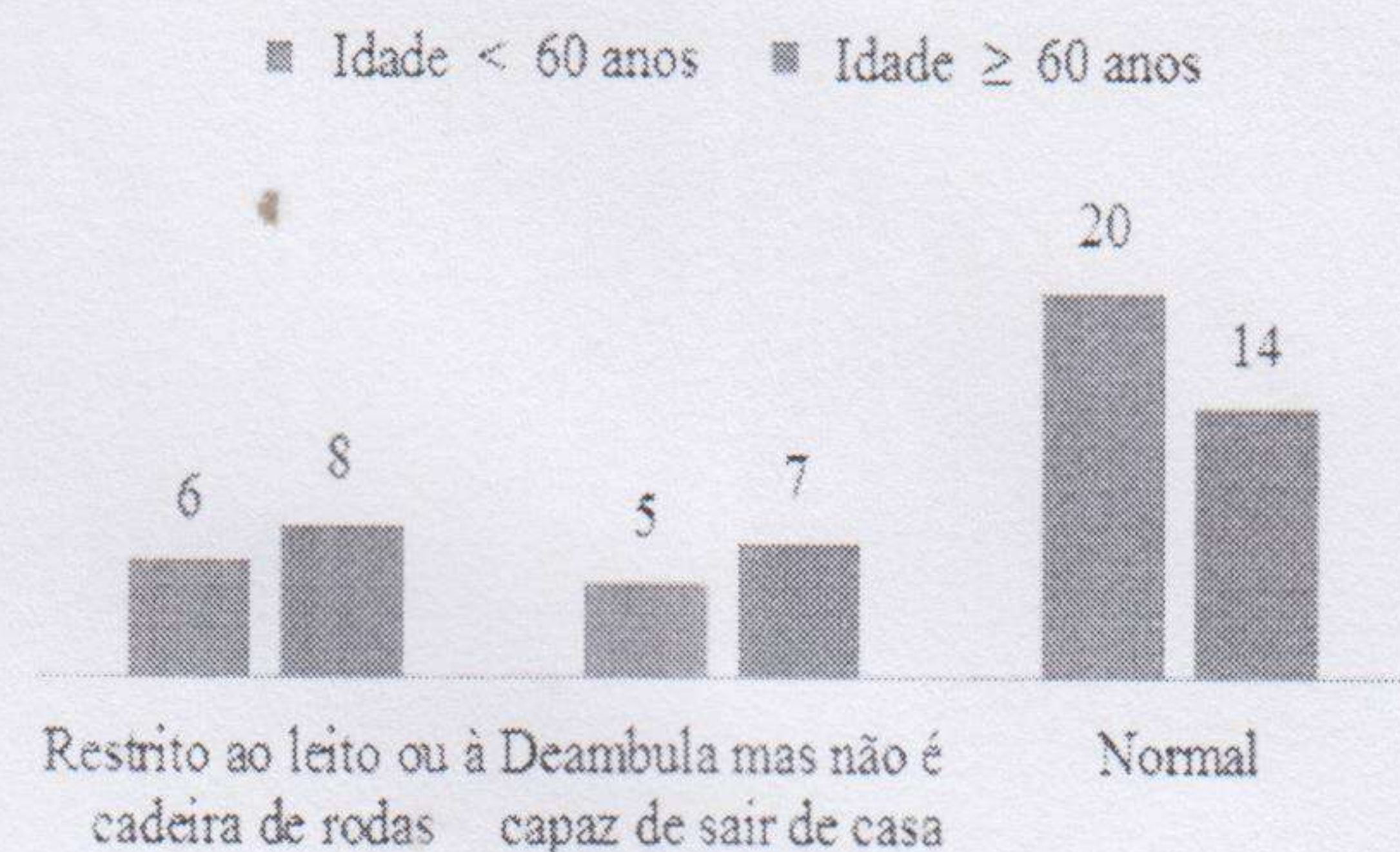


Gráfico 3. Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

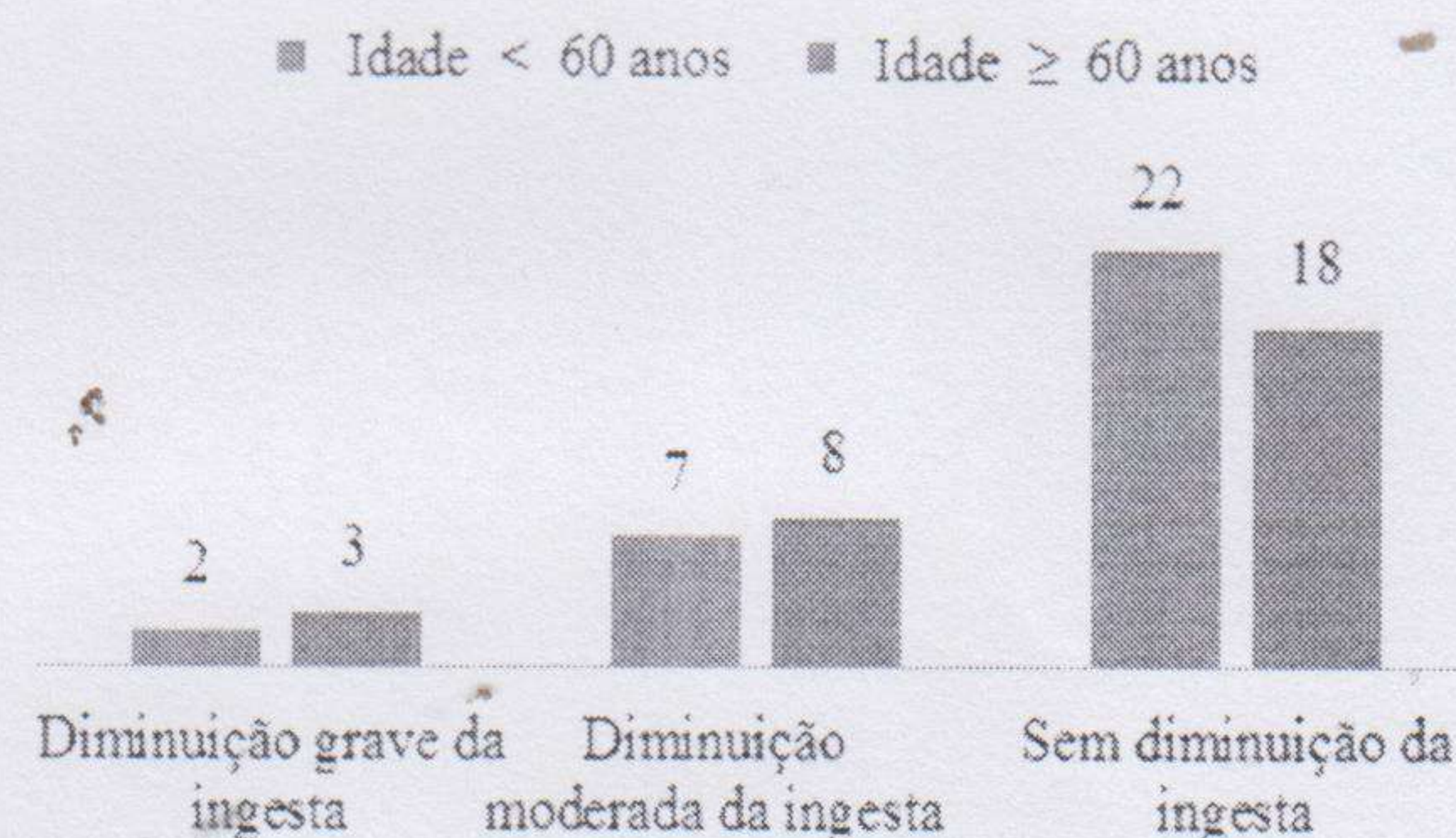
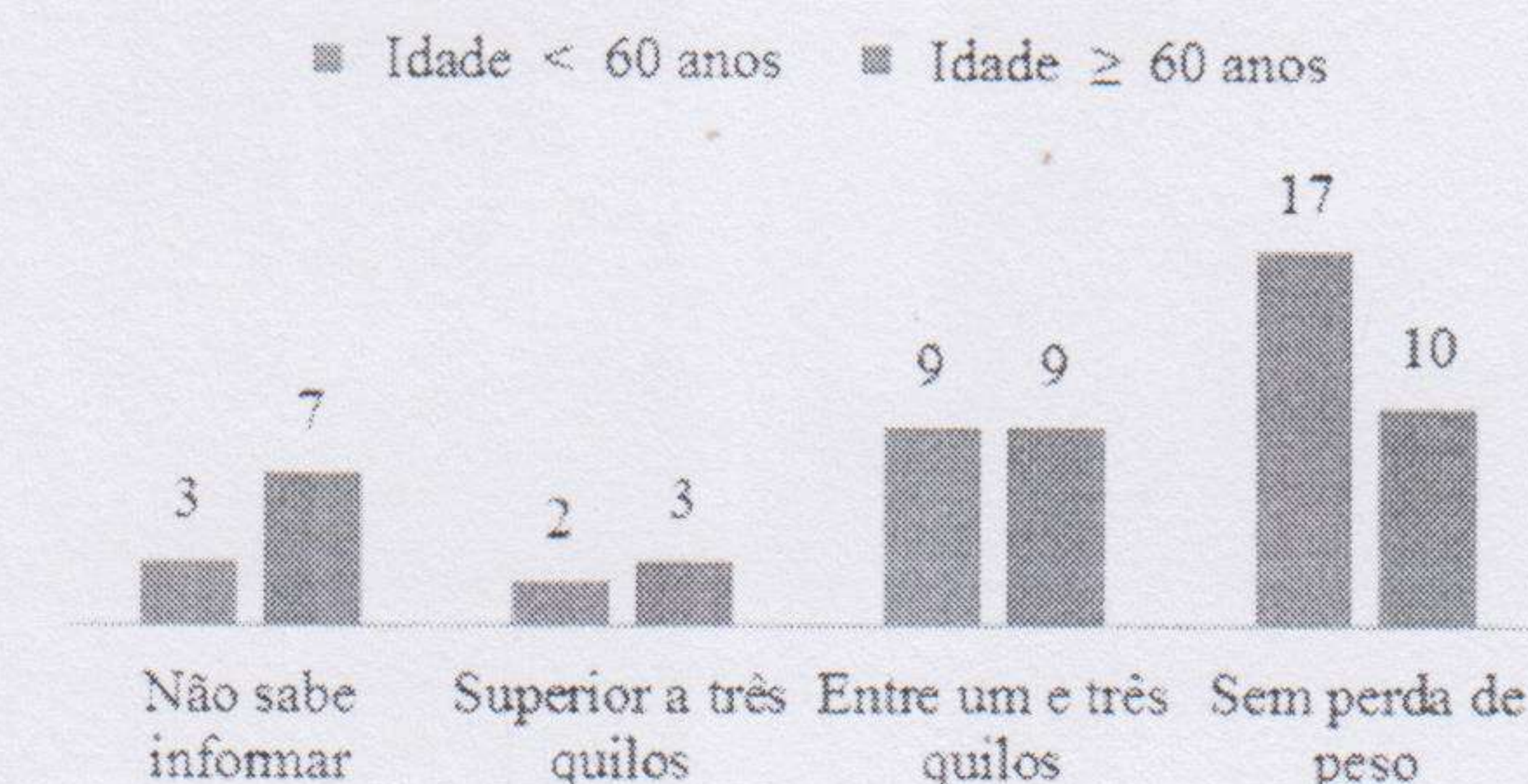


Gráfico 4. Perda de peso nos últimos 3 meses



As características dos pacientes e as principais especialidades estão descritas na tabela 1, observou-se nos adultos a prevalência de internação por Ortopedia 26%, Clínica Médica 23% e Neurologia 19%, nos idosos Cardiologia 24%, seguidos de Clínica Médica e Neurologia, 21% cada.

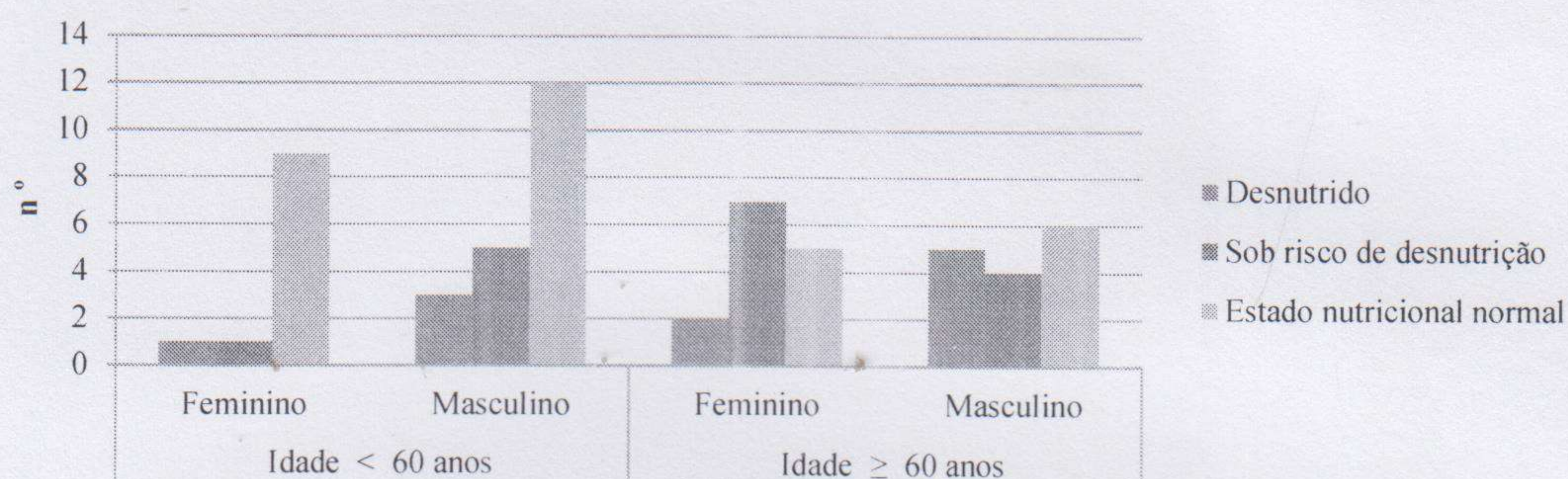
Considerando toda a amostra (n=60), os pacientes foram agrupados de acordo com a idade, em relação aos problemas neuropsicológicos 75% da população informou ausência de depressão ou demência, 3% dos adultos relataram demência ou depressão grave, já nos idosos a incidência foi de 14% (Gráfico 1).

A respeito da Mobilidade, entre os avaliados 57% deambulam normalmente, sendo 28% dos idosos restrito ao leito (Gráfico 2). Quanto ao consumo alimentar, pode-se observar através dos resultados a diminuição moderada a grave de ingestão alimentar em 29% dos adultos e de 38% dos idosos nos últimos 3 meses, influenciando a perda de peso não intencional, relatada em 35% e 41% respectivamente (Gráfico 3 e 4)

Através dos indicadores peso e altura, foi calculado o IMC cujo 60% (n=36) dos entrevistados apresentaram valores igual ou superiores a 23kg/m^2 , 6% (n=2) dos adultos inferior a 19kg/m^2 e 21% (n=12) dos idosos inferior a 21kg/m^2 .

Conforme a Organização Mundial da Saúde (1995, 1997), 50% da população apresentou eutrofia, 25% pré obesidade, 7% e 18% algum grau de magreza ou obesidade respectivamente, quando adultos 7% magreza, 55% eutrofia, 19% pré obesidade e 19% obesidade. A classificação do estado nutricional através do IMC segundo Lipschitz, (1994), apontou 41% dos idosos com sobrepeso, 31% de baixo peso, menor incidência de eutrófico (28%).

Gráfico 5. Avaliação do Estado Nutricional



Quanto a amostra com avaliação global (n=32), 72% possuíam residência própria, 66% utilizam mais de três medicamentos diferentes por dia, 34% apresentavam lesões na pele ou escara.

A respeito dos hábitos alimentares 94% realizavam 3 refeições por dia, 48% consumiam diariamente carne, peixe ou aves, pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte), duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos.

Foi observada a prevalência de pacientes (62%) com ingestão hídrica (água, suco, café, chá, leite) superior a cinco copos, 16% ingeriam menos de três copos dia.

Em relação a classificação da MNA quando adultos existiu uma prevalência de estado nutricional normal 68% (n=21), menor incidência de desnutridos 13% (n=04), na população idosa ultimo correspondeu a 24% (n=7) voluntários, 38% (n=11) sob risco de desnutrição, os demais foram classificados como estado nutricional normal. (Gráfico 5).

DISCUSSÃO

A prevalência de déficit nutricional no ambiente hospitalar em pacientes admitidos em até 72 horas aparece em evidência. Segundo Araújo et al. (2010) as clínicas de alta rotatividade necessitam de um instrumento de rastreamento nutricional prático, fácil, rápido, com boa sensibilidade, que possa ser inserido diariamente na atuação do profissional de saúde responsável, sem alteração significativa da rotina.

Como no caso o universo da pesquisa consiste no setor de observação da enfermagem localizada na área de emergência, os métodos de triagem devem ser adotados no ambiente hospitalar, sendo necessário associar diferentes técnicas para identificar possíveis problemas nutricionais, cujo os efeitos

sobre a evolução, implicam na incidência de complicações clínicas, mortalidade, impacto em custos e tempo de internação, porém esta frequentemente não é diagnosticada.

Conforme a Diretriz Triagem e Avaliação do Estado Nutricional (2011) as principais medidas antropométricas recomendadas para a avaliação nutricional são: peso corporal, medida direta ou indireta da estatura/comprimento, índice de massa corporal (IMC), circunferências e as dobras cutâneas, esta última não é utilizada pela Mini Avaliação Nutricional.

Vale lembrar que o peso tem valor limitado na avaliação nutricional, devido à interpretação controversa dos resultados pelas alterações frequentes no compartimento hídrico (OLIVEIRA; ROCHA; SILVA, 2008) e distribuição de gordura no organismo.

Todavia, na prática clínica o índice de Quetelet (IMC) é amplamente utilizado, porém não é suficientemente satisfatório, por ser muito superficial, não avaliando fatores de risco como: determinação do nível funcional, investigação sobre depressão, entre outros, que podem ajudar no diagnóstico da desnutrição (FERREIRA et al., 2008).

Aquino e Philippi (2011), descreveu que dos 300 indivíduos internados em um hospital geral do município de São Paulo, 64% da amostra apresentou perda de peso recente e involuntária, 40,7% informaram mudanças recentes na alimentação. Resultado semelhante ao da pesquisa mostrando associação entre estes dois marcadores com o estado nutricional.

Em estudo realizado com 259 idosos hospitalizados Azevedo et al. (2007) encontraram conforme MNA elevada prevalência de desnutrição (10,8%) e de risco de desnutrição (49,8%),

Ferreira (2009) relata em sua revisão de literatura que as razões para desenvolver desnutrição numa situação de doença são multifactoriais, a idade e a hospitalização dos doentes também pode contribuir para uma deterioração do estado nutricional, assim como o número de fármacos prescritos, pois a polimedicação possui associação direta com a desnutrição, funcionando como um marcador indireto da gravidade da doença.

No estudo observou-se o número de desnutridos e em risco nutricional superior na população geriátrica, decorrente de processos fisiológicos, psicosociais e hábitos alimentares.

Os resultados evidenciam a importância da utilização de métodos de triagem nutricional em pacientes internados em unidades hospitalares, para obter-se maior precisão na avaliação (CRESTANI et al., 2011).

CONCLUSÃO

Diante do exposto conclui-se que em pacientes hospitalizados a quantidade de desnutridos ou em risco nutricional é significativa, ficando evidente a importância da triagem nutricional para um diagnóstico mais adequado, contribuindo para uma melhor qualidade de atendimento e diminuição dos riscos de complicações associadas ao estado nutricional, promovendo a saúde em curto, médio e longo prazo.

REFERENCIAS

AQUINO, R. C.; PHILIPPI, S.T. Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.57, n. 6, p. 637-643, 2011.

ARAÚJO, M.A.R. et al., Análise comparativa de diferentes métodos de triagem nutricional do paciente internado. *Com. Ciências Saúde*, v. 21, n. 4, p. 331-342, 2010.

AZEVEDO, L. C. et al., Principais fatores da mini-avaliação nutricional associada a alterações nutricionais de idosos hospitalizados. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. v. 36, n. 3, p. 7-14, 2007.

BEGHETTO, M. G. et al., Triagem nutricional em adultos hospitalizados. *Rev. Nutr.*, v. 21, n. 5, p. 589-601, 2008.

CRESTANI N. et al., Perfil nutricional de pacientes adultos e idosos admitidos em um hospital universitário. *Rev Ciên Saúde*. v. 4; n. 2, p. 45-49, 2011.

CHUMLEA WC, ROCHE AF, MUKHERJEE D. Nutrition assessment of the elderly through anthropometry – Ross Laboratory, Columbus, Ohio, 1984

CHUMLEA, WC; ROCHE, AF; STEINBAUGH, ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J.Am.Geriat.Soc*, v.33, n.2, p.116-20, 1985.

FERREIRA, I. T. **Desnutrição no internamento hospitalar implicações económicas** .2009. 35 f. Monografia (Graduação em Ciências da nutrição) - Universidade do Porto, Porto.

FERREIRA, A. et al., Comparação entre métodos de avaliação do estado nutricional em idosos hospitalizados. *Revista da Graduação*, Porto Alegre, 3, abr. 2010.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary care*, v.21, n.1, p. 55-67, 1994.

NAJAS, M.; YAMATTO, T.H. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos. *Nutrição na Maturidade*. 2008.

OLIVEIRA, L.M.L; ROCHA, A.P.C; SILVA,J.M.A . Avaliação nutricional em pacientes hospitalizados: uma Responsabilidade interdisciplinar. *Saber Científico*, v. 1, n. 1, p. 240-252, 2008.

RASLAN, M. et al., Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Rev. Nutr.*, v. 21, n.5, p. 553-561, 2008.

RECINE, E.; RADAELLI, P. **Obesidade e Desnutrição**. Brasília NUT/FS/UnB – ATAN/DAB/SPS/MS.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. **Triagem e Avaliação do Estado Nutricional**. Projeto Diretrizes 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.

ANEXO – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA NUTRIÇÃO EM PAUTA

Normas para Publicação de Artigos Científicos

A revista Nutrição em Pauta publica artigos inéditos que contribuam para o estudo e o desenvolvimento da ciência da nutrição nas áreas de nutrição clínica, nutrição hospitalar, nutrição e pediatria, nutrição e saúde pública, alimentos funcionais, foodservice, nutrição e gastronomia e nutrição esportiva.

São publicados artigos originais, artigos de revisão e artigos especiais. Os artigos recebidos são avaliados pelos membros da comissão científica da revista. Os autores são responsáveis pelas informações contidas nos artigos. Somente serão avaliados os artigos cujo autor principal seja assinante da revista Nutrição em Pauta. Os artigos aprovados para publicação na Nutrição em Pauta poderão ser publicados na edição impressa e/ou na edição eletrônica da revista (Internet), assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro. Ao autorizar a publicação de seus artigos na revista, os autores concordam com estas condições.

Envio do artigo

Enviar o artigo para a Nutrição em Pauta, através do email redacao@nutricaoempauta.com.br, em arquivo editado com MS Word e formatado em papel tamanho A4, espaço simples, fonte tamanho 12, Times New Roman. O tamanho máximo total do artigo é de 6 páginas.

Serão aceitos somente artigos em português. Indicar o nome, endereço, números de telefone e fax, além do email do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Os autores deverão anexar uma declaração de que o artigo enviado não foi publicado anteriormente em nenhuma outra revista.

Serão recebidos artigos originais (relatórios de pesquisa clínica ou epidemiológica), artigos de revisão (sínteses sobre temas específicos, com análise crítica da literatura e conclusões dos autores) e artigos especiais, em geral encomendados pelos editores, sobre temas relevantes, técnicas gastronômicas e editoriais para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante.

Apresentação do Artigo

Deve conter o título em português e inglês e o nome completo sem abreviações de cada autor com o respectivo currículo resumido (2 a 3 linhas cada), palavras-chave para indexação em português e inglês, resumo em português e inglês de no máximo 150 palavras, texto com tabelas e gráficos, e as referências.

O texto deverá conter: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. As imagens obtidas com “scanner” (figuras e gráficos) deverão ser enviadas em formato .tif ou .jpg em resolução de 300 dpi. As tabelas, quadros, figuras e gráficos devem ser referidos em números arábicos.

Pacientes envolvidos em estudos e pesquisas devem ter assinado o Consentimento Informado e a pesquisa deve ter a aprovação do conselho de ética em pesquisa da instituição à qual os autores pertençam.

As referências e suas citações no texto devem seguir as normas específicas da ABNT, conforme

instruções a seguir.

CITAÇÕES NO TEXTO (NBR10520/2002)

a. sobrenome do autor seguido pelo ano de publicação. Ex.: (WILLETT, 1998) ou “Segundo Willett (1998)”

b. até três autores, citar os três separados por ponto e vírgula. Ex.: (CORDEIRO; GALVES; TORQUATO, 2002).

Mais de três autores, citar o primeiro seguido da expressão “et al.”

REFERÊNCIAS (ABNT NBR-6023/2002)

a. ordem da lista de referências – alfabética

b. autoria – até três autores, colocar os três (sobrenome acompanhado das iniciais dos nomes) separados por ponto e vírgula (;). Ex.: CORDEIRO, J.M.; GALVES, R.S.; TORQUATO, C.M.

Mais de três autores, colocar somente o primeiro autor seguido de “et al.”

c. títulos dos periódicos – abreviados segundo Index Medicus e em itálico

d. Exemplo de referência de artigo científico (para outros tipos de documentos, consultar a ABNT):

POPKIN, B.M. The nutrition and obesity in developing world. J. Nutr., v.131, n.3, p.871S-873S, 2001.

Obs.: a exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Notas do Editor

Caberá ao editor, visando padronizar os artigos ou em virtude de textos demasiadamente longos, suprimir, na medida do possível e sem cortar trechos essenciais à compreensão, textos, tabelas e gráficos dispensáveis ao correto entendimento do assunto. Os artigos que não se enquadrem nas normas da revista poderão ser devolvidos aos autores para os ajustes necessários.