

MENÇÕES SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL Nos Registos Clínicos de Doentes Hospitalizados

L. MATOS, M.A. TEIXEIRA, A. HENRIQUES, M.M. TAVARES, L. ÁLVARES, A. ANTUNES, TERESA F. AMARAL
Hospital Geral de Santo António, Porto. Hospital Central do Funchal, Madeira. Serviço Regional de Saúde. Hospital Pedro Hispano da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos. Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães. Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto.

RESUMO

Está descrito que a frequência de desnutrição associada à doença (DAD) afecta cerca de 30 a 60% dos doentes no momento da admissão hospitalar e cerca de 10% dos indivíduos na comunidade. A DAD tem vindo a ser associada a graves consequências, como ao maior risco de infecções e de disfunção de órgãos e a um aumento significativo, não só da morbilidade e mortalidade, como da frequência e dos custos com os cuidados de saúde. A falta do reconhecimento e da monitorização dos aspectos relacionados com o estado nutricional, têm sido apontados como factores que contribuem para o aumento da frequência de DAD, durante o internamento hospitalar. Foi objectivo deste estudo avaliar a relevância que é dada a aspectos relacionados com o estado nutricional dos doentes (peso, ingestão alimentar) e saber se os doentes em risco nutricional ou desnutridos serão alvo de maior atenção por parte dos profissionais de saúde.

Foi recolhida uma amostra sistemática de seis hospitais portugueses, correspondente a 42-50% do total de camas de cada serviço de internamento. Foram critérios de exclusão a doença crítica, a gravidez, a idade inferior a 18 anos, a incapacidade de aplicação do protocolo de rastreio nutricional e o tempo de internamento inferior a 24h. Recolheram-se dados sócio-demográficos, antropométricos, sobre as menções dos processos clínicos respeitantes ao peso, cuidados alimentares/nutricionais prestados e ingestão alimentar/nutricional dos doentes e aplicou-se uma ferramenta de rastreio nutricional (*Nutritional Risk Screening 2002*).

Em 1152 doentes estudados, a frequência de risco nutricional variou entre os 28,5% e 47,3%, enquanto que a frequência de desnutrição antropométrica oscilou entre 6,3% e 14,9%. Dois em cada três doentes tinha menções acerca de cuidados alimentares/nutricionais prestados nos processos clínicos, mas apenas um em cada três tinha o seu peso medido e registado. Os doentes desnutridos foram pesados com menor frequência mas a sua alimentação e problemas a ela associados foram monitorizados com maior regularidade.

A frequência de DAD, no momento de admissão hospitalar, é muito elevada, enquanto que a de menções relevantes para o estado nutricional é muito escassa. A presente investigação reforça a necessidade de investir na sensibilização dos profissionais de saúde, sobre a importância do rastreio e da prescrição/monitorização da alimentação e do peso dos doentes, na admissão e durante todo o internamento hospitalar.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS RECORDING in Hospitalized Patient Notes

The prevalence of disease-related malnutrition (DRM) is described to be of 30-60% on admission to hospital, and of 10% in the community. It has been associated with worse clinical outcomes, namely higher morbidity and mortality as well as higher frequency of health care and its associated costs. The lack of screening and monitoring of nutritional status have been said to be risk factors for the increased prevalence of DRM during hospital stay. The aims of this study were to evaluate the importance given by health care professionals to certain aspects related with nutritional status (weight, food intake) of hospital patients and to see if there were any differences between the under and non undernourished ones.

A systematic sample of patients from six hospitals was collected. Pregnancy, paediatric age and critical illness were exclusion criteria as well as incapacity to fulfil nutritional risk screening protocol and length-of-stay less than 24h. Socio-demographic, anthropometric data and clinical notes (e.g. weight, food/nutrient intake) from medical records were collected and Nutritional Risk Screening 2002 protocol was applied.

A total of 1152 patients were included in this study. The prevalence of nutritional risk varied between 28.5% and 47.3% while undernutrition classified by anthropometrical parameters was considerably lower (6.3% to 14.9%). Two thirds of the patients had their food intake monitored and registered in medical records but only one third were weighted. Undernourished patients had their food intake more frequently monitored but their weight was less frequently measured, than the well-nourished ones.

DRM prevalence amongst hospital patients on admission is significantly high. Clinical notes regarding nutritional status is rather infrequent on medical records. This study showed that urges the need to empower health care providers of the importance of the screening and monitoring of weight and food intake, on admission and during hospital stay.

INTRODUÇÃO

Embora haja um crescente reconhecimento de que a Desnutrição Associada à Doença (DAD) se trata de um problema significativo, esta não é comumente reconhecida¹. A sua frequência mantém-se inaceitavelmente elevada, estando descrito que afecta cerca de 30 a 60% dos doentes no momento da admissão hospitalar e cerca de 10% dos indivíduos na comunidade². A DAD tem vindo a ser associada a graves consequências, como ao maior risco de infeções e de disfunção de órgãos³ e a um aumento significativo, não só da morbilidade e mortalidade, como da frequência e dos custos com os cuidados de saúde⁴.

Em alguns países, o rastreio nutricional realizado a todos os doentes admitidos nos hospitais é um procedimento padrão, necessário para a acreditação e até usado como critério da avaliação da qualidade do serviço hospitalar⁵. De acordo com a Resolução ResAp (2003)3 do Conselho da Europa, todos os doentes devem ser regularmente submetidos à avaliação do risco nutricional, desde o período prévio à admissão hospitalar até ao final do seu internamento⁴.

Apesar do interesse crescente sobre a importância da atenção que deve ser dada ao estado nutricional dos doentes internados, McWhirter e Pennington⁶ revelaram que menos de 50% dos 200 doentes identificados como desnutridos tinham tido o seu estado nutricional previamente documentado nos processos clínicos. Alguns trabalhos realizados posteriormente confirmaram estes dados^{7, 8}.

A falta do reconhecimento e da monitorização dos aspectos relacionados com o estado nutricional têm sido apontados como factores que contribuem para o aumento da frequência de DAD durante o internamento hospitalar^{1, 7, 9, 10}. Está descrito que na ausência de um rastreio formal, mais de metade dos doentes em risco nutricional não é identificada e não é assim referida para tratamento⁵. De acordo com o nosso conhecimento, não está ainda documentada a frequência com que o rastreio nutricional é efectuado no momento da admissão hospitalar. O conhecimento desta situação em hospitais Portugueses possibilitará também adequar e otimizar as estratégias preventivas, já delineadas pelo Conselho da Europa^{1, 4}.

Do conjunto de parâmetros que constituem as ferramentas recomendadas para o rastreio nutricional em meio

hospitalar^{3,11}, a perda de peso não intencional prévia ao internamento é referida como o critério mais discriminativo para a avaliação da presença de DAD⁷. Foi também demonstrado que a perda de peso durante o internamento é um indicador bastante fidedigno da readmissão hospitalar^{12,13} e está associada a piores resultados clínicos^{3,7,9,14,15}.

O presente estudo teve como objectivo avaliar a relevância que é dada a aspectos relacionados com o estado nutricional do doente, como o peso, no início do internamento hospitalar. Deste modo, pretendeu-se saber se o rastreio do risco nutricional é realizado por rotina e também avaliar a frequência de menções nos processos clínicos sobre o estado nutricional do doente e sobre os cuidados alimentares/nutricionais, prestados nas primeiras 48 h de internamento. Pretendeu-se ainda saber se os doentes que estão em risco nutricional ou desnutridos serão alvo de maior atenção por parte dos profissionais de saúde.

MATERIALE MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo e transversal em seis hospitais Portugueses: o Hospital Geral de Santo António (HGSA) E.P.E. – Porto, o Hospital Central do Funchal (HCF), Serviço Regional de Saúde E.P.E., o Hospital Pedro Hispano (HPH) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E., o Hospital da Senhora da Oliveira (HSO), E.P.E. – Guimarães, o Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua (CHVR/PR) E.P.E. e o Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPO-FG) E.P.E. – Porto. A escolha destas unidades hospitalares residuiu em razões de conveniência.

Amostra

Com o objectivo de obter uma amostra representativa dos doentes internados em cada hospital, utilizou-se como método de amostragem a selecção sistemática do primeiro de cada dois doentes mencionados nas listagens hospitalares da admissão diária dos doentes. Usaram-se como critérios de inclusão a idade igual ou superior a 18 anos e o período de internamento superior a 24 h no serviço onde iriam ser inquiridos, excepto no IPO, em que se entrevistaram os que seriam sujeitos a cirurgia nas 24 h de admissão. Definiram-se como critérios de exclusão a gravidez, a incapacidade de aplicação do *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS-2002) e o estado crítico. Como estado crítico, considerou-se a falência de pelo menos um dos órgãos vitais, necessitando de cuidados intensivos¹¹. Foram inquiridos os doentes dos Serviços de Internamento em cada hospital abrangidos pelos critérios de inclusão, excluindo-se os Serviços de Pediatria, de Neonatologia, de Urgência, de

Cuidados Intensivos e de Cuidados Continuados. Os doentes foram admitidos no estudo, de acordo com os critérios de inclusão, até se completar o número correspondente a 50% do número de camas dos serviços hospitalares, excepto no HCF, em que se optou por incluir apenas cerca de 42% do total de camas em cada serviço, dado o seu elevado número.

Apesar deste estudo incluir apenas informação de natureza observacional, todos os doentes que cumpriam os critérios de inclusão que estavam conscientes ou em alternativa, os seus familiares, foram informados sobre os objectivos do estudo, os métodos a usar e sobre o seu direito à recusa, de acordo com o expresso na última revisão da Declaração de Helsínquia¹⁶. Foi obtido então o consentimento informado, após explicação do estudo e de que a participação era voluntária, sendo garantida a protecção e a confidencialidade das informações recolhidas em todos os casos. Este protocolo foi aprovado pela comissão de ética de cada hospital.

Todos os doentes identificados como estando em risco nutricional ou desnutridos, foram referenciados para tratamento ao nutricionista ou médico assistente.

Recolha de Dados

Utilizou-se um inquérito de aplicação indirecta constituído por grupos de questões fechadas e abertas e um formulário para registo das informações obtidas.

Recolheram-se do processo clínico informações sobre a prescrição dietética e sobre a existência de problemas relacionados com a ingestão de alimentos/suplementos, sobre os cuidados alimentares/nutricionais prestados e também informações sobre o peso do doente no momento de admissão (e da alta clínica no HSO). No HGSA e no HCF, obteve-se ainda informação das menções registadas pelos médicos do Serviço de Anestesia sobre o peso nos processos clínicos.

Utilizou-se como ferramenta de rastreio do risco nutricional o NRS-2002. Este é o método recomendado pela *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) para o rastreio nos doentes hospitalares³. Detecta a presença de DAD ou o risco de desenvolver, durante o internamento hospitalar. Classifica os doentes internados segundo a deterioração do estado nutricional e a gravidade da doença, podendo defini-las como normal, ligeira, moderada ou grave, com um total de pontuação de seis. Se a idade for superior a 70 anos, adiciona-se mais 1 valor à pontuação final. Um doente com uma pontuação final igual ou superior a três é considerado em risco nutricional ou desnutrido¹⁷. Quando os doentes se encontravam incapacitados de fornecer as informa-

ções necessárias, completou-se o NRS-2002, através de informações fornecidas pelos familiares e/ou técnicos de saúde.

Realizaram-se as medições antropométricas de acordo com procedimentos previamente descritos e padronizados por Lee et al¹⁸. Nenhum dos serviços em que este trabalho decorreu se encontrava equipado com balanças próprias para doentes acamados. Quando os doentes se encontravam nesta situação, usou-se o peso mencionado no processo clínico ou o referenciado pelo doente/familiares ou então o estimado pelo inquiridor. A altura, o perímetro do meio-braço (PMB) e a prega cutânea tricipital (PCT) foram medidos com o doente de pé ou no leito, de acordo com os procedimentos descritos para doentes acamados¹⁸. Nos casos em que o braço não dominante se encontrava lesionado, paralisado ou com acessos vasculares periféricos, foi utilizado o braço dominante, para medição do PMB e da PCT. Calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC)¹⁹ e a Circunferência Muscular do Braço (CMB)²⁰. Com o objectivo de classificar os doentes com desnutrição antropométrica, utilizou-se uma associação²¹ dos valores de PCT ou de CMB, com o IMC: IMC < 18,5 kg/m²; IMC < 20,0 kg/m² e valores de PCT ou CMB inferiores ao percentil 15. Nos indivíduos que apresentavam idades até aos 65 anos, compararam-se os dados provenientes das medições da PCT com a população de referência de Frisncho²², e da CMB com a de Bishop et al²³. Para os doentes com idades iguais ou superiores a 65 anos, foram utilizadas como referência os dados de Corish et al²⁴. Na análise dos resultados dos parâmetros antropométricos, excluíram-se os indivíduos que apresentavam edemas e/ou ascite.

De forma a uniformizar os procedimentos de recolha de dados em cada hospital, foi criado previamente um manual de procedimentos. Os dados foram recolhidos pelos autores, que tinham sido previamente treinados para o efeito.

A escolaridade de cada inquirido foi definida como o número de anos de ensino completados. Calculou-se o tempo de internamento através da diferença entre o dia de admissão e o dia de alta clínica, no respectivo serviço de internamento.

Análise Estatística dos Dados

Calcularam-se os parâmetros de localização e de dispersão para as variáveis contínuas e as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Usou-se a prova de Levene para avaliar a homogeneidade da variância. Quando a distribuição dos parâmetros estudados era normal, compararam-se as médias pela prova *t* de Student. Quando as distribuições não eram normais e/ou

as variâncias não eram homogêneas, utilizaram-se provas não paramétricas. Compararam-se as distribuições de frequências pela prova de χ^2 , ou pela técnica exacta de Fisher quando o valor esperado em 20% (ou menos) das células era inferior a cinco. O nível de significância utilizado foi de 5%. O software estatístico utilizado para a análise dos dados foi o SPSS (versão 14.0).

RESULTADOS

A presente amostra compreende 1152 doentes, 578 mulheres e 574 homens, com média de idades de 57,6±18,0 anos, compreendidas entre os 18 e os 99 anos. A escolaridade média, corresponde à conclusão do primeiro ciclo de ensino básico, com quatro anos completados.

A maioria dos doentes apresentava como diagnóstico principal patologias do foro médico (50%), enquanto que 30% manifestava patologias cirúrgicas e 20% apresentava diagnósticos oncológicos e/ou hematológicos. A mediana do tempo de internamento, nos serviços em estudo, foi de sete dias.

Os dados analisados, não perfazem a totalidade da amostra para alguns parâmetros apresentados, pela necessidade de não considerar os dados antropométricos em doentes que apresentavam edemas/ascite (n=103) e a não obtenção de dados resultantes do depoimento de doentes sem aptidão cognitiva, conjugada com a impossibilidade de os obter a partir de respondentes alternativos. Dada o seu pequeno número, a diversidade dos aspectos focada no presente estudo e a importância de se manter a representatividade da amostra, optou-se por não excluir os participantes com valores omissos.

Encontram-se descritas as características de cada hospital e da amostra estudada, estratificada por hospital, nos Quadros I e II. A frequência de doentes em risco nutricional variou entre 28,5 e 47,3%, enquanto que a frequência de desnutrição antropométrica variou entre 6,3 e 14,9%. Apenas foi necessário estimar o peso em 14,1% dos doentes e em 71% dos casos, este foi medido ou referido. Tanto os doentes que se encontravam em risco nutricional como os desnutridos, eram mais idosos, maioritariamente internados devido a patologias do foro médico, com menor escolaridade e com tempos de internamento superiores, comparativamente com os doentes que não se encontravam desnutridos e com os que não estavam em risco nutricional (Quadro III).

Em nenhum dos hospitais estudados, existia rastreio formal do estado nutricional. Descrevem-se as menções registadas nos processos clínicos, em termos de risco nutricional e desnutrição antropométrica, no Quadro IV.

Quadro I – Descrição dos hospitais incluídos no estudo

Nome	Tipo de Hospital	N	Tipo de Doentes
Hospital Geral Santo António E.P.E., Porto	Central	241	Médicos/Cirúrgicos
Hospital Central do Funchal, Serviço Regional de Saúde E.P.E.	Central	262	Médicos/Cirúrgicos
Hospital da Senhora da Oliveira E.P.E., Guimarães	Distrital	159	Médicos/Cirúrgicos
Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos E.P.E.	Distrital	231	Médicos/Cirúrgicos
Centro Hospitalar de Vilar Real/Peso da Régua E.P.E., Vila Real	Distrital	129	Médicos/Cirúrgicos
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil E.P.E., Porto	Central	130	Oncológicos

Quadro II – Características da amostra estudada, por hospitais

	HGSA	HCF	HSO	HPH	CHVR/PR	IPO-FG
Sexo, n (%)						
Feminino	112 (46,5)	131 (50,0)	85 (53,5)	121 (52,4)	72 (55,8)	57 (43,8)
Masculino	129 (53,5)	131 (50,0)	74 (46,5)	110 (47,6)	57 (44,2)	73 (56,2)
Idade (anos) *	58,2±18,3	56,4±19,3	54,6±17,9	57,1±18,7	63,8±16,3	57,1±13,5
Escolaridade (nº anos completados) §	4 (0-23)	4 (0-17)	4 (0-15)	4 (0-18)	4 (0-17)	3 (0-7)
Índice de Massa Corporal * (kg/m ²)						
Feminino	26,3±6,1	28,2±7,3	26,5±4,92	27,6±5,8	25,8±5,2	26,1±5,2
Masculino	24,3±4,6	25,6±4,1	25,8±4,5	24,7±4,1	26,0±4,9	24,3±4,2
Patologias, n (%)						
Médicas	152 (63,1)	135 (51,5)	77 (48,4)	110 (47,6)	76 (58,9)	0 (0,0)
Cirúrgicas	70 (29,0)	97 (37,0)	59 (37,1)	88 (38,1)	43 (33,3)	0 (0,0)
Oncologia/Hematologia	19 (7,9)	30 (11,5)	23 (14,5)	33 (14,3)	10 (7,8)	130 (100,0)
Em risco Nutricional (NRS-2002), n (%)	114 (47,3)	89 (34,0)	46 (28,9)	87 (37,7)	43 (33,3)	37 (28,5)
Com Desnutrição Antropométrica #, n (%)	31 (14,9)	18 (7,7)	9 (6,3)	18 (8,3)	14 (12,2)	12 (9,5)
Tempo de Internamento (dias) §	7 (2-51)	8 (2-130)	4 (2-73)	7 (2-75)	7 (2-128)	7 (2-53)

* Média ± desvio-padrão; § Mediana (mínimo-máximo), # Excluídos os indivíduos que apresentavam edemas e/ou ascite (n=103).

Encontraram-se menções sobre o peso nos processos clínicos de apenas 34,9% dos doentes e sobre os aspectos relacionados com o peso (obeso, emagrecido, etc.) em apenas cerca de 10% dos processos estudados. Dos registos de peso realizados nos HCF e HGSA, no primeiro hospital 8,3% destes registos foram efectuados pelo Serviço de Anestesia, enquanto que no segundo hospital este número ascendeu aos 60,2%. Curiosamente, os regis-

tos de peso foram menos frequentes nos processos dos doentes que estavam desnutridos e/ou que se encontravam em risco nutricional ($p < 0,001$). Contudo, estes doentes apresentaram mais registos de problemas relacionados com a ingestão alimentar e a prescrição dietética foi realizada com maior frequência ($p < 0,001$).

Os registos nos processos clínicos relacionados com a alimentação dos doentes, como a prescrição dietética e

Quadro III – Características da amostra estudada segundo a classificação pelo NRS-2002 e por desnutrição antropométrica.

	Desnutrição Antropométrica [¥]			Risco Nutricional (NRS-2002)		
	Sem	Com	<i>p</i>	Sem	Com	<i>p</i>
Sexo, n (%)						
Feminino	479 (50,8)	46 (45,1)		379 (51,5)	199 (47,8)	n.s. [£]
Masculino	463 (49,2)	56 (54,9)	n.s. [£]	357 (48,5)	217 (52,2)	
Idade (anos) *	56,5±17,8	59,8±20,7	n.s. [£]	52,8±16,8	66,0±16,9	<0,001
Escolaridade (nº de anos completos) [§]	4 (0-23)	3 (0-21)	0,017	4 (0-23)	3 (0-21)	<0,001
Índice de Massa Corporal^{*,¥,#} (kg/m ²)						
Feminino	-	-	-	27,8±5,6	25,2±6,6	<0,001
Masculino	-	-	-	26,2±3,8	23,0±4,6	<0,001
Patologias, n (%)						
Médicas	414 (43,9)	60 (58,8)		283 (38,5)	267 (64,2)	
Cirúrgicas	319 (33,9)	17 (16,7)	0,001	295 (40,1)	62 (14,9)	<0,001
Oncologia/Hematologia	209 (22,2)	25 (24,5)		158 (21,5)	87 (20,9)	
Tempo de Internamento (dias)[§]	6,0(2-130)	9,0(2-128)	<0,001	5,0(2-128)	10,0(2-130)	<0,001

[¥] Excluídos os indivíduos que apresentavam edemas e/ou ascite (n=103); [£] Não significativo ($p>0,05$); * Média ± desvio-padrão; # Não contabilizado por constituir um critério de classificação da desnutrição antropométrica; [§] Mediana (mínimo-máximo).

Quadro IV – Proporção de doentes que apresentava registos de menções relevantes para o estado nutricional, nos processos clínicos e de enfermagem, segundo a classificação do NRS-2002 e de desnutrição antropométrica.

	Desnutrição Antropométrica *			Risco Nutricional (NRS-2002)		
	Sem	Com	<i>p</i>	Sem	Com	<i>p</i>
Registos de Peso, n (%)						
Admissão	355 (37,8)	21 (20,6)	<0,001	303 (41,2)	98 (23,7)	<0,001
Alta [¥]	5 (3,7)	0 (0,0)	n.s. [£]	4 (3,5)	1 (2,2)	n.s. [£]
Anestesiá [#]	54 (45,0)	2 (20,0)	n.s. [£]	38 (38,8)	22 (51,2)	n.s. [£]
Registos de Problemas Relacionados Com o Peso, n (%)						
Admissão	87 (9,3)	15 (14,7)	n.s. [£]	70 (9,5)	43 (10,4)	n.s. [£]
Alta [¥]	9 (6,7)	1 (11,1)	n.s. [£]	5 (4,4)	7 (15,2)	0,040
Prescrição Alimentar, n (%)	629 (66,8)	83 (81,4)	0,002	479 (65,1)	317 (76,4)	<0,001
Registos de Cuidados Alimentares Prestados (Enfermagem), n (%)	710 (75,5)	79 (77,5)	n.s. [£]	539 (73,3)	345 (82,9)	<0,001
Registos de Problemas de Ingestão Alimentar, n (%)	154 (19,1)	39 (41,9)	<0,001	97 (15,6)	115 (31,1)	<0,001

* Excluídos os indivíduos que apresentavam edemas e/ou ascite (n=103); [£] Não significativo ($p>0,05$); [¥] Valores disponíveis apenas para o HSO; [#] Proporção de registo de peso efectuados pelo Serviço de Anestesia (valores disponíveis apenas para o HGSA e HCF).

os problemas de ingestão de alimentos foram mais frequentes (cerca de 70%) do que os registos de peso.

No HSO, apenas cerca de 3% dos doentes tinha sido pesado durante o internamento hospitalar, e encontraram-se menções relacionadas com o peso, em apenas 7,5% dos casos. No momento da admissão hospitalar, os registos de peso foram mais frequentes nos doentes sem risco nutricional. Durante o internamento estas menções foram mais frequentemente referidas nos doentes em risco nutricional.

DISCUSSÃO

Com a participação dos doentes abrangidos pelos critérios de inclusão, representando entre 42% e 50% do total de camas dos serviços de internamento, esperámos ter obtido uma amostra representativa em cada um dos seis hospitais envolvidos no presente estudo.

A elevada frequência de doentes em risco nutricional no momento de admissão, (entre 28,5% e 47,3%), é comparável à de estudos prévios^{5,21}. De acordo com o esperado, identificámos menor proporção de doentes com desnutrição antropométrica, entre os 6,3% e os 14,9%^{6,8,10}. A execução deste trabalho permitiu que estes doentes fossem alvo de um rastreio nutricional na admissão, uma vez que nenhum dos hospitais tinha um protocolo implementado. Outros trabalhos também referiram a inexistência do rastreio do risco nutricional no momento da admissão hospitalar^{5,25}.

A ferramenta utilizada para a identificação dos doentes em risco nutricional nesta amostra, o NRS-2002¹⁷, foi de fácil utilização e aplicável à diversidade de patologias existentes nestes hospitais. Para além de descrita previamente como tendo validade preditiva em relação ao resultado clínico³ e dado que é a ferramenta actualmente recomendada pela ESPEN³, a sua utilização no presente trabalho permitirá futuras comparações. Ao contrário de outros trabalhos prévios^{2,6,21} e na tentativa de não subestimar a prevalência da DAD, foram incluídos no presente estudo os doentes que estavam inconscientes e/ou não colaborantes.

Este estudo apresenta como limitação o facto de o peso ter sido obtido por diferentes métodos, embora se saiba que este é recordado com uma fiabilidade razoável⁷. O registo da medição do peso no processo clínico poderá ser uma ajuda importante na avaliação e na monitorização do doente durante o internamento.

Nesta amostra, tal como o descrito em trabalhos prévios²⁶⁻²⁸, encontrámos uma baixa frequência de registos do peso nos processos (de 34,9%), não se constatando

diferenças entre os doentes com e sem DAD, sendo menos frequentes nos doentes em risco nutricional. Singh et al⁸, após uma revisão dos registos hospitalares, encontraram menções sobre o estado nutricional em apenas dois de 69 doentes avaliados (3%). Já nos estudos de Thorsdóttir et al e Rasmussen et al são encontradas frequências de registo mais elevadas, de 17% e de 8%, respectivamente^{25,29}. Num trabalho que abrangeu os países escandinavos, Mowe et al, embora referissem que a amostra estudada incluía profissionais de saúde mais interessados sobre esta problemática, revelaram que médicos e enfermeiros afirmavam registar o peso do doente no momento de admissão em 45% dos casos³⁰.

Cerca de 43% dos registos de peso mencionados nos processos clínicos, foi efectuado pelo Serviço de Anestesia. Resta saber se estes doentes, não sendo submetidos a intervenção cirúrgica posterior, iriam ser pesados nos restantes dias do seu internamento. No HSO, em que os doentes foram seguidos durante o seu internamento, apenas uma pequena percentagem foi pesada durante a permanência no hospital.

Kondrup et al⁹ concluíram que os cuidados alimentares/nutricionais prestados aos doentes internados pelos técnicos de saúde eram insuficientes. Neste estudo, encontrámos frequências aceitáveis de prescrições alimentares. Os doentes em risco nutricional foram alvo de maior atenção, em termos de registos/menções de enfermagem, enquanto que não se encontraram diferenças significativas entre os doentes com desnutrição antropométrica e os doentes bem nutridos.

Assim, a presente investigação reforça a necessidade de investir na sensibilização dos profissionais de saúde, sobre a importância do rastreio nutricional e da prescrição/monitorização da alimentação e do peso dos doentes, na admissão e durante todo o internamento hospitalar^{8,27}.

CONCLUSÕES

Do presente estudo, poderemos concluir que a frequência de doentes em risco nutricional no momento da admissão hospitalar é muito elevada, de 29 a 47%, bem como a de desnutrição antropométrica (6-15%). As menções referentes ao peso, ou aspectos relacionados com este, constantes dos processos clínicos, são muito escasas. Os doentes em risco nutricional/desnutridos foram pesados com menor frequência do que os restantes. As menções relacionadas com a alimentação foram consideravelmente mais frequentes do que as relacionadas com o peso dos doentes, devido ao grande contributo da equipa de Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

A todos os Directores dos Hospitais envolvidos neste estudo, bem como a todos os Directores dos Serviços de Internamento, por permitirem e facilitarem a recolha de dados. Aos nossos Colegas, por todo o apoio e supervisão prestada durante a recolha dos dados.

BIBLIOGRAFIA

1. BECK AM, BALKNAS UN, CAMILO ME et al: Practices in relation to nutritional care and support – Report from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2002;21:351-4
2. STRATTON R, HACKSTON A, LONGMORE D 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;92:799-808
3. KONDRUP J, ALLISON SP, ELIA M, VELLAS B, PLAUTH M: ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21
4. Council of Europe: Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals. Disponível em: <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp>
5. ELIA M, ZELLIPOUR L, STRATTON RJ: To screen or not to screen for adult malnutrition? *Clin Nutr* 2005;24:867-84
6. MCWHIRTER JP, PENNINGTON CR: Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994;308:945-8
7. STRATTON RJ, GREEN CJ, ELIA ME: Causes of Disease-related Malnutrition. In: Stratton RJ, Green CJ, Elia ME, eds. *Disease-related Malnutrition: An Evidence-based Approach to Treatment*. Oxford. CAB International. 2003;93-112
8. SINGH H, WATT K, VEITCH R, CANTOR M, DUERKSEN DR: Malnutrition is prevalent in hospitalized medical patients: Are housestaff identifying the malnourished patient? *Nutrition* 2006;22:350-4
9. KONDRUP J, JOHANSEN N, PLUM LM et al: Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002;21:461-8
10. HOSSEINI S, AMIRKALALI B, NAYEBI N, HESHMAT R, LARIJANI B: Nutrition status of patients during hospitalization, Tehran, Iran. *Nutr Clin Pract* 2006;21(5):518-521
11. ASPEN Board of Directors. Guidelines for the use of parenteral, enteral nutrition in adult and paediatric care. *JPEN* 2002;26:9SA-12SA
12. PICHARD C, KYLE UG, MORABIA AM, PERRIER A, VERMEULEN B, UNGER P: Nutritional assessment: lean body mass depletion at hospital admission is associated with an increased length of stay. *Am J Clin Nutr* 2004;79:613-8
13. CHIMA CS, BARKO K, DEWITT ML, MAEDA M, TERAN JC, MULLEN KD: Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs and discharge status of patients hospitalized in the medicine service. *J Am Diet Assoc* 1997;97:975-8
14. Ad hoc Group-Nutrition Programmes in Hospitals. Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Health. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Report and Recommendations of 6th meeting; 2002 Feb 6-7; Paris. Draft Final Edition P-SG.2002.2 REV
15. THOMAS DR: Editorial opinion – Starving in Hospital. *Nutrition* 2003;19:907-8
16. World Medical Association: Declaration of Helsinki. Tokyo 2004. Disponível em: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
17. KONDRUP J, RASMUSSEN HH, HAMBERG O, STANGA Z, ad hoc ESPEN Working Group: Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003;22:321-336
18. LEE RD, NIEMAN DC: Nutritional assessment of hospitalized patients. In: Lee RD, Nieman DC, eds. *Nutritional Assessment*. St. Louis. Mosby 1995;289-332
19. QUÉTELET LAJ: L'Anthropométrie ou le Mesure des Differentes Facultés de L'homme. Brussels. C Marquardt 1871;479
20. JELLIFFE DB: The assessment of the nutritional status of the community. Monograph series No. 53:50. World Health Organization Geneva, Switzerland 1966
21. PLANAS M, AUDIVERT S, PEREZ-PORTABELLA C et al: Nutritional status among adult patients admitted to an university-affiliated hospital in Spain at a time of genoma. *Clin Nutr* 2004;23:1016-24
22. FRISANCHO AR: New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *Am J Clin Nutr* 1981;34:2540-5
23. BISHOP CW, BOWEN PE, RITCHEY SJ: Norms for nutritional assessment of American adults by upper arm anthropometry. *Am J Clin Nutr* 1981;34:2530-9
24. CORISH CA, KENNEDY NP: Anthropometric measurements from a cross-sectional survey of Irish free-living elderly subjects with smoothed centile curves. *Br J Nutr* 2003;89:137-145
25. THORSÐÓTTIR I, ERIKSEN B, EYSTEINSDÓTTIR S: Nutritional status at submission for dietetic services and screening for malnutrition at admission to hospital. *Clin Nutr* 1999;18:15-21
26. WYSZYNSKI DF, PERMAN M, CRIVELLI A: Prevalence of Hospital Malnutrition in Argentina: Preliminary Results of a Population-Based Study. *Nutr* 2003;19:115-9
27. XIA C, McCUTCHEON H: Mealtimes in hospital – who does what? *J Clin Nurs* 2006;15:1221-7
28. WAITZBERG DL, CAIAFFA WT, CORREIA MI: Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutr* 2001;17(7-8):573-80
29. RASMUSSEN HH, KONDRUP J, STAUN M, LADEFOED K, KRISTENSEN H, WENGLER A: Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15
30. MOWE M, BOSAEUS I, RASMUSSEN HH, KONDRUP J, UNOSSON M, IRTUN Ø: Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clin Nutr* 2006;25:524-532