



CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
CURSO DE NUTRIÇÃO

ALESSANDRA APARECIDA DE CARVALHO
DANIELA RESENDE DE SOUZA E SILVA

PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL DA
CIDADE DE BARBACENA-MG

BARBACENA
2024

**ALESSANDRA APARECIDA DE CARVALHO
DANIELA RESENDE DE SOUZA E SILVA**

**PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL DA
CIDADE DE BARBACENA-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharela em Nutrição.

Orientador (a): Elisa Grossi Mendonça

**BARBACENA
2024**

**ALESSANDRA APARECIDA DE CARVALHO
DANIELA RESENDE DE SOUZA E SILVA**

**PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL DA
CIDADE DE BARBACENA-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharela em Nutrição.

Orientador (a): Elisa Grossi Mendonça

Entregue em:

NOME E ASSINATURA DO ORIENTADOR (A)

Elisa Grossi Mendonça

Alessandra Aparecida de Carvalho

Daniela Resende de Souza e Silva

NOME E ASSINATURA DOS ALUNOS

**BARBACENA
2024**

PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL DA CIDADE DE BARBACENA-MG

PREVALENCE OF HOSPITAL MALNUTRITION IN A HOSPITAL IN THE CITY OF BARBACENA-MG

Alessandra Aparecida de Carvalho¹
Daniela Resende de Souza e Silva¹
Elisa Grossi Mendonça²

1. Acadêmica do curso Bacharel em Nutrição, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos-UNIPAC, Barbacena – Minas Gerais.
2. Professora orientadora e Mestre do curso de Nutrição, Nutricionista, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos-UNIPAC, Barbacena – Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: A desnutrição hospitalar é altamente prevalente e pouco identificada. O risco nutricional se refere ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional. A triagem nutricional identifica indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição, almejando determinar se existe risco nutricional e se é necessária avaliação nutricional mais detalhada. Já a avaliação nutricional, além de detectar desnutrição, classifica seu grau e permite coleta de informações que auxiliem em sua correção. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de desnutrição na admissão hospitalar dos pacientes adultos avaliados pelos protocolos Nutrition Risk Screening (NRS-2002) e das crianças pela Screening Tool Risk on Nutritional status and Growth (STRONG KIDS - 2010) em um hospital na cidade de Barbacena - MG. **Métodos:** Estudo clínico, retrospectivo observacional, com revisão de protocolos semiestruturado e com triagem nutricional utilizado pelo Serviço de Nutrição ao atendimento nutricional dos pacientes internados no Hospital. A análise estatística foi realizada por meio do Software SPSS Statistics 20.0. **Resultados:** A pesquisa analisou 207 questionários aplicados pelo setor de nutrição: 110 no setor de pediatria e 97 na clínica médica. Nos adultos, o diagnóstico principal incluiu 24% com alterações clínicas, 23% com doenças pulmonares, 22% com doenças crônicas e 31% com outras condições. Para as crianças, 46% apresentaram alterações clínicas, 40% doenças pulmonares, 7% outras condições e 7% doenças crônicas, sendo que 94% estavam livres de comorbidades. Na triagem, a NRS 2002 mostrou que 81% dos adultos não apresentavam risco nutricional, enquanto a Strong Kids indicou que 55% das crianças estavam fora de risco. Evoluíram para alta hospitalar 97% dos adultos e 96% das crianças. Além disso, o IMC apontou que 40% dos adultos estavam com sobrepeso. **Considerações:** Pelos resultados obtidos com o estudo, pode-se concluir que a maioria dos pacientes não apresentou risco nutricional no momento da internação, com 81% dos adultos e 55% das crianças classificadas fora de risco, porém 40% dos adultos apresentaram sobrepeso quando avaliado pelo IMC, ressaltando a necessidade de cuidados nutricionais específicos tanto para déficits quanto para excessos nutricionais.

Palavras-chave: Desnutrição Hospitalar, Triagem Nutricional, NRS-2002, Strongkids.

ABSTRACT

Introduction: Hospital malnutrition is highly prevalent and little identified. Nutritional risk refers to the increased risk of morbidity and mortality due to nutritional status. Nutritional screening identifies individuals who are malnourished or at risk of malnutrition, aiming to determine whether there is a nutritional risk and whether a more detailed nutritional assessment is needed. Nutritional assessment, in addition to detecting malnutrition, classifies its degree and allows the collection of information that helps in its correction. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the prevalence of malnutrition at hospital admission of adult patients evaluated by the Nutrition Risk Screening protocols (NRS-2002) and of children by the Screening Tool Risk on Nutritional status and Growth (STRONG KIDS - 2010) in a hospital in the city of Barbacena. **Methods:** This is a retrospective, observational clinical study with a review of semi-structured protocols and nutritional screening used by the Nutrition Service for the nutritional care of patients admitted to the Hospital. Statistical analysis was performed using the SPSS Statistics 20.0 software. **Results:** The research analyzed 207 questionnaires applied by the nutrition sector: 110 in the pediatric sector and 97 in the medical clinic. In adults, the main diagnosis included 24% with clinical changes, 23% with lung diseases, 22% with chronic diseases, and 31% with other conditions. For the children, 46% had clinical changes, 40% lung diseases, 7% other conditions and 7% chronic diseases, and 94% were free of comorbidities. In the screening, NRS 2002 showed that 81% of adults did not present nutritional risk, while Strong Kids indicated that 55% of children were not at risk. 97% of adults and 96% of children were discharged from hospital. In addition, the BMI pointed out that 40% of adults were overweight. **Considerations:** From the results obtained with the study, it can be concluded that most patients did not present nutritional risk at the time of admission, with 81% of adults and 55% of children classified as not at risk, but 40% of adults were overweight when assessed by BMI, emphasizing the need for specific nutritional care for both nutritional deficits and excesses.

Keywords: Hospital Malnutrition, Nutritional Screening, NRS-2002, Strongkids.

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição é frequentemente encontrada no ambiente hospitalar e apresenta como principais complicações a piora da resposta imunológica, atraso no processo de cicatrização, risco elevado de complicações cirúrgicas e infecciosas, maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, aumento no tempo de internação e do risco de mortalidade. Apesar dos avanços da terapia nutricional nas últimas décadas, a desnutrição hospitalar, pode variar entre 20% e 65% nos diferentes estudos, e configura-se como um dos principais fatores responsáveis pelos maiores índices de mortalidade e complicações, podendo estar presente no momento da admissão ou desenvolver-se no decorrer da internação^{1,2}.

Durante a hospitalização, pacientes idosos, críticos ou aqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentam maior risco de desnutrição. Na admissão hospitalar, ela pode resultar de uma variedade de fatores, incluindo condições médicas subjacentes, perda de apetite, complicações cirúrgicas e deficiências nutricionais pré-existentes.^{1,3}

A identificação precoce da desnutrição, por meio de ferramentas validadas, possibilita estabelecer conduta nutricional mais apropriada e o grande desafio é evitar a piora do quadro e tentar recuperar o estado nutricional.^{1,3} As consequências acarretadas pela alteração no estado nutricional, podem ser evitadas se no momento da admissão hospitalar o estado nutricional do paciente for analisado de forma antecipada identificando indivíduos desnutridos ou com risco de desnutrir. Essa prática visa intervenção precoce de uma terapia nutricional adequada, com o objetivo de recuperar o estado nutricional e prevenir complicações relacionadas à desnutrição^{4,5}.

É importante que seja realizada a triagem nutricional em pacientes hospitalizados, para identificar o risco nutricional e atuar nutricionalmente para contornar esta situação. A triagem nutricional tem como objetivo identificar uma condição antes não detectada, o risco nutricional, para que sejam estabelecidas medidas de intervenção nutricional mais precocemente. A triagem nutricional deve ser registrada nos prontuários dos pacientes em até 72h após a admissão hospitalar^{6,7}.

Vários métodos ou marcadores têm sido utilizados para detectar o risco de complicações relacionadas à desnutrição, dentre elas a Nutritional Risk Screening (NRS2002), que é um dos métodos que mais se aproxima do padrão ouro na análise de risco nutricional e a Screening Tool Risk on Nutritional status and Growth (STRONGKIDS) que é uma ferramenta para triagem de risco nutricional em crianças internadas^{7,8,9}.

A NRS-2002 tem como diferencial a idade do paciente. Consiste em pontuação nutricional e pontuação de acordo com a gravidade da doença e um ajuste por idade para os

pacientes com mais de 70 anos. A avaliação do risco nutricional se dá pela combinação do estado nutricional atual e gravidade da doença, sendo composto pelas variáveis de Índice de Massa Corporal (IMC), perda de peso recente e ingestão alimentar na semana que antecedeu a internação hospitalar. As porcentagens variam, mas frequentemente mostram que uma proporção significativa de pacientes, variando de 20% a 60%, pode ser identificada como em risco nutricional. Esse método apresenta vantagens, como facilidade, rapidez, alta reprodutibilidade, rendimento, além de possuir especificidade e sensibilidade em pacientes com diferentes situações clínicas e idade, e que apresentam melhor precisão e predição de evolução clínica, mortalidade e tempo de internação^{5,8}.

A ferramenta para triagem do risco de desnutrição Strongkids é considerada de fácil e rápida aplicação e apresenta resultados compatíveis com dados objetivos (peso e altura)¹⁰. As porcentagens relatadas podem variar de 15% a 40% de crianças identificadas como em risco nutricional. Ela avalia a presença de doença de alto risco ou cirurgia de grande porte prevista; a perda de massa muscular e adiposa, por meio da avaliação clínica subjetiva; a ingestão alimentar e perdas nutricionais; e a perda ou nenhum ganho de peso (em crianças menores de um ano). Cada item contém uma pontuação, fornecida quando a resposta à pergunta for positiva. A somatória desses pontos identifica o risco de desnutrição^{9,10}.

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de risco de desnutrição pelo método de triagem NRS-2002 e Strongkids em um Hospital na cidade de Barbacena – Minas Gerais.

2 MÉTODOS

Tratou-se de um estudo retrospectivo de caráter observacional, baseado nos protocolos de triagem nutricional que foram aplicados aos pacientes internados em um Hospital da cidade de Barbacena – Minas Gerais, nos períodos de março de 2023 a agosto de 2024, após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa de seres Humanos, sobre parecer N° 6.705.376. Foi solicitado ao Comitê de ética em pesquisa solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos no estudo todos os protocolos de atendimento nutricional dos pacientes com idade de 0 a 15 anos submetidos à triagem pela Strongkids e acima 16 anos pela NRS2002, de ambos os gêneros, que foram submetidos à triagem nutricional no máximo de 72 horas após a admissão hospitalar, nas clínicas de internação do hospital. Foram excluídos do estudo pacientes que já se encontravam internados superior há três dias, ou

pacientes impossibilitados de responder as perguntas, ou que não sabia responder, ou que não estava com acompanhante no momento da avaliação. Ou que não passaram pela triagem nutricional, ou que estava impossibilitado de avaliação do estado nutricional no período de admissão.

Os dados que foram acessados após a devida assinatura do Termo da Anuência pelo representante legal, foram coletados acessando os protocolos de nutrição preenchidos, com as seguintes informações: características sociodemográficas (idade e gênero); características clínicas: data da admissão, diagnóstico clínico, características nutricionais: peso, altura, IMC, data da triagem, tipo de questionário de triagem utilizado, resultado da classificação pelo questionário de triagem, evolução do paciente: alta, óbito ou transferência. Esses dados foram anexados em banco de dados no Programa Microsoft Excel 2007 para serem avaliados.

Foram utilizados os resultados das ferramentas de triagem nutricional que permitiram identificar os pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição. Uma das ferramentas foi a NRS 2002 que é composta por IMC, perda de peso indesejada no último trimestre, redução da ingestão alimentar na última semana; e estresse metabólico de acordo com o tipo de doença associada. Ao final da aplicação foi obtido um escore total, em que foi somado mais um ponto caso a idade do paciente seja ≥ 70 anos (indicador de risco adicional para desnutrição). Valores de escore ≥ 3 indica risco nutricional e < 3 sem risco nutricional, sugerindo reavaliação semanalmente.⁸

Para a população criança foi considerado o resultado da Strongkids, composta por itens que avaliaram a presença de doença de alto risco ou cirurgia de grande porte prevista; a perda de massa muscular e adiposa, por meio da avaliação clínica subjetiva; a ingestão alimentar e perdas nutricionais (diminuição da ingestão alimentar, diarreia e vômito); e a perda ou nenhum ganho de peso (em crianças menores de um ano). Cada item contém uma determinada pontuação, fornecida quando a resposta à pergunta for positiva. A somatória desses pontos: 0 = baixo risco; 1 a 3 pontos = médio risco e 4 a 5 = alto risco.⁹

O IMC foi calculado por meio da fórmula $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$, sendo o peso em quilogramas e altura em metros. A classificação foi de acordo com os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para população adulta e idosa, demonstradas na tabela 1 e 2.

Tabela 1. Classificação do estado nutricional dos pacientes adultos pelo IMC

IMC adulto (Kg/m ²)	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5 – 24,9	Eutrófico
25 – 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidade Grau I
35 – 39,9	Obesidade Grau II
> 40	Obesidade Grau III

Fonte: Diretrizes Brasileiras da Obesidade.¹¹

Tabela 2. Classificação do estado nutricional dos pacientes idosos pelo IMC

IMC idoso (Kg/m ²)	Classificação
< 22	Baixo peso
22 - 27	Eutrófico
> 27	Sobrepeso

Fonte: Diretrizes Brasileiras da Obesidade.¹¹

A pesquisa se norteou na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que abrangeu os aspectos envolvidos nas pesquisas com seres humanos, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

Para análise dos dados considerou-se uma proporção estimada de 50% conforme já relatado em outras referências bibliográficas¹², considerou-se também uma margem de erro de 10 pontos percentuais para mais e para menos, um nível de confiança de 95% e um nível de significância de 5%, o tamanho amostral foi de 208 indivíduos. Cujas fórmulas aplicadas para o cálculo foi: $n = z^2 \cdot p \cdot q / e^2$; sendo “n” o tamanho amostral, “z²” o score padrão considerando-se o nível de confiança de 95% (igual a 1,96) “p” a prevalência estimada de desnutrição, igual a 0,5, “q” a prevalência estimada de pessoas não desnutridas, igual a 0,5 e “e²” a margem de erro, igual a 0,05.

A análise das variáveis categóricas (gênero, classificação do IMC, classificação pela NRS2002 e pela STRONG KIDS) foram descritas por meio de frequência e proporções. Variáveis quantitativas (IMC numérico e idade), foram descritas por meio da média e desvio padrão.

3 RESULTADOS

O presente estudo analisou 207 questionários aplicados pelo setor de nutrição, sendo 110 no setor de pediatria e 97 na clínica médica. Em relação à faixa etária, 53% pertenciam ao grupo adulto e 66% das crianças tinham mais de 1 ano. Dos adultos, 53% eram do sexo

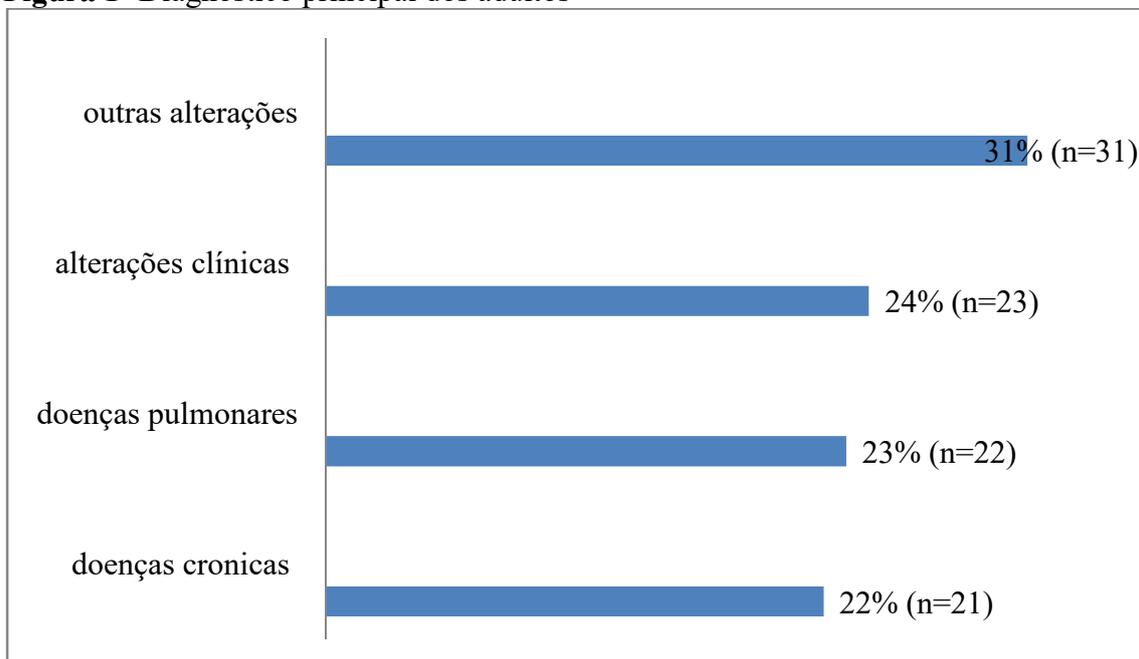
feminino, enquanto 52% das crianças eram do sexo masculino. No que tange ao diagnóstico principal dos adultos, está demonstrado na Figura 1. Já das crianças 46% foram acometidas por alterações clínicas, 40% por doenças pulmonares, 7% por outras condições, 7% por doenças crônicas, sendo que 94% não apresentaram comorbidades.

A classificação de risco nutricional pelos protocolos de triagem para adultos e crianças estão representados nas Figuras 2 e 3. No que se refere às dietas prescritas para os adultos, 35% seguiram dietas orais com modificação de consistência, 33% dieta oral livre e 32% dieta oral especializada. Por outro lado, 75% das crianças tiveram dieta oral livre prescrita, 14% receberam fórmula infantil, 9% seguiram dieta oral com modificação de consistência, e 2% necessitaram de dieta enteral.

Em relação a classificação do IMC dos adultos, está representado na Figura 4 com 40% apresentaram sobrepeso e apenas 8% estavam com baixo peso. Foi registrada que 97% dos adultos e 96% das crianças tiveram alta hospitalar.

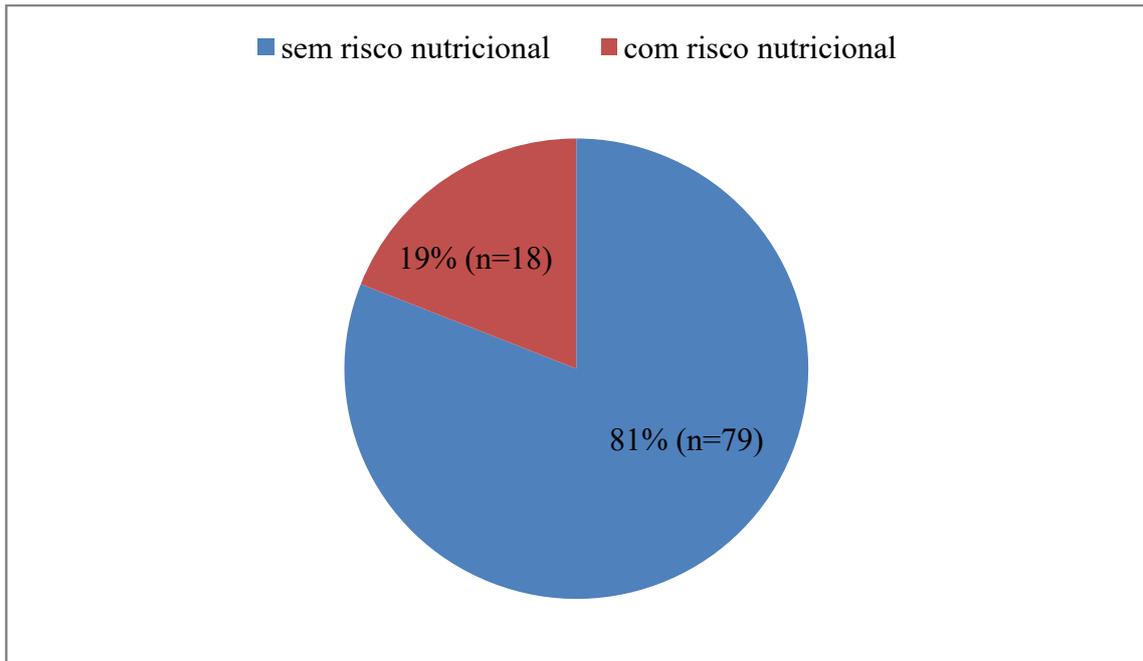
As outras características dos grupos analisados estão descritas nas Tabelas 3, 4 e 5.

Figura 1- Diagnóstico principal dos adultos



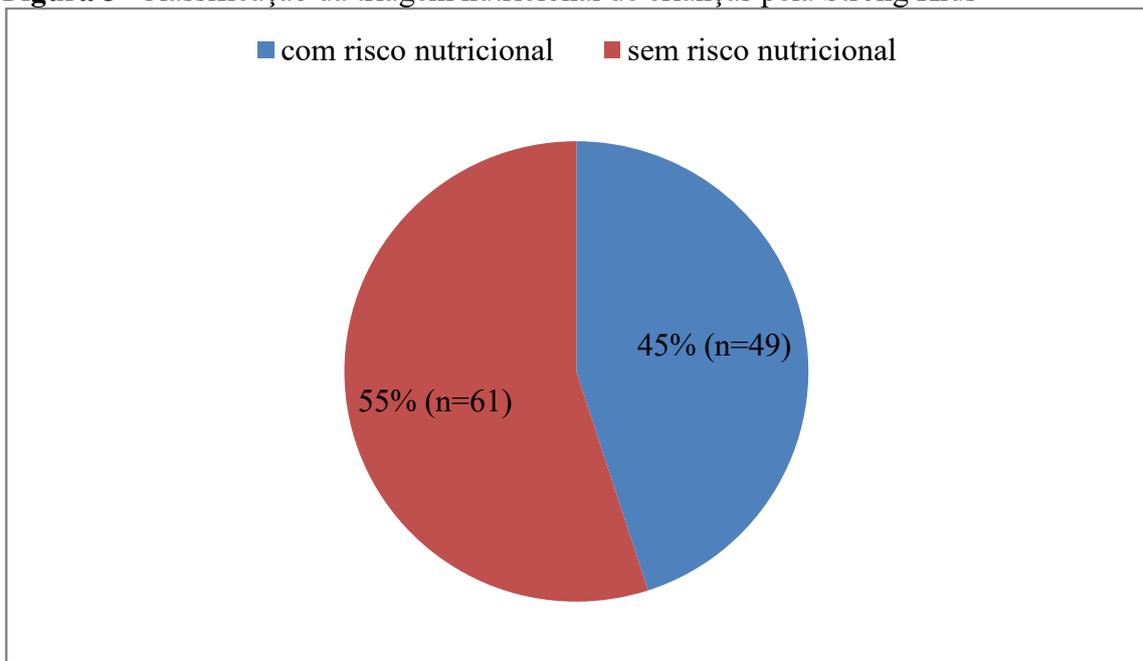
Fonte: próprio autor, 2024

Figura 2- Classificação da triagem nutricional dos adultos pela NRS2002

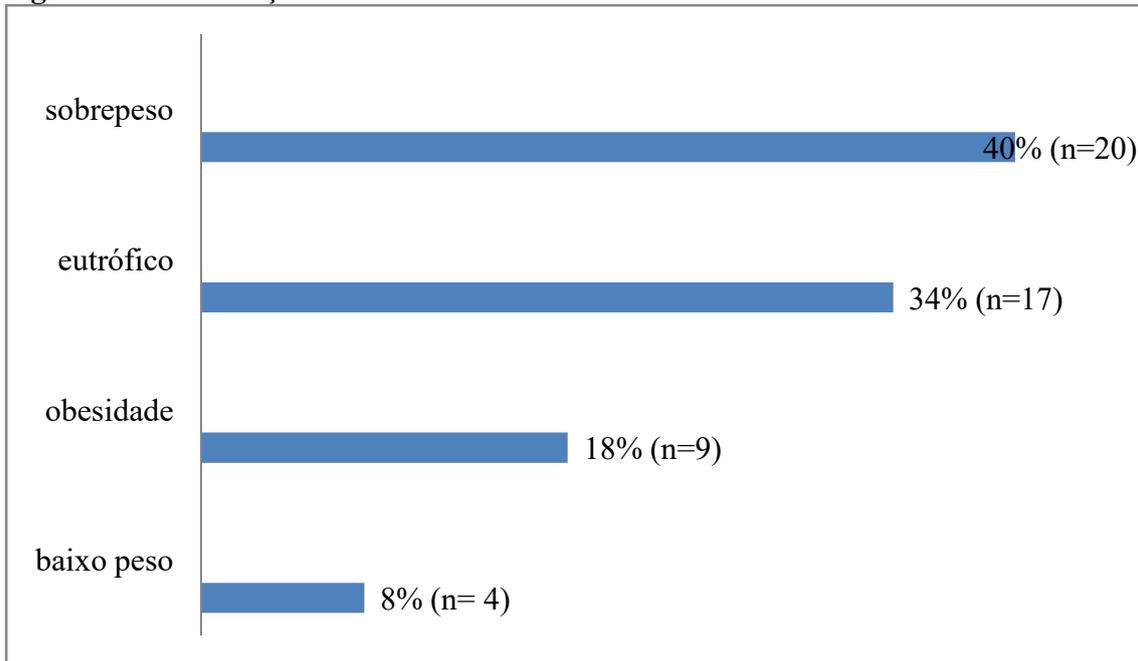


Fonte: próprio autor, 2024

Figura 3- Classificação da triagem nutricional de crianças pela Strong Kids



Fonte: próprio autor, 2024

Figura 4- Classificação do IMC dos adultos avaliados

Fonte: próprio autor, 2024

Tabela 3. Características descritivas dos pacientes avaliados na clínica pediátrica.

Características	% (n)
Idade	
Menor de um ano	34% (n=37)
Maior de um ano	66% (n=73)
Sexo	
Sexo feminino	48% (n=53)
Sexo masculino	52% (n=57)
Comorbidades	
Sim	6% (n=07)
Não	94% (n=103)
Evolução	
Alta	94% (n=106)
Transferido	6% (n=04)

Legenda: (n) = número de indivíduos. Fonte: Próprio autor, 2024. Dados descritivos apresentados por frequência (%).

Tabela 4. Características descritivas dos pacientes avaliados na clínica médica.

Características	% (n)
Idade categórica	
Adulto	53% (n=51)
Idoso	47% (n=46)
Sexo	
Sexo feminino	53% (n=51)
Sexo masculino	47% (n=46)
Comorbidades	
Sim	51% (n=50)
Não	49% (n=47)
Tipos das comorbidades	
Diabetes	12% (n=12)
Hipertensão arterial	32% (n=31)
Renal	04% (n=04)
Outras	03% (n=03)
Sem comorbidade	49% (n=47)
Evolução	
Alta	97% (n=94)
Transferido	03% (n=3)
Dieta prescrita	
Dieta oral livre	33% (n=32)
Dieta oral com mudança de consistência	35% (n=34)
Dieta oral especializada	32% (n=31)

Legenda: (n) = número de indivíduos. Fonte: Próprio autor, 2024. Dados descritivos apresentados por frequência (%).

Tabela 5. Características descritivas da antropometria dos pacientes avaliados na clínica médica

Características	% (n)
IMC idoso	
Baixo peso	12,8% (n=06)
Eutrofia	57,4% (n=27)
Sobrepeso	29,8% (n=14)
IMC classificação duas categorias	
Baixo peso e eutrofia	56% (n=54)
Sobrepeso e obesidade	44% (n=43)

Legenda: (n) = número de indivíduos. Fonte: Próprio autor, 2024. Dados descritivos apresentados por frequência (%).

Quando avaliamos a relação entre IMC adulto com idade e gênero, não houve diferença estatística conforme demonstrado nas tabelas 6 e 7.

Tabela 6. Associação entre IMC e ser adulto ou idoso.

Idade	Média ± DP	Valor de p
Adulto	25,7±4,9	p = 0,717
Idoso	26,0 ±4,6	

Legenda: DP: desvio padrão. *p≤0,05 diferença significativa. *Teste T para amostras independentes

Tabela 7. Associação entre IMC adulto com gênero.

Gênero	Média ± DP	Valor de p
Homem	25,1±3,5	p = 0,119
Mulher	26,6 ±5,5	

Legenda: DP: desvio padrão. *p≤0,05 diferença significativa. *Teste T para amostras independentes

Quando relacionamos a classificação do risco nutricional, idade e gênero, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhum das variáveis analisadas. Os dados estão representados nas Tabelas 8 e 9, demonstrando que a variação de idade e sexo entre os pacientes não influenciaram os resultados referentes ao risco nutricional, indicando uma ausência de correlação estatística relevante entre essas variáveis.

Tabela 8. Associação entre risco nutricional e classificação da Idade

Class. Triagem	Classificação da Idade		Valor de p
	Adulto	Idoso	
Sem risco	49,4% (n = 39)	50,6% (n= 40)	p = 0,185
Com risco	66,7% (n= 12)	33,3% (n = 6)	

Legenda: (n) = número de indivíduos. *p≤0,05 diferença significativa. *Teste T para amostras independentes

Tabela 9. Associação entre risco nutricional e gênero

Class. Triagem	Gênero		Valor de p
	Homem	Mulher	
Sem risco	48,1% (n = 38)	51,9% (n= 41)	p = 0,779
Com risco	44,4% (n= 8)	55,6% (n = 10)	

Legenda: (n) = número de indivíduos. *p≤0,05 diferença significativa. *Teste T para amostras independentes

Ao avaliar a relação entre patologia e risco nutricional, observou-se uma diferença estatisticamente significativa. Pacientes com comorbidades apresentaram uma probabilidade maior de risco nutricional, conforme demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10- Associação entre risco nutricional e comorbidades associadas.

Class. Triagem	Comorbidade		Valor de p
	Não	Sim	
Sem risco	54,4% (n = 43)	45,6% (n= 36)	p = 0,014
Com risco	22,2% (n= 4)	77,8% (n = 14)	

Legenda: (n) = número de indivíduos. * $p \leq 0,05$ diferença significativa. *Teste T para amostras independentes

4 DISCUSSÃO

Na amostra estudada, foi possível observar a prevalência de adultos do sexo feminino (53%) em comparação ao masculino (47%), que também é observada em diversos outros estudos. Segundo Silva et al.¹³ e Marques et al.¹⁴, as mulheres apresentam maior probabilidade de buscarem serviços ligados à prevenção devido a maior tendência em se preocuparem com a saúde, em comparação à população masculina. Além disso, é comum que grande parte dos homens só busquem por atendimento especializado em casos de complicações, quando já há existência da necessidade de hospitalização e cuidados intensivos.^{13,14}

Em relação aos diagnósticos apresentados, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tiveram prevalência expressiva nos adultos (23%) se comparado às crianças (7%). Silva et al.¹⁵, em seu estudo sobre doenças cardiovasculares, encontrou também maior prevalência em adultos, sendo o maior percentual entre 60 e 79 anos (45,04%). Já os menores valores foram observados nas crianças, com menor percentual entre 0 e 9 anos de idade (0,47%). O envelhecimento populacional fez mudar os padrões de adoecimentos e mortalidade, aumentando a incidência de doenças crônicas, que são a principal causa de mortalidade e morbidade no mundo, e acometem cerca de 75% da população adulta/idosa.^{15,16,17}

Já as doenças pulmonares, observou-se um percentual de 40% em crianças e 22% em adultos. De acordo com Alexandrino et al.¹⁸, as doenças respiratórias acometem todas as faixas etárias, com diversas formas de manifestação (gripe, pneumonia, bronquite, sinusite, asma, entre outros), sendo 19,5% dos casos de morte durante as internações nos anos de 2013 a 2017. Segundo o autor, existem fatores de risco para o surgimento de doenças respiratórias

no público infantil, como: nascimento prematuro, tabagismo durante a gravidez, além de fatores ambientais poluentes.^{18,19}

No que se refere à avaliação do risco nutricional, os participantes do presente estudo foram avaliados por meio de triagens nutricionais, sendo NRS 2002 usada em adultos, e a Strong Kids em crianças. A triagem nutricional é comumente usada para realização da avaliação da existência de desnutrição ou risco de desnutrição em pacientes hospitalizados. Ela tem como objetivo, analisar a necessidade de uma avaliação mais detalhada, evitando possíveis complicações e favorecendo o cuidado nutricional se detectada precocemente. A triagem deve ser realizada nas primeiras 24 horas a no máximo 72 horas da admissão do paciente, e pode ser realizada por qualquer profissional de saúde.²⁰

Dos participantes do estudo, 19% dos adultos foram classificados em risco nutricional pelo NRS 2002, um valor próximo ao relatado por Sahli et al.²¹ (31%) considerando diferentes contextos e populações avaliadas. Para crianças, 45% apresentaram risco nutricional pelo Strong Kids, o que se alinha com os valores encontrados nos estudos de Souza et al.²²(40,8%), reforçando a sensibilidade da ferramenta em identificar risco em populações pediátricas. Dentre os diversos instrumentos de avaliação de risco nutricional, a Strong Kids é caracterizada pela facilidade e praticidade na aplicação, já NRS 2002 destaca-se por apresentar boa correlação com os parâmetros antropométricos, bioquímicos, além de uma melhor previsão de mortalidade quando comparada a outros protocolos, sendo responsável por avaliar o consumo alimentar recente, considerando o risco de acordo com a redução do apetite e estado nutricional.^{14,23,24,25}

O estado nutricional dos participantes adultos foi verificado por meio do IMC e classificou maior número de participantes com sobrepeso (40%), seguidos por eutróficos (34%) e os classificados em obesidade (18%), porém, 8% encontravam-se desnutridos. Mesmo a prevalência sendo de pacientes com sobrepeso, ter encontrado pacientes desnutridos antes mesmo da internação é um achado importante, já que a desnutrição debilita o paciente e causa maior vulnerabilidade. De acordo com Selistre et al.²⁶, a desnutrição hospitalar acomete cerca de 20 a 60% dos pacientes, sendo responsável pelos maiores índices de mortalidade, trazendo diversas complicações, podendo estar presente já no momento da internação, ou durante o tratamento. No momento em que a desnutrição é detectada, deve existir um suporte nutricional especializado, a fim de que se evitem complicações indesejadas.^{14,26} Não foi possível analisar a classificação do estado nutricional de todas as crianças avaliadas, pois nem todas tinham resultados de avaliação pelas curvas de crescimento peso para idade ou IMC para idade.

A alimentação adequada durante o período de internação é importante para manter um estado nutricional favorável para o paciente. Dentre as diversas formas de alimentação, a via oral (VO) deve ser sempre a via preferencial no ambiente hospitalar, pois além de ser mais fisiológica, ela traz mais conforto ao paciente.²⁷ Porém, no decorrer da hospitalização, a consistência, o tipo de alimentação e a via podem ser alteradas e adaptadas de acordo com a individualidade da doença e do indivíduo. A inadequação da dieta hospitalar, associada à baixa ingestão oral, contribuiu para o aumento dos casos de desnutrição no âmbito hospitalar.²⁸

Dos pacientes estudados, 35% dos adultos e 9% das crianças tiveram dietas orais com modificação da consistência, por outro lado, 33% dos adultos e 75% das crianças tiveram dieta oral livre. Segundo os resultados do estudo de Ribeiro et al.²⁷, quanto menor a consistência, menor a densidade calórica da dieta, mostrando que é importante evoluir a consistência da alimentação durante a hospitalização, para garantir valor nutricional adequado. Além disso, o nutricionista deve ouvir as preferências alimentares dos pacientes e o serviço de nutrição deve utilizar técnicas para tornar os alimentos mais atraentes, para maior adesão dos pacientes, evitando assim, maiores riscos de desenvolvimento de desnutrição.^{27,28}

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar a prevalência de desnutrição hospitalar na internação, utilizando protocolos de triagem validados, como NRS-2002 e Strong Kids. Observa-se que a maioria dos pacientes não apresentou risco nutricional no momento da internação, com 81% dos adultos e 55% das crianças classificadas fora de risco. Contudo, uma parcela significativa de pacientes apresentou sobrepeso (40% dos adultos), enquanto 8% estavam desnutridos, evidenciando a coexistência de diferentes perfis nutricionais no ambiente hospitalar.

Os resultados destacam a importância de ferramentas de rastreamento como parte do cuidado integral, facilitando a identificação precoce de riscos nutricionais e promovendo práticas oportunas. A alta prevalência de condições crônicas e a necessidade de dietas adaptadas reforçam o papel do nutricionista na hospitalização, tanto no manejo de pacientes desnutridos quanto na readequação nutricional em casos de excesso de peso e obesidade.

Os resultados destacam a importância de abordagens nutricionais individualizadas no ambiente hospitalar e sugerem a necessidade de estudos futuros que investiguem fatores associados à desnutrição e sobrepeso em diferentes contextos clínicos. Este estudo contribuiu para a ampliação do conhecimento e para o fortalecimento da prática nutricional

hospitalar baseada em evidências.

6 REFERÊNCIAS

1. Diogo Oliveira Toledo, Maria S, Lilian Mika Horie, Brescovici L, Melina Gouveia Castro, Guilherme Duprat Ceniccola, et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. BRASPEN Journal [Internet]. 2023 Feb 7;33(1):86–100. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/63e28d4aa9539528341f30a5>
2. Aquino R de C de, Philippi ST. Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados. RevAssoc Med Bras [Internet]. 2011Nov;57(6):637–43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000600009>
3. Rezende IFB, Oliveira VS de, Kuwano EA, Leite APB, Rios I, Dórea YSS, Chaves VL. Prevalência da desnutrição hospitalar em pacientes internados em um hospital filantrópico em Salvador (BA), Brasil. cmbio [Internet]. 1º de julho de 2004 [citado 21º de fevereiro de 2024];3(2):194-200. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4425>
4. Micheli ET, Abrahão CLO, Grigoletti SS, Berizzi V, Cruz LB. Diagnóstico nutricional: comparação entre os instrumentos de avaliação nutritionriskscreening (NRS-2002) e avaliação nutricional do hospital de clínicas de Porto Alegre (AN-HCPA). Rev HCPA 2009;29(1).
5. Lima G, Lima KVG, Bernardo LQV, Almeida EMC, Santos PAC, Prado EMS, Virginia L. Relação entre o instrumento de triagem nutricional (NRS-2002) e os métodos de avaliação nutricional objetiva em pacientes cirúrgicos do Recife (Pernambuco, Brasil). Nutr. clín. diet. hosp. 2014;34(3):72-79.
6. Oliveira NMSC, Marques LC, Rocha FVT, Rodrigues MDC, Moreira ECC, Bonfim NCLC. Vista do diagnóstico precoce de desnutrição no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura [Internet]. Editoraintegrar.com.br. 2024 [cited 2024 Aug 29]. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/remis/article/view/3990/584>
7. Biangulo BF, Fortes RC. Métodos subjetivos e objetivos de avaliação do estado nutricional de pacientes oncológicos. Com. Ciências Saúde. 2013;24(2):131-144.
8. Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Paes-Barbosa FC, Cecconello I, Waitzberg DL. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. Rev. Nutr. Campinas 2008;21(5):553-561.
9. Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF. Dutch national survey to test the STRONG kids nutritional risks screening tool in hospitalized children. Clin Nutr 2010;29:106-11.
10. Carvalho FC de, Lopes CR, Vilela L da C, Vieira MA, Rinaldi AEM, Crispim CA. Tradução e adaptação cultural da ferramenta Strongkids para triagem do risco de desnutrição em crianças hospitalizadas. Rev paul pediatr [Internet]. 2013Jun;31(2):159– 65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000200005>.

11. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP.
12. Toledo DO, Piovacari SMF, Horie LM, Matos LBN, Castro MG, Ceniccola GD, Corrêa FG, Giacomassi IWS, Barrère APN, Campos LF, Verotti CCG, Matsuba CST, Gonçalves RC, Falcão H, Dib R, Lima TEC, Souza IAO, Gonzalez MC, Correia MID. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. BRASPEN J 2018;33(1):86-100
13. Silva SLA, Torres JL, Peixoto SV. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. e Saú. Colet. 2020;25(3):783-792.
14. Marques ACS, Catanhede NAC, Silva MB, Galvão CEP. Triagem de risco nutricional em pacientes internados em uma unidade de cuidados intensivos. BRASPEN 2018;33(4): 1-4
15. Silva MVB, Alves BVS, Sales MS, Filho CAL, Oliveira AS, Barros GLP, Carvalho RLL et al. Caracterização do perfil epidemiológico da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil: um estudo descritivo. EnfermBras 2022;21(2): 1-12
16. Barros DM, Silva APF, Moura DF, Barros MVC, Pereira ABS, Melo MA, Silva ALB et al. The influence of food and nutritional transition on the increase in the prevalence of chronic non-communicable diseases. Braz Jour of Develop 2021;7(7): 1-18
17. Melo MTB, Santana GBA, Silva LC, Neves LMB, Souza CDF, Rodrigues AKBF. Prevalence of Chronic Non-Communicable Diseases in elderly people in the Northeast: an integrative review. Divers Journ 2023;8(1): 432-444
18. Alexandrino A, Xavier BLQ, Oliveira FB, Santos ABMV, Quirino ALS, Andrade FB. Morbimortalidade por doenças do aparelho respiratório no brasil: um estudo ecológico. RevCiêncPlur 2022;8(2): 1-21
19. Dias FLT, Mendonça FD, Pinto GM, Borges ISC, Oliveira SV. Respiratory diseases in the TriânguloMineiro: Epidemiological analysis and projective with the COVID-19 pandemic. J. Health BiolSci. 2020;8(1):1-6
20. Beghetto MG, Manna B, Candal A, Mello ED, Polanczyk CA. Triagem nutricional em adultos hospitalizados. Rev. Nutr. 2008;21(5):589-601.
21. Sahli L, Hagenbuch N, Ballmer PE, Rhlin M, Imoberdorf R. NRS-2002 components, nutritional score and severity of disease score, and their association with hospital length of stay and mortality. Swiss Medical Weekly. 2021 Jul 14;
22. Souza LA, Luz MCL, Moura ISC, Silva TP. Vista do Associação da Ferramenta de Triagem Nutricional Strongkids com Parâmetros Antropométricos em Crianças [Internet]. Ufal.br. 2024. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/7779/5622>

23. Barbosa AAO, Vicentini AP, Langa FR. Comparação dos critérios da nrs-2002 com o risco nutricional em pacientes hospitalizados. Ciênc. saúde coletiva 2019;24(9): 1-10
Silva FE, Silva JMG, Costa LOA, Nogueira RB. Triagem Nutricional por NRS 2002 em Pacientes Indicados a Cirurgias Abdominais Eletivas no Ambulatório de Pré-operatório. BJHR 2022;5(3): 1-10
24. Maciel JRV, Nakano EY, Carvalho QMB, Dutra ES. Validação do "Strong Kids": acurácia do instrumento. J. Pediatr. 2020;96(3): 1-8
25. Selistre MB, Tartari RF, Zaffari D. Desnutrição na admissão hospitalar: análise preliminar a partir de uma coorte de pacientes internado. ISSUU 2023;1(3): 15-21.
26. Ribeiro CM, Miyaki LS, Fernandes MCP, Morimoto IMI. Dietas hospitalares por via oral modificadas na consistência: avaliação da adequação da oferta de nutrientes para idosos hospitalizados. BRASPEN J 2023;38(3): 265-271
27. Nascimento DBD, Campos LF, Dias MCG, Fabre MES, Lopes NLA, Junior PAO, Orlandi SP et al. Dieta oral no ambiente hospitalar: posicionamento da BRASPEN. BRASPEN J 2022;37(3): 207-227

ANEXOS

Anexo 1 - Declaração de infraestrutura e concordância

Eu, Flávio Maluf Caldas, na qualidade de responsável Diretor Geral pelo **Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena**, AUTORIZO a realização da pesquisa com dados retrospectivos intitulada **“PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO NA ADMISSÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL DA CIDADE DE BARBACENA-MG”** a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador responsável **Elisa Grossi**

Mendonça; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética para a referida pesquisa.

Barbacena, 05 de março de 2024.

Flávio Maluf Caldas

Diretor Geral