

**AValiação DO ESTADO NUTRICIONAL
 DE PACIENTES EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL**

Priscila Moreira Vargas¹, Alessandra Doumid Borges Pretto¹
 Khadija Bezerra Massaut², Eloisa Porciúncula da Silva¹
 Rafael Rodrigues Rodrigues³, Giuli Argou Marques³
 Ângela Nunes Moreira¹

RESUMO

Introdução e objetivo: 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 patológicos. O trabalho objetiva, avaliar o perfil e o estado nutricional de pacientes em uso de terapia nutricional enteral. **Materiais e métodos:** Análise de dados secundários, provenientes de prontuários de pacientes adultos, de ambos os sexos, em uso de terapia nutricional enteral, por um período de três meses. As variáveis avaliadas foram sexo, idade, diagnóstico de internação e comorbidades. **Discussão:** Estudos mostram elevada frequência de desnutrição no ambiente hospitalar e associam o fato ao maior risco de comorbidades e mortalidade. **Resultados:** Metade dos pacientes era do sexo feminino, com média de idade de 72 anos. A maioria estava com sonda nasogástrica (84,92%), tinha como comorbidade hipertensão (45,79%) e apresentava como motivo da internação doenças respiratórias (38,93%). Quanto ao estado nutricional, a maioria dos pacientes estava eutrófico (53,04%), enquanto que a avaliação subjetiva global mostrou que grande parte dos pacientes estava moderadamente ou suspeito de estar desnutrido (59,85%). **Conclusão:** É de suma importância conhecer o estado nutricional dos pacientes, para assim poder intervir nutricionalmente e, com isso, reduzir a mortalidade, morbidade e as chances de complicações, e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chaves: Desnutrição. Perfil nutricional. Avaliação subjetiva global.

1-Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas-RS, Brasil.

2-Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas-RS, Brasil.

ABSTRACT

Assessment of nutritional status in patients using nutritional therapy enteral nutrition

Introduction and Objective: The hospital malnutrition is a reality in our midst, showing on the one hand, the nutritional profile of the population, and on the other hand, nutritional problems associated with pathological processes. The objective this study is evaluate the profile and the nutritional status of patients using nutritional therapy enteral nutrition. **Methods:** Analysis of secondary data from medical records of adult patients of both genders, in use of nutritional therapy enteral nutrition, for a period of three months. The evaluated variables were sex, age, admission diagnosis and comorbidity. **Results:** Half of the patients were female, with a mean age of 72 years. The majority was with nasogastric tube (84.92%), had as a comorbidity hypertension (45.79%) and presented as a reason for hospitalization respiratory diseases (38.93%). As for the nutritional status, the majority of patients was normal weight (53.04%), while the subjective evaluation global showed that a large proportion of patients was a moderately or suspected of being malnourished (59.85%). **Discussion:** Studies show a high rate of malnutrition in hospital environment and associated to a higher risk of morbidity and mortality. **Conclusion:** It is extremely important that we know the nutritional status of patients, thus to be able to intervene nutritionally, thereby reducing the mortality, morbidity, and the chances of complications, and improve the quality of life of patients.

Key words: Malnutrition. Nutritional profile. Subjective evaluation.

3-Faculdade de Biotecnologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas-RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

O comprometimento do estado nutricional é frequente entre pacientes internados e pode ter influência negativa sobre as taxas de morbidade e mortalidade desta população (Lopes e colaboradores, 2009).

Vários estudos têm demonstrado, nos últimos anos, a grande relevância da desnutrição para pacientes hospitalizados (Brandão e Rosa, 2014; Merhi, Morete e Oliveira, 2009).

A desnutrição pode se instalar rapidamente no doente hospitalizado devido ao estado de hipercatabolismo que acompanha as enfermidades, traumatismos e infecções em resposta ao estresse metabólico que ocorre nestas condições, principalmente quando a ingestão nutricional é insuficiente (Ministério da Saúde, 2016).

Os pacientes desnutridos possuem maior chance de apresentar complicações durante a internação hospitalar, podendo apresentar elevado índice de morbidade e mortalidade por diferentes causas, que poderão determinar um maior tempo de recuperação, reabilitação e internação hospitalar e, conseqüentemente, a elevação do custo do sistema de saúde, além da piora da qualidade de vida do paciente (Oliveira e colaboradores, 2010).

Em diversas doenças ocorrem alterações metabólicas e hormonais, sendo que várias dessas são decorrentes da liberação de catecolaminas, glicocorticóides, citocinas, insulina e fatores de crescimento relacionados, os quais são fundamentais para desencadear uma resposta metabólica e contribuir diretamente com a perda de peso do paciente (Reis e colaboradores, 2009).

Mesmo com os avanços da terapia nutricional nas últimas décadas, a desnutrição continua sendo comum em pacientes hospitalizados, com prevalência variando entre 30 e 65% (Leite, Carvalho e Meneses, 2005). Assim, o cuidado nutricional adequado, possui efeitos benéficos na recuperação dos pacientes e na sua qualidade de vida (Garcia, Padilha e Sanches, 2012).

A terapia nutricional enteral (TNE) é a estratégia mais comumente utilizada para prevenir ou tratar a desnutrição por ingestão oral insuficiente e/ou aumento das necessidades calórico-proteicas (Isidro e Lima, 2012).

Sua utilização tem demonstrado inúmeras vantagens para o paciente hospitalizado, como melhora na resposta imunológica, diminuição de complicações clínicas, assim como reduções de custos e do tempo de internação (Nozaki e Peralta, 2009).

A TNE é precedida pelo planejamento nutricional, que estima a oferta de macro e micronutrientes a ser administrada a cada paciente, de acordo com sua condição clínica (Martins, 2012).

A necessidade de nutrientes de um indivíduo varia de acordo com seu estado nutricional atual e passado, idade, sexo, peso, estatura, atividade física, composição corporal e condição fisiológica (Coppini e colaboradores, 2011).

Avaliar o estado nutricional é importante para que medidas possam ser aplicadas na prevenção e tratamento da desnutrição (Duchini e colaboradores, 2010).

Além disto, pacientes em risco nutricional necessitam de avaliação nutricional regular, para que tenham uma intervenção que contribua com a estabilização ou evolução positiva do seu quadro clínico (Souza, Saize e Coelho, 2013).

A avaliação subjetiva global (ASG) é um método clínico de avaliação do estado nutricional, cujo propósito não seria apenas o diagnóstico da desnutrição, mas, também, uma maneira de identificar pacientes que apresentam um maior risco de sofrer complicações associadas ao estado nutricional durante sua internação (Ferreira e colaboradores, 2010), assim sendo um instrumento tanto prognóstico, como diagnóstico.

A desnutrição no ambiente hospitalar é frequente e está relacionada a alto risco de mortalidade e de complicações. Diante disto, o estudo avaliou o perfil e o estado nutricional de pacientes em uso de TNE.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo (retrospectivo) foi feito através da análise de dados secundários (prontuários), sendo utilizada a ASG de pacientes em uso de TNE, por um período de três meses.

A amostra foi constituída de pacientes adultos, de ambos os sexos, que foram internados em um hospital de Pelotas-RS e

que fizeram uso de TNE, entre abril e junho de 2015.

As variáveis utilizadas para traçar o perfil dos pacientes com TNE foram: sexo, idade, diagnóstico de internação e comorbidades. O estado nutricional foi avaliado através da ASG, onde os pacientes foram classificados como bem nutridos, moderadamente ou suspeitos de estarem desnutridos e gravemente desnutridos. Além disso, os pacientes foram também avaliados pelo índice de massa corporal (IMC), que é a razão entre a medida do peso em quilos e o quadrado da estatura em metros (kg/m^2), utilizando os critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde – OMS (1995), que define como baixo peso um IMC menor ou igual a 18,49 Kg/m^2 ; eutrofia, IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m^2 ; sobrepeso, IMC entre 25 e 29,9 Kg/m^2 ; obesidade grau I, IMC entre 30 e 34,9 Kg/m^2 ; obesidade grau II, IMC entre 35 e 39,9 Kg/m^2 e obesidade grau III, IMC maior ou igual a 40 Kg/m^2 . E para indivíduos acima de 60 anos de idade foi usada a classificação proposta por Lipschitz (1994), onde foi considerado baixo peso um IMC menor ou igual a 21,9 kg/m^2 , eutrofia ou peso adequado um IMC entre 22 e 26,9 kg/m^2 , e excesso de peso, IMC maior ou igual a 27 kg/m^2 .

Pela ASG foram avaliados: a ocorrência de alterações no peso, o percentual de perda de peso e o tempo de perda, além de modificações na ingestão alimentar (qualitativas e quantitativas), a presença de sinais e sintomas gastrointestinais (diariamente por mais de duas semanas) e as alterações na capacidade funcional, como alterações na duração e intensidade das atividades diárias. E, com relação aos dados do exame físico, foram avaliadas: a perda de gordura no tríceps e tórax; a perda de massa muscular no quadríceps e deltóide; e a presença de edema no tornozelo, edema sacral e ascite.

Os dados secundários foram obtidos através da análise dos prontuários dos pacientes, que foram fornecidos pelo hospital, em dias e turnos alternados. Os dados foram tabulados em banco no software Microsoft Excel® e as análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico Stata® 11.1, utilizando o Teste de qui-quadrado, o Teste Exato de Fisher, o Teste de Tendência Linear, o Teste de Kruskal Wallis e

o Teste de Mann Whitney. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) sob parecer 1198543.

RESULTADOS

Foram analisados 132 prontuários de pacientes em uso de TNE por um período de três meses, entre abril e junho de 2015, em um hospital no município de Pelotas-RS, sendo excluído um paciente por apresentar idade inferior a 18 anos. Observa-se na tabela 1 que 75% dos pacientes eram idosos, sendo que a idade dos pacientes variou entre 24 e 105 anos e a idade média foi de 72 anos, e metade dos pacientes era do sexo feminino.

Com relação aos motivos da internação, o mais frequente foi devido a doenças respiratórias (38,93%). A doença mais frequentemente presente na amostra foi a hipertensão arterial (HAS, 45,79%), seguida de diabetes (36,45%). Dos 126 prontuários avaliados, 84,92% estavam com sonda nasogástrica. Apenas seis prontuários apresentavam resposta em relação à perda de peso nos últimos seis meses, onde a média de perda de peso foi de 13,45%, e somente dezenove prontuários apresentavam a alteração nas últimas semanas, sendo que 18 diminuíram o seu peso, enquanto um aumentou de peso.

Na tabela 2 observa-se que 63,75% dos pacientes tiveram alteração na ingestão alimentar, sendo a alteração mais frequente a inanição (35,42%) e o tipo de dieta mais utilizado, devido à alteração na ingestão alimentar, a dieta sólida sub-ótima (39,58%).

Dos 78 pacientes avaliados quanto à presença de sintomas gastrointestinais, a maioria não apresentava nenhum desses sintomas (74,36%), sendo o sintoma mais frequente a ocorrência de vômitos (16,67%). Quanto à capacidade funcional, 67,05% apresentaram alguma disfunção, sendo que destes, 76,79% estavam acamados. Em relação ao stress metabólico, a maioria apresentava baixo stress (85,71%). O exame físico foi realizado em 131 pacientes, e nestes foi observado que a maioria não apresentava perda de gordura subcutânea (48,09%), perda muscular (35,88%), edema no tornozelo

(66,41%), edema sacral (96,95%) e ascite (94,66%) (Tabela 3).

Tabela 1 - Perfil dos pacientes em uso de TNE em um hospital de Pelotas-RS.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	66 (50,00)
Masculino	66 (50,00)
Total	132 (100,00)
Idade	
24 a 59 anos	99 (75,00)
60 a 105 anos	33 (25,00)
Motivo da internação	
Diabetes	7 (5,34)
HAS	5 (3,82)
Doenças cardiovasculares	16 (12,21)
AVC	29 (22,14)
Câncer	10 (7,36)
Doenças respiratórias	51 (38,93)
Doenças urológicas	45 (34,35)
Outros****	30 (22,90)
Comorbidades	
Diabetes	39 (36,45)
HAS	49 (45,79)
Doenças cardiovasculares	13 (12,15)
AVC	25 (23,36)
Câncer	10 (9,35)
Doenças respiratórias	12 (11,21)
Outros*****	37 (34,58)
Tipos de sonda	
SNG**	107 (84,92)
SNE***	11 (8,73)
SOG****	2 (1,56)
Gastrostomia	3 (2,38)
Jejunostomia	3 (2,38)
Total	126 (100,00)

Legenda: **SNG: Sonda Nasogástrica ***SNE: Sonda Nasoenteral ***SOG: Sonda Orogástrica. ****Outros motivos de internação: Fratura, desidratação, anorexia, febre, doenças renais, doenças hepáticas, intoxicação medicamentosa, fraqueza, desnutrido, doenças intestinais. *****Outras comorbidades: Alzheimer, desnutrição, doenças renais, doenças hepáticas, paralisia cerebral, doenças intestinais.

Tabela 2 - Variáveis da Avaliação subjetiva global dos pacientes em uso de TNE em um hospital de Pelotas-RS.

Variáveis	nº (%)
Alteração de peso	
Perda de peso nos últimos seis meses	6 (100,00)
Total	6 (100,00)
Alteração de peso na última semana	
Diminuição de peso na última semana	18 (94,74)
Ganho de peso na última semana	1 (5,26)
Total	19 (100,00)
Ingestão alimentar	
Com alteração	51 (63,75)
Sem alteração	29 (36,25)
Total	80 (100,00)

Tipo de dietas devido a alteração na ingestão alimentar	
Dieta sólida sub-ótima	19 (39,58)
Liquidificada	2 (4,17)
Líquida completa	10 (20,83)
Líquido hipocalórico	0 (0,00)
Inanição	17 (35,42)
Total	48 (100,00)
Sintomas gastrointestinais	
Nenhum	58 (74,36)
Diarreia	6 (7,69)
Náuseas	6 (7,69)
Vômitos	13 (16,67)
Anorexia	5 (6,41)
Total	78 (100,00)
Capacidade funcional	
Sem disfunção	29 (32,95)
Com disfunção	59 (67,05)
Total	88 (100,00)
Tipo de alteração devido à disfunção na capacidade funcional	
Trabalho sub-ótimo	5 (8,93)
Ambulatório	8 (14,28)
Acamado	43 (76,79)
Total	56 (100,00)
Stress Metabólico	
Sem stress	2 (1,90)
Baixo stress	90 (85,71)
Stress moderado	13 (12,38)
Stress Severo	0 (0,00)
Total	105 (100,00)

Tabela 3 - Exame físico dos pacientes em uso de terapia nutricional enteral (n=131) em um hospital de Pelotas-RS.

Variáveis	n (%)
Perda de gordura subcutânea	
Não	63 (48,09)
Leve	30 (22,90)
Moderada	24 (18,32)
Grave	14 (10,69)
Perda muscular	
Não	47 (35,88)
Leve	18 (13,37)
Moderado	46 (35,11)
Grave	20 (15,27)
Edema no tornozelo	
Não	87 (66,41)
Leve	31 (23,66)
Moderado	11 (8,40)
Grave	2 (1,53)
Edema sacral	
Não	127 (96,95)
Leve	3 (2,29)
Moderado	1 (0,76)
Grave	0 (0,00)
Ascite	
Não	124 (94,66)
Leve	6 (4,58)
Moderado	0 (0,00)
Grave	1 (0,76)
Total	131 (100,00)

Na figura 1, pode ser observado que, segundo a ASG, a maioria dos pacientes encontrava-se moderadamente ou suspeito de estar desnutrido (59,85%, figura 1A), e, avaliando o estado nutricional utilizando-se o IMC e Lipschitz (1994), a maioria dos pacientes encontra-se eutrófico (53,04%,

A

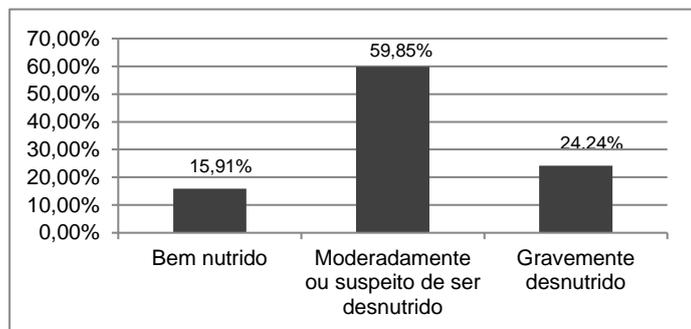
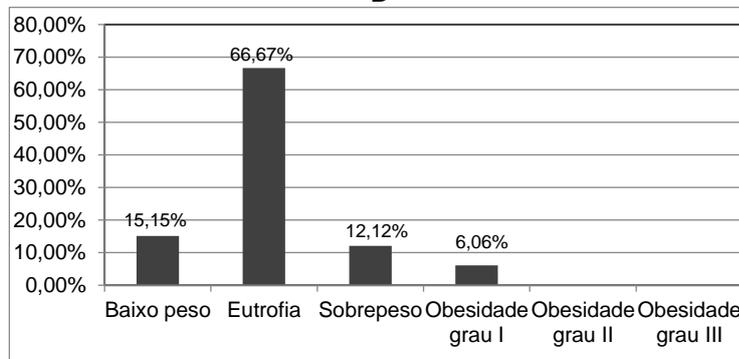


figura 1B e 48,48%, figura 1C respectivamente). A maioria dos pacientes que apresentava alteração na ingestão alimentar também demonstrou alteração da capacidade funcional ($p=0,000$), perda leve de gordura subcutânea ($p=0,004$) e perda muscular moderada ($p=0,005$).

B



C

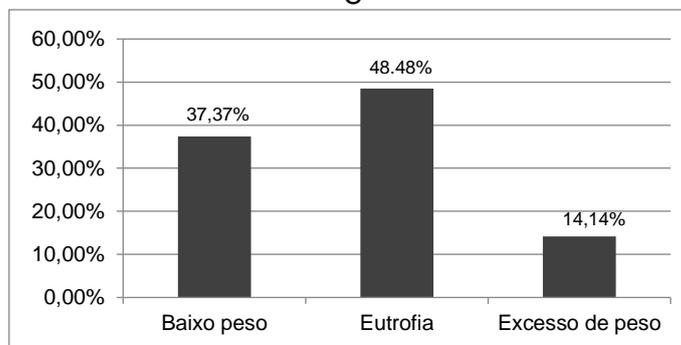


Figura 1 - Avaliação do estado nutricional através da ASG (A, $n=132$), do IMC (B, para adultos, $n=33$) e de Lipschitz (1994) (C, para idosos, $n=99$) de pacientes em uso de TNE em um hospital de Pelotas-RS.

Com relação aos sintomas gastrointestinais, a maioria dos pacientes que não os apresentavam também não estava acamado ($p=0,034$), não era paciente ambulatorial ($p=0,049$), não apresentava edema no tornozelo ($p=0,003$) e não tinham stress moderado ($p=0,006$), e entre os pacientes idosos, grande parte não tinha sintomas gastrointestinais ($p=0,027$).

A maioria dos pacientes que apresentou alguma alteração na capacidade funcional também teve perda moderada de gordura subcutânea ($p=0,004$) e muscular ($p=0,002$). Além disso, a disfunção na capacidade funcional estava associada à idade ($p=0,011$) e mulheres tiveram mais disfunção do que os homens ($p=0,014$).

A idade apresentou associação significativa com a disfunção da capacidade funcional ($p=0,011$), perda muscular ($p=0,000$), doenças urológicas ($p=0,015$), perda de gordura subcutânea ($p=0,000$) e ocorrência de náuseas ($p=0,005$).

Dos 18 pacientes que diminuíram o peso nas últimas semanas, a maioria se encontrava moderadamente ou suspeito de estar desnutrido na ASG ($p=0,018$), assim como os pacientes que tiveram alteração na sua capacidade funcional ($p=0,001$) e na sua ingestão alimentar ($p=0,000$). Mas com relação ao estado nutricional de acordo com o IMC e Lipschitz (1994), a maioria destes pacientes se encontrava eutrófico.

E, a maioria dos pacientes que estava eutrófico pelo IMC, não apresentava alteração

na sua capacidade funcional ($p=0,033$), nem alteração na ingestão alimentar ($p=0,036$), ascite ($p=0,001$) e HAS ($p=0,004$). Em relação à classificação por Lipschitz (1994), os pacientes idosos que estavam eutróficos, não apresentavam perda de gordura subcutânea ($p=0,000$) e HAS (0,035).

DISCUSSÃO

No presente estudo, no que se refere ao sexo, a distribuição entre os pacientes foi igual, resultado semelhante ao encontrado por Junior e Maia (2009), onde foi visto em pacientes hospitalizados que a proporção de homens e mulheres doentes foi igual, embora as mulheres cuidem mais e preventivamente da sua saúde.

Entretanto, no estudo, conduzido por Arruda e colaboradores (2014), foi encontrado mais homens do que mulheres internadas, com faixa etária de 20 a 59 anos. Segundo os autores, os motivos pelo qual os homens internam mais é porque cuidam menos da saúde, por terem dificuldades em se afastar do trabalho, por procurarem por ajuda médica apenas diante de situações críticas que impõem limites na vida social e por adoecerem de modo mais severo.

A maioria dos pacientes do presente estudo era idosa, sendo a média de idade no estudo de 72 anos. Até 2025, o Brasil alcançará a posição de sexto país do mundo em número de idosos. Com o envelhecimento, surgem as doenças crônicas degenerativas, a reabilitação tardia e os sinais de doença em fases avançadas, comprometendo, de forma geral, a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso. Nesse processo, também há redução da massa e da força muscular, fadiga, alteração da marcha e do equilíbrio, perda de apetite e conseqüente redução do peso (Salmaso e colaboradores, 2014).

Embora a perda de peso no estudo não tenha sido significativa, provavelmente por, em muitos prontuários, esta resposta não ter sido preenchida, a perda de peso é uma variável muito importante. A perda de peso é muito preocupante, pois pode comprometer a evolução clínica em diversas situações, pois de forma isolada ou combinada com a evolução laboratorial no decorrer da internação, pode ser considerada como o principal indicador de um estado nutricional insatisfatório, a qual pode ser atribuída a

vários fatores responsáveis pela diminuição do consumo energético, tais como: a inapetência e a ocorrência de náuseas, vômitos e disfagia; a terapia medicamentosa; o aumento da necessidade energética; a diminuição da capacidade de digestão e absorção dos nutrientes, em virtude da doença instalada; e até mesmo devido ao ambiente hospitalar, o qual pode ser considerado desfavorável à melhora do paciente (Merhi e colaboradores, 2015).

No que se refere à utilização de sondas enterais, grande parte dos pacientes as estavam usando. Na impossibilidade ou dificuldade do uso da via oral, a TNE é vista como uma ferramenta nutricional prioritária comparada à nutrição parenteral por apresentar vantagens fisiológicas, metabólicas, de segurança e de melhor relação custo/benefício. A oferta de nutrientes por via enteral mantém a estrutura e a microbiota intestinais normais, além de otimizar o sistema imunológico intestinal e manter a homeostase (Detregiachi, Quesada e Marques, 2011).

No presente estudo foi observado que a comorbidade mais encontrada foi a HAS. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22 e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e a 75% em indivíduos com mais de 70 anos (Ministério da Saúde, 2016).

Para Freitas e colaboradores (2012), devido à alta prevalência, o impacto sobre as taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares é grande, bem como ela é responsável pelas altas frequências de internações, com custo médicos e socioeconômicos elevados.

A causa de internação mais frequente encontrada neste estudo foi por doenças respiratórias. A pneumonia é registrada como a segunda causa de hospitalizações no Brasil, sendo os casos mais frequentes nos meses de inverno e entre os menores de cinco e maiores de 60 anos, embora também considerada uma doença grave associada à significativa morbidade e mortalidade em adultos (Donalísio e colaboradores, 2012).

No estudo de Souza e colaboradores (2014), o principal motivo que levou os pacientes idosos a internação em um hospital

de Belo horizonte, também foram às afecções respiratórias. Os autores sugerem que essa ocorrência é devida à sua maior susceptibilidade fisiológica e imunológica às infecções, contribuindo para a redução da capacidade física e biológica e diminuindo sua autonomia.

No que se refere à ingestão alimentar, a maioria dos pacientes tiveram alteração. E esta tem um papel fundamental para o crescimento e desenvolvimento das aptidões físicas e intelectuais, mas na presença de doença, a ingestão de nutrientes pode ser alterada por uma série de fatores que, em geral, contribuem para a deterioração do estado geral do paciente (Fonseca, 2006).

Apesar dos sintomas gastrointestinais não terem sido muito frequentes entre os pacientes estudados, deve-se observar atentamente os sintomas em pacientes hospitalizados.

No estudo de Sicchieri e colaboradores (2009), o vômito (60%) foi o sintoma mais frequente entre os pacientes internados que receberam suplementos nutricionais, semelhante ao encontrado no presente estudo. Segundo esses autores, os sintomas gastrointestinais dificultam a deglutição, são fatores que influenciam na aceitação dos suplementos nutricionais e interferem no sucesso da terapia.

No presente estudo, a alteração na capacidade funcional estava associada à perda de massa muscular e de gordura subcutânea e à idade. Este resultado era esperado e também foi encontrado no estudo de Silva e colaboradores (2006), que observaram que a prevalência de incapacidade e dependência funcional foi maior em idosos e estava, assim como no presente estudo, intimamente associada à redução da massa muscular, que ocorre até mesmo em indivíduos saudáveis.

Foram utilizados dois métodos para verificar o estado nutricional dos pacientes, a ASG e o IMC. O peso e a altura foram referidos pelo paciente ou acompanhante, quando não havia condições do paciente ficar em pé. Já naqueles que tivessem condições de serem pesados e medidos foram feitas as aferições. No estudo, foi visto que houve diferença entre as duas ferramentas para avaliar o estado nutricional dos pacientes, onde a maioria dos pacientes na ASG estava moderadamente ou suspeito de estarem

desnutridos e, utilizando a avaliação através do IMC e Lipschitz (1994), grande parte dos pacientes estavam eutróficos.

Para Zoche, Neves e Liberali (2011), é de suma importância a utilização de mais de um método de triagem nutricional em pacientes internados em unidades hospitalares, para obter-se maior precisão na avaliação.

Já Sampaio, Pinto e Vasconcelos (2012) referem que podem existir discordâncias de diagnóstico nutricional quando o paciente é avaliado por diferentes métodos.

Aplica-se o método ASG para diagnosticar e classificar a desnutrição, com enfoque em questões relacionadas à desnutrição crônica ou já instaladas, como percentual de perda de peso nos últimos seis meses, modificação na consistência dos alimentos ingeridos, sintomatologia gastrointestinal persistente por mais de duas semanas e presença de perda de gordura subcutânea e de edema. Além disso, é o único método que valoriza alterações funcionais que possam estar presentes (Dias e colaboradores, 2011).

A ASG é uma ferramenta mais específica para classificar o estado nutricional de enfermos, pois leva em conta outros fatores além do peso, já o IMC é um indicador mais sensível, classificando um maior número de indivíduos com o peso abaixo do esperado. Assim, esforços devem ser feitos para a associação das duas ferramentas na rotina hospitalar (Merhi e colaboradores, 2007).

Uma das principais causas de desnutrição é o consumo alimentar inadequado, e são várias as situações clínicas que podem causar perda de apetite ou dificultar a ingestão de alimentos, além de procedimentos de investigação e tratamento que acarretam a necessidade de jejum e alterações na composição da dieta. Detecção e intervenção inadequadas também podem acarretar o agravamento do estado nutricional durante a internação. O risco nutricional está associado a variáveis relacionadas ao estado geral do paciente e ao histórico da doença atual, e pode incluir também condições físicas, sociais e psicológicas. No sentido de proporcionar uma adequada terapia nutricional, a identificação de pacientes em risco é fundamental para o tratamento (Aquino e Philippi, 2011).

CONCLUSÃO

A desnutrição hospitalar é comum e, está frequentemente associada com um mau resultado clínico.

No entanto, muitas ferramentas estão disponíveis para avaliar o estado nutricional dos pacientes e detectar o risco de desnutrição, contribuindo para que uma terapia nutricional, precoce e adequada, possa ser realizada.

Para prevenir a desnutrição e suas graves complicações uma estratégia sistemática para a identificação de sinais, sintomas e fatores de risco de má nutrição se faz necessária.

A ASG é um instrumento muito importante para a verificação do estado nutricional dos pacientes hospitalizados, pois leva em consideração não só o peso e a altura mais também outros fatores.

Além disso, é importante saber o estado nutricional dos pacientes para poder intervir nutricionalmente e assim reduzir a mortalidade, morbidade e a chance de complicações.

REFERÊNCIAS

- 1-Arruda, G.O.; Fernandes, C.A.M.; Mathias, T.A.F.; Marcon, S.S. Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 22. Num. 1. 2014.
- 2-Aquino, R.C.; Philippi, S.T. Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*. Vol. 57. Num. 6. 2011. p. 637-643.
- 3-Brandão, V.L.; Rosa, L.P.S. Nutrição enteral em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise dos indicadores de qualidade. *Brasília Médica*. Vol. 50. Num. 3. 2014. p. 200-205.
- 4-Coppini, L.Z.; Sampaio, H., Marco, D.; Martini, C. Recomendações Nutricionais para Adultos em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Sociedade Brasileira de Clínica Médica e Associação Brasileira de Nutrologia. São Paulo. 2011.
- 5-Detregiachi, C.R.P.; Quesada, K.R.; Marques, D.E. Comparação entre as necessidades energéticas prescritas e administradas a pacientes em terapia nutricional enteral. *Revista de Medicina*. Ribeirão Preto. Vol. 44. Num. 2. 2011. p. 177-184.
- 6-Dias, M.C.G.; Van-Aanholt, D.P.J.; Catalani, L.A.; Rey, J.S.F.; Gonzales, M.C.; Coppini, L., Franco-Filho, J.W.; Paes-Barbosa, M.R.; Horie, L., Abrahão, V.; Martins, C. Triagem e Avaliação do Estado Nutricional. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo. 2011.
- 7-Donalisio, M.R.; Oliveira, B.S.B.; Arca, C.H.M.; Freira, J.B.; Magro, D.O. Fatores de risco ao prognóstico de adultos internados com pneumonia adquirida na comunidade. *Revista de Nutrição*. Vol. 25. Num. 2. 2012. p. 237-246.
- 8-Duchini, L.; Jordão, A.A.; Brito, T.T.; Garcia, R.W.D. Avaliação e monitoramento do estado nutricional de pacientes hospitalizados: uma proposta apoiada na opinião da comunidade científica. *Revista de Nutrição*. Vol. 23. Num. 4. 2010. p. 513-522.
- 9-Ferreira, A.C.D.; Barichello, G.B.; Silva, V.L.; El-Kik, R.M. Comparação entre métodos de avaliação do estado nutricional em idosos hospitalizados. *Revista da Graduação da PUC-RS*. Porto Alegre. Vol. 3. Num. 1. 2010.
- 10-Fonseca, P.C. Estado nutricional e adequação da ingestão alimentar em pacientes submetidos a laparotomia. Dissertação de mestrado. UFMG. Belo Horizonte. 2006.
- 11-Freitas, L.C.; Rodrigues, G.M.; Araújo, F.C.; Falcon, E.B.S.; Xavier, N.F.; Lemos, E.L.C.; Pires, C.A.A. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. *Revista Brasileira de Medicina Familiar e comunidade*. Florianópolis. Vol. 7. Num. 22. 2012. p. 13-19.
- 12-Garcia, R.W.D.; Padilha, M.; Sanches, M. Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade

científica. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 17. Num. 2. 2012. p. 473-480.

13-Isidro, M.F.; Lima, D.S.C. Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos. Revista da Associação Brasileira de Medicina. Vol. 58. Num. 5. 2012. p. 580-586.

14-Júnior, F.M.C.; Maia, A.C.B. Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 25. Num. 1. 2009. p. 55-63.

15-Leite, H.P.; Carvalho, W.B.; Meneses, J.F.S. Atuação da equipe multidisciplinar na terapia nutricional de pacientes sob cuidados intensivos. Revista de Nutrição. Vol. 18. Num. 6. 2005. p. 777-754.

16-Lipschitz, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care. Philadelphia. Vol. 21. Num. 1. 1994. p 55-67.

17-Lopes, D.A.M.; Manzatti, F.; Brustolin, A.; Penteado, E.G.; Franco, S.; Baratto, I. Perfil nutricional de pacientes em um hospital de Guarapuava-PR. Anais da SIEPE. Semana de Integração Ensino, Pesquisa e Extensão 26 a 30 de outubro de 2009. Guarapuava. 2009.

18-Martins, J.R. Fatores determinantes na inadequação entre prescrição e recebimento de Terapia Nutricional Enteral em pacientes hospitalizados. Dissertação de mestrado. USP. São Paulo. 2012.

19-Merhi, V.A.L.; Ravelli, M.N.; Ferreira, D.V.M.; Oliveira, M.R.M. Relação de concordância entre a avaliação subjetiva global e o índice de massa corporal em pacientes hospitalizados. Revista Alimentos e Nutrição. Araraquara. Vol. 18. Num. 4. 2007. p. 375-380.

20-Merhi, V.A.L.; Morete, J.L.; Oliveira, M.R.M. Avaliação do estado nutricional precedente ao uso de nutrição enteral. Arquivos de Gastroenterologia. Vol. 46. Num. 3. 2009. p. 219-224.

21-Merhi, V.A.L.; Srebernick, S.M.; Gonçalves, G.M.S.; Aquino, J.L.B. Perda de peso hospitalar, dieta prescrita e aceitação de

alimentos. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. Vol. 28. Num. 1. 2015. p. 8-12.

22-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Terapia Nutricional na Atenção Especializada Hospitalar. Brasília. Ministério da Saúde. 2016.

23-Nozaki, V.T.; Peralta, R. Adequação do suporte nutricional na terapia nutricional enteral: comparação em dois hospitais. Revista de Nutrição. Vol. 22. Num. 3. 2009. p. 341-350.

24-Oliveira, L.B.; Junior, P.B.R.; Guimarães, N.M.; Didonet, M.T. Variáveis relacionadas ao tempo de internação e complicações no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia do trato gastrointestinal. Comunicação em Ciências da Saúde. Vol. 21. Num. 4. 2010. p. 319-330.

25-Organização Mundial da Saúde. Expert Committee. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. p. 460.

26-Reis, K.S.; Santana, H.S.; Soares, F.B.; Medeiros, R.S.; Serrano, H.I.S.; Moreira, S.A. Prevalência de desnutrição em pacientes internados em um hospital geral. Revista Digital de Nutrição. Vol. 3. Num. 5. 2009. p. 477-488.

27-Salmaso, F.V.; Vigário, P.S.; Mendonça, L.M.C.; Madeira, M.; Netto, L.V.; Guimarães, M.R.M.; Farias, M.L.F. Análise de idosos ambulatoriais quanto ao estado nutricional, sarcopenia, função renal e densidade óssea. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica. Vol. 58. Num. 3. 2014.

28-Sampaio, R.M.M.; Pinto, F.J.M.; Vasconcelos, C.M.C.S. Avaliação nutricional de pacientes hospitalizados: concordância entre diferentes métodos. Revista Brasileira de Promoção Saúde. Vol. 25. Num. 1. 2012. p. 110-115.

29-Sicchieri, J.M.F.; Unamuno, M.R.L.; Marchini, J.S.; Cunha, S.D.C. Evolução antropométrica e sintomas gastrointestinais em pacientes que receberam suplementos nutricionais ou nutrição enteral; Revista da

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Associação de Medicina Brasileira. Vol. 55. Num. 2. 2009. p. 149-152.

30-Silva, T.A.A.; Junior, A.F.; Pinheiro, M.M.; Szejnfeld, V.L. Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. Revista Brasileira de Reumatologia. Vol. 46. Num. 6. 2006. p. 391-397.

31-Souza, F.G.; Saize, M.C.; Coelho, S.C. Aplicação de métodos subjetivos e antropométricos na avaliação nutricional de adultos hospitalizados – uma revisão da literatura. Revista Rede de Cuidados em Saúde. Vol. 7. Num. 1. 2013.

32-Souza, I.C.P.; Silva, A.G.; Quirino, A.C.S.; Neves, M.S.; Moreira, L.R. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. Revista Mineira de Enfermagem. Vol. 18. Num. 1. 2014. p. 164-172.

33-Zoche, E.; Neves, G.M.; Liberali, R. Acompanhamento nutricional na perda de peso de adultos. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. Vol. 5. Num. 25. 2011. p. 32-37. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/332>>

E-mails dos autores:

priscila.mvargas@hotmail.com
alidoumid@yahoo.com.br
khadijamassaut@gmail.com
eloisa_porciuncula@hotmail.com
rafaelr458@gmail.com
giulizynhah@gmail.com
angelanmoreira@yahoo.com.br

Endereço para correspondência:

Alessandra Doumid Borges Pretto
Endereço: Rua General Teles 645 ap. 302,
Centro, Pelotas-RS, Brasil
CEP: 96010-310

Recebido para publicação em 17/03/2018

Aceito em 10/05/2018