

## Aceitação de dietas com reduzido teor de sódio entre cardiopatas em um hospital terciário

*Acceptance of low-sodium diets among patients with heart diseases in a tertiary hospital*

Bruna Fraga dos Santos<sup>1</sup>, Magda Ambros Cammerer<sup>2</sup>, Aline Marcadenti<sup>3</sup>

---

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a aceitação de dietas com restrição de sal por pacientes portadores de cardiopatias admitidos em um hospital terciário de Porto Alegre, RS.

**Materiais e Métodos:** Estudo transversal entre pacientes com prescrição de dietas restritas em sódio, padronizadas pelo hospital. Foram verificados os restos de alimentos de uma refeição (almoço ou jantar) através de pesagem e o estado nutricional foi detectado através de Avaliação Subjetiva Global (ASG). Dados demográficos e motivos para a aceitação ou não da dieta foram verificados através de questionário.

**Resultados:** Entre 173 pacientes avaliados, a média de idade foi de 63±14,4 anos, 84% foram classificados como bem nutridos (A) de acordo com ASG e 16% moderadamente/suspeita (ASG B). Quanto à aceitação, 71% relataram não aceitar plenamente a refeição fornecida pelo hospital. Em contrapartida, 73% relataram que já restringiam o cloreto de sódio na alimentação em casa. A carne foi a preparação com melhor aceitação, e o arroz com menor aceitação. Na mediana, em torno de 167 kcal deixaram de ser consumidas em uma refeição, representando uma redução de 8% do valor energético total diário fornecido pela dieta prescrita. Não houve diferença entre a aceitação do tipo de dieta restrita em sal padronizada ("Hipossódica" e "Cardiopatia") e o motivo mais citado para a não aceitação das refeições foi a falta de sal.

**Conclusões:** A redução de sódio foi o fator relatado que mais influenciou para a não aceitação da refeição entre as dietas prescritas. O valor energético que deixa de ser ingerido pode afetar negativamente o estado nutricional dos pacientes.

**Palavras-chave:** dieta; cloreto de sódio; avaliação nutricional.

---

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the acceptance of low-sodium diets among patients with heart diseases in a tertiary hospital in Porto Alegre, RS.

**Materials and Methods:** A cross-sectional study was performed in patients with medical prescription of sodium restricted diets, standardized by the hospital. We have evaluated wasted food from one meal (lunch or dinner) by weighing it. Subjective Global Assessment (SGA) was used for nutritional status assessment. Demographic data and reasons for no acceptance of the diet were recorded using a questionnaire.

**Results:** Among the 173 patients assessed, mean age was 63±14.4 years. According to SGA, 84% of the individuals were classified as (A) - well nourished and 16% suspicion/malnourished (SGA B). Seventy-one per cent of all individuals reported not to fully accept the meal provided by the hospital. Seventy-three per cent of the patients reported that usually restrict sodium chloride in their diet at home. Meat was the kind of food with greater acceptance, and rice had lower acceptance. On average, around 167 kcal were not consumed in a full meal, representing around 8% from the total daily energy that was supposed to be supplied by the diet prescribed. There was no difference in the acceptance between both low-sodium diets standardized ("Low-Sodium" and "Cardiopathy") and the salt reduction was the most cited reason from patients to justify the meal rejection.

**Conclusions:** Reduction of sodium was the factor that most influenced the low acceptance of the meal among prescribed diets. The lack of energy value from the rejected food can negatively affect nutritional status.

**Keywords:** diet; sodium chloride; nutrition assessment.

<sup>1</sup>Nutricionista. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: Cardiologia. Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup>Nutricionista. Doutoranda em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Centro Universitário Metodista (IPA), Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>3</sup>Nutricionista. Doutora em Ciências Cardiovasculares pela UFRGS. Serviço de Nutrição e Dietética - Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de mortalidade em diversos países, especialmente em desenvolvimento. Cerca de 17 milhões de pessoas morrem anualmente em consequência destas condições<sup>1</sup>. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram atribuídos a estas doenças, atingindo 37% quando foram excluídos os óbitos por causas mal definidas e por violência<sup>2</sup>. No setor público, complicações cardiovasculares representam a primeira causa de hospitalização, representando em torno de 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% entre os idosos<sup>3</sup>.

Estudo multicêntrico conduzido na América Latina indica que mais de 50% dos pacientes encontram-se desnutridos na admissão hospitalar e 70% perdem peso durante a internação<sup>4</sup>. No Brasil, a desnutrição hospitalar atinge quase metade (48,1%) dos pacientes internados na rede pública<sup>5</sup>, sendo uma consequência tanto de fatores socioeconômicos quanto de características das doenças. Em decorrência da desnutrição, a resposta ao tratamento é afetada, causando maior risco de complicações clínicas e maior tempo de hospitalização, gerando entre outros problemas, maior custo para os sistemas de saúde<sup>6</sup>.

A baixa aceitação das dietas servidas em ambiente hospitalar é fator de risco para desnutrição em pacientes hospitalizados<sup>7</sup>. Entre as condições clínicas que mais interferem na aceitação da dieta devido às restrições dietéticas, tais como redução de sódio e de gorduras alimentares, destacam-se as de origem cardiovascular<sup>8</sup>. Considerada uma conduta simples e fortemente evidenciada como coadjuvante para o tratamento e prevenção de doenças cardiovasculares<sup>9-11</sup>, a restrição de cloreto de sódio na alimentação é pouco aceita pelos pacientes, principalmente pelos aspectos culturais e pela queixa de falta de sabor nos alimentos<sup>12</sup>.

No Brasil existem poucos estudos que verificaram a influência da restrição de sal na aceitação das refeições oferecidas aos pacientes hospitalizados. O objetivo deste estudo foi avaliar a aceitação de dietas com restrição de sal por pacientes portadores de cardiopatias admitidos em um hospital terciário de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de delineamento transversal conduzido em 2009 com amostra aleatória de indivíduos pertencentes a ambos os sexos entre 18 e 95 anos, admitidos no Serviço de Cardiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS. Foram incluídos no estudo pacientes que consentiram em participar e com prescrição médica registrada em prontuário de dietas padronizadas pelo Serviço de Nutrição e Dietética denominadas "Hipossódica" ou "Cardiopatia". Foram excluídos da amostra pacientes com prescrição de qualquer outra variação de dieta com baixo teor de sódio (para evitar que a consistência e a restrição de outros nutrientes influenciassem na aceitação), pacientes que não receberam a refeição padronizada pelo hospital e pacientes que dependiam da ajuda de cuidadores para se alimentar.

A coleta de dados foi realizada em um período de seis meses. Os restos dos alimentos não ingeridos pelos pacientes em uma refeição (almoço ou jantar) foram quantificados através da pesagem dos resíduos alimentares que permaneceram no prato térmico, em balança eletrônica, marca Toledo® capacidade até 3 kg e especificidade de 1 g. Os restos de alimentos foram armazenados em embalagens plásticas, separadas por paciente e preparação. Foi anotado quanto o paciente recusou de cada preparação, em gramas. O valor obtido foi devidamente subtraído da quantidade padronizada oferecida ao paciente e convertido em percentual.

O cardápio servido nas refeições principais (almoço e jantar) para as dietas denominadas "Hipossódica" e "Cardiopatia" apresenta-se especificado na tabela 1, juntamente com outras características das dietas<sup>13</sup>. As mudanças na dieta "Cardiopatia" visam adequação à terapia não-medicamentosa proposta pela *American Heart Association*<sup>14</sup> diminuindo assim a quantidade de gordura saturada e colesterol da dieta, além de aumentar o teor de fibras solúveis e insolúveis. Nessas dietas, todos os alimentos são preparados pelo Serviço de Nutrição completamente sem sal e é oferecido aos pacientes, no momento da entrega da refeição, um sachê contendo 1 g de cloreto de sódio para ser adicionado aos alimentos, e como tempero auxiliar também é fornecida uma fatia de limão<sup>13</sup>.

Foi aplicado questionário para coleta de dados demográficos e conhecimento das justificativas para a aceitação ou não da dieta oferecida. O questionário foi elaborado a partir de instrumentos utilizados em outros estudos<sup>7,15</sup> e adaptado de acordo com as características desta pesquisa. Paralelamente, o estado nutricional do paciente foi determinado através de Avaliação Subjetiva Global (ASG), devidamente aplicada por nutricionista cegada aos demais dados do estudo. De acordo com seu estado nutricional o paciente foi classificado em bem nutrido - A, sugestivo e/ou moderadamente desnutrido - B e desnutrição - C<sup>16-17</sup>. O diagnóstico da patologia de base do paciente foi obtido através de prontuário médico e registrado conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Previamente à coleta de dados realizou-se um projeto piloto com 7 pacientes, selecionados aleatoriamente, para avaliar os instrumentos de coleta de dados e forma de aplicação dos mesmos. Também foi realizado um trabalho de padronização das medidas caseiras utilizadas para o porcionamento dos alimentos no prato térmico, após a técnica de nutrição ter identificado diferenças entre os atendentes de nutrição em relação às quantidades servidas. Depois de repetidas aferições de porções servidas pelos mesmos funcionários com auxílio dos utensílios adequados, reduziu-se a variabilidade entre os mesmos e as porções foram corretamente padronizadas. O porcionamento dos alimentos foi rigorosamente observado também pela técnica de nutrição que habitualmente supervisiona este processo.

#### *Cálculo da amostra e análise estatística*

O cálculo amostral foi realizado através do programa PEPI 4.0, levando em consideração o número de pacientes e a rotatividade no Serviço de Cardiologia, assim como a prevalência de indivíduos considerados com boa aceitação da dieta hospitalar - 69,2%<sup>7</sup>. Para um poder de 80% e um nível de significância de 5% (respectivo intervalo de confiança 95%), seriam necessários pelo menos 108 pacientes.

As variáveis quantitativas foram descritas através de média, desvio padrão, mediana e amplitude interquartil e as qualitativas através de frequências absolutas e

relativas. Para as análises de variáveis contínuas foram utilizados teste t de *Student* para amostras independentes ou teste *Wilcoxon Mann Whitney*. As correlações foram verificadas através do teste de correlação de *Spearman* e as variáveis categóricas foram avaliadas através de teste qui-quadrado de *Pearson*. As análises foram realizadas no programa SPSS versão 16.0 para *Windows*.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (nº CEP: 248/08) e do Centro Universitário Metodista – IPA (nº CEP: 450/08). Todos os pacientes que consentiram em participar assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS**

Foram avaliados 173 pacientes e a média de idade foi de 63±14,4 anos. Do total de pacientes, 58% tinham idade ≥ 60 anos e 53% eram do sexo feminino. Quanto ao grau de escolaridade, 53% eram analfabetos ou estudaram até o 4º ano do ensino fundamental. Em relação à dieta indicada, 51% dos pacientes tinham prescrição médica de dieta “Hipossódica” e 49% dieta “Cardiopatia”. Quanto à aceitação do prato térmico oferecido no hospital, 71% dos pacientes relatou não aceitar plenamente a refeição fornecida. Em relação ao controle prévio de sódio, 73% dos pacientes relataram que já o restringiam na alimentação em casa (tabela 2).

Sobre as patologias de base, 35% dos pacientes apresentavam diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica, 34% internaram por infarto agudo do miocárdio, síndrome coronariana aguda ou arritmias e 32% apresentavam outras condições como hipertensão arterial primária, angina *pectoris* entre outras. De acordo com a ASG 84% apresentaram diagnóstico de bem nutridos (A), 16% ASG (B) – sugestivo e/ou moderadamente desnutrido e nenhum paciente foi classificado com desnutrição grave - ASG (C).

A carne foi a preparação com melhor aceitação, com medianas de 100% nas duas dietas (p=0,06), e o arroz foi a preparação com menor aceitação, com mediana de 50% na dieta hipossódica e 67% na dieta cardiopatia (p=0,09). O total de aceitação do térmico foi de 63% para a dieta hipossódica e 73% para a dieta cardiopatia

TABELA 1 - Características das dietas padronizadas Hipossódica e Cardiopatia<sup>13</sup>.

	Hipossódica	Cardiopatia
<b>Cardápio</b>		
Arroz	1 porção	1 porção ou outro carboidrato
Feijão	1 porção	1 porção
Guarnição	Vegetal A, B ou C ou carboidrato – 1 porção	Vegetal A ou B – 1 porção
Carne	1 porção	1 porção sem fritura, frango sem pele
Salada	-	1 porção
Sobremesa	Doces diversos	Frutas
<b>Composição Nutricional</b>		
VET*	2.034 kcal	1.922 kcal
Carboidratos (%)	58	63
Proteínas (%)	17	16
Lipídeos (%)	25	21
Fibras (g)	9,9	32,2
Sódio (mg)	1.300	1.300
Potássio (mg)	2.430	3.840
Valor calórico aproximado (almoço ou jantar)	620 kcal	513 kcal

\* Valor Energético Total

( $p=0,3$ ). Na mediana, o correspondente a 167 kcal deixaram de ser consumidas em uma refeição de almoço ou jantar, representando uma redução em torno de 8% do valor energético total diário fornecido pela dieta prescrita (tabela 3).

Quanto aos motivos relatados para a não aceitação da dieta oferecida, os mais citados foram a falta de sal com 18%, seguido pela falta de temperos 15% e falta de apetite 12%. Mesmo entre os pacientes que relataram aceitar plenamente a refeição oferecida pelo hospital, 82% sentiram falta do sal na refeição e 52% a falta de temperos. Quando avaliados apenas os pacientes que afirmaram controlar o uso de cloreto de sódio em casa, 61% relataram sentir a falta do sal na refeição oferecida e 54% a falta de temperos. As proporções foram semelhantes entre os indivíduos que relataram não controlar o sal previamente, onde 67% referiram sentir a falta do condimento no término e 47% a falta de outros temperos (figura 1).

A tabela 4 mostra a aceitação do cardápio oferecido (unindo as duas dietas) entre os participantes do estudo. Os homens apresentaram uma melhor aceitação da refeição comparativamente às mulheres ( $p=0,002$ ). Não houve diferença significativa entre aceitação da dieta hospitalar e hábito de controlar o sal em casa, sendo que o percentual total de aceitação foi

de 70% para os indivíduos que referiram controle prévio e 72% para quem não referiu ( $p=0,4$ ).

Não houve associação entre as patologias de base e a aceitação da dieta ( $p=0,8$ ). Em relação à faixa etária dos indivíduos, observou-se correlação negativa entre o percentual de aceitação total do término e a idade dos participantes ( $\rho=-0,2$ ;  $p=0,005$ ).

## DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a aceitação de dietas com restrição de sódio por pacientes cardiopatas hospitalizados em um hospital terciário no Sul do Brasil, sendo a falta de sal o principal motivo relatado pelos participantes para a não aceitação plena da refeição oferecida.

Observou-se neste estudo que 53% dos pacientes são analfabetos ou estudaram até o 4º ano do ensino fundamental, sendo a baixa escolaridade um fator que pode refletir nos hábitos e escolhas alimentares dos pacientes, dificultando sua compreensão sobre a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares e refletindo conseqüentemente na aceitação da dieta hospitalar. Em relação ao gênero, observou-se diferença significativa na aceitação da dieta, sendo que os homens aceitavam melhor a refeição oferecida comparativamente às mulheres. Por outro lado,

TABELA 2 - Características dos participantes conforme prescrição da dieta.

Variável	Total (n = 173)	Hipossódica (n = 84)	Cardiopatia (n = 89)	p (valor)
<b>Idade (anos)</b>	62,5±14,35	63,2±13,7	61,9±15	0,5 <sup>b</sup>
≥ 60 anos	101 (58,4)	54 (64,3)	47 (52,8)	0,1 <sup>c</sup>
<b>Sexo</b>				0,9 <sup>c</sup>
Feminino	91 (52,6)	44 (52,4)	47 (52,8)	
<b>ASG</b>				0,1 <sup>c</sup>
A – Bem nutrido	146 (84,4)	67 (79,8)	79 (88,8)	
B – Suspeita/Moderadamente desnutrido	27 (15,6)	17 (20,2)	10 (11,2)	
<b>Escolaridade</b>				0,1 <sup>c</sup>
Analfabeto ou até 4ª série	91 (52,6)	50 (59,5)	41 (46,1)	
5ª a 8ª série	55 (31,8)	25 (29,8)	30 (33,7)	
2º e 3º grau completo	27 (15,6)	9 (10,7)	18 (20,2)	
<b>Patologias</b>				0,02 <sup>c</sup>
Insuficiência cardíaca	60 (34,7)	38 (45,2)	22 (24,7)	
IAM <sup>a</sup>	58 (33,5)	18 (21,4)	25 (28,1)	
Outras	55 (31,8)	28 (33,3)	42 (47,2)	

Média±desvio padrão ou n e percentual. <sup>a</sup>Infarto agudo do miocárdio, síndrome coronariana aguda e arritmias. <sup>b</sup>Teste t de Student. <sup>c</sup>Teste qui-quadrado de Pearson.

estudo realizado por Molero et al.<sup>18</sup>, que avaliou a aceitação de dietas hospitalares consideradas “normais” não encontrou diferença significativa na aceitação em relação ao sexo. Esses resultados sugerem que mulheres têm mais dificuldade em aceitar a alimentação com restrição de sal do que os homens.

Em relação à classificação do estado nutricional determinado pela Avaliação Nutricional Subjetiva Global, 84% dos participantes estavam bem nutridos e 16% sugestivos e/ou moderadamente desnutridos. Em estudo realizado por Yamauti et al.<sup>19</sup>, verificou-se que a ASG detectou maior percentual de desnutrição entre pacientes cardiopatas hospitalizados comparativamente a métodos de avaliação antropométrica direta como IMC (51,9% vs. 42,5%), demonstrando que a ASG pode ser um método superior para determinar o estado nutricional e detectar desnutrição em pacientes cardiopatas.

Apesar de uma proporção elevada de pacientes afirmar restrição de sódio na alimentação em casa, não houve diferença significativa na aceitação da dieta hospitalar entre indivíduos que controlavam ou não o sal previamente à hospitalização. A média estimada do consumo de sal entre a população é de pelo menos 10 gramas por dia<sup>11</sup>. Este consumo é quase o dobro que o preconizado para uma população sadia, em torno de 6 gramas diárias<sup>20</sup>. Esta pode ser a justificativa para a aversão observada em relação às dietas hipossódicas

oferecidas em ambiente hospitalar, já que a média de consumo estabelecida como “normal” entre a população em geral já é considerada superior à preconizada.

A falta de sal na refeição foi o motivo relatado com maior frequência como o que mais interferiu na aceitação, tanto entre indivíduos que afirmaram controlar o sódio em casa quanto, entre os que não o faziam. Estes achados reforçam a ideia de que os pacientes não têm clareza da quantidade de sal que deveriam utilizar, demonstrando assim que a orientação quanto ao controle de sal por parte das equipes multidisciplinares de saúde deve ser mais efetiva. Arcand et al.<sup>21</sup>, avaliaram a ingestão de sal por pacientes com insuficiência cardíaca e verificaram que a educação nutricional realizada por nutricionista reduziu a ingestão de sódio na alimentação destes pacientes, demonstrando a importância da orientação num contexto onde a adesão à dieta é considerada complexa. Em contrapartida, Heo et al.<sup>22</sup>, demonstraram que apenas 60% dos pacientes com insuficiência cardíaca que receberam orientações dietéticas relataram segui-las.

Quanto à aceitação da refeição, a mediana foi semelhante entre as duas dietas, porém, apenas 20% dos pacientes ingeriram toda a refeição oferecida. Em estudo realizado por Molero et al.<sup>18</sup> citado anteriormente, foi verificado que em torno de 69% dos

TABELA 3 - Aceitação do cardápio conforme dieta prescrita.

Aceitação em %	Total (n = 173)	Hipossódica (n = 84)	Cardiopatia (n = 89)	p (valor) <sup>a</sup>
Arroz	56	50	67	0,09
Feijão	76	70	83	0,6
Carne	100	100	100	0,06
Guarnição	75	77	72	0,9
Total do Térmico	71	63	73	0,3

Dados em mediana. <sup>a</sup>Teste Wilcoxon Mann Whitney.

pacientes ingeriram a metade ou menos do conteúdo oferecido. Yabuta et al.<sup>7</sup> observaram que 69% dos pacientes aceitaram plenamente a dieta oferecida. Entretanto os autores consideraram os pacientes como “aceitou dieta” aqueles que ingeriram mais da metade da quantidade servida no térmico, sendo que os critérios de avaliação para aceitação ou não foram definidos visualmente. Nosso estudo difere do método apresentado anteriormente, pois a aceitação foi verificada diretamente através de pesagem dos restos de alimentos, possibilitando obtenção de dados mais precisos em relação à aceitação da refeição.

Na mediana, em torno de 167 kcal deixaram de ser consumidas em uma refeição de almoço ou jantar, o que representou uma diminuição de aproximadamente 8% no valor energético diário oferecido pelas dietas prescritas. O valor calórico que deixa de ser ingerido ao longo do dia pode afetar negativamente o estado nutricional do paciente durante o período de hospitalização. Em estudo que avaliou a ingestão dietética de mais de 2.500 pacientes hospitalizados em diferentes unidades de internação, foi verificado que a média da ingestão energética diária foi inferior a 80% do mínimo preconizado. O consumo médio de proteínas também foi baixo, refletindo na perda de peso dos pacientes durante a internação e nos custos do hospital<sup>23</sup>. Em contrapartida, Larsen e Toubro<sup>24</sup> avaliaram a inclusão de uma refeição diária com livre escolha de alimentos em uma unidade hospitalar de cardiologia. Foi verificado que entre os pacientes que receberam a intervenção, a média de ingestão diária de alimentos aumentou, mas ofereceu um risco potencial para a saúde destes pacientes, devido à preferência pela seleção de pratos ricos em gorduras.

Observou-se entre os participantes uma correlação negativa entre a idade e o percentual de aceitação total

do térmico. Fatores como dentição incompleta ou próteses dentárias mal ajustadas, diminuição do fluxo salivar e perda da sensibilidade a sabores e odores podem afetar a ingestão de alimentos dos idosos<sup>25</sup>, contribuindo para um acréscimo maior de sal nas refeições entre os indivíduos nessa faixa etária.

Quanto aos motivos relatados para a não aceitação da dieta oferecida, os mais referidos foram a falta de sal, seguida pela falta de temperos e a falta de apetite. No estudo de Yabuta et al.<sup>7</sup> a falta de sal também foi o motivo mais citado (21%), seguido de sabor desagradável (12%) e temperatura inadequada (10%). Sharar et al.<sup>26</sup> observaram que os fatores considerados negativos para aceitação da dieta foram o sabor, aparência e temperatura dos alimentos. Sabe-se que temperatura adequada<sup>18</sup>, assim como a aparência da preparação e a adição de temperos naturais em substituição ao cloreto de sódio estimula e melhora a

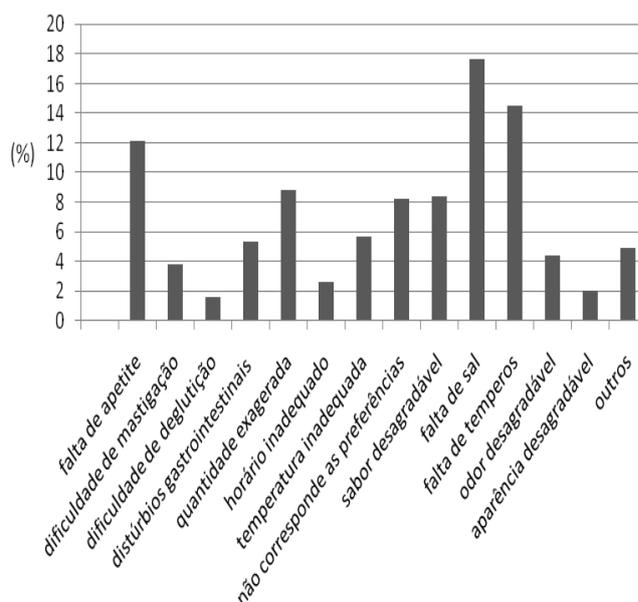


FIGURA 1 - Motivos relatados para não aceitação plena da dieta.

TABELA 4 - Aceitação do cardápio oferecido (dieta Hipossódica e Cardiopatia) entre os participantes.

	Arroz	p	Feijão	p	Carne	p	Guarnição	p	Total	p <sup>b</sup>
<b>Idade (anos)</b>										
< 60 anos	73 (18-100)	0,03	92 (34-100)	0,2	100 (81-100)	0,4	74 (33-100)	0,6	74 (51-100)	0,2
≥ 60 anos	48 (0-100)		72 (29-100)		100 (64-100)		76 (26-100)		67 (42-100)	
<b>Sexo</b>										
Masculino	80 (33-100)	0,001	95 (40-100)	0,04	100 (100-100)	0,002	85 (36-100)	0,4	79 (58-100)	0,002
Feminino	34 (0-100)		53 (30-100)		100 (50-100)		71 (24-100)		61 (38-91)	
<b>Patologias</b>										
Insuficiência cardíaca	50 (0-100)		100 (31-100)		100 (50-100)		87 (39-100)		71 (42-95)	
IAM <sup>a</sup>	58 (9-100)	0,5	64 (29-100)	0,3	100 (82-100)	0,4	86 (25-100)	0,4	74 (49-94)	0,8
Outras	63 (20-100)		76 (34-100)		100 (72-100)		65 (0-100)		70 (39-94)	
<b>Escolaridade</b>										
Analfabeto até 4ª série	55 (7-100)	0,6	81(33-100)	0,2	100 (79-100)	0,4	86 (39-100)	0,04	73 (51-97)	0,09
A partir da 5ª série	57 (0-100)		70 (24-100)		100 (37-100)		50 (20-100)		82 (41-88)	
<b>Controle prévio de sal</b>										
Sim	55 (0-100)	0,5	74 (31-100)	0,6	100 (64-100)	0,2	72 (29-100)	0,5	70 (44-93)	0,4
Não	56 (10-100)		83 (33-100)		100 (87-100)		88 (31-100)		72 (51-100)	

Mediana e intervalo interquartil. <sup>a</sup>Infarto agudo do miocárdio, síndrome coronariana e arritmias. <sup>b</sup>Teste *Wilcoxon Mann Whitney*.

aceitação das refeições<sup>7</sup>. Em estudo que avaliou o efeito do uso de condimentos na adesão à alimentação com restrição de sódio em um grupo de hipertensos, observou-se que os indivíduos que utilizavam condimentos na alimentação conseguiram diminuir a utilização de sal. Assim, os condimentos foram importantes na adesão à dieta com restrição de sódio, mantendo a palatabilidade da alimentação<sup>12</sup>. Opções como esta devem ser avaliadas e implementadas, a fim de melhorar a ingestão dietética dos pacientes.

Uma das limitações do nosso estudo deve-se ao fato de que os alimentos servidos no prato térmico não foram pesados no momento do porcionamento. Mesmo com a padronização das medidas caseiras previamente à coleta de dados, bem como treinamento dos atendentes de nutrição, sabe-se que podem ocorrer pequenas variações de peso entre alimentos servidos. Outra consideração refere-se ao delineamento transversal, que não caracteriza diretamente o risco para desnutrição em relação ao percentual da refeição que deixou de ser ingerido. Apesar dos horários de visitas não coincidirem com o horário de almoço/jantar, também não podemos descartar a possibilidade de alguns familiares terem ingerido parte da refeição direcionada ao paciente, problema que infelizmente é comum em meio hospitalar e que poderia ter

influenciado em nossos resultados.

Concluimos que no grupo avaliado as dietas com restrição de sódio não foram bem aceitas, visto que um percentual importante de pacientes relatou não aceitar plenamente a refeição fornecida pelo hospital e um valor calórico considerável deixou de ser ingerido em apenas uma refeição avaliada, podendo afetar negativamente o estado nutricional dos mesmos. Não houve diferença significativa na aceitação entre dois tipos de dietas com restrição de sal, sendo a carne a preparação com melhor aceitação e o arroz com menor aceitação. A redução de sal foi o fator que mais influenciou na baixa aceitação da refeição, porém, outros fatores citados pelos pacientes devem ser considerados, a fim de melhorar a ingestão dietética dos pacientes.

Verifica-se a necessidade de aprimoramento de técnicas dietéticas em nível hospitalar, para estimular uma melhor aceitação das refeições com teores reduzidos de sódio e outros nutrientes com o objetivo de contribuir para menores prevalências de desnutrição.

#### Agradecimentos

A toda equipe do Serviço de Nutrição e Dietética e do Serviço de Cardiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, pelo apoio e colaboração na construção deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Cardiovascular disease: prevention and control. [acesso em 2009 mar.]. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/>>.
- Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. São Paulo Med J. 2005; 123(1):3-4.
- Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv Saude 2006; 15(1): 34-45.
- Correia MI, Campos AC; ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. Nutrition 2003;19(10):823-5.
- Waitzberg DL, Correia MITD, Caiaffa WT. Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibranutri). Rev Bras Nutr Clin. 1999; 14(2):124-34.
- Waitzberg DL, Gama-Rodrigues J, Correia MITD. Desnutrição hospitalar no Brasil. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
- Yabuta C, Cardoso E, Isosaki M. Dieta hipossódica: aceitação por pacientes internados em hospital especializado em cardiologia. Rev Bras Nutr Clin. 2003; 21(1):33-7.
- Prieto DB, Leandro-Merhi VA, Mônaco DV, Lazarini ALG. Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um hospital privado. Rev Bras Nutr Clin. 2006; 21(3):181-7.
- Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension. 2006; 47:296-308.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial. 2010. [acesso em 2011 out.]. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp>>.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003; 42:1206–52.
- Dallepiane LB, BÓS AJG. O uso de condimentos na dieta de um grupo de hipertensos: estudo de intervenção randomizado. Rev Bras Nutr Clin. 2007; 22(4):286-91.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Dietas. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre; 2008.
- Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA, et al. Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006. A Scientific Statement From the American Heart Association. Nutrition Committee. Circulation. 2006; 114: 82-96.
- Morimoto IMI. Qualidade no atendimento prestado pela Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar. Mundo Saúde 2005; 29(2):170-5.
- Baker JP, Detsky AS, Wesson DE, Wolman SL, Stewart S, Whitwell J, et al. Nutritional assessment: a comparison of clinical judgment and objective measurements. N Engl J Med. 1982;306:967-72.
- Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987;11:8-13.
- Molero G, Fuster GO, Liébana MI, Oliva L, López ML, Aguilar AM. Influencia de la temperatura en la ingesta de pacientes hospitalizados. Nutr Hosp. 2008; 23(1):54-9.
- Yamauti AK, Ochiai ME, Bifulco PS, Araújo MA, Alonso RR, Ribeiro RHC, et al. Avaliação nutricional subjetiva global em pacientes cardiopatas. Arq Bras Cardiol. 2006; 87(6):772-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006.
- Arcand JAL, Brazel S, Joliffe C, Choleva M, Berkoff F, Allard JP, Newton GE. Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet: A randomized trial. Am Heart J. 2005; 150(4):716.e1-716.e5.
- Heo S, Lennie TA, Moser DK, Okoli C. Heart failure patients perceptions on nutrition and dietary adherence. European J Cardiovasc Nurs. 2009; 8(5):323-8.
- Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. Clinical Nutrition. 2000; 19(6):445-9.
- Larsen CS, Toubro S. The effect of conventional v. à la carte menu on energy and macronutrient intake among hospitalized cardiology patients. Br J Nutr. 2007; 98(2): 351-7.
- Pfrimer K, Ferrioli E. Fatores que interferem no estado nutricional do idoso. In: Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
- Shahar S, Chee KY, Chik WCP. Food intakes and preferences of hospitalised geriatric patients. BMC Geriatrics. 2002; 2(3):1471-2318.

**Endereço para correspondência:**

Aline Marcadenti  
 Av. Francisco Trein 596  
 Porto Alegre/RS – CEP 91350-200  
 Telefone: +55 51 33572276  
 E-mail: marcadenti@yahoo.com.br