

Programa de auxílio para alimentação de adultos hospitalizados: estudo quase-experimental

Assistance program for the feeding of hospitalized adults: quasi-experimental study

Denise Müller Garateguy^a, Jäder da Cruz Cardoso^b, Michelli Cristina Silva de Assis^c

^a Nutricionista. Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano pelo Centro Universitário La Salle-Unilasalle/Canoas.

^b Biólogo. Doutor em Ciências/Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública/USP). Professor do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle-Unilasalle/Canoas.

^c Enfermeira. Doutora em Medicina: Ciências Médicas (UFRGS). Professora do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle-Unilasalle/Canoas.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade de um programa de auxílio para alimentação de pacientes hospitalizados.

Materiais e Métodos: Estudo quase-experimental realizado com adultos de um hospital de médio porte. Avaliaram-se os percentuais de ingestão do desjejum, colação e almoço entre dois grupos: auxílio para alimentação de voluntário e sem auxílio para alimentação. Considerado como 100% o paciente que ingeriu tudo, 75% ingeriu $\frac{3}{4}$, 50% ingeriu metade, 25% ingeriu $\frac{1}{4}$ e 0% não ingeriu nada. O estado nutricional foi aferido pelo índice de massa corporal (IMC) e percentual de perda de peso, além da aferição da circunferência do braço e panturrilha na inclusão e a cada sete dias. Estudo aprovado pelo comitê de ética do Unilasalle/Canoas.

Resultados: Foram incluídos 90 indivíduos, 45 alocados em cada grupo. 46,7% eram do sexo masculino com média de idade de $67,5 \pm 15,7$ anos. Ao término do estudo houve maior número de pacientes desnutridos entre o grupo sem auxílio ($p=0,03$). No décimo quarto dia de acompanhamento, o grupo com auxílio de voluntários ingeriu 67% versus 55% no grupo sem auxílio ($p=0,014$). Os motivos que levaram os pacientes ao jejum foram não aceitar a refeição oferecida (61,1%) e jejum terapêutico (29%).

Conclusão: O programa de auxílio para alimentação demonstrou aumento quantitativo no percentual de ingestão alimentar no sétimo dia, porém com significância estatística, no décimo quarto dia de acompanhamento.

Palavras-chave: desnutrição; ingestão de alimentos; jejum; terapia nutricional; adulto.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of an assistance program for the feeding of hospitalized patients.

Materials and Methods: Quasi-experimental study performed among adults from a medium-sized hospital. We evaluated the percentage intake of breakfast, collation and lunch between two groups: voluntary assistance for feeding and without assistance for feeding. We considered as 100% patients who ingested all, 75% ingested $\frac{3}{4}$, 50% ingested half, 25% ingested $\frac{1}{4}$ and 0% did not ingest anything. Nutritional status was assessed by the body mass index (BMI) and percentage of weight loss, as well as the measurement of the arm circumference and calf, at baseline and every seven days. The ethics committee of UNILASALLE/Canoas approved the study.

Results: 90 subjects were enrolled, 45 allocated in each group. 46.7% were male with mean age of 67.5 ± 15.7 years. At the final visit there were more malnourished patients in the group without assistance ($p=0.03$). On the fourteenth day of follow-up, the group with the volunteer help ingested 67% versus 55% in the unassisted group ($p=0.014$). The reasons that lead patients to fasting were not accepting the offered meal (61.1%) and therapeutic fasting (29%).

Conclusion: The assistance program for feeding showed quantitative increase in food intake percentages in most days, but statistically significant, in the ninth and tenth day of monitoring.

Keywords: malnutrition; food ingestion; fasting; nutritional therapy; adult.

Correspondência:

MICHELLI CRISTINA SILVA DE ASSIS
Rua Roque Gonzales, 177 ap. 205 – Jardim Botânico
90690-270 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: michelicassis@gmail.com

INTRODUÇÃO

A desnutrição em pacientes hospitalizados no Brasil e no mundo é altamente prevalente, atingindo até 80% desses pacientes¹. Afeta não apenas adversamente a sua condição clínica, assim como aumenta o risco de complicações elevando os custos com os serviços de saúde². Além disso, a incidência de complicações, infecciosas e não-infecciosas aumenta de duas a seis vezes em pacientes desnutridos, acarretando em maior tempo de permanência hospitalar, comorbidades e mortalidade³.

Em ambiente hospitalar, a desnutrição pode ser resultado de distúrbios metabólicos que aumentam as necessidades nutricionais, clínicas ou psicológicas que reduzem o apetite e conseqüentemente provocam a redução da ingestão de alimentos^{4,5}. A diminuição da ingestão por via oral pode ocorrer também devido às prescrições de dietas modificadas, tais como: dieta hipossódica, para diabetes, pastosa, para disfagia ou liquidificada, ou ainda, decorrente da restrição de horários para a refeição nas instituições⁶. Os horários são padronizados conforme a rotina de cada instituição porque há a necessidade de que o alimento seja oferecido de forma segura ao paciente do ponto de vista sanitário. Visando esse controle sanitário dos alimentos, as equipes operacionais da nutrição recolhem a bandeja de alimentação de acordo com a legislação vigente e o procedimento operacional padrão validado internamente pelo serviço hospitalar⁷.

Observa-se que existem fatores intra-hospitalares e sociais envolvidos na falta da administração da alimentação ao paciente^{8,9}. As instituições hospitalares enfrentam dificuldades que prejudicam a oferta de alimentos ao paciente tais como dimensionamento inadequados das equipes de enfermagem, elevada demanda de procedimentos técnicos entre outros cuidados que são priorizados e pacientes que não possuem familiares ou cuidadores no horário das refeições¹⁰.

Estudo realizado por Azambuja et al.¹¹ avaliou, a partir de registros da enfermagem, que apenas 39,8% dos pacientes cirúrgicos apresentam boa aceitação da alimentação por via oral. Sabe-se que o jejum prolongado, efeitos da anestesia e complicações cirúrgicas pós-operatórias podem contribuir para a ocorrência de náuseas e vômitos e conseqüentemente configurar-se como um dos fatores que prejudicam a alimentação por via oral¹².

Estes fatos podem estar contribuindo para a elevada prevalência de desnutrição entre pacientes adultos hospitalizados, acrescentando-se as dificuldades para o auxílio na ingestão por via oral¹⁰. Nesse sentido, faz-se necessário avaliar a efetividade de um programa de voluntários capacitados que auxiliem a alimentação destes pacientes adultos. Frente ao exposto o presente estudo objetivou avaliar a efetividade de

um programa de auxílio para alimentação por via oral sobre os percentuais de ingestão do desjejum, colação e almoço e o estado nutricional de pacientes adultos hospitalizados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um ensaio clínico quase experimental. A amostra foi composta por pacientes adultos clínicos e cirúrgicos internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um hospital de médio porte e de média complexidade, da região metropolitana de Porto Alegre-RS. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário La Salle – Unilasalle/Canoas sob o parecer número 21203313.0.0000.5307. Foi solicitado aos sujeitos em estudo assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, assim como aos voluntários capacitados.

Entre março e agosto de 2014, foram selecionados os pacientes com alimentação por via oral, desnutridos no momento da admissão hospitalar e que apresentassem condições cognitivas e neurológicas de responder às questões da pesquisa e de consentir em participar do estudo. A classificação do estado nutricional do paciente no momento da admissão ocorreu por meio da avaliação subjetiva global (ASG). Os pacientes com desnutrição foram submetidos a uma alocação simples, em que foi gerada uma seqüência de números aleatórios, a partir do programa Excel da Microsoft, em que eram colocados números de 01 a 90, e buscava-se o paciente pelos últimos dois dígitos de seu prontuário de acordo com o número gerado pelo programa. Sendo assim, aleatoriamente, 45 pacientes foram alocados para receberem auxílio de voluntários e 45 para não receberem. A cada sete dias, avaliou-se o estado nutricional através do índice de massa corporal (IMC) e percentual de perda de peso, além da aferição da circunferência do braço e panturrilha no momento da inclusão. Foram excluídos pacientes da psiquiatria, emergência, terapia intensiva e aqueles em uso de nutrição enteral ou parenteral. Pacientes de ambos os grupos foram acompanhados durante quinze dias ou até iniciar o uso de sondas para alimentação, nutrição parenteral ou, ainda, até alta ou óbito.

As variáveis foram aferidas através de um formulário clínico e demográfico composto pelos dados de identificação, características clínicas e demográficas do paciente, preenchido pela nutricionista pesquisadora. Um segundo formulário denominado de avaliação da aceitação da terapia nutricional via oral foi aplicado e preenchido pelos voluntários do estudo. Este formulário era composto por data e descrição das refeições oferecidas pelo hospital (desjejum, colação, almoço, lanche da tarde, janta e ceia). As refeições eram representadas por círculos divididos em quatro partes, e que traduzem o percentual de ingestão oral. Quando o

paciente ingeriu todo o conteúdo da refeição, o voluntário assinalava as quatro partes da representação gráfica (100% = tudo); quando ingeriu $\frac{3}{4}$ era assinalado 3 partes da representação gráfica (75% = mais da metade); quando ingeriu $\frac{1}{2}$ foram assinaladas 2 partes da representação gráfica (50% = metade); quando ingeriu $\frac{1}{4}$ foi assinalada uma parte da representação gráfica (25% = menos da metade) e quando não ingeriu nada, não foram assinaladas quaisquer partes da representação gráfica (0% = nada). Para este estudo, foram observados o jejum, colação e o almoço, uma vez que a disponibilidade dos voluntários era no turno da manhã e também por que estas refeições representam juntas, 50% do valor energético total diário oferecido ao paciente. O formulário de avaliação da aceitação da terapia nutricional via oral foi preenchido pelo voluntário capacitado, logo após a refeição ser administrada ao paciente. Em seguida o formulário era entregue à nutricionista pesquisadora que fazia a conferência do preenchimento dos formulários.

A seleção dos voluntários ocorreu através de comunicado enviado via correio eletrônico às coordenações dos cursos de nutrição e de enfermagem do Centro Universitário La Salle – Unilasalle, em Canoas/RS. Participaram como voluntários do estudo sete acadêmicos do curso de enfermagem e dois acadêmicos do curso de nutrição que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido versão para o voluntário. Os acadêmicos participaram do curso de capacitação para alimentadores voluntários que os habilitou a auxiliar na administração da alimentação aos pacientes selecionados e a preencher o formulário de aceitação da via oral. Esta capacitação contemplou os seguintes itens: abordagem na primeira visita; ética e postura; definição e importância da alimentação; cuidados na alimentação por via oral do paciente (boas práticas); e horários das refeições.

O cálculo do IMC foi realizado dividindo-se o peso (em quilos) pela altura (em metros) ao quadrado, utilizando-se dos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) para classificação do estado nutricional, que para indivíduos idosos (idade maior que 60 anos) difere dos adultos. O percentual de perda de peso foi calculado no sétimo e 14^o dia de acompanhamento no estudo e classificado conforme Blackburn et al.¹³ (1977). A circunferência do braço aferida no momento da inclusão no estudo foi classificada segundo Frisancho¹⁴. A circunferência da panturrilha aferida no momento da inclusão no estudo foi classificada segundo Chulmea¹⁵.

Procedimentos para o grupo de pacientes participantes do programa – que receberam auxílio para alimentação por via oral

A primeira visita foi de apresentação da pesquisa ao paciente e/ou familiar, obtenção do consentimento em

participar da pesquisa e procedido das assinaturas no termo de consentimento. A seguir eram aferidas as medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência do braço e da panturrilha) para fins de avaliação do estado nutricional do paciente ao ingressar no programa.

Nos dias subsequentes, diariamente, os voluntários encontravam-se com a nutricionista pesquisadora, que lhes entregava os formulários de avaliação da aceitação da terapia nutricional via oral. O próximo passo era dirigir-se ao leito do paciente e efetuar a administração das refeições: jejum as 8h00, colação as 10h00 e almoço as 11h30. Logo após, eram assinaladas as representações gráficas no formulário de avaliação conforme o percentual de refeição ingerido pelo paciente.

Procedimentos para o grupo de pacientes não participantes do programa – sem auxílio para alimentação por via oral

A primeira visita foi de apresentação da pesquisa ao paciente e/ou familiar, obtenção o consentimento em participar da pesquisa e procedido das assinaturas no termo de consentimento. A seguir eram aferidas as medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência do braço e da panturrilha) para fins de avaliação do estado nutricional do paciente ao ingressar no estudo. O próximo passo era dirigir-se ao leito do paciente e, após as refeições terem sido realizadas, o voluntário, que não realizava o auxílio para alimentação, apenas assinalava as representações gráficas do formulário de avaliação conforme o percentual de refeição ingerido pelo paciente.

Cálculo amostral

A partir de um estudo piloto houve uma diferença de 30% na ingestão da refeição principal entre o grupo com e sem auxílio para alimentação e adotando-se a relação de 1:1, nível de significância de 5% e poder de 80%, por meio do *software* WinPEPI, estimou-se a necessidade de inclusão de 90 pacientes (45 em cada grupo). Constituindo-se, assim, uma amostra probabilística aleatória simples.

Análise estatística

A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. Variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média e desvio padrão e as categóricas como números absolutos ou percentuais. As diferenças entre variáveis clínicas e os percentuais de ingestão por via oral entre os grupos foram avaliadas através do teste Qui-quadrado ou teste exato de *Fisher* para variáveis categóricas e o teste *t* de *Student* ou *Mann-Whitney* para comparação de variáveis contínuas. Um valor de *p* bicaudal menor que

0,05 foi considerado estatisticamente significativo. Os dados foram tabulados em planilha de dados *Excel* e analisados pelo pacote estatístico SPSS versão 18 para *Windows*.

RESULTADOS

Foram inicialmente selecionados 341 pacientes para o estudo, destes, 251 não foram incluídos por receberem alta hospitalar ou óbito antes de completarem 15 dias de acompanhamento. Com relação às características demográficas, verificou-se que a média de idade os participantes foi de $67,5 \pm 15,7$ anos, 46,7% eram do sexo masculino. Dentre as variáveis clínicas, verificou-se que a mediana do tempo de internação foi de 39 (25-73,5) dias. O principal motivo de admissão, no total, foi diabetes mellitus (46,5%), seguido de doenças cardiovasculares (38,9%), pulmonares (8,9%), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (4,4%) e doenças renais (2,2%). As comorbidades encontradas em todos os participantes do estudo foram: as doenças cardiovasculares (61,3%), doenças pulmonares (22,6%), doenças renais (9,7%) e SIDA (6,5%). Na totalidade da amostra 74,4% obtiveram alta hospitalar após 39 dias, 17,8% foram a óbito, 6,7% permaneceram internados e 1,1% fizeram uso de nutrição enteral. Em nenhuma destas características houve diferença significativa entre os grupos (Tabela 1).

Quanto ao estado nutricional por meio da ASG, no momento da admissão hospitalar 52,2% estavam desnutridos, 46,7% eutróficos e 1,1% obeso. Em relação à circunferência do braço, 35% dos pacientes encontravam-se entre o percentil 5-10, 20% entre o percentil 25-50, e a maioria restante acima do percentil 50. Sem diferença entre os grupos ($p=0,12$). Quando avaliado a circunferência da panturrilha 75% dos pacientes tinham valores menores ou igual a 31 cm o que é um marcador de desnutrição e 25% eutróficos, sem diferença significativa entre os grupos ($p=0,26$). A média do percentual de perda de peso após 7 dias de inclusão no estudo foi de 3,8% entre os pacientes do grupo sem auxílio e de 0,9% no grupo com auxílio. Após 14 dias de acompanhamento a média do percentual de perda de peso foi de 1,9% no grupo sem auxílio e de 1% no grupo com auxílio. Verificou-se que 40% dos pacientes do grupo controle apresentaram perda de peso significativa *versus* 2,2% no grupo intervenção após 14 dias de acompanhamento ($p<0,01$).

Por ocasião da admissão hospitalar houve uma tendência da média do IMC ser maior no grupo com auxílio de voluntários para alimentação ($21 \pm 2,8$ *versus* $19,9 \pm 2,8$ - $p=0,08$). Após sete dias de inclusão no estudo não houve diferença na classificação do IMC entre os grupos: desnutrido (66,7% no grupo com auxílio *versus* 71,1% no grupo sem auxílio)

Tabela 1. Características demográficas e clínicas entre os pacientes do grupo com e sem auxílio de voluntários para alimentação.

Variável	Todos (n=90)	Grupo com auxílio de voluntários (n=45)	Grupo sem auxílio de voluntários (n=45)	p
Idade (anos)	67,5 ± 15,7	69,2 ± 14,8	65,9 ± 16,7	0,32
Sexo masculino	42 (46,7)	25 (55,6)	20 (44,4)	0,09
Tempo internação (dias)	39 (25-73,5)	39 (25-69,2)	37 (26-76)	0,91
Motivo admissão				0,58
Doenças cardiovasculares	35 (38,9)	20 (44,4)	15 (33,3)	
Diabetes Mellitus	41 (45,6)	18 (40,0)	23 (51,1)	
Doenças renais	2 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)	
Doenças pulmonares	8 (8,9)	5 (11,1)	3 (6,7)	
SIDA	4 (4,4)	1 (2,2)	3 (6,7)	
Comorbidades				0,09
Doenças cardiovasculares	19 (61,3)	10 (66,7)	9 (56,2)	
Doenças renais	3 (9,7)	–	3 (18,8)	
Doenças pulmonares	7 (22,6)	5 (33,3)	2 (12,5)	
SIDA	2 (6,5)	–	2 (12,5)	
Desfecho				0,58
Alta hospitalar	67 (74,4)	33 (73,3)	34 (75,6)	
Óbito	16 (17,8)	7 (15,6)	9 (20,0)	
Uso TNE	1 (1,1)	1 (2,2)	–	
Permaneceu hospitalizado	6 (6,7)	4 (8,9)	2 (4,4)	

Os dados estão expressos como média ± DP, mediana (percentil 25-75) ou n (%). IMC: índice de massa corporal. SIDA: síndrome da imunodeficiência adquirida. TNE: terapia nutricional enteral.

e eutrófico (33,3% no grupo com auxílio versus 28,9% no grupo sem auxílio – $p=0,64$). Ao término do estudo, na 14ª visita de acompanhamento, houve menor número (51,1% versus 73,3% – $p=0,03$) de pacientes desnutridos no grupo que recebeu auxílio para alimentação (Tabela 2).

Com relação aos motivos pelos quais os pacientes permaneceram em jejum em cada dia do programa (do dia zero ao décimo quarto), distribuídos igualmente ($p>0,05$) entre os grupos (dados não demonstrados), verificou-se que: 61,1% não aceitaram a refeição oferecida, 29% dos pacientes estiveram em jejum terapêutico (pancreatite, oclusão intestinal náuseas, vômitos, pós-operatório de

cirurgias gastrointestinais), 6,1% dos pacientes estavam em preparo para exames e 3,7% em preparo para cirurgia, sendo os três últimos por prescrição médica.

Quanto aos percentuais de ingestão das refeições oferecidas, a mediana do percentual de ingestão por via oral entre o grupo que recebeu a intervenção dos voluntários foi de 58,8% e de 55,8% entre os pacientes do grupo que não recebeu auxílio no sétimo dia de acompanhamento ($p=0,25$). Ao final do estudo, no 14º dia de acompanhamento, a mediana do percentual de ingestão entre os pacientes do grupo intervenção foi de 67% versus 55% ($p=0,014$) no grupo sem auxílio (Figura 1).

Tabela 2. Comparação do estado nutricional entre o grupo com e sem auxílio de voluntários para alimentação.

Variável	Todos (n=90)	Grupo com auxílio de voluntários (n=45)	Grupo sem auxílio de voluntários (n=45)	p
Avaliação Subjetiva Global				0,45
Desnutrido	47 (52,2)	22 (48,9)	25 (55,6)	
Eutrófico	42 (46,7)	23 (51,1)	19 (42,2)	
Obeso	1 (1,1)	–	1 (1,1)	
IMC admissão	21±2,88	23,6±41,4	22,6±5,6	0,24
Classe IMC admissão				0,45
Desnutrido	47 (52,2)	22 (48,9)	25 (55,6)	
Eutrófico	42 (46,7)	23 (51,1)	19 (42,2)	
Obesidade	1 (1,1)	–	1 (2,2)	
Classe IMC 7º dia				0,64
Desnutrido	62 (68,9)	30 (66,7)	32 (71,1)	
Eutrófico	28 (31,1)	15 (33,3)	13 (28,9)	
Classe IMC 14º dia				0,03
Desnutrido	56 (62,2)	23 (51,1)	33 (73,3)	
Eutrófico	34 (37,8)	22 (48,9)	12 (26,7)	

Os dados estão expressos como n (%). IMC: índice de massa corporal.

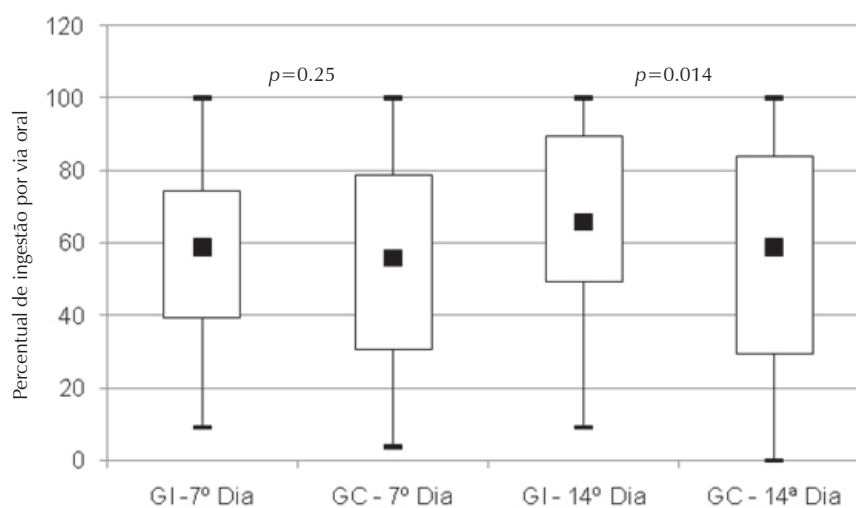


Figura 1. Comparação do percentual de ingestão entre o grupo intervenção (GI) com auxílio e grupo controle (GC) sem auxílio de voluntários para alimentação no 7º e 14º dia de acompanhamento.

DISCUSSÃO

A implantação do programa com voluntários capacitados para auxílio à alimentação de pacientes hospitalizados mostrou-se efetiva sobre a quantidade da refeição ingerida no décimo quarto dia de acompanhamento, ou seja, ao final do estudo. No sétimo dia de acompanhamento, embora não tenha sido verificada diferença significativa entre os grupos, percebeu-se, ainda assim, que ocorreu maior percentual de ingestão no grupo com auxílio. O presente estudo verificou que existem motivos, os quais prejudicam a alimentação por via oral destes pacientes, principalmente a não aceitação da refeição por parte do paciente e o jejum terapêutico.

Em contrapartida ao encontrado no presente estudo, a pesquisa publicada em 2013, realizada em um hospital público do interior de São Paulo apontou redução do apetite e do consumo da dieta hospitalar como fatores relacionados. Dentre os fatores causais, os pacientes referiram as mudanças alimentares, troca de hábitos e troca de horários, em menor frequência, verificou que a presença da dor foi o maior fator não dietético que pode afetar o consumo alimentar⁸.

Um estudo realizado entre idosos hospitalizados da região noroeste do Paraná/PR demonstrou existir associação entre o consumo alimentar e dependência para alimentar-se. Este estudo sugere como estratégia de reversão para esta situação, a necessidade de orientação nutricional aos cuidadores, uma vez que a alimentação é fator fundamental para a promoção e recuperação da saúde em todas as fases da vida¹⁰.

Em Blumenau, SC, foi realizado um estudo com pacientes hospitalizados, o qual não constatou associação estatística entre o percentual de ingestão do almoço acompanhado (mais que 75%) com a classificação do estado nutricional, porém destaca que 74% dos pacientes não ingeriram, naquela refeição, 75% do oferecido¹⁶. Apontou também que, a frequência de ingestão inferior a 75% do oferecido foi a mesma entre os que tinham ou não dificuldades de ingestão. Ainda neste estudo, como fator associado à desnutrição, demonstrou a dificuldade física para se alimentar (56% eram desnutridos), sendo que 47% tiveram uma ou mais dificuldades, sendo que as mais frequentes foram transporte do alimento até a boca (58,8%) e dificuldade de manipulação do prato (52,9%)¹⁰.

Na região de Campinas, SP, foi realizada uma pesquisa com 926 pacientes, a qual concluiu que a maioria dos pacientes apresentou boa aceitação da dieta (74%), o que poderia sugerir um bom índice de monitoramento nutricional, com o intuito de prevenir decréscimo do estado nutricional¹⁷. De um modo geral, no hospital em que foi realizado o presente estudo, verificou-se melhor estado

nutricional entre os pacientes com auxílio para alimentação ao término da intervenção.

Faz-se necessário salientar que ingestão alimentar inadequada pode estar relacionada à doença de base, às mudanças dos hábitos alimentares e à insatisfação com as preparações oferecidas¹⁸. No presente estudo, verificou-se que pacientes cujo diagnóstico firmado após a inclusão, como exemplo, pancreatite, não possuíam condições de alimentar-se, permanecendo em jejum.

Da mesma forma, está largamente descrito na literatura¹⁹⁻²¹ que a desnutrição hospitalar acontece por diversos fatores, tais como redução da capacidade funcional, perda de apetite, falta de aptidão dos profissionais de saúde em avaliar o estado nutricional, infecções graves, ingestão alimentar reduzida, efeitos colaterais de medicamentos, doenças catabólicas crônicas, doenças crônico-degenerativas, dentre outros. Não raro um paciente evolui para óbito, não necessariamente pela sua doença de base, mas em decorrência da desnutrição¹⁹.

A dieta hospitalar é importante para garantir o aporte de nutrientes ao doente e assim garantir a manutenção ou recuperação do seu estado nutricional, através do seu papel co-terapêutico em doenças crônicas e agudas. A alimentação no ambiente hospitalar deve contemplar não só exigências fisiológicas do doente, como também as necessidades afetivas dos mesmos²². Observou-se no nosso estudo que os voluntários traziam à pesquisadora questões relacionadas à alimentação que traduziam pedidos dos pacientes com relação a algumas preferências alimentares, que muitas vezes diziam respeito às saudades da alimentação domiciliar.

Estudo realizado entre julho de 2011 e fevereiro de 2012, em um hospital terciário de Porto Alegre, apontou que pacientes com câncer apresentaram elevado índice de restrição alimentar, sendo o maior percentual entre os desnutridos detectados na ASG. O estudo concluiu que deve haver monitoramento da ingestão entre pacientes com câncer, indivíduos vulneráveis à desnutrição⁸. No nosso estudo a avaliação diária por meio do preenchimento de formulário da ingestão alimentar, tornou-se o método de observação e registro rápido e de fácil aplicabilidade.

O presente estudo demonstrou de forma subjetiva que os pacientes com auxílio para alimentar-se desenvolveram apego aos voluntários, solicitando a sua presença nas refeições do programa. O estabelecimento do vínculo entre o paciente e o profissional da saúde pode ser visto como prática de saúde para melhoria da qualidade da atenção em saúde²³.

Por todos os fatos observados durante o presente estudo e já descritos anteriormente, que interferem de forma negativa, ou seja, que podem reduzir a ingestão alimentar dos pacientes hospitalizados, é que se tornam necessárias

estratégias institucionais que garantam a ingestão alimentar adequada.

Apesar do método utilizado no estudo, ou seja, a observação da refeição logo após o seu consumo e registrá-la no formulário, seja de fácil e rápida aplicabilidade e também de baixo custo, é necessário considerar que a interpretação dos rejeitos pode ser subjetiva, principalmente quando se situa entre percentuais, como por exemplo, ingestão menor do que 25%, ou ainda, entre 50 e 70%. Contudo, a divisão das representações gráficas em quartis objetivou evitar vieses de subjetividade e já foram utilizadas por outros autores^{11,24}.

Com relação à ASC²⁵, o método de avaliação nutricional utilizado nesse estudo, pode-se citar que este instrumento depende da memória do entrevistado, com relação a algumas perguntas. Outras desvantagens relacionam-se à precisão diagnóstica depender da experiência do entrevistador e também a ausência de critérios quantitativos que monitorem a evolução do paciente²⁶.

Segundo o Projeto Diretrizes, no que se refere à triagem e avaliação do estado nutricional, apesar da grande variedade de medidas nutricionais, não se dispõe, até o momento, de um método padrão-ouro²⁷. Todas as medidas podem ser afetadas pela doença ou pelo trauma; não há, também, um método sem pelo menos uma limitação importante²⁸.

O programa de auxílio para alimentação ao término do estudo melhorou o percentual de ingestão da alimentação por via oral, embora tal diferença tenha sido significativa apenas no 14º dia de acompanhamento. Outrossim, houve menor número de pacientes desnutridos ao término do estudo entre o grupo que foi submetido ao programa de auxílio à alimentação.

É necessário que ações sejam tomadas no sentido de que as equipes de saúde trabalhem de forma interdisciplinar e passem a considerar a alimentação como parte do cuidado do doente e, a partir disso, incorporem às suas rotinas e processos assistenciais, de forma definitiva, a administração das refeições, principalmente para pacientes que necessitam de auxílio para alimentar-se.

AGRADECIMENTOS

Aos acadêmicos voluntários que participaram do estudo: Fernanda Rodrigues, Giuliano Zarpelon, Grazielle Duarte, Janaína da Silva, Júlia Giroto, Natália Solano, Talita Bazanella e Vanessa Marques.

REFERÊNCIAS

1. Waitzberg DL, Caiiffa WT, Correia MITD. Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibranutri). *Rev Bras Nutr Clin*. 1999;14(2):124-34.

2. Malafaia G. A desnutrição protéico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. *Arq Bras Ciên Saúde*. 2009;34(2):101-7.
3. Lamb CA, Parr J, Lamb EI, Warren MD. Adult malnutrition screening, prevalence and management in a United Kingdom hospital: cross-sectional study. *Br J Nutr*. 2009;102(4):571-5. <https://doi.org/10.1017/S0007114509236038>
4. Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr*. 2003;22(2):115-23. <http://dx.doi.org/10.1054/clnu.2002.0623>
5. Phillipi ST, Aquino RC. Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(6):637-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000600009>
6. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Bauer J, Capra S, Isenring E. Nutritional status and dietary intake of acute care patients: results from the nutrition care Day survey 2010. *Clin Nutr*. 2012;31(1):41-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2011.08.002>
7. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS-6/99, de 10 de março de 1999 [Internet]: regulamento técnico que estabelece os parâmetros e critérios para o controle higiênico-sanitário em estabelecimentos de alimentos. 1999 [capturado 2014 Mar 5]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/E_PT-CVS-06_100399.pdf
8. Ferreira D, Guimarães TG, Marcadenti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. *Einstein (São Paulo)*. 2013;11(1):41-6.
9. Sousa AA, Gloria MS, Cardoso TS. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev Nutr*. 2011;24(2):287-94.
10. Sass A, Marcon SS. Dependência para alimentar-se e consumo alimentar em idosos hospitalizados. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(6):955-61.
11. Azambuja FB, Beghetto MG, Assis MC, Mello ED. Food intake reported versus nursing records: is there agreement in surgical patients? *Nutr Hosp*. 2015;31(6):2735-9. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.6.8691>
12. Smith MD, McCall J, Plank L, Herbison GP, Soop M, Nygren J. Preoperative carbohydrate treatment for enhancing recovery after elective surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Aug 14;(8):CD009161. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009161.pub2>
13. Blackburn GL, Bistrian BR, Maini BS, Schlamm HT, Smith MF. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1977;1(1):11-22. <https://doi.org/10.1177/014860717700100101>
14. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: The University of Michigan Press; 1990.
15. Chumlea WC, Roche AF, Mukherjee D. Nutritional assessment of the elderly through anthropometry. Columbus, Ohio: Ross Laboratories; 1987.
16. Campanella LCA, Farias MB, Breikopf T, Almeida CB, Mendes L, Fenilli M, Silva AA. Relação entre padrão alimentar e estado nutricional de idosos hospitalizados. *Rev Bras Nutr Clin*. 2007; 22(2):100-6.

17. Merhi VAL, Azank AT, Correa B, Fogaça KP, Oliveira MRM. Acompanhamento dietoterápico durante a internação em pacientes hospitalizados. *Cad Saúde Coletiva*. 2008;16(4):803-14.
18. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L, Kossvsky MP, Pichard C. Assessment of food intake in hospitalized patients: A 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr*. 2011;30(3):289-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2010.10.002>
19. Santos VA, Abreu SM. Impacto da desnutrição no paciente adulto hospitalizado. *Rev Enferm UNISA*. 2005;699-103.
20. Bauer J, Bannister M, Crowhurst R, Denmeade SL, Horsley P, McDonald C, Martineau J, Willer F, Ash S. Nutritionday: An Australian hospital's participation in international benchmarking on malnutrition. *Nutr Diet*. 2011;68(2):134-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-0080.2011.01513.x>
21. Rüfenacht U, Rühlin M, Wegmann M, Imoberdorf R, Ballmer PE. Nutritional counseling improves quality of life and nutrient intake in hospitalized undernourished patients. *Nutrition*. 2010;26(1):53-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2009.04.018>
22. Fisberg MR, Marchioni DML, Colucci ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009;53(5):617-24.
23. Brunello MEF, Ponce MAS, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):131-5.
24. Assis MC, Silveira CRM, Beghetto MG, Mello ED. Decreased calorie and protein intake is a risk factor for infection and prolonged length of stay in surgical patients: a prospective cohort study. *Rev Nutr*. 2016;29(3):307-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000300001>
25. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whitaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1987;11(1):8-13. <https://doi.org/10.1177/014860718701100108>
26. Maicá AO, Schweigert ID. Avaliação nutricional em pacientes graves. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(3):286-95.
27. Associação Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes [Internet]: triagem e avaliação do estado nutricional. 2011 [capturado 2014 Nov 10]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/triagem_e_avaliacao_do_estado_nutricional.pdf
28. Beghetto MG, Manna B, Gandal A, Mello ED, Polanczyk CA. Triagem nutricional em adultos hospitalizados. *Rev Nutr*. 2008;21(5):589-601. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000500011>