

## Risco nutricional e fatores associados em pacientes hospitalizados pelo sistema único de saúde: comparação entre os sexos

*Nutritional risk and associated factors in hospitalized patients: comparison between genders*

Nilciane Taques<sup>1\*</sup>, Alex Mauro da Cruz<sup>2</sup>, Caryna Eurich Mazur<sup>3</sup>, Dalton Luiz Schiessel<sup>3</sup>, Vania Schmitt<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Nutricionista, pós-graduação em Nutrição Clínica pelo Centro Universitário Campo Real; <sup>2</sup>Graduado em Educação Física pelo Centro Universitário Guairacá; <sup>3</sup>Professor do Departamento de Nutrição, Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO – Guarapuava, PR*

### Resumo

**Introdução:** a desnutrição representa um problema clínico-nutricional frequente em pacientes hospitalizados, sendo que a detecção precoce do risco nutricional torna-se fundamental, pois possibilita à equipe multidisciplinar o início imediato de uma conduta dietética adequada, minimizando o sinergismo entre a desnutrição e os demais fatores clínicos. **Objetivo:** determinar o risco nutricional, associando com o estado nutricional, estilo de vida e variáveis clínicas de hospitalização de pacientes internados pelo SUS, comparando tais condições entre os sexos. **Metodologia:** trata-se de estudo transversal. Para avaliação do risco nutricional dos pacientes hospitalizados foi utilizado o protocolo de triagem nutricional *Nutritional Risk Screening (NRS) 2002*, além disso foram coletados dados antropométricos, clínicos, sociodemográficos e dietéticos para comparação com o risco nutricional. **Resultados:** a amostra foi composta por 100 pacientes, sendo 50% adultos e 50% idosos, com média de idade de 56,11±19 anos, sendo a maioria do sexo masculino (51%). O risco nutricional esteve presente em 34% dos pacientes avaliados, sendo 58,8% no sexo feminino e 41,2% no sexo masculino. Não houve diferença das demais variáveis quando comparadas entre os sexos ( $p>0,05$ ). A maior prevalência de risco observada foi em idosos (27%). **Conclusão:** o risco nutricional obteve maior prevalência nos pacientes idosos, porém não houve diferença entre os sexos. Sabe-se que a presença de comorbidades e uma inadequada aceitação da dieta por parte dos mesmos pode levar a uma piora significativa do estado nutricional.

**Palavras-Chave:** Comprometimento nutricional. Hospitalização. Ingestão alimentar. Nutrição clínica. Perda de peso.

### Abstract

*Malnutrition is a frequent clinical and nutritional problem in hospitalized patients, and early detection of nutritional risk is essential, as it allows the multidisciplinary team to immediately start an adequate dietary approach, minimizing the synergism between malnutrition and other clinical factors. Objective: to determine the nutritional risk, associating it with the nutritional status, lifestyle and clinical variables of hospitalization of patients hospitalized by the SUS, comparing such conditions between the sexes. Methodology: this are a cross-sectional study. To assess the nutritional risk of hospitalized patients, the Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 protocol was used. In addition, anthropometric, clinical, sociodemographic and dietary data were collected for comparison with nutritional risk. Results: the sample consisted of 100 patients, 50% adults and 50% elderly, with a mean age of 56.11±19 years, the majority being male (51%). Nutritional risk was present in 34% of the patients evaluated, being 58.8% female and 41.2% male. There was no difference in the other variables when compared between the sexes ( $p>0.05$ ). The highest prevalence of risk observed was in the elderly (27%). Conclusion: nutritional risk was more prevalent in elderly patients, but there was no difference between the sexes. It is known that the presence of comorbidities and an inadequate acceptance of the diet by them can lead to a significant worsening of the nutritional status.*

**Keywords:** Nutritional commitment. Hospitalization. Food intake. Clinical Nutrition. Weight loss.

### INTRODUÇÃO

No âmbito hospitalar a desnutrição representa ainda um problema nutricional frequente, sendo esta condição adquirida durante o período de internamento ou já pré-existente no momento da admissão. No Brasil, este quadro está presente em, aproximadamente, 50% dos pacientes hospitalizados. A desnutrição acontece com maior prevalência pela presença de fatores de risco que influenciam o estado nutricional (EN) dos pacientes, sendo

o diagnóstico clínico o principal fator, correlacionando-se com inapetência causada muitas vezes pelo próprio ambiente hospitalar, doenças associadas, efeitos colaterais dos tratamentos farmacológicos e com os fatores sociais como cuidados, nível de escolaridade, idade avançada e até mesmo por pouca atenção quanto aos cuidados nutricionais pela equipe de saúde (BAVELLAR *et al.*, 2008; BOTTONI *et al.*, 2014; SANCHES *et al.*, 2018).

A investigação precoce do risco nutricional em pacientes hospitalizados torna-se fundamental, pois possibilita a equipe assistencial de cuidado, principalmente ao nutricionista, o início imediato de terapia nutricional adequada e individualizada, minimizando o sinergismo

**Correspondente/Corresponding:** \*Nilciane Taques – End: Rua Comendador Norberto, nº 1229, bairro Santa Cruz CEP: 85015-240 – E-mail: nilcianetnutri@gmail.com – Tel.: (42) 999295713

entre a desnutrição e os demais fatores clínicos-sociais associados. Foi a partir da necessidade de identificar os indivíduos que apresentam comprometimento em seu EN, que foram validados instrumentos a serem aplicados logo após a admissão, facilitando a detecção precoce daqueles que se encontram em risco nutricional e/ou aqueles que ainda mantêm seu EN, mas que por consequência da gravidade da doença de base e ao seu impacto no consumo alimentar e nas necessidades calórico-energéticas aumentadas, podem apresentar um comprometimento nutricional futuro e piora do prognóstico clínico (KONDRUP *et al.*, 2003; KYLE *et al.*, 2006).

Dentre os instrumentos validados, destaca-se o *Nutritional Risk Screening* Triagem de Risco Nutricional, desenvolvido e validado para detecção precoce de risco nutricional em pacientes adultos e idosos hospitalizados. Sabe-se que a NRS 2002, apresenta uma boa correlação com os métodos clássicos de avaliação nutricional, tanto antropométricos como bioquímicos. O sucesso deste protocolo de triagem nutricional no momento de internação hospitalar, possibilita a implementação de intervenções nutricionais adequadas visando à recuperação e/ou manutenção da saúde em ambiente hospitalar (KONDRUP *et al.*, 2003; NUNES; MARSHALL, 2014; SOUZA; REZER, 2019).

Diante do exposto, o objetivo principal do estudo foi verificar o risco nutricional dos pacientes hospitalizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e compará-lo entre os sexos com o estado nutricional, estilo de vida, variáveis de hospitalização e outras.

## METODOLOGIA

Estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), parecer de número 1.593.833/2016, com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de um trabalho baseado na coleta de dados de prontuários e/ou informações obtidas dos pacientes, mas sem interferência no processo assistencial dos mesmos.

Realizado em um Instituto de Saúde da cidade de Guarapuava-PR, no período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020. Participaram do estudo pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, internados pelo SUS, os quais encontravam-se lúcidos e orientados para responderem aos questionamentos, ou aqueles, com acompanhantes aptos para tanto, independente do diagnóstico e com quadro clínico estável.

Em relação aos dados sociodemográficos foram coletados: sexo e idade. Ainda, foram obtidas informações sobre o estilo de vida, como o hábito de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas, além da prática regular de atividade física. Na questão clínica foram avaliados dados como: diagnóstico clínico principal, comorbidades destacando: diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Para avaliação do risco nutricional dos pacientes hospitalizados foi utilizado o protocolo de triagem nutri-

cional considerado como padrão ouro para avaliação de adultos e idosos hospitalizados: *Nutritional Risk Screening* (NRS) 2002, protocolo este, recomendado pela Sociedade Europeia de Nutrição Parenteral e Enteral (ESPEN) e pela diretriz da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE). A NRS é um instrumento que aponta risco de desnutrição ou não, sendo dividida em duas partes: a primeira, uma pré avaliação do paciente e a segunda, uma avaliação mais específica e detalhada, a qual deve ser realizada caso a pré avaliação apresente algum risco nutricional. Tal protocolo, é utilizado como instrumento padrão no Instituto em que foi desenvolvido o estudo (KONDRUP *et al.*, 2003; RASLAN *et al.*, 2010; SBNPE, 2010).

Para aferição das medidas antropométricas, foi utilizado balança digital e fita métrica. O peso foi aferido naqueles pacientes que conseguiam se levantar do leito e subir na balança. Quando esta locomoção do leito até a balança não era viável, devido às limitações clínicas apresentadas por cada paciente, as medidas de circunferência da panturrilha, altura do joelho e circunferência do braço eram aferidas com auxílio da fita métrica, para posteriormente serem estimadas as medidas de peso e estaturas de acordo com as equações de Chumlea *et al.* (1988).

Para delimitação do diagnóstico nutricional, pelo estado antropométrico, pela classificação do IMC foram padronizados os pontos de corte estabelecidos pela OMS (2000) para adultos e conforme a OPAS (2002) para idosos.

Quanto ao consumo alimentar, foram coletadas informações referentes ao tipo de dieta oferecida no hospital: hipossódica, livre, branda e/ou leve, para diabetes ou outras. E questões referentes à aceitação, com as opções: ruim ou boa.

A análise inferencial dos dados, foi realizada por meio da distribuição de normalidade da amostra determinada por Shapiro Wilk. Para dados não paramétricos, foram calculados o teste de qui-quadrado. Para os dados paramétricos foi aplicado o teste T de Student. O valor de significância estabelecido foi de 5%, e a análise foi conduzida com auxílio do *software* SPSS® 22.0 para Windows.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 100 pacientes aleatórios internados nas primeiras 72 h do Instituto de Saúde, sendo 50% adultos e 50% idosos, com média de idade de 56,11 ± 19 anos, sendo a maioria do sexo masculino (51%), cujo diagnóstico predominante foi trauma (34%). A presença de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) esteve presente em 64% dos pacientes, mais prevalente no sexo feminino (71,4%) que no masculino (56,9%). Com relação ao estilo de vida, 30% da amostra, relataram ser fumantes e 16% consumir algum tipo de bebida alcoólica, com destaque para o sexo masculino, apresentando 41,2% e 29,5%, respectivamente para tais condições. O sedentarismo também foi declarado por 12% dos indivíduos avaliados (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização dos pacientes hospitalizados, de acordo com sexo. Guarapuava, 2020.

Variáveis	Sexo Feminino (n=49)	Sexo Masculino (n=51)	Valor de P
Classificação Etária-n (%)			0,84
Adulto	24 (49,0)	26 (51,0)	
Idoso	25 (51,0)	25 (49,0)	
Diagnóstico clínico -n (%)			0,07
Cardiovascular	0 (0)	6 (11,8)	
Gastrointestinal	9 (18,4)	11 (21,6)	
Outros	10 (20,4)	4 (7,8)	
Renal	03 (6,1)	2 (3,9)	
Respiratório	12(24,5)	9 (17,6)	
Trauma	15 (30,6)	19 (37,3)	
Comorbidade -n (%)			0,15
Sim	14 (28,6)	22 (43,1)	
Não			
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) -n (%)			0,07
Sim	34 (69,4)	26 (51,0)	
Não	15 (30,6)	25 (49,0)	
Diabetes Mellitus (DM)-n (%)			0,78
Sim	8 (16,3)	7 (13,7)	
Não	41 (83,7)	44 (86,3)	
Fumante -n (%)			0,01
Sim	9 (18,4)	21 (41,2)	
Não	40 (81,6)	30 (58,8)	
Consumo bebida alcoólica -n (%)			0,00
Sim	1 (2,0)	15 (29,4)	
Não	48 (98,0)	46 (70,6)	
Prática de Atividade Física -n (%)			0,76
Sim	5 (10,2)	7 (13,7)	
Não	44 (89,8)	44 (86,3)	

p relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson  
Fonte: Autoria própria

Com relação ao perfil antropométrico e EN dos pacientes avaliados no período de estudo, foi possível observar que a média de peso atual entre as mulheres foi de 70,0 ± 14,1 kg, já os homens, obtiveram uma média superior ao sexo feminino sendo 77,5 ± 14,1 kg. As variáveis de peso usual e altura diferiram significativamente entre os sexos (p>0,05). Quanto ao diagnóstico nutricional dos pacientes pelo IMC, a eutrofia, esteve presente em 40% dos pacientes, sendo mais prevalente no sexo masculino. Mesmo se tratando de pacientes hospitalizados, o sobrepeso e a obesidade estiveram presentes em 27 e 22%, respectivamente (Tabela 2).

**Tabela 2** – Perfil Antropométrico e Estado Nutricional (EN) dos pacientes hospitalizados de acordo com o sexo. Guarapuava, 2020.

Variáveis	Sexo Feminino (n=49)	Sexo Masculino (n=51)	Valor de P
Peso atual (kg) – média/DP	70,0 ± 14,1	77,5 ± 14,1	0,00*
Peso Usual (kg) – média/DP	72,7 ± 12,3	80,3 ± 12,8	0,00*
Altura (m) – média/DP	1,6 ± 0,1	1,7 ± 0,1	0,00*

Índice de Massa Corporal- IMC (kg/m <sup>2</sup> ) – média/DP	27,4 ± 4,9	26,4 ± 4,1	0,25*
Diagnóstico Nutricional – n (%)			
Baixo Peso/Magreza	4 (8,2)	7 (13,7)	
Eutrofia	19 (38,8)	21 (41,2)	0,78**
Sobrepeso	14 (28,6)	13 (25,5)	
Obesidade	12 (24,5)	10 (19,6)	

\* p relativo ao teste T de Student

\*\* p relativo ao teste de qui-quadrado

Fonte: Autoria própria

Quanto às variáveis de identificação de risco nutricional presentes na NRS 2002, foi possível observar que apenas 7% dos pacientes apresentavam IMC <20,5 kg/m<sup>2</sup>. A perda de peso não-intencional nos últimos três meses ocorreu em 32%, sendo mais prevalente no sexo masculino e a redução da ingestão alimentar na última semana foi constatada em 48% da amostra total. Com relação a dieta prescrita, como o diagnóstico mais predominante foi o trauma, a grande maioria dos pacientes encontravam-se em jejum (21%) aguardando a realização de procedimentos cirúrgicos, ou já estavam em recuperação recebendo dieta livre (30%). A aceitação da dieta, foi tida como boa para 66% dos pacientes (Tabela 3).

**Tabela 3** – Condições para identificação de risco nutricional conforme a NSR 2002, em pacientes hospitalizados de acordo com o sexo. Guarapuava, 2020.

Variáveis	Sexo Feminino (n=49)	Sexo Masculino (n=51)	Valor de P
IMC < 20,5kg/m <sup>2</sup> – n (%)			
Sim	3 (6,1)	4 (7,8)	0,74
Não	46 (93,9)	47 (92,2)	
Perda peso não-intencional nos últimos 3 meses- n (%)			0,77
Sim	15 (30,6)	17 (33,3)	
Não	34 (69,4)	34 (66,7)	
Redução Ingestão alimentar na última semana- n (%)			0,85
Sim	24 (49,0)	24 (47,1)	
Não	25 (51,0)	27 (52,9)	
Dieta prescrita- n (%)			0,22
Branda	4 (8,2)	4 (7,8)	
Diabetes/Hipossódica	1 (2,0)	7 (13,8)	
Hipercalórica	1 (2,0)	0 (0)	
Hipossódica	10 (20,4)	6 (11,8)	
Jejum	13 (26,5)	8 (15,7)	
Leve	5 (10,2)	3 (5,9)	
Líquida	4 (8,2)	4 (7,8)	
Livre	11 (22,4)	19 (37,3)	
Aceitação da dieta- n (%)			0,32
Boa	30 (61,2)	36 (70,6)	
Ruim	19 (38,8)	15 (29,4)	

p relativo ao teste de qui-quadrado

Fonte: Autoria própria

O risco nutricional esteve presente em 34% dos pacientes avaliados, com maior prevalência em idosos (79,4%). Com relação as variáveis de hospitalização relacionadas ao RN, foi possível observar que a aceitação da dieta, foi tida como “ruim” em 25% daqueles pacientes

que se encontravam em RN, sendo a prescrição de dieta hipossódica a que mais sofreu impacto desta condição representando 13% dos pacientes. A grande maioria, relatava que a dieta prescrita não possuía gosto e sabor, fazendo com que ocorresse a diminuição da ingestão alimentar e consequentemente uma piora do EN com a presença de riscos (Tabela 4).

**Tabela 4 – Fatores demográficos, comportamentais e dietéticos em pacientes hospitalizados com e sem risco nutricional. Guarapuava, 2020.**

Variáveis	Risco Nutricional (n=34)	Sem risco Nutricional (n=66)	Valor de P
Sexo- n (%)			
Feminino	20 (58,8)	29 (43,9)	0,16
Masculino	14 (41,2)	37 (56,1)	
Classificação Etária –n (%)			
Adulto	7 (20,6)	43 (65,2)	0,000
Idoso	27 (79,4)	23 (34,8)	
Fumante- n (%)			
Sim	12 (35,3)	18 (27,3)	0,41
Não	22 (64,7)	48 (72,7)	
Consumo bebida alcoólica- n (%)			
Sim	6 (17,6)	10 (15,2)	0,75
Não	28 (82,4)	56 (84,8)	
Aceitação da dieta n (%)			
Boa	9 (26,5)	57 (86,4)	0,000
Ruim	25 (73,5)	9 (13,6)	
Dieta prescrita n (%)			
Branda	2 (5,9)	6 (9,1)	0,000
Diabetes/Hipossódica	6 (17,6)	2 (3,0)	
Hipercalórica	0 (0)	1 (1,5)	
Hipossódica	13 (38,2)	3 (4,5)	
Jejum	5 (14,7)	16 (24,2)	
Leve	3 (8,8)	5 (7,6)	
Líquida	1 (2,9)	7 (10,6)	
Livre	4 (11,8)	26 (39,4)	

p relativo ao teste de qui-quadrado  
 Fonte: Autoria própria

## DISCUSSÃO

Trata-se de um trabalho inédito realizado em um Instituto de Saúde localizado na Região Central do Paraná, desenvolvido com pacientes internados de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A classificação etária dos indivíduos do presente estudo, ficou dividida de forma igualitária entre adultos e idosos com predominância do sexo masculino. Dado que se assemelha com os achados do estudo de Castro *et al.* (2013) que, após avaliar o perfil de internações hospitalares em 22 unidades no Sistema Único de Saúde (SUS) no Paraná, observou maior número de internações do sexo masculino (50,3%).

Outro achado importante do presente estudo, foi a prevalência de pacientes com idade superior aos 60 anos (50%). Com o passar da idade, as necessidades de cuidados médico-hospitalares crescem, devido ao aparecimento de comorbidades, desencadeadas muitas vezes por

hábitos e estilos de vida não saudáveis, principalmente hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) presente em 69,4% e 16,3% respectivamente nos pacientes hospitalizados desse estudo (BARBOSA, 2010; LIMA *et al.*, 2012).

O envelhecimento é um processo contínuo de declínio das capacidades fisiológicas do corpo, as quais acarretam alterações anatômicas e funcionais importantes. A queda da quantidade de massa magra presente, se relaciona com o aparecimento de problemas de saúde e impacto negativo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BUENO *et al.*, 2013; FREITAS *et al.*, 2016; GOBBO *et al.*, 2012).

Levando em conta que a metade dos indivíduos avaliados eram idosos, houve uma prevalência maior de trauma dentre os principais diagnósticos clínicos observados, isso pode ser explicado pelas limitações que este público apresenta, tornando-os mais suscetíveis a quedas e consequentemente fraturas (FREITAS *et al.*, 2016). Com relação aos demais diagnósticos clínicos observados no presente estudo, os resultados se assemelham ao estudo epidemiológico conduzido por Freitas *et al.* (2016) onde as principais causas de internações em cinco regiões do Brasil estavam divididas em doenças cardiovasculares (24,5%) doenças respiratórias (15,4%) e gastrointestinais (10,2%).

No que se refere ao diagnóstico nutricional dos pacientes avaliados, houve diferença significativa nas variáveis de peso atual, usual e altura com relação aos sexos. No presente estudo, a maioria da amostra encontrava-se eutrófica, seguido em números menores de sobrepeso e obesidade e desnutrição ou baixo peso, não havendo diferença significativa entre os sexos (p=0,78). Dado semelhante ao estudo de Sanches *et al.* (2018) onde se observou a presença da eutrofia em 44,1% dos avaliados, diferindo apenas na prevalência de desnutrição/baixo peso, a qual foi maior que a do presente estudo, observado em 25,2%.

Após aplicada e interpretada a NRS 2002, observou-se que o risco nutricional esteve presente em 34% dos pacientes avaliados, apresentando uma relação direta entre idade e o risco nutricional, ressaltando que a maior prevalência, estava presente em idosos. O mesmo achado foi encontrado no estudo de Travassos *et al.* (2019), ao identificarem maior decorrência do comprometimento nutricional em indivíduos com idade acima de 60 anos (25%). Vale ainda ressaltar que a desnutrição é uma das maiores causas do aumento de morbidade e mortalidade entre idosos hospitalizados, ocorrendo em até 65% desses pacientes (MORAIS, 2016).

No que se refere a aceitação da dieta oferecida pelo Instituto de Saúde aos pacientes hospitalizados do presente estudo, observou-se que 73,5% daqueles que se encontravam em risco nutricional, apresentaram uma aceitação “ruim” a dieta. A condição de internação e inúmeras situações resultantes da própria doença, contribuem para alterações no paladar dos pacientes,

principalmente daqueles com idade superior a 60 anos, tornando a satisfação dos mesmos pelo setor de nutrição e dietética uma tarefa desafiante para os nutricionistas (YABUTA *et al.*, 2006).

A comida de hospital, comumente é percebida como sem gosto, fria, servida fora de horário e ainda com conotações de permissão e proibição (BARBOSA *et al.*, 2006; SOUSA *et al.*, 2011). Sanches *et al.* (2018) argumentam que, dentre os fatores causais responsáveis pelo risco nutricional e conseqüentemente a presença de desnutrição hospitalar nesta população, a alimentação é considerada um fator circunstancial em razão as mudanças alimentares, troca de hábito, horários e formas de preparo dos alimentos.

Os resultados do presente estudo, apesar das limitações encontradas como o pequeno número amostral e tempo reduzido para coleta de dados, demonstrou uma forte associação entre a existência do risco nutricional e outros fatores com a hospitalização comparado entre os sexos, com destaque para idade e presença de comorbidades. No que diz respeito à aplicação de triagem nutricional nas primeiras 72h de internação, ficou evidente que a NRS-2002 parece ser o melhor método descrito pela literatura e preconizado pela ESPEN, sendo utilizada como padrão ouro para identificação do risco nutricional em pacientes hospitalizados.

## CONCLUSÃO

Não houve diferença quando comparados os sexos em relação ao risco nutricional dessa população hospitalizada. Nesta pesquisa, ficou clara a efetividade da NRS (2002) para a identificação de risco nutricional no ambiente hospitalar, principalmente por considerar a doença de base e idade como critério de classificação entre os pacientes, uma vez que no presente estudo, houve uma maior prevalência de risco nutricional em pacientes acima dos 60 anos. Ficou claro ainda, que a presença de comorbidades e uma inadequada aceitação da dieta por parte dos pacientes hospitalizados, ocasiona uma piora significativa no estado nutricional dos mesmos, aumentando assim o risco de desnutrição.

Frente a esta realidade, a utilização do protocolo de triagem nutricional NRS (2002), suscetibiliza a iniciação de uma terapia nutricional adequada, individual e efetiva, visando a recuperação e /ou manutenção do estado de saúde, bem como, auxiliando na prevenção da desnutrição hospitalar, causa de aumento de morbimortalidade, principalmente na população idosa. Vale ressaltar ainda, que uma intervenção nutricional precoce, contribui para um melhor prognóstico, melhora nas condições clínicas e qualidade de vida, fatores decisivos para a sobrevida dos pacientes em âmbito hospitalar.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.F.P. *et al.* Do cuidado nutricional ao cuidado alimentar:

percepção de pacientes sobre a refeição hospitalar. **Nutrição em Pauta**, [S.l.], v.79, p.48-54, 2006.

BARBOSA, M. R. P. **Desempenho de testes de rastreamento e avaliação nutricional como preditores de desfechos clínicos negativos em pacientes hospitalizados**. 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BAVELAAR, J.W. *et al.* Diagnosis and treatment of (disease-related) in-hospital malnutrition: The performance of medical and nursing staff. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 27, n. 3, p.431-438, 2008.

BOTTONI, A. *et al.* Por que se preocupar com a desnutrição hospitalar? Revisão de literatura. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v.32, n.3, p.314-317, 2014.

BUENO, D. R. *et al.* Nível de atividade física, comorbidades e idade de pacientes hipertensos. **Motriz ver. educ. fis.**, Rio Claro, v. 9, n. 3, p.16-24, 2013.

CASTRO, V. C. *et al.* Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ver. Rene**, [S.l.], v. 14, n. 4, p.791-800, 2013.

CHUMLEA, W. M. C. *et al.* Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. **J. Am. Diet. Assoc.**, Chicago, v.88, n.5, p.564-568, 1988.

FREITAS, D. C. C. V. *et al.* Distribuição espacial das internações hospitalares de idosos nas cinco regiões do Brasil. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, [S.l.], v.13, n.1, p. 9-24, 2016.

GOBBO, L. A. *et al.* Massa muscular de idosos do município de São Paulo – Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis, v.14, n.1, p.1-10, 2012.

KONDRUP, J. *et al.* ESPEN Guidelines for Nutrition Screening. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 22, n. 4, p. 415-421, 2003.

KYLE, U. G. *et al.* Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: a population study. **Clin. Nutr.**, Edinburgh, v. 25, n. 3, p.409-417, 2006.

LIMA, L. S. *et al.* Validação de instrumento de triagem nutricional. **Acta Méd. Port.**, Lisboa, v. 25, n.1, p.10-14, 2012.

MORAIS, G. Q. **Auto-triagem como instrumento para avaliação do risco nutricional em adultos hospitalizados**. 2016. 86f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

NUNES, P.P.; MARSHALL, N.G. Triagem Nutricional como instrumento preditor de desfechos clínicos em pacientes cirúrgicos. **Comum. ciênc. saúde**, Brasília, v. 25, n.1, p.57-68, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organizationm, 2000. (WHO Technical Report Series, 894).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicéntrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar [Internet]. In: **REUNIÓN DEL COMITÉ ASESOR DE INVESTIGACIONES EM SALUD**, 36., 9-11 jun 2001, Kingston. **Anais[...]** Kingston, Jamaica: OPAS, 2002.

RASLAN, M. *et al.* Comparison of nutritional risk screening tools for predicting clinical outcomes in hospitalized patients. **Nutrition**, [S.l.], v. 26, p.721-726, 2010.

SANCHES, F. F.Z.; FERREIRA, T.; GUIMARÃES, R.C.A. Risco nutricional em pacientes hospitalizados: comparação de três protocolos de triagem nutricional. **Multitemas**, [S.l.], v. 23, n. 55, p.245-263, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (SBNPE). **Diretriz para triagem e avaliação nutricional.** São Paulo: SBNPE, 2010.

SOUSA, A. A. D.; GLORIA, M. D. S.; CARDOSO, T. S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 287-294, 2011.

SOUZA, C. S. M.; REZER, J. P. R. Risco nutricional de pacientes hospitalizados em região central do Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde (Sta. Maria)**, Santa Maria, v. 45, n.1, p.1-9, 2019.

TRAVASSOS, L. D. C. P. *et al.* Risco nutricional e sinais e sintomas de alterações da deglutição em idosos hospitalizados. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.21, n.6, p.15-22, 2019.

YABUTA, C.Y.; CARDOSO, E.; ISOSAKI, M. Dieta hipossódica: aceitação por pacientes internados em hospital especializado em cardiologia. **Rev. Bras. Nutr. Clín.**, Porto Alegre, v. 21, n.1, p.33-37, 2006.

---

**Submetido em:** 10/07/2020

**Aceito em:** 14/04/2022