

PREVALENCIA DE DESNUTRIÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA GRANDE VITÓRIA – ES - BRASIL

Roberta Pereira dos Santos

Nutricionista na UNIMED Vitória. E-mail: betaps@oi.com.br

Jaqueline Morete dos Santos

Nutricionista da Bom Gosto Alimentos. E-mail: jckmorete@yahoo.com.br

Juliana Andrade Pagung

Nutricionista do Grupo Coan. E-mail: jpagung@yahoo.com.br

Luciene Rabelo Oliveira

Nutricionista Especialista em obesidade e emagrecimento; Docente Auxiliar da Faculdade Salesiana de Vitória – ES. E-mail: loliveira@salesiano.com.br

Luciane Bresciani Salaroli

Mestre em Saúde Coletiva; Doutoranda em Ciências Fisiológicas; Docente Assistente da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. E-mail: luciane.bresciani@yahoo.com.br

RESUMO: Objetivo: Conhecer a prevalência de desnutrição hospitalar em um hospital público da grande Vitória, através da avaliação nutricional subjetiva e objetiva em adultos hospitalizados. Métodos: Pacientes internados em um hospital público da grande Vitória/ES tiveram dados antropométricos e bioquímicos coletados durante dois meses e, então, foi realizada avaliação nutricional subjetiva e objetiva. Foram avaliados 93 pacientes, com idade entre 18 a 65 anos, sendo 61 (65,6%) homens e 32 (34,4%) mulheres. Os resultados foram analisados através de estatística descritiva e exploratória. Resultados: Relacionando o tempo de internação com o estado nutricional verificou-se que, dos pacientes internados até 30 dias, 56,3% encontravam-se eutróficos, dos que estavam hospitalizados entre 31 a 90 dias, 68% tiveram prevalência de desnutrição e acima de 90 dias 57,1% estavam eutróficos. Conclusão: Em vista dos resultados, pode-se concluir que é frequente a ocorrência de desnutrição ou risco nutricional em doentes hospitalizados, sendo que a detecção prévia da desnutrição é de grande importância e que a presença da equipe de terapia nutricional é fundamental para que um tratamento adequado seja oferecido ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Estado Nutricional; Avaliação Subjetiva Global; Desnutrição Hospitalar.

PREVALENCE OF MALNUTRITION IN A PUBLIC HOSPITAL- VITÓRIA/ES-BRAZIL

ABSTRACT: Current research assesses the prevalence of malnutrition in a public hospital in Vitória ES, Brazil, through the subjective and objective nutrition assessment for hospitalized adults. Anthropometric and biochemical data were retrieved from patients during two months, followed by a subjective and objective nutritional assessment. Ninety-three patients, comprising 61 (65.6%) males and 32 (34.4%) females, aged between 18 and 65, were evaluated, and results were analyzed by descriptive and exploratory statistics and exploratory. Since admission period and their nutritional status were related, it was found that 56.3% of patients admitted since up to 30 days and 57.1% of patients hospitalized for more than 90 days had eutrophic conditions; 68% of patients hospitalized between 31 and 90 days had a prevalence of malnutrition. Results show frequent occurrence of malnutrition or nutritional risk in hospital patients. Since early detection of malnutrition is of great importance, the presence of a nutritional therapy team is essential for the patients' appropriate treatment.

KEYWORDS: Nutritional Status; Subjective Global Assessment; Malnutrition in Hospital.

INTRODUÇÃO

O interesse na avaliação do estado nutricional em pacientes hospitalizados vem sendo despertado, com a constatação de grande incidência de desnutrição entre os pacientes internados na maioria dos hospitais (VANNUCCHI; UNAMUNO; MARCHINI, 1996). A desnutrição hospitalar tem sido associada à maior frequência de complicações e aumento da mortalidade, resultando em internação hospitalar mais prolongada e maior custo, principalmente em pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos e maior tempo de internação (GUAITOLI et al., 2007).

Nos últimos 30 anos, observam-se elevados índices de pacientes desnutridos já na admissão hospitalar, com piora do quadro clínico sob os aspectos nutricionais, durante o período de internação (SANTOS; CERIBELLI, 2006). Inserido nesse contexto, em 1996 foi realizado no Brasil, pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), um estudo epidemiológico transversal, que avaliou o estado nutricional de 4.000 pacientes internados na rede pública de 12 Estados e do Distrito Federal do País. O estudo revelou que quase metade (48.1%) dos doentes internados encontrava-se com desnutrição. Os dados sobre o tempo de permanência hospitalar encontrados pelo IBRANUTRI mostraram que os doentes não desnutridos permaneceram em média por seis dias internados, enquanto que, para aqueles portadores de desnutrição grave, a média de permanência foi de treze dias (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

Nesse cenário observa-se que, se no momento do ingresso ao hospital e durante a internação não for feita uma avaliação nutricional, o risco do paciente se desnutrir ao longo da hospitalização aumenta e os que já estavam desnutridos tendem a ter seu quadro clínico ainda mais agravado (WAITZBERG; GAMA-RODRIGUES; CORREIA, 2004). A identificação desses pacientes em risco e de desnutridos é de extrema importância, bem como o atendimento e o monitoramento que se faz necessário para recuperar e/ou prevenir a perda de peso e as complicações que esta acarreta, sendo a avaliação nutricional fundamental para a detecção desses pacientes (PRIETO et al., 2006).

Para tanto, o diagnóstico nutricional deve-se basear em diferentes métodos, visando a aumentar a probabilidade de se acertar o diagnóstico de desnutrição nos indivíduos que de fato estão desnutridos e descartar a presença de desnutrição nos indivíduos não desnutridos (BEGHETTO et al., 2007).

Com o propósito de complementar os métodos usuais de avaliação nutricional, vários autores têm utilizado a Avaliação Subjetiva Global (ASG) como uma opção para a detecção de pacientes com risco de desnutrição (YAMAUTI et al., 2006). A ASG é um método clínico de avaliação do estado nutricional, desenvolvido por Detsky e colaboradores (1984) e diferenciase dos demais métodos de avaliação nutricional utilizados na prática clínica por englobar, não apenas alterações da composição corporal, mas também alterações funcionais do paciente. Trata-se de método simples, de baixo custo e não invasivo, podendo ser realizado à beira do leito (BARBOSA-SILVA; BAR-

ROS, 2002a).

A complementação da ASG com outras técnicas de avaliação nutricional é sugerida. Entre elas está a antropometria, um método objetivo, que apresenta grande importância para a avaliação do estado nutricional dos indivíduos. (FONTOURA et al., 2006). Vale destacar a importância da realização de exames bioquímicos, considerados medidas mais objetivas do estado nutricional, usados para detectar deficiências subclínicas e para confirmação diagnóstica, com a vantagem de possibilitar seguimento de intervenções nutricionais ao longo do tempo. Os parâmetros hematológicos mais utilizados em avaliação nutricional são hematócrito (HT), hemoglobina (HG) e linfócitos totais (LINF) (ACUNA; CRUZ, 2004).

Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência de desnutrição em pacientes internados em um hospital público de Vitória.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, que teve por objetivo avaliar a prevalência de desnutrição hospitalar de adultos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 65 anos, internados em um Hospital público na cidade de Vitória - ES. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a setembro de 2008.

Foram avaliados todos os pacientes que estavam internados no período da coleta de dados, com exceção dos internados no pronto socorro, os submetidos à amputação de membros, os que apresentaram impossibilidade de informar sobre seu estado clínico e admitidos em unidades de terapia intensiva; desta forma foram incluídos no estudo 93 pacientes sendo 61 do sexo masculino e 32 do sexo feminino.

Os métodos utilizados para essa avaliação foram: Avaliação Subjetiva Global, Avaliação Antropométrica, laboratorial e Questionário socioeconômico. Para avaliação do estado nutricional através da Avaliação Subjetiva Global (ASG) foi utilizado o questionário sistematizado por Detsky e colaboradores (1987), que consiste na prática de anamnese e do exame físico, na qual se avalia, principalmente, perda de peso, diminuição do tecido adiposo e muscular e alterações da ingestão alimentar. Os resultados foram categorizados conforme a classificação Detsky e colaboradores (1987), em bem nutrido, moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido e gravemente desnutrido. Para complementar a ASG alguns critérios antropométricos foram utilizados como a antropometria e pregas cutâneas.

A antropometria foi realizada por meio de métodos convencionais, com auxílio de adipômetro SANNY®, fita métrica inelástica Fiber Glass®, e balança TANITA®, no qual se analisou: peso (P) e altura (A), sendo que estes foram utilizados para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), através da fórmula $IMC = \text{Peso}/\text{altura}^2$, validada pela Organização Mundial da Saúde.

Os valores obtidos através da aferição da Prega Cutânea Tricipital (PCT) e Circunferência Braquial (CB) foram correlacionados com os valores-padrão propostos por Jelliffe (1966) para adultos e expressos em percentual de desvio do normal

através da relação: valor encontrado x 100 / valor de referência.

A altura foi medida em metros, com os indivíduos descalços, mantendo-se em posição ereta e olhando o infinito, com as costas, nádegas e calcanhares, encostados a parede. Para aferição dessa medida, foi utilizado estadiômetro alturexata®. Para os pacientes impossibilitados de ficarem em pé foi feita a altura estimada através da altura do joelho (AJ), pela qual o indivíduo permaneceu em posição supina ou sentado, o mais próximo possível da extremidade da cadeira, com o joelho flexionado em ângulo de 90 graus. Foi medido o comprimento entre o calcanhar e a superfície anterior da perna na altura do joelho. A estimativa da altura se deu através das fórmulas propostas por Chumlea, Guo e Steinbaugh (1994):

$$\text{Homens: } A = 64,19 - [0,04 \times I (\text{anos})] + [2,02 \times AJ (\text{cm})]$$

$$\text{Mulheres: } A = 84,88 - [0,24 \times I (\text{anos})] + [1,83 \times AJ (\text{cm})]$$

O peso foi medido em quilogramas, com o indivíduo posicionado em pé no centro da balança, olhando para o infinito, descalço e trajando roupas leves. Para isso utilizou-se a TANTA® devidamente calibrada. Para pacientes impossibilitados de ficarem em pé, seu peso foi estimado através da AJ, circunferência da panturrilha (CP), circunferência do braço (CB) e prega cutânea subescapular (PCSE). A estimativa do peso se deu através das fórmulas propostas por Chumlea, Guo e Steinbaugh (1994):

$$\text{Homens: } P = [1,73 \times CB(\text{cm})] + [0,98 \times CP(\text{cm})] + [0,37 \times PCSE(\text{mm})] + [1,16 \times AJ(\text{cm})] - 81,69$$

$$\text{Mulheres: } P = [0,998 \times CB(\text{cm})] + [1,27 \times CP(\text{cm})] + [0,4 \times PCSE(\text{mm})] + [0,87 \times AJ(\text{cm})] - 62,35$$

Para medir a PCT o indivíduo permaneceu em pé ou sentado, com o braço direito estendido livremente ao longo do corpo. Indivíduos que apresentaram impossibilidade de permanecerem em pé ou sentados, ficaram deitados sobre o lado esquerdo do corpo (tronco reto, pernas flexionadas, braço esquerdo estendido em frente ao corpo e braço direito estendido ao longo do tronco com a palma da mão virada para baixo).

A medida foi feita na parte posterior do braço direito, no ponto médio entre o acrômio e o olecrano. Foram realizadas três leituras da PCT, para se obter sua média aritmética.

A PCSE foi medida com o indivíduo em pé ou sentado, com o braço direito estendido livremente ao longo do corpo. Indivíduos impossibilitados de permanecer em pé ou sentados ficaram deitados sobre o lado esquerdo do corpo (tronco reto, pernas flexionadas, braço esquerdo estendido em frente ao corpo e braço direito estendido ao longo do tronco com a palma da mão virada para baixo). A medida foi feita em um ponto lateral logo abaixo do ângulo inferior da escápula direita, sobre uma linha imaginária que vai deste ângulo até o cotovelo direito. Foram realizadas três leituras da PCSE, para se obter sua média aritmética.

Para a medida da CB, o indivíduo foi orientado a dobrar o cotovelo até formar um ângulo de 90 graus. A palma da mão deve estar voltada na direção do tronco. Com uma fita

inextensível determinou-se o ponto médio do braço, localizado entre o acrômio e o olecrano. O indivíduo foi orientado a deixar o braço estendido ao longo do corpo com a palma da mão voltada para frente. A fita métrica foi circundada no ponto médio do braço, sem comprimir os tecidos.

A CP foi medida com o indivíduo sentado em uma cadeira, apoiando a perna ou deitado em posição supina, fazendo com que o joelho e o calcanhar formem um ângulo de 90 graus. A planta do pé foi mantida apoiada em uma superfície plana. A fita foi contornada à panturrilha, movida de baixo para cima até localizar a maior circunferência.

Quanto aos parâmetros laboratoriais, foram avaliados o hemograma e leucograma por técnicas habituais, realizados pelo Laboratório de Análises do hospital.

As entrevistas e antropometrias foram realizadas por pesquisadoras treinadas. O questionário sócio-econômico teve como objetivo conhecer os aspectos socioeconômicos que caracterizam os pacientes do Hospital.

Os indivíduos foram convidados a participar do estudo mediante a leitura e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Salesiana de Vitória, sob o nº 17/2008.

A análise estatística foi realizada por meio do Software SPSS 15.0. Para descrever as variáveis de estudo foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas, e percentuais para as variáveis categóricas. Para a análise das diferenças das proporções foi utilizado o teste do qui-quadrado (X^2).

3 RESULTADOS

Dos 93 pacientes avaliados, 65,6% (61) são do sexo masculino e 34,4% (32) do sexo feminino. A faixa etária média da população estudada é de $43,12 \pm 13,87$ e o tempo médio de internação é $40,96 \pm 38,76$.

A tabela 1 mostra a caracterização sociodemográfica da população estudada, pode-se observar que 58,1% dos entrevistados possuem atividade laboral, a grande maioria (55,9%) apresentam ensino fundamental completo ou incompleto e no que se refere a renda familiar 73,10% possui renda entre 1 e 3 salários mínimos.

Tabela 1 Caracterização Sociodemográfica da População Estudada - Vitória - Es; 2008

SEXO	N(%)
Homem	61 (65,6)
Mulher	32 (34,4)
Total	93 (100%)
CASA PRÓPRIA	N(%)
Sim	73 (78,5)
Não	20 (31,5)

Total	93 (100%)
TRABALHADORES	N(%)
Sim	54 (58,1)
Não	39 (41,9)
Total	93 (100%)
ESCOLARIDADE	N(%)
Sem instrução	8 (8,6)
Ens. Fund. Incompleto	32 (34,4)
Ens. Fund. Completo	20 (21,5)
Ens. Médio incompleto	16 (17,2)
Ensino médio completo	16 (17,2)
Ens. Sup. Incompleto	1 (1,1)
Total	93 (100%)
RENDA FAMILIAR	N(%)
1 a 3 SM	68 (73,10)
4 a 5 SM	21 (22,6)
> 6 SM	4 (4,3)
TOTAL	93 (100,0)

SM: salário mínimo

Na Figura 1 observa-se a avaliação do estado nutricional segundo a ASG da população estudada, pode-se observar que 65,6% dos homens e 71,9% das mulheres encontram-se eutróficos, 26,2% e 25,0% dos homens e mulheres respectivamente apresentam desnutrição moderada e 8,2% dos homens e 3,1% das mulheres encontram-se gravemente desnutridos.

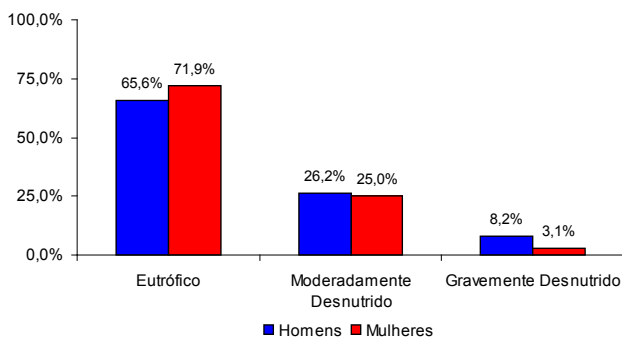


Figura 1 Avaliação Subjetiva Global (ASG) da Amostra Estudada Segundo Sexo

Observa-se na Figura 2 o estado nutricional dos pacientes através da Avaliação Objetiva, nota-se que 41,66% dos homens e 43,75% das mulheres encontram-se eutróficos, 48,33% e 37,50% dos homens e mulheres respectivamente apresentaram algum grau de desnutrição e os demais pacientes

avaliados apresentaram sobrepeso ou obesidade. Foi possível notar que, na análise dos resultados da avaliação objetiva, não houve diferença estatística entre o estado nutricional e o tempo de internação ($P=0,234$).

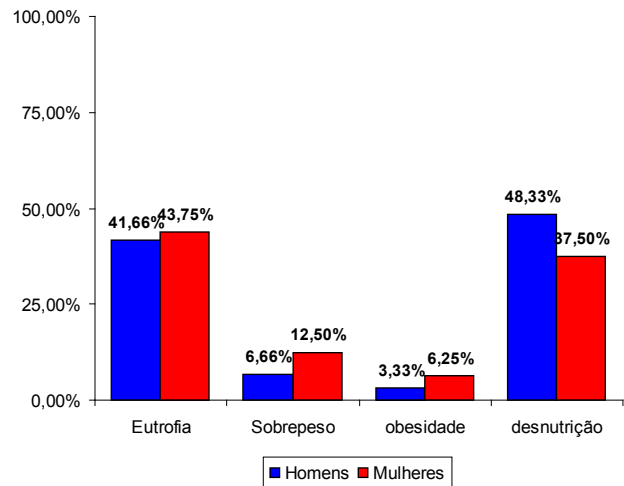


Figura 2 Estado Nutricional Dos Pacientes Segundo Avaliação Objetiva

A Figura 3 retrata a caracterização do estado nutricional através da avaliação objetiva segundo tempo de internação, pode-se observar que os pacientes com tempo de internação entre 31 a 90 dias encontravam-se a maioria desnutridos, enquanto os que estavam internados até 30 dias ou com o tempo de internação acima de 90 dias a maioria encontravam-se com menor frequência de desnutrição.

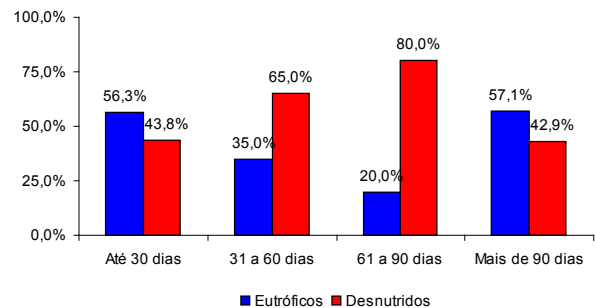


Figura 3 Caracterização do Estado Nutricional Através da Avaliação Objetiva Segundo Tempo de Internação

A tabela 2 retrata o estado nutricional segundo dados antropométricos e bioquímicos da população estudada. Pode-se observar que através da avaliação pelo parâmetro CMB houve diferença estatística entre os sexos tanto em relação aos eutróficos ($p=0,002$), quanto aos desnutridos leves ($p=0,09$). Foi possível observar também diferença estatística na análise do parâmetro CB entre os sexos em relação aos indivíduos com sobrepeso ($p=0,010$). Nos demais parâmetros não foram observadas diferenças estatísticas.

Tabela 2 Estado Nutricional Segundo Dados Antropométricos E Bioquímicos Da População Estudada

VARIÁVEIS	Homens	Mulheres	P valor	TOTAL (%)	
	n (%)	n (%)			
IMC atual	Eutrofia	34 (55,7)	15 (46,4)	0,526	49 (52,7)
	Sobrepeso	15 (24,6)	10 (31,3)	0,656	25 (26,9)
	Obesidade grau I	2 (3,3)	4 (12,5)	0,204	6 (6,5)
	Magreza grau I	4 (6,6)	2 (6,3)	0,699	6 (6,5)
	Magreza grau II	2 (3,3)	1 (3,1)	0,572	3 (3,2)
	Magreza grau III	4 (6,6)	0 (0,0)	-	4 (4,3)
CMB	Eutrofia	30 (49,2)	27 (84,4)	0,002*	57 (61,3)
	Desnutrição moderada	10 (16,4)	0 (0,0)	-	10 (10,8)
	Desnutrição leve	17 (27,9)	2 (6,3)	0,029*	19 (20,4)
	Desnutrição grave	4 (6,6)	2 (6,3)	0,699	6 (6,5)
	Sobrepeso	0 (0,0)	1 (3,1)	-	1 (1,1)
CB	Eutrofia	21 (34,4)	14 (43,8)	0,507	35 (37,6)
	Desnutrição moderada	9 (14,8)	3 (9,4)	0,680	12 (12,9)
	Desnutrição leve	23 (37,7)	8 (25,0)	0,316	31 (33,3)
	Sobrepeso	1 (1,6)	6 (18,8)	0,010*	7 (7,5)
	Desnutrição grave	7 (11,5)	1 (3,1)	0,326	8 (8,6)
PCT	Eutrofia	15 (24,6)	6 (18,8)	0,708	21 (22,6)
	Desnutrição grave	20 (32,8)	14 (43,8)	0,412	34 (36,6)
	Desnutrição leve	9 (14,8)	4 (12,5)	0,991	13 (14,0)
	Desnutrição moderada	2 (3,3)	5 (15,6)	0,085	7 (7,5)
	Sobrepeso	4 (6,6)	2 (6,3)	0,699	6 (6,5)
	Obesidade	11 (18,0)	1 (3,1)	0,087	12 (12,9)
% PP	Sem perda de peso	12 (19,7)	10 (31,3)	0,321	22 (22,7)
	Perda severa	35 (57,4)	15 (46,9)	0,456	50 (53,8)
	Normal	9 (14,8)	4 (12,5)	0,991	13 (14,0)
	Perda leve	3 (4,9)	1 (3,1)	0,895	4 (4,3)
	Perda moderada	2 (3,3)	2 (6,3)	0,889	4 (4,3)
HB	Normal	12 (19,7)	12 (37,5)	0,099	24 (25,8)
	Alterada	49 (80,3)	20 (62,5)	0,107	69 (74,2)
HT	Normal	14 (23,0)	12 (37,5)	0,216	26 (28,0)
	Alterada	47 (77,0)	20 (62,5)	0,216	67 (72,0)
CTL	Normal	28 (45,9)	16 (50,0)	0,875	44 (47,3)
	Alterada	33 (54,1)	16 (50,0)	0,875	49 (52,7)
ESTADO NUTRICIONAL	Eutrófico	40 (65,6)	23 (71,9)	0,701	63 (67,7)
	Moderadamente desnutrido	16 (26,2)	8 (25,0)	0,902	24 (25,8)
	Gravemente desnutrido	5 (8,2)	1 (3,1)	0,612	6 (6,5)
TOTAL	61 (100,0)	32 (100,0)	-	93 (100,0)	

*P< 0,05 teste Qui-quadrado

4 DISCUSSÃO

Uma das limitações deste estudo se refere ao desequilíbrio da população estudada em relação ao sexo. Como a proposta inicial era de estudar todos os pacientes que atendessem aos critérios de inclusão e internados no referido hospital no período da coleta de dados, o fato de o número de homens ser maior que o de mulheres não ocasionou um problema maior na análise, pois foram estudados todos os indivíduos e não uma amostra. Em pacientes hospitalizados a desnutrição associa-se com mau resultado cirúrgico, taxa aumentada de infecção, internação hospitalar prolongada, feridas de difícil cicatrização, readmissão hospitalar frequente e risco aumentado de morte. Por isso é de extrema importância o diagnóstico prévio da desnutrição com o objetivo de prevenir as complicações que esta acarreta (NEHME et al., 2006).

No presente estudo, o diagnóstico nutricional da maior parte dos pacientes apresentou-se inalterado quando estes foram avaliados através da Avaliação Subjetiva Global (ASG). Sena e colaboradores (1999), em seu estudo com 57 pacientes internados em enfermaria de gastroenterologia, encontrou um resultado semelhante ao nosso onde, através da ASG, diagnosticou que 10,5% estavam com desnutrição grave, 21% com desnutrição moderada e 68,5% de bem nutridos. O nível de desnutrição foi maior no estudo multicêntrico realizado em diversos estados brasileiros empregando a ASG, no qual desnutrição foi diagnosticada em 48% dos pacientes hospitalizados (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 1999).

Segundo a avaliação objetiva, a maioria dos homens avaliados encontrava-se desnutridos e a maioria das mulheres apresentava eutrofia, enquanto que na avaliação subjetiva houve uma prevalência de eutrofia para ambos os sexos. Cereceda e colaboradores (2003), em estudo sobre detecção de desnutrição hospitalar, encontraram valores semelhante ao nosso. Através da avaliação objetiva, verificaram que 68,7% dos pacientes avaliados encontravam-se desnutridos, enquanto que pela ASG apenas 38,2% estavam com desnutrição.

Segundo Barbosa-Silva e Barros (2002b), por combinar informações sobre alterações na ingestão de nutrientes, digestão e absorção, mas também seus efeitos na função e na composição corporal, os resultados encontrados pela ASG podem diferir daqueles encontrados por métodos objetivos. A população avaliada no presente estudo incluiu uma maioria de homens admitidos no hospital para tratamento de traumatologia, sem comorbidades relevantes e não aparentes sinais de déficit nutricional específica sobre cuidadoso exame físico. Talvez por essa razão a ASG não foi capaz de identificar um maior número de pacientes desnutridos.

Na análise da dobra cutânea triceptal (DCT) foi observado que 58,10% da população estudada apresentou perda de tecido adiposo. Esses resultados assemelham-se aos encontrados por Sena e colaboradores (1999), que observaram que 77,2% dos pacientes possuíam perda de tecido adiposo verificada pelas medidas de DCT.

Mediante análise da circunferência muscular do braço (CMB), 61,3% da população estudada demonstrou preservação da massa muscular, sendo que, destes, 84,4% das mulheres apresentaram eutrofia, enquanto que os homens 50,8%

apresentaram desnutrição. Estudo semelhante foi realizado por Braga e Serrano (2007), onde se constatou que, entre o grupo dos adultos, a média para circunferência muscular do braço encontrada entre o sexo feminino situou dentro da faixa de normalidade, em torno do percentil 50, e entre o percentil 10 para o sexo masculino considerada como risco de depleção de massa magra.

Pode-se observar no presente estudo que, de acordo com a DCT, grande parte dos pacientes apresenta algum grau de desnutrição, enquanto que, observando a CMB, verifica-se que a maioria encontra-se eutrófico. Essa diferença de resultado sugere que as dobras cutâneas não devem ser utilizadas isoladamente como parâmetro de desnutrição, tendo que ser avaliadas em conjunto para se chegar a uma classificação nutricional.

Nas informações sobre o estado socioeconômico dos indivíduos pode-se observar que a maioria dos indivíduos apresentavam renda de 1 a 3 salários mínimos. Campino (1986), analisando os aspectos socioeconômicos da desnutrição no Brasil, concluiu que a renda é o fator isoladamente mais importante na determinação do estado nutricional. Em seu estudo ele verifica que a ocorrência de desnutrição energético-proteica está associada de maneira mais forte à deficiência de natureza quantitativa do que a qualitativa, pois esta última está basicamente associada à deficiência de renda.

Com relação a Contagem Total de Linfócitos (CTL), a maioria dos pacientes avaliados apresentou esse parâmetro fora da faixa da normalidade. Esse dado assemelha-se com o encontrado por Vieira (2005), em um estudo sobre avaliação do estado nutricional de pacientes portadores de cirrose hepática, onde os valores da CTL estavam dentro da faixa de referência para diagnóstico de desnutrição em 69,3% dos pacientes avaliados.

Existe uma evidente relação entre estado nutricional e imunidade. A alimentação inadequada provoca a diminuição do substrato para a produção de imunoglobulinas e células de defesa, que apresenta sua síntese diminuída proporcionalmente ao estado nutricional.

No presente estudo, o baixo percentual de desnutrição observado segundo o parâmetro IMC, assemelha-se ao encontrado por Braga e Serrano (2007), em estudo sobre avaliação do perfil nutricional de pacientes hospitalizados que demonstrou uma prevalência de aproximadamente 12% de baixo peso.

O resultado encontrado pode justificar-se em função dos critérios amostrais de inclusão adotados, uma vez que foram excluídos os pacientes do pronto socorro, submetidos à amputação de membros, de se submeter aos métodos de avaliação de estado nutricional, admitidos em unidades de terapia intensiva, além de excluir a população idosa que apresenta uma alta prevalência de desnutrição (MARTÍNEZ et al., 2002).

Em relação ao tempo de internação, a desnutrição pode ser constatada à medida que o tempo de internação aumenta, com exceção dos pacientes que estavam internados acima de 90 dias, que apresentaram uma menor prevalência de desnutrição. Esse resultado provavelmente se deve ao fato de que esses pacientes estavam deambulando, tinham acesso à cantina hospitalar, não estavam sendo submetidos a nenhum tratamento, pois aguardavam algum tipo de cirurgia, além de esta-

rem recebendo um suporte nutricional adequado pela equipe nutricional.

Os dados colhidos em um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) revelou que o tempo de permanência hospitalar identificaram um tempo médio de internação de 6 dias para os pacientes eutróficos, enquanto os pacientes desnutridos ficaram em média 13 dias internados, sendo esta uma diferença significativa. À medida que aumenta o tempo de internação de um paciente, aumentam também os riscos de desnutrição. A explicação para esse achado tem diversas causas, salientando-se a própria doença do paciente e seu tratamento (quimioterapia, radioterapia e cirurgia). Os aspectos econômicos prévios à internação e o jejum prolongado para realização de exames são fatores de risco que podem piorar o estado nutricional do paciente (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes internados foram avaliados através de métodos subjetivos e objetivos, onde foi constatado que a maior parte encontrava-se em eutrofia segundo a ASG, porém, quando houve complementação por métodos objetivos, constatou-se um maior número de casos de desnutrição. Portanto, verifica-se que se faz necessária a complementação da ASG com outras técnicas de avaliação nutricional baseada no conjunto de informações obtidas do paciente, incluindo exame físico, antropometria e exames bioquímicos, para que se tenha um diagnóstico mais preciso, assim como foi feito nesse estudo.

Ao correlacionar o tempo de internação com o diagnóstico nutricional, verificamos que a prevalência de desnutrição aumenta à medida que o tempo de internação aumenta. Tal fato só não foi verificado nos pacientes que estavam internados a mais de 90 dias, onde houve uma prevalência de eutrofia.

Através dos resultados obtidos, observamos que é comum a presença de desnutrição nos pacientes hospitalizados, o que mostra que é de extrema importância o diagnóstico prévio da desnutrição, para que a equipe nutricional possa dar um suporte adequado ao paciente proporcionando a melhora do seu estado nutricional e, conseqüentemente, a diminuição da morbimortalidade, colaborando também com uma diminuição do tempo de hospitalização.

REFERÊNCIAS

- ACUNA, K.; CRUZ, T. Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 345-359, 2004.
- BARBOSA-SILVA, M. C. G. B.; BARROS, A. J. D. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 2 - Revisão de suas adaptações e utilizações nas diversas especialidades clínicas. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 248-252, 2002a.
- BARBOSA-SILVA, M. C. G. B.; BARROS, A. J. D. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 181-187, 2002b.
- BEGHETTO, M. G. et al. Avaliação nutricional: descrição da concordância entre avaliadores. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 506-516, 2007.
- BRAGA, D. K.; SERRANO, H. M. S. Perfil nutricional e socioeconômico de pacientes internados no hospital e maternidade vital brazil. *NUTRIR GERAIS - Revista Digital de Nutrição*, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2007.
- CAMPINO, A. C. C. Aspectos sócio-econômicos da desnutrição no Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 83-101, 1986.
- CERECEDA, F. C. et al. Detection of malnutrition on admission to hospital. *Rev Nutr. Hosp.*, Madrid, v. 18, n. 2, p. 95-100, 2003.
- CHUMLEA, W. C.; GUO, S.; STEINBAUGH, L. M. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 94, p. 1385-1391, 1994.
- DETSKY, A. S. et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J. Parenter. Enteral Nutr.*, v. 11, n. 3, p. 8-13, 1987.
- FONTOURA, C. S. M. et al. Avaliação nutricional de paciente crítico. *Rev. bras. ter. intensiva*, v. 18, n. 3, p. 298-306, 2006.
- GUAITOLI, P. M. R. et al. Avaliação do estado nutricional de pacientes adultos sob terapia nutricional internados em Unidade de Terapia Intensiva Neurológica. *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, v. 22, n. 3, p. 194-196, 2007.
- JELLIFE, D. B. The assessment of nutritional status of the community. Geneva: World Health Organization, 1966.
- MARTÍNEZ, O. M. A. et al. Detección del riesgo de malnutrición en ancianos hospitalizados. *Rev. Nutr. Hosp.*, Madrid, v. 17, n. 1, p. 22-27, 2002.
- NEHME, M. N. et al. Contribuição da semiologia para o diagnóstico nutricional de pacientes hospitalizados. *Rev. Arquivo latino americano de nutrição*, Venezuela, v. 56, n. 2, p. 57-62, 2006.
- PRIETO, D. B. et al. Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um hospital privado. *Rev. SBNPE - Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral*, v. 21, n. 3, p. 181-187, 2006.

- SANTOS, D. M. V.; CERIBELLI, M. I. P. F. Enfermeiros Especialistas em Terapia Nutricional no Brasil: onde e como atuam. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 757-761, 2006.
- SENA, F. G. et al. Estado nutricional de pacientes internados em enfermaria de gastroenterologia. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 233-239, 1999.
- VANNUCCHI, H.; UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHINI, J. S. Avaliação do estado nutricional. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 3, p. 5-18, 1996.
- VIEIRA, P. M. **Avaliação do Estado Nutricional de pacientes portadores de cirrose hepática em atendimento ambulatorial**: parâmetros químicos, antropométricos, bioquímicos e hematológicos. [S. l.]: Instituto Bras. de Inf. e Tecnologia, 2005.
- WAITZBERG, D. L.; GAMA-RODRIGUES, J.; CORREIA, M. I. T. D. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. In: **DESNUTRIÇÃO hospitalar no Brasil**. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2004. p. 385-397.
- WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar. **IBRANUTRI**, v. 17, n. 7, p. 573-580, 2001.
- WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. T. D. Inquérito Brasileiro de Desnutrição Hospitalar (IBRANUTRI). **Rev. Brás Nutr. Clin.**, v. 14, n. 2, p. 124-134, 1999.
- YAMAUTI, A. K. et al. Avaliação nutricional subjetiva global em pacientes cardiopatas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 772-777, 2006.

Recebido em: 13 Junho 2010
Aceito em: 20 Setembro 2010