

# Dieta hospitalar: aceitação e fatores clínicos e nutricionais associados

*Hospital diet: acceptance and associated clinical and nutritional factors*

DOI: 10.37111/braspenj.2021.36.3.05

Jociele Sales de Souza<sup>1</sup>  
Anne Karoline Pereira Brito<sup>2</sup>  
Thalane Souza Santos Silva<sup>3</sup>

## Descritores:

Estado nutricional. Desnutrição. Dieta. Ingestão de alimentos. Pacientes internados.

## Keywords:

Nutritional status. Malnutrition. Diet. Eating. Inpatients.

## Endereço para correspondência

Thalane Souza Santos Silva  
Rua Antônio Orrico, 357 – São José – Jequié, BA,  
Brasil – CEP 45204-068  
E-mail: thalanesouza@hotmail.com

## Submissão:

14 de março de 2021

## Aceito para publicação:

20 de setembro de 2021

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a aceitação da dieta e os fatores associados em pacientes hospitalizados.

**Método:** Estudo transversal conduzido com pacientes adultos e idosos internados em um hospital do interior da Bahia. A avaliação nutricional incluiu a Mini Avaliação Nutricional (MAN), Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Índice de Massa Corporal (IMC). A aceitação da dieta e os fatores que influenciaram no seu consumo foram avaliados por meio de questionário adaptado. A análise estatística foi realizada no SPSS®. **Resultados:** Foram incluídos 30 pacientes, maioria mulheres (73,3%), com idade média de 55,1 ± 21,7 anos. Quanto ao estado nutricional, 46,7% dos pacientes avaliados apresentavam eutrofia pelo IMC. Em relação aos idosos, observou-se que a metade deles apresentava risco nutricional ou desnutrição pela MAN. A aceitação média diária da dieta foi de 71,9%, sendo os lanches da manhã e tarde as refeições mais bem aceitas. Apenas cerca de 40% dos pacientes consumiram >75% das grandes refeições. A temperatura e o horário foram as características melhor avaliadas, já os atributos apresentação, cheiro e sabor apresentaram menores percentuais de bom/ótimo para o jantar e ceia, enquanto o lanche da manhã foi a refeição melhor avaliada. Constatou-se que o risco nutricional/desnutrição diagnosticado pela MAN (p=0,001) e pelo IMC (p=0,037), a presença de inapetência (p<0,001), náuseas e vômitos (p=0,019) e a restrição ao leito (p=0,024) se associaram à menor aceitação da dieta.

**Conclusão:** Verificou-se boa aceitação da dieta hospitalar, mas fatores clínicos e nutricionais estão associados a menor ingestão dietética. A avaliação clínico-nutricional, o monitoramento da aceitação alimentar e melhorias no serviço de alimentação são necessárias para otimizar a ingestão alimentar dos pacientes hospitalizados.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the acceptance of the diet and the associated factors in hospitalized patients.

**Methods:** Cross-sectional study conducted with adult and elderly patients admitted to a hospital in the interior of Bahia. Nutritional assessment included the Mini Nutritional Assessment (MNA), Subjective Global Assessment (SGA) and Body Mass Index (BMI). The acceptance of the diet and the factors that influenced its consumption were assessed by means of an adapted questionnaire. Statistical analysis was performed using SPSS®. **Results:** Thirty patients were included, mostly women (73.3%), with a mean age of 55.1 ± 21.7 years. As for the nutritional status, 46.7% of the evaluated patients were eutrophic by BMI. In relation to the elderly, it was observed that half of them were at nutritional risk or malnutrition due to MNA. The average daily acceptance of the diet was 71.9%, with morning and afternoon snacks being the best accepted meals. Only about 40% of patients consumed >75% of large meals. Temperature and time were the characteristics best evaluated, whereas the attributes presentation, smell and taste had lower percentages of good/great for dinner and supper, while the morning snack was the best evaluated meal. It was found that the nutritional risk / malnutrition diagnosed by MNA (p = 0.001) and BMI (p = 0.037), the presence of inappetence (p < 0.001), nausea and vomiting (p = 0.019) and bed restriction (p = 0.024) were associated with less acceptance of the diet. **Conclusion:** There was good acceptance of the hospital diet, but clinical and nutritional factors are associated with a lower dietary intake. Clinical-nutritional assessment, monitoring of food acceptance and improvements in food service are necessary to optimize the food intake of hospitalized patients.

1. Nutricionista pela UniFTC - Campus de Jequié-BA, Jequié, BA, Brasil.
2. Nutricionista, Mestre e doutoranda em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal da Bahia, BA, Brasil; Docente do curso de Nutrição na UniFTC - Campus de Jequié-BA, Jequié, BA, Brasil.
3. Nutricionista, Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, BA, Brasil; Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A desnutrição hospitalar continua sendo um grave problema de saúde pública em todo o mundo, chegando a acometer até 60% dos pacientes no momento da admissão. Sabe-se que a desnutrição aumenta o tempo de internação, a ocorrência de complicações infecciosas e não-infecciosas, além de elevar a mortalidade e os custos hospitalares<sup>1,2</sup>.

A baixa aceitação das dietas hospitalares é um dos fatores associados à perda de peso e à desnutrição em pacientes hospitalizados<sup>3</sup>. Diversos fatores influenciam na ingestão alimentar do enfermo, como aspectos sociodemográficos, psicossensoriais e simbólicos, mas especialmente os sintomas relacionados às patologias e seu tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico<sup>3-5</sup>. Sintomas como dor, náuseas e/ou vômitos, dificuldade para mastigar ou engolir os alimentos, inapetência, diarreia, frequentemente apresentados pelos pacientes, podem levar à diminuição da ingestão alimentar<sup>4,6</sup>.

A alimentação hospitalar desperta julgamentos e reprovações por parte dos pacientes e da sociedade<sup>7</sup>. A falta de variedade, rigidez de horários, inadequação quanto aos hábitos alimentares regionais, restrições de nutrientes são características frequentemente verificadas na alimentação fornecida em hospitais. Além disso, as características organolépticas (sabor, cor, aroma, textura, temperatura), bem como a forma de apresentação e tipo de utensílios são fatores que influenciam fortemente na aceitação da dieta<sup>3,5,7,8</sup>.

Nesse sentido, para uma boa aceitação da dieta hospitalar é necessária uma avaliação clínico-nutricional adequada, de modo que a alimentação ofertada atenda não somente às necessidades de nutrientes, mas também aos aspectos psicossensoriais atribuídos ao ato de se alimentar<sup>5,8</sup>.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a aceitação da dieta e os fatores associados em pacientes hospitalizados.

## MÉTODO

Estudo de delineamento transversal, realizado entre agosto e novembro de 2019, em um hospital público do interior da Bahia. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia – IMES (CAAE nº 06863219.0.0000.5032).

O estudo incluiu uma amostra por conveniência, calculada no Openepi®. Considerando o número de leitos disponíveis nas clínicas médica e cirúrgica (95), e assumindo nível de confiança de 95% e poder de 80%, o cálculo amostral resultou em uma amostra mínima de 30 participantes.

Foram incluídos os pacientes com idade superior a 20 anos, de ambos os gêneros, internados nas clínicas médica e cirúrgica, que estivessem com prescrição de dieta por via oral nas consistências normal, branda ou pastosa, com e sem modificações. Não foram incluídos na amostra pacientes sem condições de responder ao questionário ou sem um acompanhante apto para tal, assim como pacientes em jejum e/ou dietas para preparo de exames, pacientes em isolamento e gestantes.

## Coleta de Dados

Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados a partir dos prontuários, sendo que algumas informações foram colhidas ou confirmadas diretamente com os pacientes e/ou acompanhantes.

O estado nutricional dos pacientes foi avaliado pela Avaliação Subjetiva Global (ASG), Mini Avaliação Nutricional (MAN) e medidas antropométricas. Para avaliação nutricional dos adultos, foi utilizada a versão adaptada da ASG descrita por Waitzberg e Ferrini<sup>9</sup>, que apresenta um escore de pontuação que classifica os pacientes em bem nutridos (<17 pontos), desnutridos moderados (≥17 e ≤22 pontos) e desnutridos graves (>22 pontos). Já para os idosos, foi aplicada a MAN, que categoriza os pacientes em bem nutridos (24 a 30 pontos), risco de desnutrição (entre 17 e 23,5 pontos) ou desnutridos (<17 pontos)<sup>10</sup>.

A avaliação antropométrica realizada com todos os pacientes incluiu as variáveis peso e altura e o cálculo do índice de massa corporal (IMC). A aferição do peso foi realizada em balança digital portátil da marca G-TECH®, seguindo as técnicas recomendadas por Lohman et al.<sup>11</sup>. Para os pacientes acamados, o peso foi estimado de acordo com as fórmulas de Chumlea et al.<sup>12</sup>. A altura foi estimada para todos os pacientes a partir da aferição da altura do joelho, de acordo com as fórmulas propostas por Chumlea et al.<sup>13</sup>.

Quanto ao IMC, os adultos foram classificados em baixo peso (IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup>), eutrofia (IMC entre 18,5 e 24,99 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,99 kg/m<sup>2</sup>) ou obesidade (IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>)<sup>14</sup>. Já os idosos foram categorizados segundo a Organização Pan-americana da Saúde<sup>15</sup> em baixo peso (IMC <23 kg/m<sup>2</sup>), eutrofia (IMC entre 23 e 28 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC entre 28 e 30 kg/m<sup>2</sup>) ou obesidade (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>).

Para a avaliação da aceitação da dieta, foi utilizada uma versão adaptada do questionário proposto por Piovacari et al.<sup>16</sup>, sendo os pacientes e acompanhantes orientados sobre a forma de preenchimento. Trata-se de um instrumento imagético, que avalia a percepção visual do paciente referente ao seu consumo alimentar.

Na primeira parte do questionário, foi avaliada a aceitação da dieta hospitalar por meio de figuras de pratos

que ilustravam diferentes percentuais de consumo das refeições (0%, 25%, 50%, 75%, 100%). Foram avaliadas todas as refeições (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia), em dois dias consecutivos, sendo calculada uma média percentual da ingestão para cada refeição. Para se obter o percentual de aceitação diária, calculou-se a média de ingestão dos dois dias, incluindo todas as refeições. Para melhor apresentação dos resultados, os dados de aceitação média diária foram, posteriormente, categorizados em 3 grupos (<50%, de 50 a 75% e >75%).

Na segunda parte do questionário, foram avaliadas as seguintes características das refeições servidas: horário, quantidade, temperatura (classificados como adequado ou inadequado), apresentação, cheiro, sabor (classificados como ruim, regular, bom/ótimo). Avaliou-se, também, a presença de sintomas (dor, náuseas e/ou vômitos, inapetência, dificuldade de mastigar ou engolir os alimentos) que interferiram na ingestão alimentar.

### Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®). As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência simples absoluta e relativa, enquanto as variáveis contínuas, em média ( $\pm$  desvio padrão) (DP). A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov Smirnov. Para análise dos fatores que se associaram à aceitação da dieta, foi aplicado o teste t de Student para comparação de médias. Foram considerados estatisticamente significantes valores de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Foram avaliados 30 pacientes, com média de idade de  $55,1 \pm 21,7$  anos, sendo a maioria do sexo feminino (73,3%). O motivo da internação mais frequente foram as fraturas, lesões e feridas (40%). A maior parte dos pacientes (66,7%) estava internada há menos de 8 dias, e 26,7% estavam acamados (Tabela 1).

Quanto à avaliação do estado nutricional dos pacientes adultos, verificou-se que todos estavam bem nutridos pela ASG, porém o IMC revelou que 50% deles apresentavam sobrepeso ou obesidade. Considerando os idosos, observou-se risco de desnutrição e desnutrição pela MAN em 35,7% e 14,3% deles, respectivamente. Pelo IMC, 21,4% dos idosos apresentavam baixo peso (Tabela 2).

Quanto à caracterização das dietas prescritas, 46,7% eram de consistência branda. Houve modificação dietética na dieta de 23 (76,7%) pacientes, na maioria dos casos para hiposódica ou hipolipídica (56,7%). Os sintomas mais frequentes que interferiram na aceitação da dieta, relatado em alguma refeição, em algum dos dias avaliados, foram a inapetência (56,7%), seguida das náuseas e vômitos (20%) (Tabela 2).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas, clínicas e nutricionais dos pacientes avaliados em um hospital de grande porte no interior da Bahia, 2019.

Características	n (%)
<b>Gênero</b>	
Masculino	8 (26,7)
Feminino	22 (73,3)
<b>Faixa etária</b>	
Adulto (até 59 anos)	16 (53,3)
Idoso (> 60 anos)	14 (46,7)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto/fundamental incompleto	17 (56,7)
Ensino fundamental completo	3 (10,0)
Ensino médio incompleto	3 (10,0)
Ensino médio completo	7 (23,3)
<b>Raça ou cor</b>	
Branços	27 (90,0)
Não Brancos	3 (10,0)
<b>Renda familiar</b>	
< 1 SM	11 (36,7)
Entre 1 e 2 SM	19 (63,3)
<b>Dias de internamento</b>	
< 8 dias	20 (66,7)
≥ 8 dias	10 (33,3)
<b>Motivos de internação</b>	
Neoplasias e doenças do TGI	5 (16,7)
Doenças/eventos cardiovasculares	5 (16,7)
Fraturas, lesões, feridas	12 (40,0)
Outras	8 (26,7)
<b>Capacidade funcional</b>	
Acamado	8 (26,7)
Deambula com ajuda	5 (16,7)
Normal	17 (56,7)
Diabetes	7 (23,3)
Hipertensão	17 (56,7)

SM = salário-mínimo; TGI = Trato gastrointestinal.

**Tabela 2** – Características nutricionais e dietéticas dos pacientes avaliados em um hospital de grande porte de Jequié-BA, 2019.

Características	n (%)
<b>IMC adultos (OMS)</b>	
Eutrofia	8 (50,0)
Sobrepeso	5 (31,2)
Obesidade	3 (18,8)
<b>IMC idosos (OPAS)</b>	
Baixo peso	3 (21,4)
Eutrofia	6 (42,9)
Sobrepeso	3 (21,4)
Obesidade	2 (14,3)
<b>MAN (idosos)</b>	
Bem nutrido	7 (50,0)
Risco de desnutrição	5 (35,7)
Desnutrição	2 (14,3)
<b>Consistência da dieta</b>	
Normal	11 (36,7)
Branda	14 (46,7)
Pastosa	5 (16,7)
<b>Modificação dietética</b>	
Diabetes ou renal	8 (26,7)
Hipossódica ou hipolipídica	17 (56,7)
Laxante ou obstipante	6 (20,0)
Hiperprotéica	2 (6,7)
<b>Sintomas</b>	
Inapetência	17 (56,7)
Náuseas e vômitos	6 (20,0)
Dor	3 (10,0)
Dificuldade para mastigar/engolir	1 (3,3)

IMC= Índice de massa corporal; MAN = Mini Avaliação Nutricional; OMS = Organização Mundial da Saúde<sup>14</sup>; OPAS = Organización Panamericana de la Salud<sup>15</sup>.

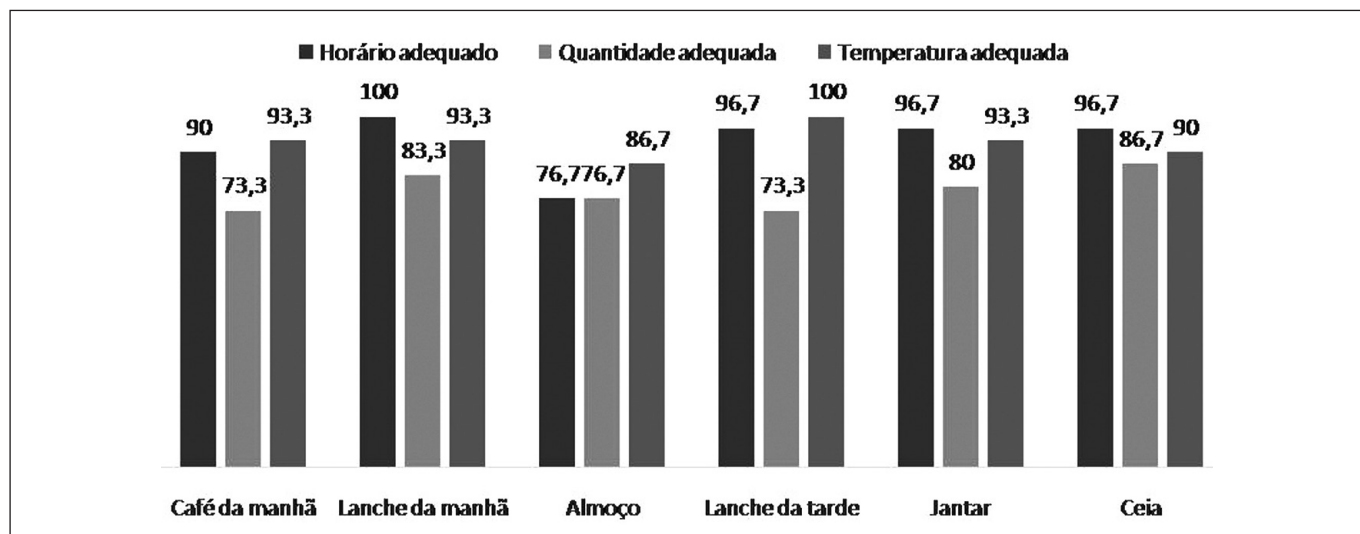
A Tabela 3 apresenta os resultados referentes à aceitação diária da dieta e por refeição. A aceitação média diária da dieta foi de 71,9%, sendo as refeições intermediárias as que apresentaram maior média de aceitação ( $\geq 75\%$ ), enquanto as refeições principais tiveram aceitação  $\leq 70\%$ . Quanto às categorias de percentual de aceitação, destaca-se que apenas cerca de 40% dos pacientes consumiram  $>75\%$  do café da manhã, almoço e jantar.

Para avaliação dos atributos da dieta (horário, quantidade, temperatura, apresentação, cheiro e sabor), foram utilizados apenas os dados do questionário do segundo dia, visto que os pacientes já estavam familiarizados com o instrumento e haviam esclarecido suas dúvidas. Todas as refeições foram bem avaliadas quanto às características analisadas. Para horário, quantidade e temperatura, os percentuais de adequação foram superiores a 73% (Figura 1). Os atributos apresentação, cheiro e sabor

**Tabela 3** – Aceitação diária e por refeição da dieta hospitalar.

Aceitação da dieta	% médio $\pm$ DP	<50%	Entre 50% e 75%	>75%
		n (%)	n (%)	n (%)
Aceitação diária	71,9 $\pm$ 25,0	5 (16,7)	11 (36,7)	14 (46,7)
Café da manhã	70,0 $\pm$ 28,5	10 (33,3)	7 (23,3)	13 (43,3)
Lanche da manhã	76,7 $\pm$ 30,7	7 (23,3)	5 (16,7)	18 (60,0)
Almoço	69,6 $\pm$ 29,5	10 (33,3)	8 (26,7)	12 (40,0)
Lanche da tarde	75,0 $\pm$ 32,0	7 (23,3)	6 (20,0)	17 (56,7)
Jantar	70,0 $\pm$ 28,9	11 (36,7)	6 (20,0)	13 (43,3)
Ceia	70,4 $\pm$ 37,1	10 (33,3)	3 (10,0)	17 (56,7)

DP = desvio padrão.

**Figura 1** - Percentual de adequação das refeições quanto a horário, quantidade e temperatura.

apresentaram menores percentuais de bom/ótimo para o jantar e ceia, já o lanche da manhã foi a refeição melhor avaliada quanto a essas características (Figura 2).

Na Tabela 4, pode-se observar as variáveis estudadas que apresentaram associação com a menor aceitabilidade

da dieta. Verificou-se menor média de aceitação entre os pacientes que apresentaram inapetência ( $p < 0,001$ ), náuseas e vômitos ( $p = 0,019$ ), que estavam restritos ao leito ( $p = 0,024$ ), e naqueles em risco nutricional/desnutrição avaliados pelo IMC ( $p = 0,037$ ) e MAN ( $p = 0,001$ ).

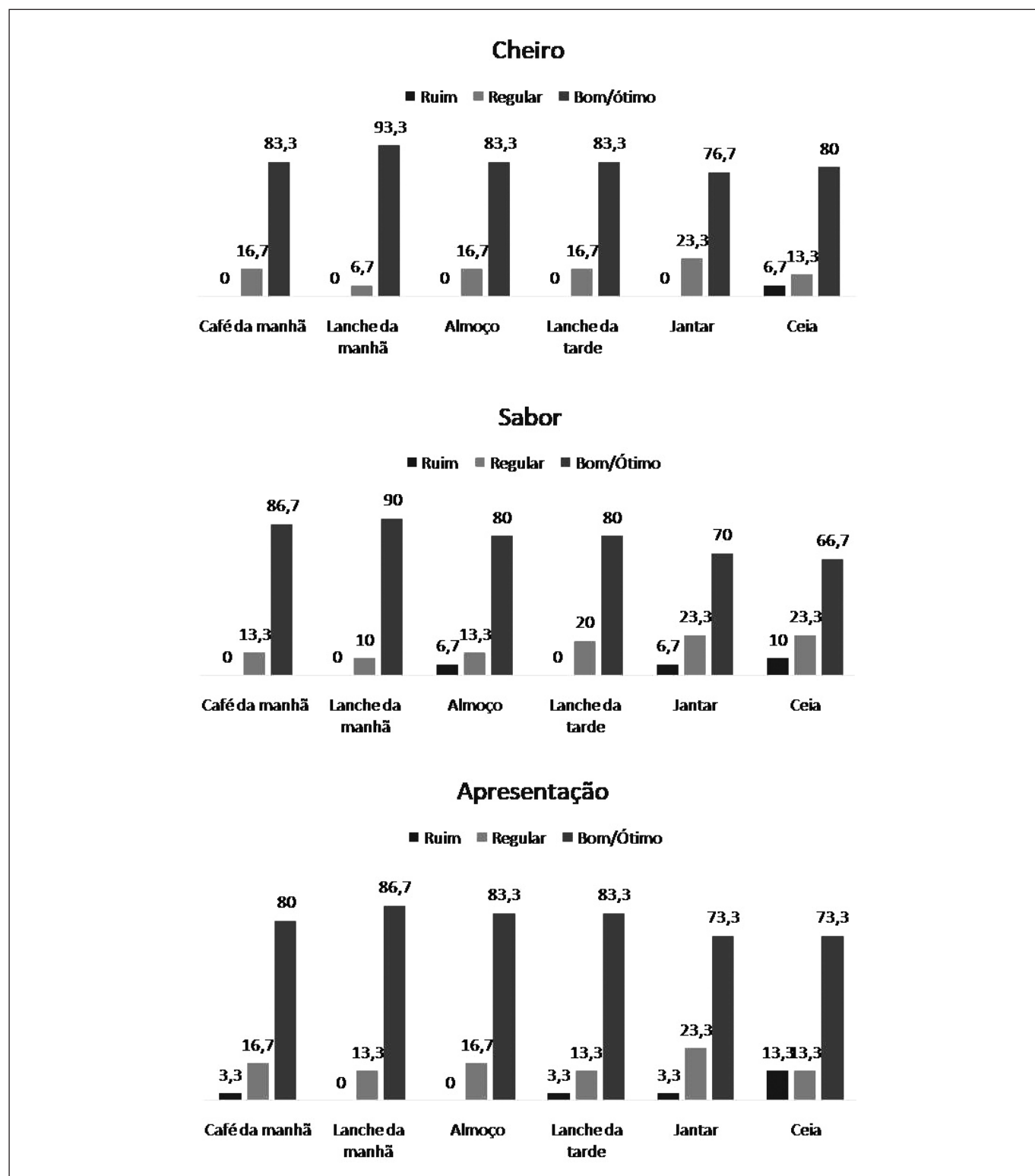


Figura 2 - Avaliação das refeições quanto a cheiro, sabor e apresentação.

**Tabela 4** – Aceitação diária da dieta de acordo com as variáveis analisadas.

Variáveis	n	Média ± DP	p valor
<b>Faixa etária</b>			0,940
Adulto (até 59 anos)	16	72,3 ± 19,6	
Idoso (> 60 anos)	14	71,6 ± 30,8	
<b>Sexo</b>			0,367
Masculino	8	78,9 ± 18,4	
Feminino	22	69,4 ± 26,9	
<b>Dias de internação</b>			0,932
< 8 dias	20	71,7 ± 21,8	
≥ 8 dias	10	72,5 ± 31,8	
<b>Motivo de internação</b>			0,242
Clínico	15	66,5 ± 28,9	
Cirúrgico	15	77,4 ± 19,9	
<b>Capacidade funcional</b>			0,024 <sup>a</sup>
Restrito ao leito	8	55,2 ± 30,2	
Deambulante	22	72,0 ± 20,4	
<b>Classificação IMC (adultos e idosos)</b>			0,037 <sup>a</sup>
Baixo peso	3	43,7 ± 36,6	
Eutrofia/Excesso de peso	27	75,1 ± 22,2	
<b>Classificação MAN (idosos)</b>			0,001 <sup>a</sup>
Bem nutrido	7	96,4 ± 7,7	
Risco nutricional/desnutrição	7	46,7 ± 23,7	
<b>Modificação dietética</b>			0,392
Sim	23	69,7 ± 26,7	
Não	7	79,2 ± 18,3	
<b>Inapetência</b>			<0,001 <sup>a</sup>
Sim	17	56,2 ± 20,7	
Não	13	92,5 ± 11,6	
<b>Náuseas e vômitos</b>			0,019 <sup>a</sup>
Sim	6	51,0 ± 26,6	
Não	24	77,2 ± 22,2	

<sup>a</sup>p<0,05 no Teste t de Student. DP = Desvio padrão; IMC = Índice de Massa Corporal; MAN = Mini Avaliação Nutricional.

## DISCUSSÃO

A aceitação da dieta hospitalar representa um desafio de longa data, em especial por sua relação com o aumento da ocorrência de desnutrição e suas complicações. As pesquisas sobre a temática no Brasil são ainda incipientes e, de forma geral, contemplam pequenas amostras. Diante disso, a monitorização da ingestão alimentar dos pacientes tem sido recomendada como um dos passos no combate à desnutrição hospitalar<sup>1</sup>.

Neste estudo, os resultados demonstraram uma boa aceitação da dieta hospitalar (71,9%), com destaque para as pequenas refeições, lanches e ceia. Ribas et al.<sup>5</sup>, avaliando pacientes em um hospital universitário do Rio de Janeiro, também verificaram melhor aceitação das pequenas refeições, exceto a ceia, em comparação ao almoço e jantar. As refeições menores tendem a ser melhor aceitas devido à menor restrição de sabor<sup>5</sup> e ao menor volume, sendo, portanto, mais palatáveis. A melhor aceitação e características das pequenas refeições podem ser aproveitadas para inclusão de suplementos nutricionais em pó ou líquidos na dieta de pacientes em risco nutricional ou desnutridos.

A menor aceitação das grandes refeições, em especial do almoço e jantar, é preocupante, tendo em vista que nessas refeições são ofertados alimentos com maior aporte de proteína, ferro, zinco, ácido fólico e cobalamina, como as carnes, leguminosas e vegetais folhosos verde-escuros. Dessa forma, a rejeição parcial ou total de alimentos por pacientes hospitalizados pode promover desequilíbrio de nutrientes, contribuindo para a ocorrência de anemia e desnutrição nessa população<sup>17</sup>.

Quanto aos atributos sensoriais, todas as refeições foram bem avaliadas, com destaque para horário, quantidade e temperatura, em que os percentuais de adequação foram superiores a 73%. O lanche da manhã foi a refeição melhor avaliada quanto à apresentação, ao cheiro e ao sabor, enquanto o jantar e ceia obtiveram os menores percentuais de bom/ótimo, mas, ainda assim, satisfatórios. É possível que especificidades das preparações servidas nessas refeições no dia avaliado, ou até mesmo preferências individuais, possam justificar esses resultados.

No estudo de Sousa et al.<sup>7</sup>, realizado com pacientes hospitalizados em Santa Catarina, a temperatura e o uso de temperos foram os aspectos de menor satisfação. Os autores identificaram um índice resto-ingestão (36%) superior ao considerado aceitável para uma população enferma, que é de 20%. Dessa forma, é possível perceber a influência das características organolépticas dos alimentos sobre o desperdício e, conseqüentemente, perdas econômicas na produção de refeições coletivas, bem como prejuízo nutricional dos pacientes.

Nesse sentido, a aplicação de técnicas dietéticas e da gastronomia hospitalar podem gerar bons resultados, como mostra o estudo realizado por Santos et al.<sup>18</sup>, que verificaram aumento das notas dos aspectos sensoriais após capacitação sobre a aplicação de técnicas gastronômicas com funcionários do serviço de alimentação de um hospital filantrópico em Minas Gerais. A intervenção resultou em melhor aceitabilidade das refeições e redução do índice de resto-ingestão. Apesar dos obstáculos referentes a custos e capacitação de pessoal, a gastronomia hospitalar é uma estratégia promissora.

A avaliação nutricional revelou déficit apenas nos idosos, tanto pelo IMC quanto pela MAN, onde, por este último método, a metade deles apresentaram risco nutricional ou desnutrição. Em revisão sistemática conduzida por Correia et al.<sup>2</sup>, a prevalência de desnutrição foi superior a 60% na maioria dos estudos incluídos que utilizaram a MAN para diagnóstico nutricional. Já nos estudos em que o IMC foi empregado na avaliação do estado nutricional, a proporção de idosos desnutridos foi geralmente inferior, assim como verificado na amostra estudada. Sousa et al.<sup>19</sup>, avaliando pacientes hospitalizados em Natal, observaram que 43,8% dos adultos avaliados estavam eutróficos pelo IMC, resultado similar ao encontrado neste estudo, onde metade dos adultos estavam eutróficos, e o restante com sobrepeso ou obesidade.

Na análise dos fatores associados à ingestão alimentar, verificou-se que a aceitação média diária foi estatisticamente menor entre os pacientes desnutridos, que apresentaram inapetência, náuseas e vômitos e aqueles restritos ao leito.

A associação entre estado nutricional e aceitação da dieta é recorrente na literatura. Na amostra estudada, os pacientes com risco nutricional/desnutrição/baixo peso apresentaram menor média de aceitação diária da dieta em comparação aos pacientes eutróficos/excesso de peso. Ferreira et al.<sup>6</sup>, avaliando pacientes oncológicos, detectaram índice de resto-ingestão de aproximadamente 37%, sendo significativamente maior entre os desnutridos em relação aos bem nutridos. Os autores identificaram como motivos para não aceitação da dieta: falta de sabor, monotonia das preparações, grandes quantidades oferecidas, falta de apetite e temperatura inadequada da refeição.

O sintoma mais relatado pelos pacientes foi a inapetência, seguida de náuseas e vômitos, e ambos se associaram a menor aceitação das refeições. Esse achado demonstra que a aceitação da dieta sofre influência de fatores clínicos, patológicos e psicossociais. A inapetência pode ser resultante da patologia de base, do desconforto relacionado a hospitalização, monotonia e imposições alimentares, e fatores psicoemocionais. Destaca-se, também, que muitos medicamentos podem ocasionar efeitos adversos que impactam na ingestão alimentar, como inapetência, náuseas e vômitos, diarreia, entre outros. A falta de apetite foi apontada entre os motivos para diminuição da dieta hospitalar por 20% dos pacientes no estudo de Ferreira et al.<sup>6</sup>, valor bastante inferior ao observado nos participantes dessa pesquisa (56,7%).

Pacientes restritos ao leito apresentaram menor aceitação da dieta em comparação àqueles que deambulavam. Hipóteses para esse achado incluem a gravidade do estado clínico do paciente, menor necessidade energética resultante da imobilidade, dificuldades para se alimentar ou a necessidade de ajuda para isso.

A prescrição dietética leva em consideração as condições fisiológicas e a presença de patologias no paciente, o que pode requerer dietas com alterações na consistência ou na composição de nutrientes, as chamadas dietas especiais<sup>20</sup>. Quanto à modificação dietética, observou-se que as dietas hipossódicas e hipolípídicas foram as mais prescritas para os pacientes no presente estudo, decorrente da elevada prevalência de hipertensão (57,7%). Apesar de a dieta hospitalar ser frequentemente considerada sem sal, sem sabor e sem tempero, na prática, a restrição de sódio faz parte do tratamento da hipertensão arterial, o que significa que muitos pacientes já têm um consumo de sal reduzido anterior à internação, isso pode justificar o fato da modificação dietética das refeições não ter apresentado associação com a aceitação da dieta neste estudo. De maneira similar, Souza et al.<sup>21</sup>, em estudo com pacientes hospitalizados cardiopatas, onde 96% das dietas eram hipossódicas, observaram grau de satisfação superior a 80% em relação ao almoço e jantar servidos. Também, no estudo de Souza et al.<sup>21</sup>, a maioria dos pacientes recebia dieta hipossódica (74,3%), e o índice de resto-ingestão observado foi menor (33,8%) em relação à dieta especial com sal (53,68%).

O tempo de hospitalização pode influenciar a aceitação da dieta. Ribas et al.<sup>5</sup> identificaram que 82,6% dos pacientes estavam internados há pelo menos 2 semanas, e que a aceitabilidade da dieta diminuiu à medida que aumentou o tempo de internação, principalmente em relação ao almoço e ao jantar. É possível que fatores associados à maior permanência hospitalar, como a monotonia da dieta, a pouca variedade de alimentos e preparações e os efeitos adversos de medicamentos sobre o apetite, contribuam para esse resultado<sup>5,6</sup>. Na amostra estudada, o tempo de internação não se associou à aceitação da dieta, possivelmente pelo pequeno número de dias analisados e pela maior proporção de pacientes internados há menos de 8 dias.

Apesar dos resultados encontrados corroborarem com a literatura, o estudo apresenta limitações. O delineamento transversal não permite inferir relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Quanto à amostra, sua obtenção por meio de amostragem não-probabilística por conveniência e o pequeno número de pacientes avaliados limitam as análises de comparação entre grupos. Diante disso, os resultados encontrados demandam cautela na sua interpretação e extrapolação.

## CONCLUSÃO

De forma geral, a dieta hospitalar foi bem aceita pelos pacientes, com destaque para as pequenas refeições. Pacientes desnutridos, com inapetência, náuseas e vômitos e restritos ao leito apresentaram menor aceitação da dieta.

Diante disso, a realização de avaliação do estado nutricional e o monitoramento da aceitação da dieta no âmbito hospitalar são fundamentais para identificar os fatores nutricionais e clínicos que afetam a ingestão alimentar dos pacientes. Para isso, reforça-se a atuação do nutricionista, bem como a conscientização e colaboração dos demais profissionais da equipe.

Considerando a importância das características organolépticas dos alimentos, destaca-se a necessidade da adoção de estratégias que possam melhorar a aceitação da dieta hospitalar, como capacitação da equipe do serviço de alimentação quanto à aplicação de técnicas dietéticas e gastronômicas, assim como investimentos em equipamentos e utensílios.

## REFERÊNCIAS

- 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 J*. 2018;33(1):86-100.
- Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958-67.
- Garcia RWD. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. *Rev Nutr*. 2006;19(2):129-44.
- Ribas SA, Barbosa BRM. Adequação da dieta hospitalar: Associação com estado nutricional e diagnóstico clínico. *Rev HUPE*. 2017;16(1):16-23.
- Ribas SA, Pinto EO, Rodrigues CB. Determinantes do grau de aceitabilidade da dieta hospitalar: ferramentas para a prática clínica? *Demetra*. 2013;8(2):137-48.
- Ferreira D, Guimarães TG, Marcandenti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. *Einstein*. 2013;11(1):41-6.
- Sousa AA, Glória MS, Cardoso TS. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev Nutr*. 2011;24(2):287-94.
- Diez-Garcia RW, Padilha M, Sanches M. Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade científica. *Cien Saude Colet*. 2012;17(2):473-80.
- Waitzberg DL, Ferrini MT. Avaliação nutricional. In: Waitzberg DL, ed. *Nutrição enteral e parenteral na prática clínica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1995. p.127-52.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol*. 1994;4(2):15-59.
- Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign: Human Kinetics; 1988.
- Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc*. 1988;88(5):564-8.
- Chumlea WC, Guo SS, Steinbaugh ML. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. *J Am Diet Assoc*. 1994;94(12):1385-8.
- World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1995;854:1-452.
- Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicéntrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar [Internet]. In: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud; 9-11 jun 2001; Kingston, Jamaica: OPAS, 2002.
- Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA. *EMTN em prática*. São Paulo: Atheneu; 2017.
- Silva CM, Batista HMS, Santos TMP, Araújo AM, Santos Jr JA, Santos CBA, et al. Consumo alimentar em pacientes hospitalizados: associação com o estado nutricional e a anemia. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2017;37(3):145-50.
- Santos VS, Gontijo MCF, Almeida MEF. Efeito da gastronomia na aceitabilidade de dietas hospitalares. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2017;37(3):17-22.
- 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.
- Casado AVDM, Barbosa LS. Aceitação de dieta hipossódica e estado nutricional de pacientes internados em hospital público de Goiânia. *O Mundo da Saúde*. 2015;39(2):188-94.
- Souza MCGC, Mendes ALRF, Santos GCM, Brito FCR, Morais VD, Silva FR. Estado nutricional e aceitação da dieta por pacientes cardiopatas. *Motricidade*. 2018;14(1):217-25.

**Local de realização do estudo:** UniFTC - Campus de Jequié-BA, Jequié, BA, Brasil.

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não haver.