

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

THAISY CORREIA GUERRA DELGADO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE NUTRIÇÃO, CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS E DESFECHO CLÍNICO DE PACIENTES INTERNADOS EM
UM HOSPITAL DE ATENDIMENTO DO SUS – GUARUJÁ – 2019**

SANTOS/SP

2020

THAISY CORREIA GUERRA DELGADO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE NUTRIÇÃO, CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS E DESFECHO CLÍNICO DE PACIENTES INTERNADOS EM
UM HOSPITAL DE ATENDIMENTO DO SUS – GUARUJÁ – 2019**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Montani Caseiro.

SANTOS/SP

2020

Autorizo a reprodução total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Delgado, Thaisy Correia Guerra.
Políticas Públicas de Nutrição, Características Epidemiológicas e Desfecho Clínico de Pacientes Internados em um Hospital de Atendimento do SUS – Guarujá – 2019/ Thaisy Correia Guerra Delgado.
2020.
132 f.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Montani Caseiro.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília,
Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Dimensões individuais e coletivas, Santos, SP, 2019.

1. Desnutrição. 2. Epidemiologia. 3. Resposta Orgânica. 4. Evolução clínica.
Caseiro, Marcos Montani. II. Título.

Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

THAISY CORREIA GUERRA DELGADO

***“POLÍTICAS PÚBLICAS DE NUTRIÇÃO, CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS E DESFECHO CLÍNICO DE PACIENTES INTERNADOS EM
UM HOSPITAL DE ATENDIMENTO DO SUS – GUARUJÁ – 2020”***

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas. §

Aprovado(a) com média _____

Santos, ____ de _____ 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marcos Montani Caseiro

Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

Profa. Dr. Arnaldo Etzel

Dedico este trabalho primeiramente a Deus pela oportunidade de trilhar esta nova trajetória. A minha família e a minha equipe de trabalho que me deram forças para concluir este objetivo. E ao meu filho que é a luz da minha vida.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”
Cora Coralina

RESUMO

A nutrição tem um papel fundamental na garantia de um desenvolvimento neuro-psico-motor desde o nascimento, sendo um dos pilares da saúde dos adultos, fornecendo micro e macro nutrientes que garantem não somente fontes de energia necessários a manutenção do funcionamento do organismo bem como secundariamente em sua atividade laborativa. Reconhecida não só pela OMS, 1948 como um direito fundamental, e corroborada pela constituição cidadã de 1988. O presente estudo tem por objetivo determinar a prevalência de pacientes que internam em um Hospital do SUS, único Hospital público no município de Guarujá, com atendimento clínico e Cirúrgico, durante o ano de 2019. Através da avaliação de um **score** nutricional, que leva em conta diferentes variáveis. Os pacientes foram classificados conforme a existência de Risco Nutricional (Desnutrição) ou não e o seu desfecho durante a internação: óbito ou alta hospitalar. Os resultados mostraram que de um total de 877 pacientes estudados e que foram internados no período, 296 (33,8%) dos pacientes apresentaram desnutrição ao se internar independentemente da patologia; destes 95 (32,1%) evoluíram para óbito, em comparação a 98(16,9%) nos pacientes sem desnutrição. O risco demonstrado pela medida de associação **Odds Ratio** (OR) foi de 2,32 vezes mais chance para o desfecho óbito no grupo desnutrido em comparação com o grupo sem desnutrição durante a internação. Ainda que o direito a uma adequada nutrição esteja garantido constitucionalmente, pouco se tem discutido sobre este tema, principalmente em relação ao ambiente hospitalar. A desnutrição ainda que possa ser observada de diversas formas em diferentes etapas da vida, nossos dados mostram que a desnutrição tem um enorme impacto nos indivíduos durante uma enfermidade e que necessitam de internação. O direito a saúde entre outros envolve necessariamente o direito a uma adequada dieta que garanta uma qualidade de vida e menores riscos a saúde, principalmente nos momentos de maior vulnerabilidade individual.

Palavras-chave: Desnutrição. Epidemiologia Nutricional. Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Nutrition has a fundamental role in guaranteeing a neuro-psycho-motor development from birth, being one of the pillars of adult health, providing micro and macro nutrients that guarantee not only sources of energy necessary to maintain the functioning of the organism as well as secondarily in their work activity. Recognized not only by OMS, 1948 as a fundamental right, and corroborated by the 1988 citizen's constitution This study aims to determine the prevalence of patients admitted to a SUS Hospital, the only public hospital in the city of Guarujá, with clinical and surgical care, during 2019. Through the assessment of a nutritional score, which takes into account account different variables. Patients were classified according to whether there was a Nutritional Risk (Malnutrition) or not and their outcome during hospitalization: death or hospital discharge. The results showed that out of a total of 877 patients studied and who were hospitalized in the period, 296 (33.8%) of the patients presented malnutrition upon admission regardless of the pathology; of these 95 (32.1%) died, compared to 98 (16.9%) in patients without malnutrition. The risk demonstrated by the Odds Ratio (OR) association measure was 2.32 times more likely to result in death in the malnourished group compared to the group without malnutrition during hospitalization. Although the right to adequate nutrition is constitutionally guaranteed, little has been discussed on this topic, especially in relation to the hospital environment. Malnutrition, although it can be observed in different ways at different stages of life, our data show that malnutrition has a huge impact on individuals during an illness and who need hospitalization. The right to health, among others, necessarily involves the right to an adequate diet that guarantees a quality of life and lower health risks, especially in times of greater individual vulnerability

Keywords: Malnutrition. Nutritional Epidemiology. Public policy. Health Unic System.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados.....	21
Tabela 2 – Descrição da amostra.....	24
Tabela 3 – Distribuição de pacientes por serviços.....	25
Tabela 4 – Níveis dos valores das variáveis bioquímicas e imunológicas.....	25
Tabela 5 – Média das variáveis do filtro para os diferentes graus de desnutrição segundo o ASG.....	26
Tabela 6 - Média das variáveis do filtro para os diferentes graus de desnutrição segundo AEN.....	26
Tabela 7 - Relação dos resultados de acordo com o ASG e o filtro.....	26
Tabela 8 - Relação dos resultados de acordo com o AEN e o filtro.....	26
Tabela 9 - Frequência de risco pré-internação nos pacientes internados no período de janeiro a abril de 2019.....	37
Tabela 10 - Frequência dos pacientes segundo desfecho (Óbito), internado no período de janeiro a abril de 2019.....	38
Tabela 11 - Tabela de Contingência relacionando risco na internação e desfecho (Óbito) dos pacientes, internados no período de janeiro a abril de 2019.....	38
Tabela 12 - Tabela de Contingência relacionando Índice de Massa Corporal (IMC) - Categorizado e desfecho (Óbito) dos pacientes, internados no período de janeiro a abril de 2019.....	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Frequência dos pacientes segundo o sexo, internados no período de Janeiro a Abril de 2019.....	37
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS
(coloquei ponto final após a definição de cada sigla)

ASG	-	Avaliação Subjetiva Global.
AEN	-	Avaliação do Estado Nutricional.
AENS	-	Aliança Europeia para a Nutrição e Saúde.
AND	-	Academia de Nutrição e Dietética.
CCAOAM	-	Comissão Conjunta de Acreditação Organização de Assistência Médica.
CDSANPE	-	Conselho de Diretores da Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral.
CID	-	Classificação Internacional de Doenças.
CNSPM	-	Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica.
CONUT	-	Controle Nutricional.
DFT	-	Desnutrição Ferramenta de Triagem.
DH	-	Desnutrição Hospitalar.
EA	-	Efeito Adverso.
EGS	-	Subjective Global Evolution.
ELAN	-	Latin American Nutrition Study.
EMTN	-	Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional.
EP	-	Element of Performance.
FAO	-	Food and Agriculture Organization das Nações Unidas.
FELANPE	-	Federação Latino-Americana de Nutrição Parenteral.
GD	-	Grupo de Diagnóstico.
GEP	-	Gastrostomia Endoscópica Percutânea.
GRD	-	Grupo Relacionado com Diagnóstico.

IBANUTRI	-	Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar.
IMC	-	Índice de Massa Corporal.
MNA	-	Mini Nutricional Avaliação.
MNA	-	Mini Nutrition Assessment.
MST	-	Malnutrition Screening Tool.
MUST	-	Malnutrition Universal Screening Tool.
NAC	-	Nível de Albumina e Colesterol.
NE	-	Nutrição Enteral.
NP	-	Nutrição Parenteral.
NPO	-	Nothing by mouth.
NRS	-	Nutricional Risk Screening.
NST	-	Nutritional Screening Tool.
OR	-	Odds Ratio.
OMS	-	Organização Mundial de Saúde.
PCUS	-	Projeto de Custo e Utilização da Saúde.
QANS	-	Questionário de Avaliação Nutricional Simplificada.
SANPE	-	Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral.
SENCM	-	Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo.
SENPE	-	Sociedade Europeia de Nutrição Parenteral e Enteral.
SBNPE	-	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral.
SNAQ	-	Short Nutrition Assessment Questionnaire.
SNOs	-	Suplementos Nutricionais Oraís.
SUS	-	Sistema Único de Saúde.
TRN	-	Triagem de Risco Nutricional.
UE	-	União Europeia.

- NIS - Núcleo Integrado de Saúde.
- LOS - Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90.
- PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
- SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.
- DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Considerações Gerais.....	15
1.2 Desnutrição e Processo Saúde Doença.....	17
1.3 Epidemiologia da Desnutrição	18
1.3.1 Um Problema Global.....	19
1.3.2 A Situação no Brasil	20
1.3.3 A Questão da Desnutrição Hospitalar	23
1.4 Direito à Saúde e Nutrição.....	28
1.4.1 A Nutrição como Direito	32
1.4.2 A Evolução das Políticas de Nutrição no Brasil.....	34
OBJETIVOS.....	34
2.1 Geral.....	34
2.2 Específico.....	34
3. Material e Método.....	35
4. Resultados.....	37
5. Discussão.....	40
6. Conclusão.....	43
7. Referências Bibliográficas.....	44

1. Introdução

1.1 Considerações Gerais

A nutrição tem um papel essencial na promoção da saúde da população; e por consequência lhe confere um caráter fundamental no planejamento de ações e programas governamentais de saúde pública, em todos os níveis: local, regional e nacional. Carências nutricionais nas suas diferentes formas são responsáveis por efeitos deletérios graves no crescimento, no desenvolvimento físico e neuropsicomotor, bem como secundariamente na sua capacidade laborativa.

A desnutrição foi definida como o estado nutricional em que uma deficiência, ou desequilíbrio de energia, proteína e outros nutrientes causam efeitos adversos sobre o corpo (tamanho, forma, composição) e com consequências clínicas e funcionais. (Stratton, Hackston, Longmore, Dixon, Price, Stroud, et al, 2004)

Importante ressaltar que a ideia de saúde como direito, reconhecida internacionalmente em 1948, na aprovação da declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu artigo XXV, já inclui a ideia de direito alimentar, como um direito fundamental, conforme texto abaixo:

“... todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.”

Atualmente, o Comitê Internacional de Diretrizes Brasileiras em Terapia Nutricional publicou um novo consenso para definir a síndrome da desnutrição em adultos. Os autores apontam que a intensidade da inflamação é um fator-chave no grau de desnutrição e desenvolvimento. De acordo com a orientação do Comitê Internacional, quando a inflamação crônica é leve a moderada (como a falha do órgão, do cancro do pâncreas, obesidade, artrite reumatoide ou sarcopênica) pode-se utilizar o termo "desnutrição doença crônica relacionada" e, quando a inflamação é aguda e grave (infecção grave, queimaduras, trauma ou traumatismo craniano), o termo "doença aguda ou lesões relacionadas à desnutrição" é preferido. (Ministério da Saúde – BVMS, 2019)

Como pode - se observar, a nutrição representa um dos pilares do processo Saúde-Doença, sendo a carência alimentar nas suas mais diferentes formas, seja proteica, calórica, ou a chamada fome oculta por deficiência de micronutrientes traz

graves consequências não só no desenvolvimento na infância como afeta severamente os adultos, gestantes, etc – levando por consequência a um grave comprometimento físico com repercussões nos mais diferentes órgãos e sistemas do corpo humanos nas suas diferentes fases da vida.

Em decorrência dessas considerações, pode - se tentar observar a desnutrição em diferentes situações; dentre elas a evolução dos pacientes desnutridos em situações de vulnerabilidade, como por exemplo diante de hospitalização ou realização de um procedimento cirúrgico.

Sabe - se que a desnutrição afeta adversamente o curso clínico, custos totais e a qualidade de vida dos pacientes. Estudos recentes confirmam que a prevalência de desnutrição na admissão hospitalar não diminuiu, variando entre 20 e 50% nos países europeus, incluindo a Suíça. (BORGHI et al, 2015)

Dessa forma identificar a desnutrição no ambiente hospitalar é de fundamental importância para evitar ou minimizar o impacto no curso clínico dos pacientes. Portanto, a associação com maiores complicações, especialmente infecciosas, hospitalizações mais longas e aumento da mortalidade se comunica diretamente com este quadro, sendo a desnutrição a causa mais frequente de morte no mundo. No caso dos países desenvolvidos, o problema da desnutrição afeta um grupo particular de maneira muito especial, como a dos sujeitos hospitalizados, que assumiram sua própria identidade sob o nome de desnutrição hospitalar (DH). (Santos et al, 2017)

Diversas publicações pioneiras, e mais de 150 estudos clínicos realizados, vários no Brasil, mostram que o risco de desnutrição em pacientes hospitalizados varia entre 30-55%, dependendo da série.

Diante desse cenário, este estudo pretende estudar as características nutricionais de pacientes internados em instituição de atendimento a pacientes do SUS e o desfecho clínico destes pacientes conforme as características nutricionais basais no momento da internação.

Nessa mesma linha em setembro de 1978, é realizada em Alma-Ata, antiga URSS é realizada a se compõe de 10 itens que enfatizam a Atenção primária à saúde (Cuidados de Saúde Primários), salientando a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento. Exortando os governos, a OMS, a UNICEF e as demais entidades e organizações, a declaração defende a busca de uma solução urgente para estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional.

1.2 Desnutrição e Processo Saúde Doença

Cinco principais fatores foram identificados como responsáveis pela desnutrição em hospitais. E estão relacionados a questões de habilidades, logística, organização e administração. Eles afetam a maioria das estruturas e funcionários do hospital. (ALMEIDA et al, 2016).

Na rede hospitalar, base deste trabalho, observou-se a descrição inadequada das respectivas responsabilidades dos papéis dos diferentes profissionais de saúde do hospital na prescrição e no monitoramento do atendimento nutricional. Uma das consequências é a frequente ausência de medidas de parâmetros nutricionais básicos, como peso corporal e tamanho corporal, mesmo em pacientes já desnutridos ou com alto risco de se tornarem assim.

Diante desse fato, segundo Amaro, Correia e Pereira, 2016:

“Essa observação é geralmente correlacionada à falta de sensibilidade da equipe de saúde à relação entre desnutrição e desenvolvimento geral desfavorável.”

Para Silva et al, 2018:

“A redução do tempo de internação hospitalar geralmente sugere que o manejo nutricional ideal não é mais essencial e impede a realização desse tratamento.”

Compreende-se que as responsabilidades e os papéis dos atores do cuidado na avaliação e apoio nutricional devem ser escritos e amplamente publicados nas instituições.

A informação nutricional, na forma de publicações científicas, é muitas vezes complexa e difícil de traduzir em ações concretas no terreno. Diante dessa dificuldade, o médico renuncia ao início de um tratamento nutricional e/ou se contenta com práticas antigas e ultrapassadas (SANTOS et al., 2015).

Os funcionários dos serviços de catering hospitalar (serviço de fornecimento de refeição coletiva) geralmente não estão muito conscientes da importância da dieta no paciente em geral e, especialmente, durante o período de hospitalização.

Um esforço de ensino para todos os grupos profissionais envolvidos, direta e indiretamente, no suporte nutricional dos pacientes deve ser eficaz. O objetivo é conscientizar os funcionários sobre as consequências negativas da desnutrição sobre a evolução da patologia e a tolerância ao tratamento (MIRANDA et al., 2018).

O hospital, tem um problema de marca na nutrição hospitalar. De fato, na admissão, muitos pacientes antecipam uma dieta de má qualidade antes mesmo de terem provado. Outros alimentos que não os da casa, um ambiente pouco amistoso, falta de cuidados com o apetite ou patologias e, às vezes, refeições de má qualidade, confirmam seu aviso desfavorável. Além disso, muitos pacientes acham que os poucos quilos perdidos por meio de uma doença ou cirurgia os ajudarão a encontrar uma linha corporal desejada. Eles, geralmente, não estão cientes de que a perda de peso involuntária, concomitante a um estado de estresse corporal, levará, preferencialmente, ao esgotamento do compartimento proteico de seu organismo, com consequências negativas na cura, no desempenho imunológico, na força física e no tempo, na convalescença, etc. (TEIXEIRA; MIRANDA; BAPTISTA, 2016).

As muitas dietas prescritas pela profissão médica (por exemplo: sem sal, baixo teor de gordura) e os lanches intermediários raros, favorecem uma ingestão insuficiente de alimentos. Normalmente, os hospitais oferecem uma variedade de cardápios, mas não há estrutura suficiente para ajudar o paciente a determinar os alimentos mais apropriados para sua condição. Embora a escolha do cardápio seja uma opção favorável à quantidade e à qualidade da ingestão alimentar, às vezes, é predeterminada demais e, quando a situação médico-terapêutica evolui, a escolha inicial torna-se, às vezes, muito inadequada, o que reduz ainda mais as contribuições nutricionais (BARROS et al., 2017).

1.3 Epidemiologia da Desnutrição

A falta de apetite continua sendo uma das causas importantes da desnutrição hospitalar. O conceito de "cadeia alimentar" foi proposto para promover a ingestão de alimentos. Inclui informações ao paciente sobre a relação entre o estado nutricional e a evolução de sua doença ou a sua tolerância ao tratamento, uma adaptação dos horários das refeições no programa de atendimento, assistência nutricional durante o insucesso da ingestão oral espontânea. Nesse processo, a colaboração interdisciplinar entre o paciente, sua comitiva direta, os médicos, os enfermeiros, os nutricionistas e os colaboradores dos serviços de restauração é fundamental. A investigação observou que essa cooperação raramente funcionava.

A gerência do hospital, raramente, considera o serviço de refeição como um fator importante para o sucesso do gerenciamento terapêutico geral. Como resultado,

o serviço de refeição são muitas vezes removidos do "paciente", o que os torna menos sensíveis ao problema das dificuldades alimentares do paciente hospitalizado. Além disso, os serviços de *catering* (serviço de fornecimento de refeição coletiva) são percebidos acima de tudo no nível logístico, que pode, portanto, funcionar de acordo com as prioridades dissociadas das restrições diretamente relacionadas à patologia, tratamentos e cuidados. (DUARTE et al., 2016).

O controle de qualidade, baseado no monitoramento de indicadores objetivos, raramente está disponível. Na sua ausência, a avaliação da qualidade do serviço de bufê é muitas vezes subjetiva e geralmente exclui pacientes com as maiores dificuldades em comer.

Há mais de 25 anos escreve-se, por autores conhecidos e em trabalhos bem desenhados, sobre desnutrição em hospitais de países com diferentes níveis de desenvolvimento. Com o tempo, os dados sobre a prevalência e incidência de casos de desnutrição hospitalar (DH) expressam números muito semelhantes dos primeiros estudos até o presente. Nesta linha, deve ser feita uma referência especial ao estudo realizado pelo grupo de peritos convocado pelo Conselho da Europa, cujas conclusões finais foram acordadas em fevereiro de 2002. (TAVARES, 2018).

1.3.1 Um Problema Global

A desnutrição possui uma significativa correspondência com diversos fatores sociais, cuidados, nível de escolaridade, idade, doenças subjacentes, neoplasias e tratamento com múltiplas drogas que acabam influenciando o estado nutricional do paciente.

Entre essas causas, a patologia do paciente é um dos fatores principais, como: infecções, mudanças no metabolismo, perda de apetite ou distúrbios digestivos, saúde dental, isolamento social, vícios, doença mental, distúrbios da deglutição, mudanças na percepção do paladar.

1.3.2 A Situação no Brasil

As necessidades nutricionais dos pacientes não são levadas em conta institucionalmente. Oficialmente, ignora-se a dependência do ser humano, como uma unidade biológica viva, uma contribuição que cobre seus gastos, gastos que aumentam tanto na doença quanto em decorrência de muitas ações terapêuticas, situações que tendem, justamente, a limitar a renda e que convergem no paciente admitido. (Ribas; Barbosa, 2017)

Esse fato ainda é ignorado, até pelos profissionais de medicina e enfermagem, quanto mais para a administração. (SANTOS et al., 2015).

Alimentos nos hospitais não são devidamente regulamentados ou controlados, ainda dependendo dos critérios dos diretores ou gerentes de programação e controle, uma vez que eles não têm oficialmente em sua equipe de especialistas em sua calibração e controle de projeto (FREITAS et al., 2017).

O descuido institucional pela alimentação dos pacientes dependentes dos hospitais, chega a tal ponto, que na maioria deles, a especialidade de Dietética (responsável pela produção e distribuição das refeições nos hospitais) não está incluída em seu quadro de pessoal, em qualquer nível de formação acadêmica.

Já existem muitos hospitais que possuem, de fato especialistas em Nutrição, passando a constituir Unidades de Nutrição Clínica e Dietética em cumplicidade com os gestores, mesmo cometendo irregularidades administrativas para alcançar os objetivos, pois agem fora dos regulamentos vigentes (OLIVEIRA et al, 2018).

Mesmo em circunstâncias mais favoráveis, mais de 90% dos pacientes que necessitam, ficam sem a assistência nutricional desejável, pois os responsáveis do paciente não emitem a consulta correspondente. Geralmente, é devido ao fato de que médicos e enfermeiros não dão importância ou desconhecem a importância de um paciente a cargo, permanecendo dias e dias sem alimentação adequada (HERRERA et al., 2018).

Não estão cientes de que, ao longo do tempo, essa crescente desnutrição do paciente limitará a capacidade do organismo enfraquecido de responder, reduzindo, assim, o benefício de procedimentos terapêuticos que podem ter sido planejados desde o início (cirurgia, rádio e quimioterapia atuam com mais eficácia) sobre o paciente mais nutrido. (BONGIOVANI et al., 2018).

A falta de pessoal especializado no diagnóstico e tratamento da desnutrição, a falta de conhecimento e sensibilidade do pessoal de saúde em relação à desnutrição, são fatos estudados e divulgados há quase 30 anos, mas parecem não afetar o estabelecimento médico (ALMEIDA et al., 2016).

Existem ferramentas diagnósticas, mas só podem ser aplicadas a determinados pacientes, selecionados por sua evidente situação de desnutrição ou pelo alto risco envolvido em sua patologia ou nos procedimentos terapêuticos previstos, com a sensibilidade e preocupação dos médicos por sujeito os moverá para começar o estudo diagnóstico por meio da parte correspondente da consulta de perito em nutrição (SANTOS, 2018).

Existem ferramentas de filtro, mas seu uso é aplicável apenas a estudos clínicos. Na prática assistencial, é proibitivo na ausência de pessoal, meios e tempo, que requeiram a prática de uma anamnese, uma pesquisa ou exploração antropométrica (SILVA et al., 2018).

É necessário detectar a desnutrição o quanto antes na evolução dos pacientes para, assim, iniciar o tratamento precoce e estabelecer o sistema de rastreamento adequado. Esses aspectos podem ser automatizados em hospitais modernos com recursos mínimos, graças à infraestrutura de TI (Tecnologia da Informação) que estão equipados para a administração de estadia, hospitalidade, análise, farmácia, documentação (ALMEIDA et al., 2016).

O tratamento requer recursos humanos ainda não previstos pelos sistemas nacionais de saúde, mas é algo que as administrações centrais e regionais precisam repensar para exigir na justiça uma qualidade mínima de atendimento em um aspecto essencial, como a alimentação e a nutrição dos pacientes que dependem desse atendimento (OLIVEIRA, 2018).

A prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados foi bem documentada ao longo das últimas três décadas e é de 19% a 80% dos pacientes, como se mostra na Tabela abaixo, de acordo com o país e o grupo de pacientes estudados (TRENTIN; SIVIERO; BERNARDI, 2016).

Tabela 1 - Prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados

<i>País</i>	<i>Grupos de pacientes</i>	<i>Impacto da desnutrição Hospitalar</i>
EUA, Bistran et al., 1974 ^s	Cirurgia geral	50%

Inglaterra, Hill et al., 1977 ⁶	Cirurgia geral	25%-40%
Suécia, Warnold et al., 1978 ⁷	Cirurgia geral	37%
Tailândia, Tanphaichitr et al., 1980 ⁸	Medicina geral / cirurgia	50%-80%
EUA, Willard et al., 1980 ⁹	Medicina geral / cirurgia	31%
Suécia, Asplund et al., 1981 ¹⁰	Medicina Interna/Psiquiatria	30%
Dinamarca, Jensen et al., 1982 ¹¹	Cirurgia Abdominal	28%
Suécia, Symreng et al., 1982 ¹²	Cirurgia Abdominal	26%
EUA, Meguid et al., 1985 ¹³	Câncer	44%
Espanha, Gassul et al., 1986 ¹⁴	Doença intestino inflamatório	85%
Inglaterra, Bastow et al., 1983 ¹⁵	Cirurgia ortopédica em mulheres idosas	18%
Nueva Zelanda, Pettigrew et al., 1988 ¹⁶	Cirurgia geral	28%
Brasil, Waitzberg et al., 2001 ¹⁷	Medicina geral / cirurgia	48%
Espanha, Trellis et al., 2002 ¹⁸	Disfagia anciãos	32%
América Latina, Correia et al., 2003 ¹⁹	Medicina Geral	50,2%
Suíça, Pichard et al., 2004 ²⁰	Medicina Geral	57,8%
Espanha, De la Cruz, 2004 ²¹	Medicina Geral	65,7%
Índia, Dwyer et al., 2005 ²²	Pacientes Ortopedia	48,8%
Canadá, Singh et al., 2005 ²³	Medicina Geral	69%
Brasil, Salviano et al., 2007 ²⁴	Doença intestino inflamatório	41,7%

Desnutrição hospitalaria no Brasil, 2000, pp. 385-97.5.

Pacientes hospitalizados com baixo estado nutricional apresentam altos riscos de desenvolver altos índices de complicações e mortalidade, e isso está associado ao aumento de custos para a instituição e a sociedade. Quanto maior o tempo de permanência hospitalar, maior o risco de piora da desnutrição, estabelecendo-se um ciclo vicioso com prejuízo para o paciente (BONGIOVANI et al., 2018).

No Brasil, cerca de 15 a 20% dos pacientes são hospitalizados e desnutridos devido a perdas relacionadas à doença de base, com condições socioeconômicas precárias e com um sistema de saúde que não está equipado para receber os pacientes. Por outro lado, procedimentos inadequados de triagem e avaliação, além de intervenções nutricionais inadequadas, contribuem para o agravamento do estado nutricional durante a hospitalização (BERNARDO; AMARAL, 2016).

O SBNPE (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral) promoveu IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar), estudo

epidemiológico transversal, que avaliou o estado nutricional de quatro mil pacientes na rede hospitalar pública de 12 estados brasileiros e no Distrito Federal entre maio e novembro de 1996. Dos pacientes avaliados, 45,4% encontravam-se em hospitais do SUS (Sistema Único de Saúde), 26,1% em hospitais universitários, 14,5% em hospitais associados ao SUS e 14, 1% em hospitais filantrópicos (2018). Todos os pacientes foram avaliados pela técnica de EGS (Subjective Global Evolution), método de avaliação do estado nutricional, essencialmente clínico. Os prontuários foram revisados em busca das variáveis objetivas do estado nutricional, caso existissem (SANTOS, 2018).

1.3.3 A Questão da Desnutrição Hospitalar

As consequências da desnutrição que afetam o sistema imune, o trato gastrointestinal, o sistema endócrino metabólico e a função cardiorrespiratória são bem conhecidas, retardando o processo na cicatrização de feridas, diminuindo a resistência das suturas cirúrgicas, prolongando a duração da ventilação mecânica e favorecendo o risco de trombose venosa devido ao repouso, bem como o surgimento de úlcera de pressão e infecção nosocomial (TAVARES, 2018).

A alta incidência de desnutrição que se tem nos hospitais é simplesmente inaceitável devido à falta de cuidados de qualidade que implica (TRENTIN; SIVIERO; BERNARDI, 2016):

- I. Atrasos na recuperação;
- II. Incidência maior que complicações;
- III. Prolongamento da permanência média;
- IV. Aumento dos custos.

Na Tabela abaixo há dados referentes à idade, sexo, peso, altura e IMC (Índice de Massa Corporal) dos pacientes que compõem a amostra. Apresentam-se os valores das variáveis do filtro para os diferentes graus de desnutrição diagnosticados de acordo com o ASG e o NAC (Nível de Albumina e Colesterol). Observa-se que os níveis de albumina diminuem à medida que o grau de desnutrição aumenta, tanto para ASG quanto para NAC, e que essa diminuição nas médias é estatisticamente significativa. Com o colesterol e os linfócitos, observa-se a mesma tendência

(diminuição dos níveis à medida que o grau de desnutrição aumenta), embora essa mudança de média seja significativa apenas para a ANC (BONGIOVANI et al., 2018).

Tabela 2 - Descrição da amostra

<i>Variável</i>		<i>N = 53</i>
		66,8
Idade (anos).....	Média (SD)	(16,58)
Sexo.....	Homens	52,8%
	Mulheres	47,2%
Tamanho (cm).....	Média (SD)	163,62
		(8,14)
Peso (kg).....	Média (SD)	68,7 (12,9)
IMC.....	Média (SD)	25,6 (4,85)
	IMC <20	15,1%
	20 => IMC <= 25	34%
	IMC > 25	50,9%

Curso de graduação da Universidade de São Paulo (USP)

IMC <20: indivíduos com baixo peso; 20 => IMC <= 25: indivíduos com peso dentro do recomendado; IMC > 25: indivíduos com peso maior que o recomendado.

Tabela 3 - Distribuição de pacientes por serviços

<i>Serviço</i>	<i>%</i>
Cardiologia.....	7,5
Cirurgia Cardiovascular.....	7,6
Cirurgia digestiva geral.....	17,0
Cirurgia maxilo-facial.....	1,9
Cirurgia torácica.....	5,7
Digestivo.....	18,9
Medicina interna.....	15,1
Nefrologia.....	3,8
Pneumologia.....	5,7
Neurology.....	1,9
Otorrinolaringologia.....	3,8
Reumatologia.....	1,9
Traumatologia.....	5,7
Urology.....	3,8
Total N = 53.....	100

Curso de graduação da Universidade de São Paulo (USP)

As tabelas a seguir mostram os resultados da relação bruta entre o filtro e o ASG e AEN, bem como seus testes de hipóteses correspondentes, constatando que essa relação é significativa em ambos os casos. Mostra-se também a análise posterior após o colapso das tabelas com seu correspondente teste de hipótese e medida do grau de concordância, obtendo também resultados estatisticamente significantes, bem como a sensibilidade e especificidade para o filtro contra AEN (tabelas 7 bis, 8 bis) (AMARO; CORREIA; PEREIRA, 2016).

A amostra colhida no estudo é útil para avaliar a ferramenta em pacientes cujos parâmetros não são excessivamente influenciados pela patologia subjacente ou por procedimentos terapêuticos agressivos. Em trabalhos subsequentes, estudaram a validade e a precisão da ferramenta para uma amostra representativa da população total hospitalizada que incluía os pacientes excluídos nessa avaliação inicial, bem como para amostras de diferentes grupos (SILVA et al., 2018).

Tabela 4 - Níveis dos valores das variáveis bioquímicas e imunológicas

Parâmetros	Albumina sérica		Colesterol total		Linfócitos totais	
	N	%	N	%	N	%
Normal.....	28	52,8	22	41,5	24	45,3
Suave.....	16	30,2	17	32,1	12	22,6
Moderado.....	6	11,3	11	20,8	8	15,1
Sério.....	3	5,7	3	5,7	9	17,0

N = número de indivíduos.

Curso de graduação da Universidade de São Paulo (USP)

Tabela 5 - Média das variáveis do filtro para os diferentes graus de desnutrição segundo o ASG

	Normal	Moderado	Sério	P
No. de indivíduos.....	30	19	4	
Albumina (g / dl).....	3,65	3,28	2,57	P = 0,000 *
(SD).....	(0,37)	(0,58)	(0,22)	
Colesterol (mg / dl).....	178,0	162,8	140,0	P = 0,073
(SD).....	(49,3)	(47,7)	(28,2)	
Linfócitos totais / ml.....	1.676,3	1.420,5	1.052,5	P = 0,111
(SD).....	(810,2)	(614,0)	(745,8)	

* P <0,05 significativo.

Curso de graduação da Universidade de São Paulo (USP)

Tabela 6 - Média das variáveis do filtro para os diferentes graus de desnutrição segundo AEN

	Normal	Leve	Moderado	Sério	P
No. de indivíduos.....	26	14	10	3	
Albumina (g / dl).....	3,75	3,43	2,96	2,43	P = 0,000 *

(SD).....	(0,30)	(0,46)	(0,44)	(0,50)	
Colesterol (mg / dl).....	183,6	172,2	141,0	118,7	<i>P</i> = 0,020
(SD).....	(49,1)	(42,2)	(38,3)	(33,6)	
Linfócitos totais / ml.....	1.788,5	1.545,7	1.053,0	940,0	<i>P</i> = 0,025 *
(SD).....	(780.6)	(630.9)	(495,8)	(891.7)	

* *P* <0,05 significativo.

Curso de graduação da Universidade de São Paulo (USP)

Tabela 7 - Relação dos resultados de acordo com o ASG e o filtro

<i>Filtrar</i>	<i>Normal</i>	<i>Moderado</i>	<i>Sério</i>	<i>Total</i>
Normal.....	14	4	0	18
Suave.....	12	5	0	17
Moderado.....	4	8	3	15
Sério.....	0	2	1	3
Total.....	30	19	4	53

** = 17,656; *p* = 0,007.

Curso de graduação da Universidade de São Paulo (USP)

Tabela 8 - Relação dos resultados de acordo com o AEN e o filtro

<i>Filtrar</i>	<i>Normal</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Sério</i>	<i>Total</i>
Normal.....	15	3	0	0	18
Suave.....	10	6	1	0	17
Moderado.....	1	5	8	1	15
Sério.....	0	0	1	2	3
Total.....	26	14	10	3	53

Curso de graduação da Universidade de São Paulo (USP)

A amostra é bem distribuída, pois, como mostram os dados coletados nas tabelas IV e V, coincidem com aqueles obtidos em outros estudos de médias maiores realizadas no hospital, pacientes de todos os serviços são representados, proporcionalmente à sua capacidade e sua distribuição por sexo é homogênea (SANTOS et al., 2015).

Encontra-se uma associação estatisticamente significativa entre os resultados da avaliação de desnutrição do CONUT com os resultados do ASG e do AEN (tabelas 7 e 8) e também se observa que essa associação é mantida após o colapso das tabelas (tabelas 7 bis e 8 Ibis) (NASCIMENTO et al., 2017).

Esse último resultado indica que a ferramenta de filtro "combina" o ASG e o AEN na sua diferenciação de pacientes normais ou leves dos moderados ou severos, e que é nesta diferenciação que a origem do significado da associação está. Isso apoiaria a utilidade do instrumento quando se trata de diferenciar pacientes que precisariam de assistência nutricional imediata (pacientes com desnutrição moderada

ou grave) daqueles que iriam para programas de observação ou profilaxia (desnutridos normais ou leves) (MIRANDA et al., 2018).

Os resultados do grau de concordância entre o filtro e o ASG e o filtro e o AEN são $kappa = 0,488$ e $kappa = 0,669$, respectivamente. Estes são níveis de concordância muito aceitáveis no exame clínico usual. É esperado que o grau de associação entre o filtro e AEN seja maior que entre o filtro e o ASG, pois o ASG é um método subjetivo de avaliação do estado nutricional de natureza principalmente retrospectiva, enquanto o ENC, conta para o avaliação, além da anamnese, com medidas objetivas atualizadas (antropométricas e analíticas), que está mais de acordo com o método utilizado pelo filtro, também com base em dados objetivos atuais (TEIXEIRA; DE MIRANDA; BAPTISTA, 2016):

Tomando como "ouro padrão" a avaliação nutricional completa, pode-se verificar que a sensibilidade do filtro é de 92,30 e sua especificidade de 85,00. Esses resultados confirmam que a ferramenta CONUT é válida como método de triagem para a detecção precoce da desnutrição hospitalar, realizando inclusive uma primeira avaliação muito indicativa do estado nutricional da população hospitalizada (BARROS et al., 2017).

A desnutrição tem sido frequentemente referida como o "esqueleto no armário do hospital", como é frequentemente ignorado, não diagnosticado e não tratado, apesar disso, as consequências negativas da desnutrição têm sido amplamente relatadas na literatura e podem ser separadas em duas categorias principais: consequências para o paciente e consequências para o serviço de saúde, como (TEIXEIRA; DE MIRANDA; BAPTISTA, 2016).

A desnutrição coloca um estresse adicional nos serviços de saúde agudos. Como afirmado anteriormente, pacientes desnutridos frequentemente apresentam maiores taxas de infecções e úlceras por pressão (e conseqüentemente necessitam de maior assistência de enfermagem), necessitam de mais medicamentos, são menos independentes devido à perda muscular e conseqüentemente maior tempo de permanência hospitalar. Todas essas questões combinadas indiretamente aumentam os custos hospitalares associados ao tratamento do paciente, secundários ao gerenciamento de sua principal razão médica para admissão (OLIVEIRA; FORTES, 2018).

A desnutrição também tem efeito direto nos custos financeiros para as unidades de saúde devido à desnutrição não tratada baseada simplesmente no aumento do LOS associado à desnutrição.

Para ilustrar, um estudo descobriu que os pacientes em risco de desnutrição tinham 6 dias mais tempo do que aqueles sem risco nutricional, resultando em custos de tratamento para pacientes desnutridos aumentando em US \$ 1.633 por paciente por internação hospitalar. Tomando a abordagem oposta, um estudo semelhante analisou o custo-benefício associado à intervenção nutricional em pacientes em risco de desnutrição e descobriu que a intervenção precoce utilizando produtos nutricionais especializados e revisões frequentes foi mais custo-efetiva do que a intervenção precoce ou a revisão frequente, com uma economia estimada para a unidade de saúde de USD1.064 por paciente (ROSA et al., 2017).

Parece evidente pelo número de pesquisadores que examinaram a relação entre a desnutrição e seu efeito sobre os pacientes e os custos do tratamento, que benefícios tanto para indivíduos como para hospitais existem se a desnutrição for corretamente identificada e tratada (TRENTIN; SIVIERO; BERNARDI, 2016).

1.4 Direito à Saúde e Nutrição

Os serviços de alimentação e nutrição institucionais guiam - se para a oferta de refeições nutricionalmente equilibradas e seguras do ponto de vista da qualidade higiênico-sanitária e para a recuperação ou manutenção da saúde dos indivíduos.

Quando a instituição é o hospital, que tem como objetivo principal a recuperação da saúde, a atenção integral ao paciente internado abrange um conjunto de cuidados, dentre os quais estão os cuidados com a alimentação e a nutrição.

Além de oferecer alimentos seguros aos pacientes no ambiente hospitalar, é necessário corrigir e/ou evitar deficiências nutricionais que contribuem com o aumento das complicações e da mortalidade; identificar em tempo hábil os pacientes que necessitam um apoio nutricional e, ao reconhecer os benefícios de se alimentarem os pacientes hospitalizados com seus alimentos favoritos, oferecer uma possibilidade de dietas que contribuam para amenizar o sofrimento da doença e da internação, mantendo o equilíbrio nutricional adequado.

Esses cuidados abrangem avaliação do estado nutricional do paciente, identificação de metas terapêuticas, escolha das intervenções a serem implementadas, identificação das orientações necessárias ao paciente e formulação de um plano de avaliação, devidamente documentado.

O cuidado nutricional no ambiente hospitalar tem sua centralidade na equipe de nutrição e implica cooperação de várias categorias profissionais, como médicos, enfermeiros, entre outros profissionais.

Para isso, além dos conhecimentos sobre alimentos e nutrição, torna-se indispensável que os profissionais tenham clareza de seus papéis e responsabilidades no processo do cuidado nutricional.

A literatura nacional e internacional tem ressaltado o impacto da hospitalização no estado nutricional; a importância epidemiológica da desnutrição hospitalar em pacientes internados.

Para a realidade brasileira, os dados do Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibranutri), de 1999, apontaram uma elevada prevalência de desnutrição nos hospitais atribuída às precárias condições alimentares anteriores à internação e/ou à deterioração do estado nutricional após ela. O estudo revelou que 48,12% dos doentes internados na rede pública do país encontravam-se desnutridos e que a desnutrição hospitalar progride na medida em que aumenta o período de internação.

O reconhecimento dessa questão como relevante no cuidado do paciente, em especial no contexto brasileiro, não parece ter gerado as mudanças necessárias no âmbito hospitalar. Desse modo, a questão permanece como um problema que deve ser estudado e enfrentado no bojo das ações de atenção nutricional.

A ação de Estado no campo da saúde no Brasil para minimizar e/ou eliminar riscos à saúde relacionados com a alimentação hospitalar é levada a cabo pela vigilância sanitária. Para averiguar a propriedade dos alimentos para o consumo humano hospitalar e as condições sanitárias dos estabelecimentos e nelas intervir, a vigilância sanitária realiza inspeções em hospitais e demanda análise de produtos coletados nos laboratórios oficiais.

Essas inspeções são calcadas em roteiros que, no caso da alimentação hospitalar, privilegiam componentes de estrutura dos setores de produção de alimentos e os produtos utilizados, em detrimento da avaliação mais abrangente da qualidade do processo de cuidado nutricional. Dentre os aspectos considerados,

pode-se citar a qualidade dos insumos utilizados para suporte nutricional. Dos não considerados, a verificação da realização ou não, pelo hospital, da avaliação e do acompanhamento do estado nutricional dos pacientes, mormente dos que estão sob risco nutricional. Ou seja, a vigilância sanitária não contempla a detecção de um possível risco nutricional para o paciente.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que, por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e desnutrição. Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A completar-se dez anos de publicação da PNAN, deu-se início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde. Em parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde conduziu um amplo e democrático processo de atualização e aprimoramento da Política, por meio de 26 Seminários Estaduais e do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos que contaram com a presença de conselheiros estaduais e municipais de Política Nacional de Alimentação e Nutrição; entidades da sociedade civil; entidades de trabalhadores de saúde; gestores estaduais e municipais de Alimentação e Nutrição e da Atenção Básica; conselheiros estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição vinculados a universidades e especialistas em políticas públicas de saúde e de alimentação e nutrição.

Nessa nova edição, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. Está organizada, também, em diretrizes que abrangem o escopo da

atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações.

É de suma importância ressaltar que é responsabilidade dos sistemas de saúde garantir a qualidade do atendimento proporcional à sua disponibilidade, com a adequada distribuição de recursos à demanda de saúde (BARROS et al., 2017).

O paciente hospitalizado tem direito a receber um mínimo de assistência e ser diagnosticado no momento de quantas doenças podem ser portadoras ou credoras (GUERRA et al., 2015).

A desnutrição torna o processo de cuidado mais custoso, aumentando a morbidade, complicações pós-operatórias, internação hospitalar e a frequência de readmissões, tudo ao ponto de que apenas no nível econômico seria justificada a abordagem de prevenção e tratamento desnutrição precoce nos pacientes (LOPES et al., 2017).

Como foi levantado o problema, pode parecer que se está diante de uma causa perdida, mas não é assim. É verdade que esse esforço não tem sido fácil até agora. Depois de tantos anos de impotência diante da degradação e morte de pacientes, mantendo números de morbidade de séculos anteriores, podendo agora pensar em outro modo de agir para enfrentar o problema (ANDRADE et al., 2016).

Para isso, tem que ter a introdução da tecnologia da informação em gestão e pesquisa, o que já é um fato, e incluir nos procedimentos de trabalho, e modernizar a tarefa diária e corrigir os erros que se tem arrastado (DUARTE et al., 2016).

A natureza do problema, devido à sua extensão, potencialmente afetando todos os pacientes internados nos hospitais e devido à gravidade, tanto em termos de saúde e economia, requer centralizar o controle, valorizando os especialistas (OLIVEIRA; FORTES, 2018).

Deve-se tentar evitar a desnutrição em pessoas que, exigem uma hospitalização, satisfazer as circunstâncias mais favoráveis para sofrer, valorizando o risco de uma forma sistemática (GOMES et al., 2015).

1.4.1 A Nutrição como Direito

Em observância aos princípios do SUS, os gestores de saúde atuam no sentido de viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Entende-se como responsabilidades:

Elaborar o plano de ação dentro dos instrumentos de planejamento e gestão para implementação da PNAN;

Pactuar, na Comissão Intergestores Tripartite, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde;

Avaliar e monitorar as metas nacionais de alimentação e nutrição para o setor saúde, de acordo com a situação epidemiológica e nutricional;

Prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde;

Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal de Saúde;

Prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na implantação dos sistemas de informação dos programas de alimentação e nutrição e de outros sistemas de informação em saúde que contenham indicadores de alimentação e nutrição;

Apoiar a organização de uma rede de Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, fomentando o conhecimento e a construção de evidências no campo da alimentação e nutrição para o SUS;

Apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, mantendo atualizada uma agenda de prioridades de pesquisa em Alimentação e Nutrição para o SUS;

Promover a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com SISAN;

Estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em Alimentação e Nutrição da Rede de Atenção Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional do povo brasileiro.

Um dos princípios do SUS, a integralidade está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o paciente, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa.

Pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Por isso, este valor paira como uma orientação geral nos serviços de saúde, já que o Estado tem o dever de oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, como oficializou a Constituição Federal de 1988.

Para atender a esta necessidade da população, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade. Historicamente, este conceito também está ligado a um movimento de medicina integral, que denunciava a especialização crescente dos profissionais de saúde.

Com a Reforma Sanitária, a atenção integral se tornou uma das diretrizes do SUS. “A ‘integralidade’ como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade”

1.4.2 A Evolução das Políticas de Nutrição no Brasil

Políticas Públicas, segundo definição de Rua (2009, p. 19),

“são uma das resultantes da atividade política: compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos.”

Sendo assim, políticas públicas são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado, diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. As políticas públicas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes públicos enquanto novos direitos das pessoas, comunidades, coisas ou outros bens materiais ou imateriais.

As políticas desenvolvidas pelo Estado brasileiro, cujo objeto envolve as dimensões múltiplas da alimentação e nutrição, ganharam novo direcionamento a partir da Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan) - Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan). De acordo com o conceito adotado na legislação brasileira, A segurança alimentar e nutricional - SAN - consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (art. 3º da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006)

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência de pacientes desnutridos internados em um Hospital do Município de Guarujá de atendimento ao SUS

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever fatores epidemiológicos associados ao grau de desnutrição na internação dos pacientes;

Determinar o desfecho clínico dos pacientes internados de acordo com sua avaliação nutricional na internação;
Discutir as políticas de nutrição do país e a real situação em um hospital de atendimento do SUS.

3. Material e Método

O presente estudo foi realizado através do levantamento de dados epidemiológicos dos pacientes internados em um Hospital Geral no Município do Guarujá. O Hospital é o único do Município que atende o Sistema Único de Saúde (SUS) e recebe em média 950 pacientes por/mês para realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos.

Foram utilizados dados da internação de pacientes internados no período de Janeiro/2019 a Abril/2019 onde foram levantados dados epidemiológicos dos pacientes registrados em um programa de computador do serviço de Nutrição chamado "NUTROLÓGICA".

Os dados foram coletados na admissão hospitalar através de uma entrevista informal feita com o paciente nas primeiras 24 horas de internação servindo como uma ferramenta para detectar se o paciente apresenta algum tipo de risco nutricional.

São considerados como fatores de risco os itens descritos abaixo:

- I. Perda Ponderal;
- II. Disfagia sólidos/ pastosos;
- III. Rebaixamento do Nível de Consciência;
- IV. Acamado;
- V. Anorexia/ Diarreia/ Vômitos;
- VI. Edema ou Ascite;
- VII. Hipoalbuminemia $<3,0\text{g/dl}$;
- VIII. Jejum > 60 horas em desnutrido;
- IX. Jejum > 96 horas em eutrófico;
- X. Úlceras por Pressão $>$ grau II;
- XI. IMC < 18 ;
- XII. Terapia Nutricional Domiciliar.

Essa triagem nutricional auxilia a detectar os pacientes que apresentam risco nutricional facilitando uma intervenção precoce.

3.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente foi criado um banco de dados com todas as variáveis descritas, através do Programa Excel,

Posteriormente para a análise dos dados foi utilizado o programa, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 18 para Windows).

Foi realizada inicialmente análise estatística descritiva para todas as variáveis de interesse do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas através de valores absolutos e relativos. As variáveis quantitativas foram apresentadas através dos seus valores de tendência central e de dispersão.

No que se refere à estatística analítica as variáveis quantitativas foram inicialmente testadas para verificar se estavam normalmente distribuídas baseando-se nos valores absolutos da diferença máxima entre a distribuição cumulativa observada e a distribuição cumulativa esperada, assumindo o pressuposto de normalidade, através dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* (com correção de *Lillifors*) e *Shapiro-Wilk*.

Quando se tratava de amostras paramétricas (isto é, com distribuição normal), foi utilizado o teste t e análise variância (ANOVA), quando de amostras não paramétricas utilizou-se o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis além do teste Qui-quadrado para tabelas extensas e ou teste exato de Fisher.

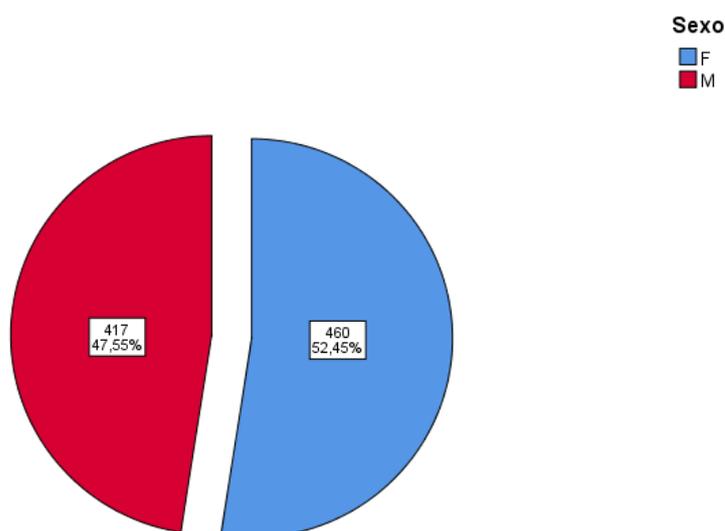
Foi utilizado também o Coeficiente de correlação de Person (r).

Considerou-se o nível de significância de 5%.

4. Resultados

Foram analisados 877 pacientes internados no período de janeiro a abril de 2019; sendo 460 (52,5%) do sexo feminino e 417 (47,5%) do sexo Masculino; sendo a média de idade de 53,5 anos, Figura 1.

Figura 1 - Frequência dos pacientes segundo o sexo, internados no período de Janeiro a Abril de 2019.



Fonte: Elaboração da autora

Quando se avaliou os pacientes segundo o risco, pré-internação, 296 (33,8%), dos pacientes apresentavam esta condição, conforme tabela 11 abaixo:

Tabela 9 - Frequência de risco pré-internação nos pacientes internados no período de Janeiro a abril de 2019.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	N	581	66,2	66,2	66,2
	S	296	33,8	33,8	100,0
	Total	877	100,0	100,0	

Fonte: Elaboração da autora

e no que se refere ao desfecho, podemos observar que 193 (22%) dos pacientes evoluíram para óbito durante o período de internação, tabela 12.

Tabela 10 - Frequência dos pacientes segundo desfecho (Óbito), internado no período de janeiro a abril de 2019

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Alta	684	78,0	78,0	78,0
	Óbito	193	22,0	22,0	100,0
	Total	877	100,0	100,0	

Fonte: Elaboração da autora

Quando relacionamos as diferentes variáveis do estudo e respectivos desfechos; podemos observar que ocorreu relação estatisticamente significativa, entre risco inicial aferido durante internação e desfecho. Na Tabela 12, podemos observar que um paciente com avaliação de risco no momento da internação teve 2,32 vezes mais chances, com IC-95% (1,6 – 3,2) de evolução para óbito quando comparados aos pacientes sem risco.

Tabela 11 - Tabela de Contingência relacionando risco na internação e desfecho (Óbito) dos pacientes, internados no período de janeiro a abril de 2019.

		Desfecho		Total
		Alta	Óbito	
Risco	N	483 (83,1%)	98 (16,9%)	581
	S	201 (67,9%)	95 (32,1%)	296
Total		684 (78%)	193 (22%)	877

Qui-quadrado $\leq 0,00001$; OR=2,32 (1,6 – 3,2)

Fonte: Elaboração da autora

Um outro fator que se mostrou estatisticamente significativo, foi o IMC – Categorizado (isto é estratificado para maior ou menor que 25) aferido na internação e desfecho.

Na Tabela 12, pode-se observar que um paciente com IMC avaliado no momento da internação teve 1,45 vezes mais chances, com IC-95% (1,05 – 2,0) de evolução para óbito quando comparados aos pacientes sem com IMC maior que 2

Tabela 12 - Tabela de Contingência relacionando Índice de Massa Corporal (IMC) - Categorizado e desfecho (Óbito) dos pacientes, internados no período de janeiro a abril de 2019.

		<i>Desfecho</i>		<i>Total</i>
		<i>Alta</i>	<i>Óbito</i>	
<i>IMC (Categorizado)</i>	<i>ABAIXO</i>	308	105	413
	<i>ACIMA</i>	376	88	464
<i>Total</i>		684	193	877

Qui-quadrado = 0,01; OR=1,45 (1,05 – 2,0)

Fonte: Elaboração da autora

5. Discussão

Após analisar 877 pacientes internados no período de janeiro a abril de 2019, sendo 52,5% do sexo feminino e 47,5% do sexo masculino, pode-se entender que a desnutrição é uma situação clínica causada por uma ingestão insuficiente de nutrientes aumentada ou perdida.

O resultado vem ao encontro com um panorama nacional. Nos países desenvolvidos, a desnutrição geralmente se deve a alterações nos hábitos alimentares da população ou à presença de doença, com impacto especialmente significativo nos indivíduos hospitalizados. As causas da desnutrição hospitalar são múltiplas, entre elas: a própria doença anorexia, sintomas digestivos, procedimentos terapêuticos, tratamentos medicamentosos e em muitos casos a falta de conhecimento e interesse do pessoal hospitalar em relação ao estado nutricional de pacientes hospitalizados.

A desnutrição hospitalar envolve tanto o prolongamento das internações quanto o aumento dos custos associados. Observa-se que os resultados (prevalência de desnutrição hospitalar e custos associados no Brasil; Prevalência de desnutrição hospitalar e os custos associados) tem como objetivo quantificar a prevalência de desnutrição hospitalar e os custos associados em um projeto nacional para aumentar o conhecimento sobre esta condição no meio médico.

Espera-se que com mais conhecimento, ajudaria a instituir medidas que assegurem o início da detecção e tratamento oportuno desses pacientes dentro da prática clínica regular.

O papel da instituição hospitalar não termina no final da estadia, mas deve continuar até que o médico da atenção primária tenha assumido o controle para prevenir ou tratar a desnutrição. Observa-se, nos últimos anos, um número crescente de iniciativas que tem sido tomada para melhorar as práticas nutricionais. É preciso coordenar esses esforços para garantir a nutrição ideal dos pacientes e evitar um aumento da desnutrição nos hospitais.

O tratamento da desnutrição requer, em primeiro lugar, que um paciente desnutrido seja identificado por meio de rastreamento ou avaliação. Isso precisa ser feito na admissão e, de preferência, obrigatório por órgãos de credenciamento de assistência médica. Para conseguir isso, os nutricionistas precisam ter confiança e conhecimento para detectar a má nutrição, o que idealmente será feito usando uma

ferramenta de avaliação validada, como a ASG, por exemplo. Para que os resultados dos pacientes e os benefícios financeiros sejam monitorados, a documentação adequada de desnutrição é essencial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

A evidência do risco de desnutrição é um antecedente importante para internações hospitalares mais longas e complicadas para os pacientes. Alertas médicos podem ser gerados pelo uso de ferramentas de rastreamento de nutrição facilmente aplicadas. Evidências mostram que a triagem nutricional é obrigatória como melhor prática e que pode beneficiar pacientes desnutridos através da identificação precoce de seus problemas nutricionais na admissão hospitalar e, portanto, pode facilitar o tratamento nutricional.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise acerca da desnutrição hospitalar, que é um problema universal que afeta a todos. A pesquisa no decorrer do seu desenvolvimento sofreu questionamentos e inquietações até o seu término. O trabalho exigiu grande esforço na busca de referencial teórico como também na procura de uma fonte de estudo (hospital) disposto a colaborar na pesquisa de campo. Ao finalizar o trabalho a satisfação foi notória ao identificar a grande questão do trabalho respondida.

Entende-se claramente que apesar de se compreender que, atualmente, a desnutrição pode ser detectada sistematicamente e combatida e existir maior conscientização da comunidade médica, além de existir Políticas Públicas de Nutrição que asseguram o direito constitucional à nutrição do paciente hospitalizado, a prevalência de desnutrição em hospitais permanece elevada (30-55%) e o aumento de internação é prolongado.

A desnutrição hospitalar representa um problema dentro das instituições de saúde, derivado do impacto negativo que exerce, no curso do prognóstico, sobrevivência, qualidade de vida na alta hospitalar, tempo de internação hospitalar, necessidade de maior mobilização de recursos humanos e materiais, entre outros.

A identificação precoce dos fatores de risco que contribuem para a desnutrição hospitalar, sua prevenção e seu manejo ideal, permitem resolver as consequências deletérias disso no paciente e na economia dos sistemas de saúde. A definição dos mecanismos fisiopatológicos que condicionam a desnutrição e as consequências metabólicas que deles derivam é uma estratégia útil para o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação de uma terapia medicamentosa nutricional precoce que seja relevante para a condição clínica de cada paciente.

Entende-se que a qualidade total do atendimento do paciente hospitalizado, pode ser consideravelmente melhorada com a organização de um sistema automático para detecção precoce da desnutrição, observando a incidência de novos casos, monitorando-os e aplicando o procedimento para combater, trazendo benefícios clínicos e econômicos.

Nesse aspecto, tem relevância as Políticas Públicas de Nutrição, os Serviços de Alimentação e Nutrição Institucionais, a Vigilância Sanitária na Alimentação Hospitalar, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, as Responsabilidades do Ministério da Saúde e os Princípios da integralidade do SUS.

A investigação deste trabalho permitiu concluir que a desnutrição afeta adversamente o curso clínico dos pacientes, que é uma questão relevante e que muitas ações têm sido realizadas, nos últimos anos, para minimizar esse problema. Ainda, é importante ressaltar que há condições de detectar e combater a desnutrição hospitalar no hospital onde foi realizada a pesquisa de campo e também em todas as unidades hospitalares. Os exemplos dos referidos hospitais europeus trazem ao trabalho modelos de arquétipos que estão em funcionamento no combate ao problema de pesquisa desta dissertação.

Ainda que este trabalho apresenta limitações, na medida em que observa a ocorrência de desnutrição, independente da patologia de base que em muitos casos pode ser o fator associado a própria desnutrição; este trabalho aborda a importante questão de saúde pública relacionada as condições nutricionais dos pacientes no momento da internação, outros estudos devem ser realizados para a melhor compreensão deste importante problema de saúde pública.

6. Conclusão

A prevalência de desnutrição em pacientes durante a internação num Hospital Público de atendimento de pacientes SUS no município de Guarujá; SP foi de 33,8%

O índice de massa corporal (IMC) menor que 25 foi o fator epidemiológico individual mais prevalente nos pacientes internados e o que mais se correlacionou ao desfecho óbito

Pacientes que se internaram com desnutrição segundo o Score individual nutricional, aplicado no momento da internação diferentemente um desfecho para óbito de 2,32 vezes maior em análise univariada em comparação ao grupo sem desnutrição.

Ainda que haja um dever constitucional de garantia de uma adequada nutrição bem como políticas públicas nutricionais voltadas para a população, o número de pessoas desnutridas permanece elevada nesta população estudada e em momento de maior vulnerabilidade, como durante internação Hospitalar, decorrendo como desfecho uma maior chance de óbito durante a internação.

Maior ênfase na garantia constitucional do direito a uma nutrição adequada deve ser medida urgente de saúde pública.

7. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Leonor de Faro Viana Pereira et al. **Relatório de estágio em nutrição clínica: observação e atuação no apoio nutricional em diversos serviços hospitalares**. 2016. Tese de Doutorado.

ALMEIDA, Marco Antonio. **Combatendo a desnutrição infantil**. Dicas: ideias para ação municipal. São Paulo, PÓLIS, n.55, Jan. 1996.

AMARO, José de Santo; CORREIA, Ana Catarina; PEREIRA, Cláudia. **Avaliação do Risco de Desnutrição num Serviço de Medicina do Hospital Distrital de Santarém (Medicina IV)**. Acta Portuguesa de Nutrição, n. 4, p. 06-09, 2016.

ANDRADE, Sheylane Pereira de, et al. **Estado nutricional de pacientes alcoolistas de uma Instituição hospitalar do Nordeste Brasileiro**. Nutrición clínica y dietética hospitalaria, v. 36, n. 2, p. 63-73, 2016.

BARROS, Carolina Roberta Ohara et al. **Desnutrição protéico-calórica como causa concomitante de morte em declarações de óbito**. Revista Coorte, n. 04, 2017.

BERNARDO, Soraya; AMARAL, Teresa F. **Coexistência da Desnutrição com a Sarcopenia em Idosos do Concelho de Paços de Ferreira**. Acta Portuguesa de Nutrição, n. 5, p. 12-16, 2016.

BONGIOVANI, Lucimara Fátima Lopes De Andrade et al. **Estado Nutricional De Idosos Hospitalizados**. Seminário de Iniciação Científica, Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão e Mostra Universitária, 2018.

BORGHI, Roseli et al. **Eficácia da intervenção nutricional em pacientes hospitalizados com desnutrição: subanálise do estudo BRAINS**. Rev Bras Nutr Clin, v. 30, n. 1, p. 3-8, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs1/1998/prt0272_08_04_1998.html>. Acesso em: 12 out. 2019.

Correia MITD, Waitzberg DL. **The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis**. Clin Nutr 2003;22(3):235-9. DOI: 10.1016/S0261-5614(02)00215-7.

Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. **Hospital Malnutrition in Latin America: A systematic review**. Clin Nutr 2016: 1-10. DOI 10.2016/j. clnu.2016.06.025.

DUARTE, Agnis et al. **Risco nutricional em pacientes hospitalizados durante o período de internação**. Nutr Clín Hosp, v. 36, n. 3, p. 146-52, 2016.

DUARTE, Idénia Maria Rodrigues Lucas. **Desnutrição no Idoso**. 2017. Dissertação de Mestrado.

FREITAS ZANIN, Ana Flávia de, et al. **Relevância do nutricionista na diminuição de reinternações hospitalares**. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 24, n. 2, p. 51-59, 2017.

GOMES, Rita et al. **Frequência da desnutrição em idosos institucionalizados com doenças neurológicas**. IV Jornadas Ciências da Nutrição, 2015.

GUERRA, Rita S. et al. **Pontos de corte do ângulo de face para o rastreio da desnutrição na admissão hospitalar**. Acta Portuguesa de Nutrição, Vol. 1, 2015.

HERRERA, Edna Mayara Souza et al. **Associação entre o perfil sociodemográfico e estado nutricional de indivíduos admitidos em um hospital universitário de Cuiabá-MT**. 2018.

LOPES, J. et al. **Desnutrição e risco de desnutrição em crianças hospitalizadas**. I Fórum USISM: Um desígnio, novos desafios!: livro de resumos, 2017.

MACEDO, Anielly Florence de et al. **Prevalência de desnutrição entre pacientes críticos idosos e não idosos**. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BVMS). **Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998**. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/svs/1/1998/prt0272_08_04_1998.html. Acesso em: 05 de maio de 2019.

MIRANDA, Barbara Ellen Priscila de, et al. **Perfil Nutricional De Pacientes Adultos E Idosos Avaliados Durante O Estágio De Nutrição Hospitalar Do Centro Universitário De Várzea Grande (UNIVAG), MT**. Seminário Transdisciplinar da Saúde, n. 05, 2018.

NASCIMENTO, Nayana Cavassim do, et al. **Comparação de métodos de detecção da desnutrição no ambiente hospitalar**. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, v. 37, n. 1, p. 34-40, 2017.

OLIVEIRA FARIA, Sheilla de. **Gastronomia hospitalar, nutrição enteral e parenteral**. Senac, 2018.

OLIVEIRA SOARES, Larissa de, et al. **Suporte Nutricional em Pacientes da Clínica Pediátrica de um Hospital Universitário**. Gep News, v. 2, n. 2, p. 114-120, 2018.

OLIVEIRA, Thayanne Ribeiro; FORTES, Renata Costa. **Prevalência de Desnutrição em Pacientes Cirúrgicos em Terapia Nutricional e sua relação com os Parâmetros Objetivos e Subjetivos de Avaliação Nutricional**. Comunicação em Ciências da Saúde, v. 26, n. 03/04, 2018.

PEDERSOLI, Anaíta et al. **Avaliação do estado nutricional e risco de desnutrição dos pacientes de 2 a 5 anos internados em um hospital infantil de Porto Velho**. Saber Científico, v. 6, n. 2, p. 47-53, 2017.

RIBAS, Simone Augusta; BARBOSA, Bárbara Cristina M. **Adequação da dieta hospitalar: Associação com estado nutricional e diagnóstico clínico**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 16, n. 1, p. 16-23, 2017.

ROSA, Carolina Böettge et al. **Estado nutricional, internação hospitalar e óbito em idosos atendidos na atenção básica.** 2017.

SANTOS VERAS, Viviane dos, et al. **Prevalência de desnutrição ou risco nutricional em pacientes cirúrgicos hospitalizados e correlação entre os métodos subjetivos e objetivos de avaliação do estado nutricional.** Rev Bras Nutr Clin, v. 31, n. 2, p. 101-7, 2016.

SANTOS, Carolina Araújo dos, et al. **Perfil nutricional e fatores associados à desnutrição e ao óbito em pacientes com indicação de terapia nutricional.** 2017.

SANTOS, Gabriel Passos dos. **Caracterização da terapia nutricional oral utilizada por pacientes internados no Hospital Universitário de Lagarto-SE.** 2018.

SANTOS, Polyana Barbosa et al. **Estandarização de dietas hospitalares: diagnóstico e subsídio para a qualidade da atenção.** Mundo saúde (Impr.), v. 39, n. 4, p. [448-459], 2015.

SANTOS, Tatiana Maria Palmeira dos et al. **Desnutrição: uma enfermidade presente no contexto hospitalar.** Sci. med.(Porto Alegre, Online), v. 25, n. 4, p. 21370-21370, 2015.

SILVA, Jossiana de et al. **Prevalência de internações hospitalares por desnutrição e anemia em bebês menores de um ano/Prevalence of hospital admissions due to malnutrition and anemia in infants less than one year old.** Brazilian Journal of Health Review, v. 2, n. 1, p. 91-98, 2018.

Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, et al. **Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the "malnutrition universal screening tool" (MUST) for adults.** Br J Nutr. 2004; 92(5):799-808.

TAVARES, Larissa Candido Alves. **Desnutrição e caqueixa em pacientes internados com insuficiência cardíaca descompensada: ocorrência e valor prognóstico.** 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

TEIXEIRA, Vivian Praça; DE MIRANDA, Renata Costa; BAPTISTA, Deise Regina. **Desnutrição na admissão, permanência hospitalar e mortalidade de pacientes internados em um hospital terciário.** DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, v. 11, n. 1, p. 239-251, 2016.

TOLEDO, Diogo Oliveira et al. **Campanha "Diga não à desnutrição": 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar.** CEP, v. 5652, p. 900, 2018.

TRENTIN, Ana Paula; SIVIERO, Josiane; BERNARDI, Juliana. **Acompanhamento do estado nutricional e consumo alimentar de idosos durante o período de internação hospitalar.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 13, n. 3, 2016.

WAITZBER DL, Gama-Rodrigues J, Correia Mitd. **Desnutrición hospitalaria no Brasil.** In: Waitzberg DL. **Nutrición Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica.** 3ª ed. Atheneu: São Paulo; 2000, pp. 385-97.5.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan)**. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm

RUA, Maria da G. **Políticas públicas**. Florianópolis: CAPES/UAB, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. **Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral**. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br>

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. São Paulo; 2009