

ARTIGO ORIGINAIS

Prevalência de desnutrição em um hospital geral de grande porte de Santa Catarina/Brasil

Luciane Coutinho de Azevedo¹, Francieli Medina², Amanda Alcaraz da Silva³,
Enzo Luiz Sugayama Campanella⁴

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência de desnutrição em pacientes internados em um hospital geral de Blumenau (Santa Catarina).

Métodos: Avaliaram-se 136 pacientes com idade entre 18 e 88 anos. Foram aplicados questionários sobre dados demográficos, clínicos e socioeconômicos. O estado nutricional foi avaliado pela Avaliação Subjetiva Global (ASG). Para análise, considerou-se a classificação e a pontuação da ASG. Foi adotado nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: Verificou-se que a desnutrição estava presente em 24,3% dos pacientes (21,3% com desnutrição moderada e 3%, severa), e que não houve associação significativa entre as categorias de classificação da ASG (eutrófico e desnutrido) com faixa etária, etnia, escolaridade, sexo e caráter e motivo da internação. No entanto, a média de pontuação da ASG no grupo de idosos foi superior a de adultos. Indivíduos internados devido ao câncer apresentaram o maior índice de desnutrição (53%), seguidos dos com doença respiratória (40%) e dos com desordens neurológicas (28,57%). Pacientes oncológicos tiveram 4,87 vezes mais chances de estarem desnutridos do que os não oncológicos. Os desnutridos permaneceram em média

mais dias internados ($16,36 \pm 7,9$; $p < 0,01$). Somente 16,17% dos pacientes tiveram sua avaliação descrita nos prontuários e 20% receberam terapia nutricional. Além disso, dos desnutridos, 45,16% não receberam terapia nutricional.

Conclusão: Evidenciou-se elevada prevalência de desnutrição e baixa atenção ao estado nutricional (falta de avaliação e prescrição de terapia nutricional) mesmo entre os desnutridos, apontando necessidade de implementar um processo rotineiro de triagem nutricional, para que mais pacientes desnutridos sejam reconhecidos e tratados.

Descritores: 1. Avaliação nutricional;
2. Hospitalização;
3. Desnutrição;
4. Terapia nutricional.

Abstract

Objective: to determine the prevalence of undernutrition in hospitalized patients in a general hospital in Blumenau, Santa Catarina, Brazil.

Methods: we evaluated 136 patients aged 18-88 years. We collected demographic, clinical and socioeconomic data. Nutritional status was assessed through Subjective Global Assessment (SGA). SGA scores and classification were used for statistical analysis. Differences were considered significant at the level of $p < 0.05$.

Results: we observed that undernutrition was present in 24.3% of the patients (21.3% being moderately

¹ Mestre em Neurociência e Comportamento. Professora dos cursos de Medicina e Nutrição da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

² Acadêmica do Curso de Nutrição da UNIVALI

³ Mestre em Neurociência e Comportamento. Professora do curso de Nutrição da UNIVALI

⁴ Médico, especialista em Cirurgia Vasculare e sócio da Associação Catarinense de Medicina. Curso de Nutrição - Universidade do Vale do Itajaí - Balneário Camboriú, SC.

Fonte de financiamento: Artigo 170, Governo do Estado de Santa Catarina

undernourished and 3% severely undernourished). There wasn't significant association between SGA categories (eutrophic and undernourished) and age, ethnicity, schooling, gender, and type and reason of hospitalization. However, SGA mean scores were higher in elderly people when compared to adults. Individuals hospitalized due to cancer had the highest undernutrition prevalence (53%), followed by respiratory (40%) and neurological disorders (28.57%). Oncologic patients had 4.87 more chances of being undernourished than non-oncologic ones. Mean length of hospital stay was higher among undernourished patients (16.36±7.9 days; p<0.01). Only 16.17% of the patients had their nutritional status registered in their medical records and 20% received nutritional therapy. Moreover, among undernourished patients, 45.16% didn't get any type of nutritional therapy.

Conclusion: we found a high prevalence of undernutrition and little attention to nutritional status (lack of assessment and nutritional therapy prescription), even among undernourished patients. These results highlight the need to implement routine guidelines for nutritional screening, so that more undernourished patients can be screened and treated.

Keywords: 1. Nutritional assessment;
2. Hospitalization;
3. Undernutrition;
4. Nutritional therapy.

Introdução

A desnutrição hospitalar é uma realidade em nosso meio, manifestando por um lado, o perfil nutricional da população, e por outro, problemas nutricionais associados a processos patológicos¹. A prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados é um problema que afeta entre 20% e 60% dos indivíduos internados², e está intimamente associada com a morbidade e a mortalidade³. Covinski et al.⁴ sugerem que a desnutrição aumenta o risco de retardo na recuperação e acelera o declínio funcional após a hospitalização. Da mesma forma, Correia e Waitzberg⁵ demonstraram que pacientes desnutridos tinham significativamente maior incidência de complicações, aumentada mortalidade, maior tempo de hospitalização e aumentado custo hospitalar.

O cuidado nutricional de um paciente é parte integral do bom tratamento clínico e tem custo/benefício positivo⁶. A ausência de uma avaliação adequada do estado nutricional do doente, que ingressa e permanece no

hospital, impede e dificulta o diagnóstico correto e o tratamento ideal. Se uma avaliação nutricional não for feita no momento e durante a internação hospitalar, os pacientes correm o risco de se desnutrir ao longo do tempo, e os que já estavam desnutridos tendem a ter seu grau de desnutrição agravado durante a hospitalização⁷.

Segundo Waitzberg e Baxter⁶, quanto maior o tempo de hospitalização, maior a possibilidade do paciente se tornar desnutrido, e a desnutrição resultará em período de internação mais prolongado. Em um país com número insuficiente de leitos hospitalares, a desnutrição entre pacientes hospitalizados reduz o *turnover* do hospital e diminui ainda mais o número de leitos vagos disponíveis para novos pacientes.

Dessa forma, a desnutrição gera impacto financeiro na saúde, tanto para o paciente, quanto para as instituições afins, pois o custo para tratar indivíduos desnutridos é quatro vezes maior do que é necessário para tratar os bem nutridos⁸, sendo que este valor pode ser revertido com a utilização de ferramentas e recursos que nem sempre estão disponíveis, hoje, dentro dos hospitais, tais como: uma adequada avaliação e o uso rotineiro da terapia nutricional⁷.

Em virtude do exposto, objetivou-se com este trabalho determinar a prevalência de desnutrição em pacientes internados em um hospital de grande porte de Santa Catarina, através da aplicação da Avaliação Subjetiva Global (ASG), e relacioná-la a características demográficas, clínicas e socioeconômicas.

Métodos

Este estudo foi realizado em etapa única, no período de Julho a Outubro de 2005, com pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um hospital geral (> 200 leitos) da região do Vale do Itajaí (Blumenau – SC), após aprovação pelo Comitê de Ética da UNIVALI. O tamanho da amostra foi determinado pelo número total de internações dos pacientes pelo SUS, no ano anterior a pesquisa (p< 0.05). Dos 160 pacientes sorteados aleatoriamente, 09 não deram o consentimento informado e 15 apresentaram dados incompletos para a avaliação. Adotaram-se como critérios de exclusão: pacientes internados para obstetrícia e pediatria, menores de 18 anos e aqueles incapazes de responder as perguntas da avaliação nutricional e que estavam sem acompanhante.

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um formulário contendo perguntas sobre dados demográficos: idade (d" 65 anos e > 65 anos),

sexo, etnia e escolaridade e clínicos: motivo da internação (eletiva ou emergência), tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico), diagnóstico de câncer, referências ao estado nutricional (se a resposta fosse positiva, qual profissional o fez), uso de terapia nutricional, número de medicamentos utilizados no dia da entrevista e o tempo de permanência hospitalar (até 5 dias, de 5 - 10 dias, de 10 - 15 dias, de 15 - 20 dias e acima de 20 dias). Estas, referidas ou não por parte da equipe de saúde responsável, foram baseadas em anotações existentes nos prontuários médicos.

Aplicou-se também um questionário para verificar os aspectos socioeconômicos segundo critérios ABA-ABIPEME⁹ de classificação que, por meio de escore, define classes sociais. A capacidade média familiar expressa em múltiplos de salário mínimo per capita foi avaliada segundo proposta do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos¹⁰.

Para determinação do estado nutricional empregou-se o questionário da ASG¹¹ com paciente ou familiar próximo (naqueles com estado de consciência alterado ou sem capacidade de comunicação). Este método inclui cinco questões: perda de peso (em percentual), consumo alimentar, sintomas gastrointestinais, estado funcional, grau de estresse da doença e informações do exame físico (reserva energética e muscular). De acordo com os resultados, o paciente foi classificado em uma das três categorias nutricionais: bem nutrido (1 a 17 pontos), desnutrido moderado (17 a 22 pontos) e desnutrido grave (acima de 22 pontos), porém, devido ao pequeno número de pacientes severamente desnutridos (n=4) os classificados em moderado e severamente desnutridos foram agrupados em uma única categoria, desnutridos. Para análise, considerou-se a classificação e a pontuação da ASG.

As variáveis foram analisadas estatisticamente pelo programa *Statistica* v.6.0, produzido por *StatSoft, Inc.*¹². Para a determinação das diferenças entre centros e médias, utilizaram-se: teste análise de variância (ANOVA) e teste *t* não pareado. A correlação de *Pearson* foi realizada para testar as correlações entre variáveis, o teste qui-quadrado, as associações e a razão de chances (*Odds Ratio*), com intervalo de confiança de 95%. Foram consideradas significativas as diferenças no nível de $p < 0,05$.

Resultados

Participaram do estudo 136 pacientes, 52,2% homens e 47,8% mulheres. A idade média foi de 56,5 anos ($\pm 17,7$; com variação de 18 e 88 anos), sendo que 35,3%

eram idosos. Cerca de 71% dos pacientes foi internado em caráter de urgência, e 51,48% por condições clínicas. O câncer estava presente em 11,03% dos casos (Tabela 1).

Tabela 1 – Principais características demográficas, socioeconômicas e clínicas dos pacientes internados em um hospital de grande porte de Blumenau/ SC.

Características	Principal resultado	Outros resultados
Sexo	52,20% homens	47,8% mulheres
Idade	64,7% ? 65 anos	35,3% > 65 anos
Etnia	91,17% brancos	4,41% negros, 2,2% mulatos, 2,2% outros.
Escolaridade	59,55% primário	14,71% analfabetos, 15,45% ensino fundamental e 10,29% ensino médio.
Classe Social	52,94% C	25,74% D, 11,76% B, 8,82% E e 0,74% A.
Renda Per capita (SM)	64,7% até 1 SM	13,97% até 3 SM, 13,24% até 2 SM e 8,09% acima de 3 SM.
Caráter da internação	70,60% emergência	29,4% eletiva
Motivo da internação	51,48% clínica	48,52 cirúrgica
Presença de câncer	88,24% não	11,76% sim

Legenda: SM – Salário Mínimo; Classe Social: A – classe A; B – Classe B; C – Classe C; D – Classe D; E – Classe E.

De acordo com a ASG, a desnutrição foi encontrada em 24,3% dos pacientes (21,3% com desnutrição moderada e 3% severa). Não houve associação significativa entre as categorias de classificação da ASG (eutrófico e desnutrido) e as da faixa etária, etnia e escolaridade e do sexo, caráter e motivo da internação. No entanto, a média de pontuação da ASG no grupo de idosos foi superior a de adultos (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Média e Desvio-padrão da pontuação da Avaliação Subjetiva Global de acordo com as características demográficas e clínicas dos pacientes internados.

Variáveis demográficas e clínicas	Pontuação da ASG	Estatística (p)
Sexo		> 0,05 [†]
Masculino	10,94 ± 6,38	
Feminino	9,95 ± 6,26	
Idade		< 0,05 [†]
< 65 anos	9,98 ± 6,88	
> 65 anos	12,89 ± 6,67	
Caráter da internação		> 0,05 [†]
Emergência	10,42 ± 6,26	
Eletiva	10,52 ± 6,44	
Motivo da internação		> 0,05 [†]
Clinico	10,42 ± 6,26	
Cirúrgico	10,52 ± 6,44	
Câncer		< 0,05 [†]
Ausente	10,03 ± 6,18	
Presente	14,00 ± 6,56	
Terapia Nutricional		< 0,05 [†]
Ausente	9,04 ± 5,91	
Presente	16,22 ± 4,42	
Dias de internação		< 0,05 [†]
1 – 5	6,91 ± 5,72 ^a	
Até 10	10,94 ± 7,06 ^{a,b}	
Até 15	11,41 ± 6,63 ^{a,b}	
Até 20	14,05 ± 6,69 ^b	
Acima de 20	14,6 ± 5,96 ^b	

Legenda: ASG: avaliação subjetiva global

*Teste-t não pareado entre as médias de pontuação da Avaliação Subjetiva Global das variáveis demográficas e clínicas. & ANOVA: Letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significativa entre colunas da mesma variável.

A Tabela 3 apresenta a prevalência de desnutrição de acordo com a condição primária de internação. Indivíduos internados devido ao câncer apresentaram o maior índice de desnutrição (53%), seguidos dos com doença respiratória (40%) e dos com desordens neurológicas (28,57%). Pacientes oncológicos tiveram 4,87 vezes mais chances de estarem desnutridos do que os não oncológicos (53,33% contra 19,01%; OR = 4,87, IC 95% = 1,6 a 14,8; p<0,05). Observou-se maior média de pontuação da ASG nos pacientes oncológicos (ver Tabela 2).

Tabela 3 – Prevalência de desnutrição de acordo com a condição primária de internação.

Motivo de internação	Classificação da ASG		Total
	Bem nutrido	Desnutrido (moderado e severo)	
Doença cardiovascular	33 (89,19%)	04 (10,81%)	37 (27,24%)
Desordens Gastrointestinais	15 (93,75%)	01 (6,25%)	16 (11,76%)
Doença respiratória	09 (60%)	06 (40%)	15 (11,02%)
Doença renal	02 (100%)	-	02 (1,47%)
Trauma	08 (72,73%)	03 (27,27%)	11 (8,08%)
Transplantes	04 (80%)	01 (20%)	05 (3,68%)
Desordens neurológicas	05 (71,43%)	02 (28,57%)	07 (5,14%)
Câncer	07 (46,67%)	08 (53,33%)	15 (11,02%)
Outros	20 (71,43%)	08 (28,57%)	28 (20,59%)
Total	103 (75,76%)	33 (24,25%)	136 (100,0%)

Legenda: ASG: avaliação subjetiva global

Os desnutridos permaneceram em média mais dias internados (16,36 ± 7,9) do que os eutróficos (10,87 ± 9,66) (p<0,01). Da mesma forma, quando comparada à média de pontuação da ASG e as categorias de tempo de permanência hospitalar, notou-se diferença significativa. Pacientes com permanência hospitalar acima de 15 dias apresentaram média da pontuação da ASG maior que aqueles com tempo de permanência hospitalar entre um e cinco dias (14,60 e 14,05 contra 6,91; p<0,05).

Não houve diferença estatística na média do número de medicamentos utilizados por dia entre eutróficos e desnutridos, porém, constatou-se correlação positiva com a pontuação da ASG (r 0,18; p<0,05). Observou-se que o grupo de pacientes idosos utilizava maior número de medicamentos durante a internação do que os adultos (8,47 contra 7,03; p= 0,01).

No presente estudo não foi constatado diferença estatística entre eutróficos e desnutridos quanto a pontuação da classe social e renda média per capita. No entanto, observou-se correlação negativa entre pontuação da classe social e da ASG (r -0,22; p<0,05).

Em somente 16,17% dos pacientes analisados nesta pesquisa verificou-se registro de avaliação descrito em prontuário médico. Pacientes desnutridos tiveram 12,76 vezes mais chances de terem sido avaliados e suas avaliações descritas nos prontuários do que os pacientes bem nutridos (68,18% contra 14,41%; OR = 12,76, IC 95% = 4,49 a 36,06; p<0,05).

Aproximadamente 20% dos pacientes receberam terapia nutricional, sendo que 70,59% por via enteral, 17,65% por via oral, 5,88% oral e enteral e 5,88% por via parenteral. Indivíduos desnutridos, como era de se esperar, tiveram 11,54 (IC 95% = 4,49 a 36,06) vezes mais chances de receber terapia nutricional do que os indivíduos bem nutridos (62,96% contra 12,84%; p<0,05). No entanto, do total de desnutridos, 45,16%

não recebeu terapia nutricional.

Indivíduos que foram avaliados nutricionalmente e tiveram suas avaliações descritas nos prontuários apresentaram quase 84 vezes mais chances de receberem terapia nutricional do que os indivíduos que não foram avaliados (86,36% contra 7,02%; $\chi^2 = 30,88$; OR = 83,92, IC 95% 20,41 a 345,07; $p < 0,05$).

Discussão

Há aproximadamente 40 anos, apesar do imenso avanço da ciência médica e da descoberta de novas técnicas diagnósticas, pouco tem mudado quanto ao percentual de pacientes desnutridos hospitalizados. Desde 1974, quando Butterworth¹³ escreveu o controverso *paper* "O esqueleto no armário do hospital" relata-se que este problema existe, não somente nos EUA, mas também na Europa^{14,15} e na América latina^{3,16, 17}.

No Inquérito Brasileiro de Nutrição Hospitalar (IBRANUTRI), promovido pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, foi demonstrado que a taxa de desnutrição de pacientes internados em 25 hospitais brasileiros foi de 48,1%. Ressalta-se que na região Sul, Paraná e Rio Grande do Sul, o percentual de desnutridos foi de 38,9% e 49,2%, respectivamente¹⁷ (ambos percentuais superiores a este estudo).

Em uma pesquisa realizada em Cuba, que teve seu trabalho conduzido pela Sociedade Cubana de Nutrição Clínica (SCNC) e pelo Instituto de Nutrição e Higiene dos Alimentos (INHA), verificou-se que de 12 instituições cubanas que participaram do estudo, 41,2% dos pacientes apresentou desnutrição, sendo 30,1% desnutrição moderada e 11,1%, severa³. Igualmente alta foi a taxa de desnutrição observada por Kyle et al.¹⁸, 61,4% (38,3% desnutrição moderada e 23,1% severa).

No presente estudo, utilizando a ASG como critério de avaliação nutricional, verificou-se desnutrição em 24,3% dos pacientes, sendo que 3% apresentaram desnutrição severa. Dados semelhantes foram obtidos por Pirlich et al.¹⁹ que após avaliarem pacientes internados em dois hospitais na Alemanha encontraram que 22% dos pacientes apresentaram desnutrição (15,2% desnutrição moderada e 6,8%, severa). Da mesma forma, Cabral et al.²⁰, avaliando pacientes internados no Hospital das Clínicas de Pernambuco, Edington et al.¹⁴, em quatro hospitais da Inglaterra, e Martineau et al.¹⁵, na Itália, verificaram desnutrição em 25%, 19,8% e 19,2% dos internados, respectivamente.

Ressalta-se que a taxa de desnutrição do presente

estudo, embora esteja dentro da média de desnutrição hospitalar verificada em países desenvolvidos e inferior aos resultados obtidos pela maioria dos trabalhos na América Latina, ainda é alta, pois um em cada quatro pacientes avaliados apresentou desnutrição.

Quanto as variáveis demográficas, a idade foi a que demonstrou estar relacionada à desnutrição hospitalar. A média de pontuação da ASG do grupo dos pacientes idosos foi significativamente superior a de adultos, indicando que pacientes mais velhos apresentam maior risco nutricional, sendo altamente vulneráveis a doença.

A desnutrição é uma das maiores causadoras do aumento de morbidade e mortalidade entre idosos hospitalizados, ocorrendo em até 65% desses pacientes²¹. Pirlich et al.¹⁹ verificaram que pacientes com idade igual ou superior a 80 anos tiveram cinco vezes mais chances de apresentar desnutrição do que os pacientes abaixo de 50. Da mesma forma, Sungurtekin et al.²², Penié³ e Nursal et al.² observaram que o grupo de pacientes desnutridos era mais velho do que os bem nutridos. Fato que é bastante preocupante se considerarmos que, segundo Kyle et al.¹⁸, idosos têm dificuldade em recuperar o déficit no estado nutricional após a alta.

Neste estudo encontrou-se também como importante fator de risco para desnutrição a condição clínica que acarretou na internação do paciente. Pode-se inferir que os serviços de oncologia, doença respiratória e neurologia deste hospital foram considerados áreas de alto risco nutricional porque o percentual de desnutridos era superior ao encontrado na população total.

A associação entre doença e prevalência ou severidade da desnutrição tem sido descrita para diferentes doenças, em especial para desordens malignas^{17, 23}, principalmente em pacientes hospitalizados²⁴. A falta de capacidade em manter um estado nutricional ótimo é comum entre os pacientes com diagnóstico de câncer. O curso natural da doença neoplásica e seus tratamentos podem levar a desnutrição ou piora de um estado nutricional previamente depletado²⁵. A desnutrição entre indivíduos que recentemente foram diagnosticados com câncer pode ser de 20% a 40%, mas aumenta até 80% em estágios avançados da doença²⁶.

Diagnosticou-se no presente estudo que 53% dos pacientes oncológicos apresentaram desnutrição e que tiveram 4,87 vezes mais chances de estarem desnutridos do que os não oncológicos. Igualmente, Pirlich et al.¹⁹ observaram uma prevalência significativamente mais elevada de desnutrição nos pacientes com doenças

malignas do que naqueles com doença benigna (obteve OR de 1,57, $p < 0,05$), e Penié³ que dos 132 pacientes portadores de câncer, 62,9% estavam desnutridos.

Segundo o Estudo Latino Americano de Nutrição Hospitalar 66% dos pacientes com câncer que foram submetidos à cirurgia eram desnutridos. Chamando atenção para necessidade de instituir programas de intervenção nutricional para pacientes oncológicos já que os mesmos são sujeitos a terapia médica agressiva que comprometem direta ou indiretamente o estado nutricional⁴. Destaca-se ainda que no presente trabalho 50% dos pacientes com câncer que estavam desnutridos não recebiam terapia nutricional especializada.

Além da condição médica primária, características socioeconômicas foram avaliadas como fatores de risco para desnutrição. Apesar de, neste trabalho, não se verificar diferença entre as categorias da ASG nas médias de pontuação da classe social e renda per capita, houve correlação negativa entre pontuação da ASG e da classe social, confirmando a relação entre estado nutricional e baixo poder aquisitivo²⁷.

Acredita-se, obviamente, que a desnutrição hospitalar tem início na comunidade onde o paciente vive, devido à influência de fatores socioeconômicos e dos inerentes à própria doença e tende a aumentar à medida que cresce o tempo de hospitalização. No presente estudo foi observada relação entre a desnutrição e o tempo de permanência hospitalar, tendo em vista que os pacientes desnutridos permaneceram em média 16 dias internados enquanto que os eutróficos 11 dias ($p < 0,05$). Dados similares encontram-se documentados na literatura^{2,13,14,17,19}.

Confirmando os relatos que citam que as taxas de desnutrição hospitalar aumentam progressivamente à medida que os pacientes permanecem mais dias internados^{3,28}, verificou-se também, nesta pesquisa, que a prevalência de desnutrição aumentou de forma linear à medida que elevou o número de dias de hospitalização: 8,33% dos pacientes eram desnutridos quando avaliados até cinco dias da admissão enquanto que 47,83% quando avaliados após 20 dias. Importante lembrar que um maior tempo de hospitalização tem implicações no custo para o hospital, assim como possíveis resultados adversos à saúde do paciente¹⁵.

Apesar de muito se publicar e muito se discutir sobre a relação da desnutrição com o aumento da morbidade, ainda encontram-se baixos índices de registro em prontuário médico do estado nutricional e da terapia adotada aos indivíduos hospitalizados. Em trabalhos

relatados na literatura, verifica-se que mesmo com a alta prevalência de desnutrição, 60 a 80% dos pacientes não são avaliados^{14, 16, 29, 30}. Na presente pesquisa, somente 16,17% dos pacientes apresentaram registro do estado nutricional no prontuário médico.

Destaca-se que avaliar é a primeira etapa do tratamento nutricional. Segundo Elia, Zellipour e Stratton³¹, na ausência de um processo de triagem formal, mais pacientes com risco de desnutrição não são reconhecidos. É importante entender que triar é um processo simples, rápido e barato, que pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe de saúde, desde que previamente treinado e de preferência no primeiro contato com o paciente. Identificando, desta forma, aqueles com risco de desnutrição.

Evidências indicam que o uso de terapia nutricional em hospitais reduz a mortalidade, diminui a taxa de complicações e diminui o tempo de permanência hospitalar^{32, 33}. No entanto, Correia e Campos¹⁶ verificaram que mesmo com alta prevalência de desnutrição, a terapia nutricional foi prescrita a poucos pacientes (15,2%). Da mesma forma, nesta pesquisa, menos que 20% dos pacientes analisados receberam terapia nutricional, e dos classificados como desnutridos pela ASG, em cerca de 45% não havia registro do uso desta terapia no prontuário médico, indicando que boa parte dos pacientes que necessita não está se beneficiando com atendimento nutricional adequado.

É provável que o baixo uso de terapia nutricional se deva a falta de avaliação rotineira pela equipe de saúde, já que indivíduos que foram avaliados nutricionalmente tiveram aproximadamente 84 vezes mais chances de receberem terapia. Logo, acredita-se que educar e capacitar a equipe a ter como rotina avaliar o estado nutricional do paciente é imprescindível para melhorar a prática do uso da terapia nutricional e a redução nos índices de desnutrição.

Conclusão

Evidenciou-se com este estudo: (1) elevada prevalência de desnutrição hospitalar, principalmente entre os idosos e os pacientes oncológicos e (2) baixa atenção ao estado nutricional (pela falta de avaliação descrita em prontuário médico e prescrição de terapia nutricional) mesmo entre os desnutridos, apontando a necessidade de implementar um processo rotineiro de triagem nutricional, para que mais pacientes desnutridos sejam reconhecidos e tratados.

Referências

1. Garcia RWD, Leandro-Merhi VA, Pereira AM. Estado nutricional e sua evolução em pacientes internados em clinica médica. *Rev Bras Nutr Clín* 2004;19:59-63.
2. Nursal TZ, Noyan T, Atalay BG, Kız N, Karakaly H. Simple two-part tool for screening of malnutrition. *Nutrition* 2005;21:659-65.
3. Pennié JB. State of malnutrition in Cuban hospitals. *Nutrition* 2005;21:487-97.
4. Covinsky KE, Martin GE, Beyth RJ, Justice AC, Sehgal AR, Landefeld CS. The relationship between clinical assessments of nutritional status and adverse outcomes in older hospitalized medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:532.
5. Correia MITD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and cost evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition* 2003;22:1-5.
6. Waitzberg DL, Baxter YC. Custos do tratamento de pacientes recebendo terapia nutricional: da prescrição à alta. *Nutr Pauta* 2004. p.18-30.
7. Barbosa E, Colombo PPF, Nogueira TL, Freitas SFT. Perfil nutricional de crianças desnutridas internadas – uma realidade do Hospital Infantil Joana de Gusmão. *Rev Bras Nutr Clín* 2002;17:137-42.
8. Mello ED, Beghetto MG, Teixeira LB, Luft VC. A competência dos profissionais em identificar a desnutrição hospitalar. *Rev Bras Nutr Clín* 2003;18:173-7.
9. Pergentino MA, Wickerhauser H. O critério ABA/ABIPEME - em busca de uma solução. Um estudo e uma proposta submetidos à ABA . Associação Brasileira de Anunciantes e ABIPEME . Editora da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado. São Paulo, Abril a Junho, 1991.
10. Dieese Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Boletins* 1990. p.19.
11. 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;11:8-3.
12. StatSoft Inc. *Statistica (data analysis software system) [computer program]. Versão 6; 2001.*
13. Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. *Nutr Today* 1974. p. 94-8.
14. Edington, J, Boorman J, Durrant ER, Perkins A, Giffin CV, James R, et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. *Nutrition* 2000;19:191-5.
15. Martineau J, Bauer JD, Insenring E, Cohen S. Malnutrition determined by the patient-generated subjective global assessment is associated with poor outcomes in acute stroke patients. *Clinical Nutrition* 2005;24:1073-7.
16. Correia ITD, Campos ACL. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition* 2003;19:823-5.
17. Waitzberg DL, Caiffa WT, Correia IT. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition* 2001;17:573-9.
18. Kyle UG, Schutz Y, Dupertuis YM, Pichard C. Body composition interpretation: contributions of the fat-free mass index and the body fat mass index. *Nutrition* 2002;19:597-04.
19. Pirlich M, Schütz T, Kemps M, Luhman N, Minko N, Lübke HJ, et al. Social risk factors for hospital malnutrition. *Nutrition* 2005; 21:295-300.
20. Cabral PC, Burgos MGPA, Medeiros AQ, Tenório AKT, Feitoza CC. Avaliação do estado nutricional de pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Nutr Puccamp* 1998;11:125-32.
21. Morrison SG. Feeding the elderly population. *Nurs Clin North Am* 1997;20:791-812.
22. Sungurtekin H, Sungurtekin U, Hanci V, Erdem E. Comparison of two nutrition assessment techniques in hospitalized patients. *Nutrition* 2004;20:428-32.
23. Persson C, Sjöden PO, Glimelius B. The Swedish version of the patient-generated subjective global assessment of nutritional status: gastrointestinal vs urological cancers. *Clinical Nutrition* 1999;18:71-7.
24. Coats KG, Morgan SL, Bartolucci AA, Weinsier RL. Hospital-associated malnutrition: a reevaluation 12 years later. *J Am Diet Assoc* 1993;93:27-33.
25. Oterry HD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* 1996;12 (suppl 1):S15-9.
26. Wang LS, Lin HY, Chang CJ, Fahn HJ, Huang MH, Lin CF. Effects of en bloc esophagectomy on nutritional and immune status in patients with esophageal carcinoma. *J Surg Oncol* 1998;67:90-8.
27. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Van Der Hoom S, Murray JL. For the comparative risk assessment collaborating group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*

2002;360:1347-60.

28. Padiál AP, de Vera PRA, de la Rubia Neto A, Soriano LF, de Guzmán MM. Influencia de la hospitalización en los pacientes evaluados nutricionalmente al ingreso. *Nutr Hosp* 2001;16:14-8.
29. Kelly IE, Tessier S, Cachil A, Morris SE, Crumley A, McLaughlin D, et al. Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admissions. *Quart J Med* 2000;93:93-8.
30. Raja R, Lim AV, Lim YP, Chan SP, Ck V. Malnutrition screening in hospitalised patients and its implication on reimbursement. *Int Med J* 2004;34:176-81.
31. Elia M, Zellopour L, Stratton RJ. To screen or not to screen for adult malnutrition?. *Clinical Nutrition* 2005;24:867-84.
32. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing 2003.
33. Simon P, Allison MD. Malnutrition, disease, and outcome. *Nutrition* 2000;16:590-3.

Endereço para correspondência:

Dr. Enzo Luiz Sugayama Campanella

Rua: Amazonas, 2960, apto 908B, Garcia, Blumenau,
SC. CEP: 89022-000

Email: enzocamp@terra.com.br