

# **Desnutrição hospitalar em pacientes internados na clínica médica em um hospital público do Distrito Federal**

Hospital malnutrition in patients admitted to the medical clinic of a public hospital in the Federal District

Leticia Muller Silva<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0003-2268-6886

Martina Celi Bandeira Rufino Lopes<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0001-7027-3934

Caroline Soares Menezes<sup>3</sup>

ORCID: 0000-0001-7376-689X

---

<sup>1</sup>Nutricionista residente do programa de residência multiprofissional de Saúde do Adulto e do Idoso da Escola Superior de Ciências da Saúde –ESCS/ FEPECS/ SES-DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

<sup>2</sup>Nutricionista, Preceptora do Programa Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da ESCS/FEPECS/SES-DF, Nutricionista da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

<sup>3</sup>Nutricionista, Mestre em Ciências para a Saúde pela ESCS/FEPECS, Tutora do Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da ESCS/FEPECS/SES-DF, Nutricionista da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

**Autor correspondente:** Leticia Muller Silva - Unidade I - SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 - Edifício FEPECS. Email: nutri.leticiaps@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** conhecer a prevalência de desnutrição em pacientes internados em um hospital público do Distrito Federal.

**Método:** estudo observacional, transversal, retrospectivo e analítico. Foram incluídos pacientes que haviam sido triados pela *Nutritional Risk Screening* e realizado o diagnóstico de desnutrição pela *Academy of Nutrition and Dietetics - American Society of Parenteral and Enteral Nutrition*.

**Resultados:** a prevalência de desnutrição foi de 60,1%. Todos os pacientes que vieram a óbito apresentaram diagnóstico de desnutrição, que esteve associado a um tempo de internação significativamente maior e ao uso de terapia nutricional.

**Conclusão:** a aplicação do cuidado nutricional em pacientes internados pode amenizar a sua desnutrição hospitalar após diagnosticados.

**Palavras-chave:** Desnutrição; Avaliação Nutricional; Terapia Nutricional.

## ABSTRACT

**Objective:** to know the prevalence of malnutrition in patients admitted to a public hospital in the Federal District.

**Method:** observational, cross-sectional, retrospective and analytical study. Patients who had been screened by Nutritional Risk Screening and who had been diagnosed with malnutrition by the Academy of Nutrition and Dietetics - American Society of Parenteral and Enteral Nutrition were included.

**Results:** the prevalence of malnutrition was 60.1%. All patients who died had a diagnosis of malnutrition, which was associated with a significantly longer hospital stay and the use of nutritional therapy. **Conclusion:** the application of nutritional care in patients can alleviate their hospital malnutrition after being diagnosed.

**Keywords:** Malnutrition; Nutritional Assessment; Nutritional Therapy.

## INTRODUÇÃO

Um dos maiores problemas de saúde pública é a desnutrição hospitalar, que está associada ao aumento significativo de morbidade e mortalidade. Dentre as complicações dessa deficiência nutricional, estão o aumento no tempo de internação, a piora da resposta imunológica, o risco elevado de complicações cirúrgicas e infecciosas, a maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, o risco de mortalidade e aumento dos custos hospitalares<sup>1</sup>. Ela é diagnosticada durante a internação e decorrente, parcial ou totalmente, de causas externas quando constatada nas primeiras 72 horas após a admissão e, no período posterior, está mais relacionada a um deficiente aporte de nutrientes durante o tratamento hospitalar<sup>2,3</sup>.

Uma série de patologias associadas à maioria dos sistemas de órgãos tem o risco aumentado com a desnutrição, em particular as doenças relacionadas aos sistemas nervoso, músculo esquelético, cardiovascular, imunológico e cutâneo<sup>4</sup>. De acordo com Teixeira et al. (2016)<sup>5</sup>, as doenças mais frequentes entre os desnutridos do estudo foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguida de doenças endócrinas, do trato gastrointestinal, do trato geniturinário, neoplásicas, respiratórias, hematológicas, cardiovasculares, reumáticas, autoimunes, do sistema nervoso, imunológicas e neurológicas.

Vários fatores podem resultar na desnutrição hospitalar, que pode estar associada à doença e/ou ao seu tratamento. O consumo alimentar inadequado, a perda de apetite, os procedimentos de investigação e tratamento que acarretam a necessidade de jejum, polifarmácia e as alterações na composição da dieta estão associados a possíveis causas da desnutrição. O diagnóstico tardio e a falta de intervenção adequada podem agravar o estado nutricional durante a internação<sup>6</sup>.

A conservação do estado nutricional é essencial na redução de complicações e na melhoria do prognóstico da doença. Desta forma é necessário realizar o monitoramento do estado nutricional e adaptar o plano nutricional do indivíduo tanto em relação ao tipo de dieta quanto ao nível das necessidades nutricionais<sup>7</sup>. O tratamento da desnutrição pode ser realizado por meio de suplementação por via oral, estimulação do apetite, alimentação através de uma sonda nasointestinal (SNE) e nutrição parenteral. A intervenção inicial começa com a determinação dos requerimentos calóricos-proteicos de cada doente<sup>4</sup>.

Dessa forma, esta pesquisa busca identificar a relação entre a prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados e variáveis como: o perfil clínico e epidemiológico, a terapia nutricional empregada, as intercorrências nutricionais, o tempo de internação, o diagnóstico nutricional e o estado nutricional dos pacientes. Identificar as variáveis que estão mais associadas à desnutrição possibilitará o conhecimento da realidade local para que haja uma intervenção dietoterápica mais eficaz, evitando o agravamento da desnutrição e possibilitando uma recuperação mais rápida.

## MÉTODO

Estudo observacional, transversal, retrospectivo e analítico. Foi realizado entre os meses de janeiro a abril de 2022 em um hospital público do Distrito Federal (DF). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF, CAAE nº 55716522.5.0000.5553, com dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi coletada em Prontuário Eletrônico de Pacientes (PEP) que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: indivíduos de ambos os sexos com idade superior a 19 anos, que tenham sido submetidos à realização da triagem nutricional nas primeiras 24-72 horas de admissão hospitalar e que foram admitidos na clínica médica (CM) do hospital público do DF. Como critério de exclusão do estudo, considerou-se a ausência de dados completos em prontuário.

No sistema utilizado na Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal – SES/DF, o *InterSystems TrakCare*, foi realizada análise de prontuários, onde consta a avaliação física/antropométrica dos indivíduos participantes do estudo (que inclui peso, altura e índice de massa corporal - IMC), via de alimentação, terapia nutricional e as intercorrências nutricionais na admissão registradas pela equipe de nutrição. O IMC foi calculado através da fórmula ( $\text{peso}/\text{altura}^2$ ) e classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS - 1995)<sup>8</sup> para adultos, que preconiza que IMC <16 (desnutrição de grau III); de 16,0 a 16,99 kg/m<sup>2</sup> (Desnutrição de grau II); de 17,0 a 18,49 kg/m<sup>2</sup> (Desnutrição de grau I); de 18,5 a 24,99 kg/m<sup>2</sup> (Eutrofia); de 25,0 a 29,99 kg/m<sup>2</sup> (Sobrepeso); de 30,0 a 39,99 kg/m<sup>2</sup> (Obesidade de grau I); de 35,0 a 39,99 kg/m<sup>2</sup> (Obesidade de grau II); e >40 kg/m<sup>2</sup> (Obesidade de grau III). Já Lipschitz (1994)<sup>9</sup> foi

utilizado para classificação de idosos, onde valores abaixo de 22 kg/m<sup>2</sup> são considerados baixo peso; de 22 a 27 kg/m<sup>2</sup> são considerados eutrofia; e acima de 27 kg/m<sup>2</sup>, excesso de peso.

Para o perfil clínico da amostra foram coletados dados registrados pela equipe médica: idade e sexo, diagnósticos, comorbidades e doenças preexistentes, tempo de internação, alta hospitalar, transferência hospitalar e mortalidade. De acordo com o protocolo da nutrição da clínica médica, o instrumento utilizado no hospital para determinar o risco nutricional é a *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS- 2002)*<sup>10</sup>, que é composta por itens referentes ao IMC, percentual de perda de peso (%PP), alterações na ingestão alimentar e fator de estresse da doença. Para determinar o diagnóstico nutricional foi utilizada a ferramenta criada pela *Academy of Nutrition and Dietetics (AND)* e *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN)* (AND-ASPEN)<sup>11</sup>, a qual dispõe de seis características clínicas para identificar a presença de desnutrição.

A partir dos dados coletados buscou-se identificar as comorbidades mais frequentes na amostra, bem como traçar o perfil clínico e epidemiológico, associando o tempo de internação médio com o diagnóstico nutricional.

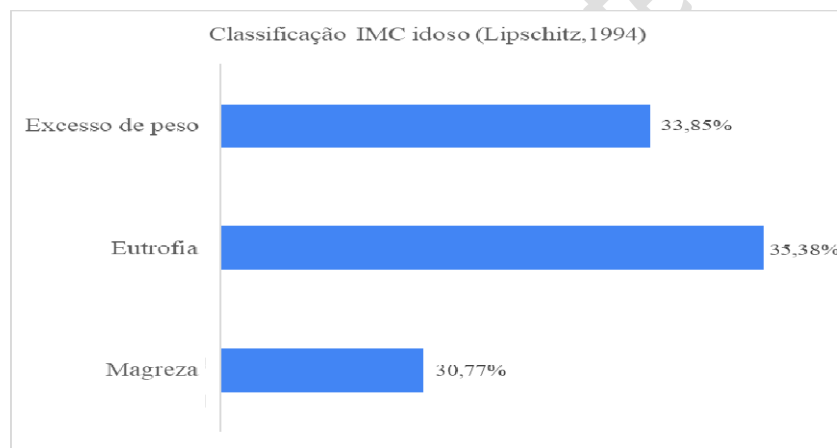
Os dados foram digitados no *software Excel*<sup>®</sup>. As análises foram realizadas no Programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 29.0. Os dados foram descritos através da média e do desvio padrão (DP). As variáveis qualitativas foram descritas por percentuais e frequências absolutas e relativas. Para a análise bivariada, aplicou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher. Foi definido intervalo de confiança de 95% e foram considerados significativos os testes que apresentaram p-valor inferior a 0,05.

## RESULTADOS

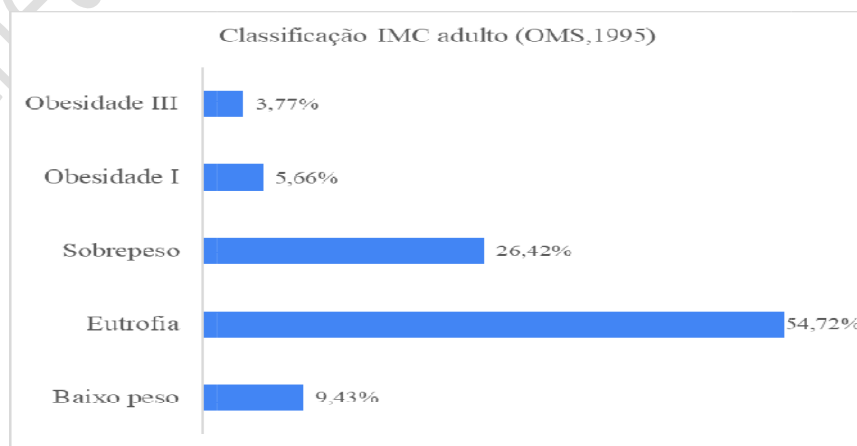
No período da pesquisa foram admitidos 152 pacientes, sendo 118 elegíveis. Destes, 52,1% eram do sexo masculino e 47,8% do sexo feminino. A idade média foi de 62 anos, com registro de idade mínima 19 anos e máxima de 97 anos. O tempo médio de internação hospitalar na clínica médica foi de 23,0±21,1 dias. Esse período variou de 1 a 117 dias.

O diagnóstico mais frequentemente apresentado pelos pacientes foi relacionado ao sistema respiratório (34,4%), seguido daqueles com cardiopatia (27,7%) e doenças infecciosas (22,6%). Em relação às características clínicas da amostra, 77,1% dos pacientes apresentavam uma ou mais comorbidades, sendo a HAS (em 70,3%) e o diabetes *mellitus* (DM) (em 47,2%), as mais prevalentes. Quanto às intercorrências nutricionais, a êmese foi a principal ocorrência encontrada (em 9,3% dos pacientes), seguida da diarreia, verificada em 7,6% dos pacientes.

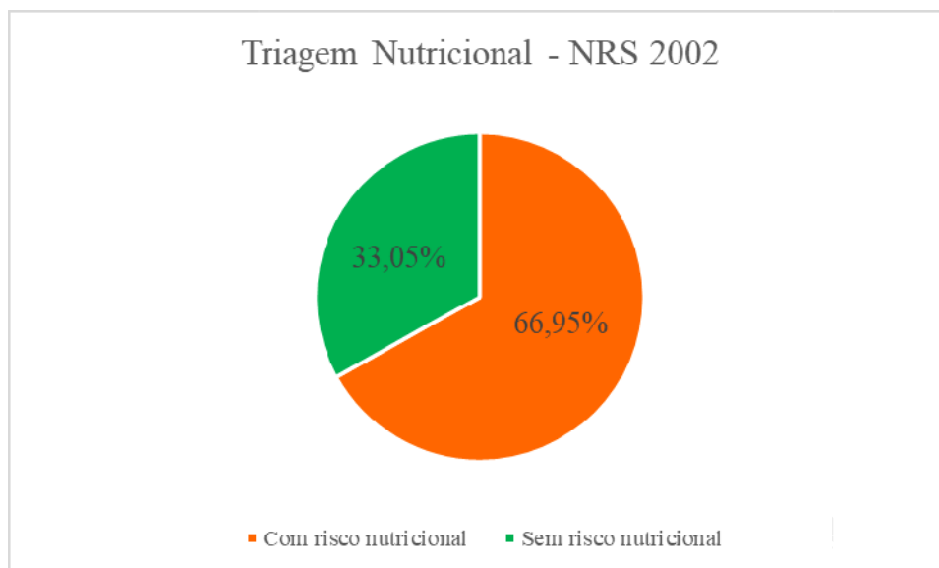
A maior parte dos idosos tinha alguma inadequação no estado nutricional, enquanto a maioria dos adultos foi classificada como eutrófica, segundo o IMC (figuras 1 e 2). Observou-se que o grupo dos pacientes que apresentaram risco nutricional pela NRS-2002 foi maior (figura 3). A prevalência de desnutrição segundo a AND-ASPEN foi de 60,1%, sendo que a maior parte era desnutrida grave (figura 4).



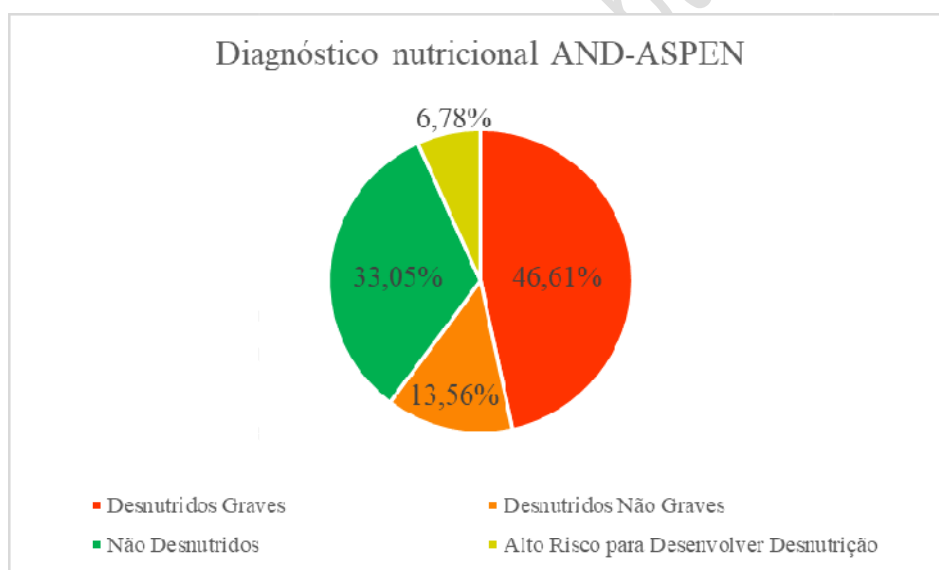
**Figura 1.** Classificação do IMC de idosos da amostra do estudo. Brasília, 2023.



**Figura 2.** Classificação do IMC de adultos da amostra do estudo. Brasília, 2023.



**Figura 3.** Classificação da triagem nutricional pela NRS 2002. Brasília, 2023.



**Figura 4.** Classificação do diagnóstico nutricional pela AND-ASPEN. Brasília, 2023.

Em relação à via de alimentação, 72,8% dos pacientes receberam dieta por via oral, enquanto 27,1% receberam dieta por via enteral (n= 31). Dentre os pacientes que utilizaram terapia nutricional (n= 52), 84,6% eram desnutridos. Além disso, 61,5% dos pacientes utilizaram a via enteral através da SNE; e 38,5%, a suplementação pela via oral (Tabela 1).

**Tabela 1.** Associação entre desnutrição e desfechos clínicos e nutricionais apresentadas pelos pacientes internados na clínica médica de um Hospital Público do Distrito Federal – DF (N=118). Brasília, 2023.

Variáveis	Desnutrição		P valor
	Sim N (%)	Não N (%)	
<b>Óbito</b>			
Sim	17 (23,94)	0 (0)	0,001*
Não	54 (76,05)	47 (100)	
<b>Internação &gt;23 dias</b>			
Sim	35 (29,66)	12 (10,17)	0,010*
Não	36 (30,51)	35 (29,66)	
<b><sup>1</sup>Via de alimentação</b>			
Oral	44 (61,97)	42 (89,36)	
Oral + SNE	2 (2,81)	1 (2,12)	0,004*
SNE exclusiva	25 (35,21)	4 (8,51)	
<b>Terapia nutricional</b>			
Sim	44 (61,97)	8 (17,02)	
Não	27 (38,02)	39 (82,9)	<0,001*
<b>Tipo de terapia nutricional</b>			
TNE	27 (51,92)	5 (9,61)	
TNVO	17 (32,69)	3 (5,76)	

N: tamanho amostral; %: percentual;

Teste Qui-quadrado de Pearson. <sup>1</sup>Teste Exato de Fisher.

\*p<0,05: significância estatística.

Em relação aos desfechos nutricionais, observou-se que os pacientes com desnutrição necessitaram de terapia nutricional por meio da SNE, associada à via oral ou de forma exclusiva, e de suplementação nutricional (62,0%) (p<0,001). Ao associar a terapia nutricional com a desnutrição, verificou-se que a maioria dos pacientes que utilizou terapia nutricional, 84,6%, era desnutrida (p<0,001).

Ao relacionar as variáveis tempo de internação e desnutrição, verificou-se que a probabilidade de pacientes que ficaram de mais de 23 dias apresentarem desnutrição



foi significativamente maior ( $p=0,010$ ) do que a de pacientes que ficaram menos de 23 dias internados (em média). Do grupo de pacientes que ficaram mais de 23 dias internados ( $N=47$ ), 35 deles apresentaram desnutrição (74,5%). Já no grupo de pacientes que ficaram menos de 23 dias internados ( $N=71$ ), 35 deles (50,7%) apresentaram desnutrição.

Ao analisar a relação entre desnutrição e óbito, verificou-se associação significativa por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ( $p<0,001$ ). Todos os pacientes que vieram a óbito apresentaram diagnóstico de desnutrição.

Os desfechos finais apresentados pelos pacientes internados na CM<sub>7</sub> são descritos em óbito 14,4% ( $n= 17$ ), alta hospitalar 72,0% ( $n= 85$ ) e transferências 13,6% ( $n= 16$ ).

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo expuseram que houve maior prevalência de pacientes internados do sexo masculino (52,1%) e idade média de 62 anos, em consonância com outros estudos, como o de Silva et al. (2017)<sup>12</sup>, em que 53,4% eram do sexo masculino e tinham idade média de 65 anos. Segundo o Ministério da Saúde, ocorre uma resistência masculina à atenção primária, consequentemente levando a um agravamento da morbidade e o adentramento de homens no sistema de saúde por meio da atenção especializada<sup>13</sup>.

Um fator que reflete diretamente sobre o estado nutricional dos pacientes são as doenças associadas à internação. Neste estudo, a causa de internação mais frequente foi relacionada ao sistema respiratório (34,4%). De acordo com Vargas et al. (2018)<sup>14</sup>, as doenças respiratórias também foram um dos principais motivos que levou os pacientes a internação em um hospital do Rio Grande do Sul. Em outro estudo realizado por Souza et al. (2014)<sup>15</sup>, observou-se que os principais diagnósticos encontrados nos internados foram relacionados também às doenças ligadas ao sistema respiratório.

Neste estudo, encontrou-se a HAS (70,3%) e DM (47,2%) como as comorbidades mais prevalentes, o que também foi encontrado no estudo de Silva et al. (2016)<sup>16</sup>, onde 68% dos pacientes apresentavam HAS seguido de DM com 32%. Dados

semelhantes também foram encontrados em um estudo conduzido por Vargas et al. (2018)<sup>14</sup> destacando a HAS (45,8%) como a comorbidade mais prevalente seguida de DM (36,4%).

As Figuras 1 e 2 demonstram que a maior parte dos pacientes apresentou eutrofia segundo o IMC. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo de Sousa et al. (2018)<sup>17</sup> em que 43,8% dos adultos e 37,5% dos idosos se enquadravam na mesma classificação. Outro estudo realizado por Vargas et al. (2018)<sup>14</sup> apontou que a maioria dos pacientes foram classificados como eutróficos. Portanto, pelo critério do IMC, a maior parte dos pacientes não apresenta alteração no estado nutricional, porém é necessário associar outras ferramentas para um diagnóstico mais preciso.

Em muitos hospitais a desnutrição passa despercebida, levando a consequências na qualidade de vida dos pacientes. A desnutrição grave é facilmente diagnosticada na admissão diferente da desnutrição leve ou risco nutricional que muitas vezes são subestimados<sup>18</sup>. A triagem nutricional é imprescindível para identificar precocemente o risco nutricional dos pacientes, e, dessa forma, aplicar a conduta dietoterápica mais adequada para o caso. No presente estudo, a prevalência de pacientes em risco nutricional foi de 66,9%, pela NRS-2002. Esse achado corrobora com a literatura quanto à alta prevalência de risco nutricional em pacientes hospitalizados<sup>19</sup>. No estudo de Silva et al. (2017)<sup>20</sup> verificou-se prevalência de risco nutricional de 63% por meio da NRS-2002. Um estudo conduzido em um hospital público de Recife, descrito por Simões (2019)<sup>6</sup>, em uma enfermaria de CM, observou 63,6% de risco nutricional nas primeiras 48h.

No presente estudo, a prevalência de desnutrição, segundo a AND-ASPEN, foi de 60,1%, semelhante aos resultados encontrados em outros estudos<sup>21,22</sup>. No estudo conduzido por Sanchez-Rodríguez et al. (2018)<sup>21</sup>, a prevalência de desnutrição é identificada em 63,1% dos pacientes, segundo a AND-ASPEN. Em um Hospital da Universidade da Pensilvânia, foram incluídos dados de 3.907 pacientes, dos quais 66,8% preencheram os critérios AND/ASPEN para desnutrição<sup>22</sup>. Percebe-se que a maior parte dos pacientes apresentam desnutrição e mesmo com o avanço na área da saúde e apoio nutricional ainda existe uma alta prevalência de desnutrição relatada em diversas publicações, sendo considerada uma das doenças mais frequentes no meio hospitalar<sup>23</sup>.

Neste estudo, os pacientes com desnutrição, segundo a AND-ASPEN, tiveram uma média de tempo de internação maior do que os pacientes que não estavam desnutridos. A média de internação dos pacientes desnutridos foi de 26,2 dias contra 17,1 dias dos pacientes não desnutridos. Em outros estudos utilizando a AND-ASPEN, a desnutrição esteve associada com maior tempo de permanência hospitalar, como o de Hudson et al. (2017)<sup>22</sup> no qual os pacientes desnutridos tiveram tempo de internação > 7 dias (41% vs 14%,  $P < 0,001$ ). Já Hiller et al. (2016)<sup>24</sup>, relataram tempo de internação de 9,8 dias em um grupo de pacientes desnutridos *versus* 4,4 dias naqueles sem desnutrição. Acredita-se que a desnutrição hospitalar tem início antes da internação, devido à influência de fatores socioeconômicos e dos inerentes à própria doença; e tende a aumentar à medida que cresce o tempo de hospitalização. É importante ressaltar que um maior tempo de hospitalização tem implicações no custo para o hospital, assim como possíveis resultados adversos à saúde do paciente<sup>25</sup>.

Os resultados dessa pesquisa reiteram que os piores desfechos clínicos são mais frequentes em pacientes com algum comprometimento do estado nutricional. No presente estudo, 100% dos pacientes que foram a óbito apresentavam desnutrição pela AND-ASPEN. A taxa de mortalidade do grupo desnutrido desse estudo é maior do que as taxas relatadas em outros grupos desnutridos. Estudos anteriores relataram aumento da mortalidade intra-hospitalar. Pacientes desnutridos eram mais propensos a morrer em comparação com pacientes não desnutridos (32% *versus* 8%)<sup>24</sup>. Segundo Ceniccola et al. (2018)<sup>26</sup>, em um estudo com pacientes críticos, a desnutrição segundo a AND-ASPEN foi preditora de mortalidade hospitalar. Sendo assim, é importante a realização de intervenção nutricional devidamente estruturada, pois ela tem implicações na mortalidade e nos custos em saúde<sup>27</sup>.

Em relação aos desfechos nutricionais, observou-se que os pacientes com desnutrição necessitaram de intervenções nutricionais como o uso de SNE (51,9%) e de suplementação nutricional (32,7%). Quando o paciente não atinge as necessidades nutricionais é importante que haja intervenção nutricional tempestiva, pois, a partir do 3º dia de internação, a desnutrição se agrava, gerando impactos no quadro clínico<sup>28</sup>. Essa intervenção precoce é recomendada pela Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral - BRASPEN<sup>29</sup>.

Uma das limitações do método utilizado é principalmente por terem sido utilizados dados secundários, entretanto os dados estão em consonância com os resultados encontrados por outros autores. Além disso, é importante pontuar que a desnutrição é um processo contínuo e outras variáveis como a baixa ingestão calórico-proteica no período de internação, redução do apetite, perda de peso recente e involuntária podem não ter sido consideradas devido ao caráter transversal do estudo.

A comparação entre o efeito da desnutrição no tempo de internação e na mortalidade encontrada em diferentes estudos é limitada por causa das diferenças na ferramenta para reconhecer a desnutrição.

Nessa pesquisa, a prevalência total de desnutrição em pacientes inicialmente avaliados como não desnutridos pode ter sido subestimada, pois os pacientes podem ter desnutrido ao longo da internação, após a avaliação nutricional.

## CONCLUSÕES

Verificou-se, na admissão hospitalar, presença significativa de pacientes com desnutrição, o que contribuiu para evolução desfavorável. Todas as variáveis analisadas sofreram influência da presença de desnutrição (tempo de permanência hospitalar, mortalidade e terapia nutricional).

Nessa pesquisa, ficou clara a importância de reduzir o impacto negativo da desnutrição. Considerando os resultados observados, recomenda-se que a triagem nutricional e o diagnóstico nutricional façam parte da rotina de internação hospitalar, pois essa situação só pode ser alcançada se os pacientes desnutridos forem prontamente identificados para que as intervenções nutricionais possam ser oportunas e efetivas.

Conclui-se, portanto, que uma estratégia simples e efetiva para contornar esta situação é identificar precocemente a desnutrição por meio da triagem e avaliação nutricional, para que o cuidado nutricional a estes pacientes possa ser realizado antes que o estado nutricional se agrave.

## REFERÊNCIAS

1. Barbosa AAO, Beato GC, Belin PAF, Araújo LR. Aspectos clínicos da má nutrição na covid-19. Rev. Simbio-Logias. 2020;12(16). Acesso em: 08/06/2021. Disponível em: [https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/aspectos\\_clinicos\\_da\\_ma\\_nutricao\\_na\\_covid-19.pdf](https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/aspectos_clinicos_da_ma_nutricao_na_covid-19.pdf)
2. Toledo DO, Piovacari SMF, Horie LM, Matos LBN, Castro MG, Ceniccola GD et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. Braspen Journal, São Paulo. 2018;33(1):86-100. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2018/15-Campanha-diga-nao-aadesnutricao.pdf>
3. Delgado, AF. Desnutrição hospitalar. (Editorial) / Hospital malnutrition. (Editorial). Pediatria (São Paulo). 2005;27(1):9-11.
4. Duarte, IMRL. Desnutrição no Idoso. Coimbra. Tese (Doutorado) - Universidade de Coimbra; 2017.
5. Teixeira VP, Miranda RC, Baptista DR. Desnutrição na admissão, permanência hospitalar e mortalidade de pacientes internados em um hospital terciário. Demetra. 2016;11(1):239-251. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2016.18457>.
6. Simões SKS. Risco nutricional na admissão hospitalar: fatores associados, complicações e desfecho clínico . Recife. Dissertação [ Mestrado em Nutrição, área de concentração: Saúde Pública]. Universidade Federal de Pernambuco; 2019.
7. Sequeira R. Paixão C, Diniz A, Sousa P. Terapia Nutricional nos doentes com COVID-19 hospitalizados. Escola Nacional de Saúde Pública, 2020. Disponível em: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2020/04/terapia-nutricionalemdoentescovid19.pdf>
8. Organização Mundial de Saúde – OMS. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO\\_TRS\\_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

9. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/>.
10. Kondrup J, Rasmussen HHJ, Hamberg O, Stanga Z, An Ad Hoc Espen Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*. 2003;22(3):321-336. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(02\)00214-5](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(02)00214-5).
11. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M; Academy Malnutrition Work Group.; A.S.P.E.N. Malnutrition Task Force.;A.S.P.E.N. Board of Directors. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2012;36(3):275-83. DOI: <https://doi.org/10.1177/0148607112440285>.
12. Silva FR, Bezerra CC, Stanich P, Scorza CS, Batista REA. Triagem nutricional de pacientes internados no serviço de emergência. *Braspen J*. 2017;32(4):353-61. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/10-Triagem-nutricional.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf).
14. Vargas PM, Pretto ADB, Massaut KB, Silva EP, Moreira AN et al. Avaliação do estado nutricional de pacientes em uso de terapia nutricional enteral. *Revista brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento*. 2018;12:830-840. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/801>.
15. Souza ICP, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes

- dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2014;18(1):164-172.
16. Silva DMMS, Santos CM, Moreira MA . Perfil nutricional de pacientes internados em um hospital público de Recife-PE. *Rev destaques acad*. 2016;8(3):97-108.
17. Sousa JCS, Oliveira CM, Araújo ASM, Santos RD, Silva DCP, Fernandes LL et al. Avaliação do estado nutricional de pacientes hospitalizados: uso de métodos convencionais e não convencionais. *Demetra*; 2018;13(1):195-208. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/29094/24198>
18. Pereira GS, Guedes AVF, Pinho PM, Ferreira RP, Tavares GF, Guterres AS et al. Avaliação do estado nutricional e triagem de risco nutricional de pacientes da clínica psiquiátrica de um hospital de referência em Belém-PA. *Research, Society and Development*. 2023;12(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12.1.34998>
19. Carvalho FD, Melo LAC, Grossi EM, Sarkis LBS, Zocateli GAFF. Perfil clínico, nutricional e dietético de pacientes hospitalizados. *hu rev* [Internet]. 10º de agosto de 2021;47:1-6. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/33898>
20. Silva FR, Bezerra CC, Stanich P, Scorza CS, Batista REA. Triagem nutricional de pacientes internados no serviço de emergência. *BRASPEN J*. 2017;32:353-61. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/10-Triagem-nutricional.pdf>
21. Sánchez-Rodríguez D, Marco E, Ronquillo-Moreno N, Maciel-Bravo L, GonzalesCarhuancho A, Duran X, et al. ASPEN-AND-ESPEN: A postacute-care comparison of the basic definition of malnutrition from the American Society of Parenteral and Enteral Nutrition and Academy of Nutrition and Dietetics with the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism definition. *Clin Nutr*. 2019;38(1):297-302. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.01.017>.

22. Hudson L, Chittams J, Griffith C, Compher C. Malnutrition Identified by Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Is Associated With More 30-Day Readmissions, Greater Hospital Mortality, and Longer Hospital Stays: A Retrospective Analysis of Nutrition Assessment Data in a Major Medical Center. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2018;42(5):892–97. DOI: <https://doi.org/10.1002/jpen.1021>.
23. Fragas RFM. Prevalência da desnutrição em hospitais públicos de grande porte em Manaus - AM. Manaus. Dissertação [ Mestrado em Nutrição]. Universidade Federal do Amazonas; 2015.
24. Hiller LD, Shaw RF, Fabri PJ. Difference in Composite End Point of Readmission and Death between Malnourished and Nonmalnourished Veterans assessed using Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Clinical Characteristics. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2017;41(8):1316-1324. DOI: <https://doi.org/10.1177/0148607116668523>.
25. Azevedo LC, Medina F, Da Silva AA, Campanella ELS. Prevalência de desnutrição em um hospital geral de grande porte de Santa Catarina/Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina (ACM).* 2006;35(4):89-96. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/398.pdf>.
26. Ceniccola GD, Holanda TP, Pequeno RSF, Mendonça VS, Oliveira ABM, Carvalho LSF, et al. Relevance of AND-ASPEN criteria of malnutrition to predict hospital mortality in critically ill patients: A prospective study. *J Crit Care.* 2018;44:398-403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.12.013>.
27. Cebola MPABG. Malnutrição em idosos na admissão hospitalar: atuação perante a sua elevada prevalência [doutorado]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2014.
28. Colli K. Triagem e avaliação do estado nutricional de pacientes hospitalizados. Mato Grosso. Tese [Monografia - Graduação] - Universidade Federal de Mato Grosso; 2019.



29. BRASPEN (Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition). Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. BRASPEN J 2021;36(3):2-62. Disponível em: <http://www.braspen.org/braspen-journal>

Ahead of Print - Accepted Article