



Sete anos de *nutritionDay* no Brasil: Estamos melhorando o atendimento nutricional de pacientes internados?

Seven years of nutritionDay in Brazil: Are we improving the nutritional care of hospitalized patients?

Siete años de nutritionDay en Brasil: ¿estamos mejorando el cuidado nutricional de los pacientes hospitalizados?

Silvana Paiva Orlandi^{1*}, María Cristina González².

Recebido para publicação: 3 de abril de 2022. Aceito para publicação: 6 de maio de 2022.

Publicado on-line: 9 de maio de 2022.

<https://doi.org/10.35454/rncm.v5n2.395>

Resumo

Introdução: devido à alta prevalência de desnutrição hospitalar, o projeto *nutritionDay* worldwide (*nutriDia* Brasil) tem como objetivo avaliar os cuidados nutricionais despendidos pelas unidades hospitalares aos seus pacientes.

Objetivo: verificar a evolução da assistência nutricional prestada pelos hospitais que participaram do *nutriDia* Brasil entre 2009 e 2015.

Métodos: *nutriDia* é uma auditoria que ocorre simultaneamente em todos os países participantes em um único dia, utilizando questionários padronizados que geram um relatório nacional. Foi realizada uma análise temporal dos dados descritivos obtidos por meio dos relatórios de 2009 a 2015.

Resultados: nesse período, foram avaliados 5.581 pacientes de 265 unidades hospitalares. A prevalência de perda de peso nos últimos três meses foi consistentemente relatada por quase metade da amostra, variando de 47,2% em 2009 a 53,7% em 2015. Observou-se um aumento significativo no uso de suplementação oral oferecida aos pacientes de 2009 a 2015 (11,8% para 18,2%). No entanto, a terapia nutricional enteral e parenteral permaneceu praticamente inalterada em todos es-

Summary

Introduction: Due to the high prevalence of hospital malnutrition, the *nutritionDay* worldwide project (*nutriDia* Brasil) aims to evaluate the nutritional care provided to inpatients.

Objective: To verify the evolution of nutritional care provided by hospitals that participated in *nutriDia* Brasil between 2009 and 2015.

Methods: *nutriDia* is an audit that takes place simultaneously in all participating hospitals in a single day, using standard questionnaires from which a national report is generated. A temporal analysis of the descriptive data obtained through the reports from 2009 to 2015 was conducted.

Results: During this period, 5581 patients from 265 hospital units were evaluated. The prevalence of weight loss in the last three months was consistently reported by almost half of the sample, ranging from 47.2% in 2009 to 53.7% in 2015. There was a trend toward an increase in the use of oral supplementation offered to patients from 2009 to 2015 (11.8% to 18.2%). However, enteral and parenteral nutrition therapy remained practically unchanged in all these years (approximately 10% and less than 1%, respectively). From 2012 to 2015, an average of 8% of the

Resumen

Introducción: debido a la alta prevalencia de la malnutrición intrahospitalaria, el proyecto mundial *nutritionDay* (*nutriDia* Brasil) busca evaluar la atención nutricional brindada a los pacientes hospitalizados.

Objetivo: verificar la evolución de la atención nutricional brindada por los hospitales que participaron en *nutriDia* Brasil entre 2009 y 2015.

Métodos: *nutriDia* es una auditoría que se realiza simultáneamente en todos los hospitales participantes en un solo día mediante cuestionarios estandarizados a partir de los cuales se generan informes nacionales. Se realizó un análisis temporal de los datos descriptivos obtenidos a través de los informes desde 2009 hasta 2015.

Resultados: durante este período se evaluaron 5581 pacientes de 265 unidades hospitalarias. Cerca de la mitad de la muestra informó consistentemente una prevalencia de pérdida de peso durante los últimos 3 meses, con valores que oscilaron entre 47,2 % en 2009 y 53,7 % en 2015. Hubo una tendencia hacia un aumento del uso de suplementos orales ofrecidos a los pacientes entre 2009 y 2015 (de 11,8 % a 18,2 %). Sin embargo, no hubo prácticamente ningún cambio en la terapia de nutrición parenteral y



ses anos (aproximadamente 10% e menos de 1%, respectivamente). De 2012 a 2015, uma média de 8% das unidades relataram não ter uma Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional. Por outro lado, houve aumento significativo do uso de protocolos nacionais para avaliação nutricional, de apenas um terço em 2009 para 92% em 2015. Em relação à dieta hospitalar, menos de 40% dos pacientes relataram aceitar a dieta hospitalar em sua totalidade, ao longo das edições, sendo as causas referentes ao paciente (anorexia, náusea e vômito) relatadas como principal motivo.

Conclusões: foram observados avanços importantes em relação às rotinas hospitalares que permitem a identificação precoce da desnutrição. No entanto, pouco progresso tem sido feito na implementação da terapia nutricional, seja oral, enteral ou parenteral.

Palavras-chave: desnutrição, avaliação nutricional, terapia nutricional, estado nutricional, desnutrição hospitalar.

units reported not having a Nutritional Support Team. On the other hand, there was an increase in the use of national protocols for nutritional assessment, from only one-third in 2009 to 92% in 2015. Regarding hospital diets, less than 40% of the patients reported accepting the hospital diet in its entirety, throughout the editions, with patient-related causes (anorexia, nausea, and vomiting) being the main reason.

Conclusions: Important advances were observed concerning hospital routines that allow early identification of malnutrition. However, little progress has been made in implementing nutritional therapy, whether oral, enteral, or parenteral.

Keywords: Malnutrition, nutritional assessment, nutritional therapy, nutritional status, hospital malnutrition.

enteral en todos estos años (aproximadamente 10 % y 1 %, respectivamente). Entre 2012 y 2015, un promedio de 8 % de las unidades informaron no contar con un grupo de soporte nutricional. Por su parte, hubo un aumento en el uso de protocolos nacionales para la valoración nutricional, desde solamente un tercio en 2009 hasta el 92 % en 2015. Con respecto a las dietas hospitalarias, menos del 40 % de los pacientes reportó haber aceptado la totalidad de la dieta durante todas las ediciones, y las causas relacionadas con el paciente (anorexia, náuseas, y vómito) fueron la razón principal. **Conclusiones:** se observaron avances importantes con respecto a las rutinas hospitalarias que permiten la identificación temprana de la malnutrición. Sin embargo, es poco lo que se ha avanzado en la implementación de la terapia nutricional, ya sea oral, enteral o parenteral.

Palabras clave: malnutrición, valoración nutricional, terapia nutricional, estado nutricional, malnutrición hospitalaria.

¹ Hospital Escola UFPEL EBSERH. Pelotas, Brasil.

² Grupo de Estudos em Composição Corporal e Nutrição (COCONUT).

*Correspondência: Silvana Paiva Orlandi. silvana.paiva@ufpel.edu.br

INTRODUÇÃO

A desnutrição é uma condição clínica resultante de uma deficiência de um ou mais nutrientes essenciais, levando a uma série de mudanças na composição corporal e funções fisiológicas. A desnutrição hospitalar vem sendo destacada desde a década de 1970⁽¹⁾. Desde então, tem sido uma preocupação para os profissionais de saúde devido à grande importância que o estado nutricional tem no tratamento dos pacientes, como um fator de risco para a piora da evolução clínica, pois prejudica a função imunológica, interferindo na suscetibilidade a infecções, cura e resposta inflamatória^(2,3). Consequentemente, a desnutrição hospitalar tem sido associada ao aumento do tempo de internação hospitalar, maiores taxas de mortalidade e aumento dos custos com cuidados de saúde⁽⁴⁾.

No Brasil e no mundo, estudos importantes têm demonstrado que a desnutrição hospitalar é altamente prevalente. Um desses estudos, o Inquérito Brasileira de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI),

constatou 48,1% de desnutrição nos 4 mil pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 12,6% desnutrição grave e 35,5% moderados⁽⁵⁾. Outro grande estudo, o Latin American Nutrition Study (ELAN), avaliou 9.233 pacientes do SUS em 12 países e mostrou que 50,2% desses pacientes apresentavam algum grau de desnutrição. Mais precisamente, 12,6% e 37,6% apresentaram desnutrição grave e moderada⁽⁶⁾.

A literatura aponta que, com protocolos padronizados para avaliação do estado nutricional do paciente no momento da internação no hospital, é possível prevenir o risco de desnutrição e melhorar o prognóstico dos pacientes internados⁽⁷⁾. Em um estudo recente realizado em um extenso banco de dados suíço mostrou que os pacientes identificados como desnutridos e que receberam terapia nutricional apresentaram internações mais curtas e menores taxas de reinternação de 30 dias⁽⁴⁾.

Além do uso de protocolos padronizados, outro fator importante ao falar sobre o cuidado com a desnutrição no nível hospitalar é a implementação da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN).

Essas EMTNs são equipes interdisciplinares que foram construídas para garantir e melhorar a qualidade e a segurança dos tratamentos nutricionais. As equipes verificam e otimizam continuamente a qualidade dos procedimentos nas áreas centrais do manejo nutricional, implementando processos de triagem nutricional, avaliação do estado nutricional, desenvolvimento adequado de plano de cuidados nutricionais, prestação de tratamento nutricional rápida e direcionada e fornecimento de monitoramento preciso para monitorar todos os aspectos do cuidado, desde o atendimento à nutrição artificial⁽⁸⁾.

Considerando a alta prevalência de nutrição hospitalar, observada tanto nos países em desenvolvimento como em países do primeiro mundo, foi desenvolvido⁽⁹⁻¹¹⁾ um projeto mundial de nutrição hospitalar, que começou em 2006 e hoje abrange 71 países. Trata-se de um projeto multicêntrico que visa avaliar, por meio de auditorias anuais, o atendimento nutricional prestado pelos hospitais aos seus pacientes, além de conscientizar os profissionais de saúde e instituições médicas sobre a importância da atenção nutricional adequada para a melhor recuperação do paciente, bem como no uso de recursos institucionais.

Por meio de questionários padronizados, são obtidas informações da unidade, do paciente e cuidados nutricionais implementados. O projeto foi chamado de nutriDia Brasil no Brasil e teve sua primeira edição em 2009.

O objetivo do presente estudo foi realizar uma análise temporal da evolução da atenção nutricional prestada pelos hospitais que participaram do *NutritionDay* no Brasil entre 2009 e 2015.

MÉTODOS

Este estudo abordou dados obtidos em sete edições do nutriDia Brasil por meio de relatórios referentes a 2009 a 2015. Ao longo desses anos, foram avaliadas 265 unidades médicas em hospitais de 20 estados brasileiros.

Foram considerados dados coletados até o ano de 2015, considerando que, a partir de 2016, houve alterações nos protocolos de estudo, o que levou a mudanças nos questionários utilizados e, conseqüentemente, alterou a apresentação dos resultados, impedindo a comparação com anos anteriores de alguns parâmetros da pesquisa.

Todas as edições foram aprovadas no Comitê de Ética do país sede do projeto e no Brasil. Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi enviado

aos hospitais para que os pacientes consentissem participar do estudo voluntariamente. Cada hospital, unidade e paciente recebeu um código para manter a confidencialidade das informações.

A amostra em cada ano consistiu de todos os pacientes internados nas unidades cadastradas no dia da auditoria e que consentiram em participar do estudo. Assim, não houve cálculo do tamanho da amostra, pois dependia do tamanho das unidades de cada hospital participante.

A coleta de dados foi realizada pela equipe de cada instituição por meio de questionários padronizados disponibilizados pelo Centro Coordenador de Viena. O primeiro questionário descreve a estrutura e os recursos da Unidade, enquanto o segundo questionário diz respeito às informações dos pacientes. O terceiro questionário coletou informações sobre o histórico nutricional anterior do paciente e a ingestão naquele dia.

Neste estudo foram analisados dados relacionados às unidades hospitalares, como a presença de EMTN estabelecida, uso de protocolos e diretrizes nacionais e avaliação antropométrica no momento da admissão do paciente. Além disso, foram analisados dados relacionados ao diagnóstico nutricional, como perda de peso não intencional nos últimos três meses, uso de terapia nutricional e causas de não ingestão da totalidade das refeições hospitalares oferecidas.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico Stata (versão 16.0). As análises descritivas das variáveis estudadas foram realizadas utilizando-se frequências relativas e absolutas para variáveis categóricas, e média/mediana e desvio padrão/intervalo interquartil para variáveis contínuas. O teste Chi-quadrado foi utilizado para testar a variação das frequências dos parâmetros nutricionais avaliados ao longo dos anos e os valores $p < 0,05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

Foram avaliados 5 581 pacientes internados em 265 hospitais de todo o país entre 2009 e 2015. Nas sete edições do *NutritionDay* no Brasil, mais da metade da amostra era do sexo masculino, com idade entre 5 e 106 anos. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), as médias foram semelhantes ao longo dos anos, variando de $24,2 \pm 5,0$ kg/m² a $25,2 \pm 5,8$ kg/m², e o peso médio variou de $65,5 \pm 16,3$ a $67,9 \pm 17,4$ kg, para ambos os sexos (**Tabela 1**).

A prevalência de perda de peso nos últimos três meses foi consistentemente relatada por quase metade da

Tabela 1. Dados demográficos e antropométricos dos pacientes participantes do nutriDia Brasil (2009-2015)

Ano	Unidades (n)	Pacientes (n)	Homem (%)	Idade (anos) Mediana [IQR]	Peso (kg) Média ± DP	IMC (kg/m ²) Média ± DP
2009	39	718	54,9	57 (10-104)	66,5 ± 16,5	24,6 ± 5,6
2010	37	847	60,4	54 (14-93)	65,5 ± 16,3	24,4 ± 5,6
2011	13	432	55,8	61 (17-97)	65,7 ± 15,5	24,2 ± 5,0
2012	41	785	55,2	58 (14-94)	66,3 ± 16,1	24,6 ± 5,4
2013	61	1350	55,4	59 (5-101)	66,6 ± 16,3	24,9 ± 5,7
2014	36	700	55,1	59 (13-104)	67,7 ± 16,5	25,1 ± 5,2
2015	38	749	52,6	60 (11-106)	67,9 ± 17,4	25,2 ± 5,8

amostra, variando de 47,2% em 2009 a 53,7% em 2015, considerando todas as edições ($p < 0,001$). Os dados mostraram um aumento significativo na Suplementação Oral (SO) oferecida aos pacientes de 2009 a 2015. O uso variou de 11,8% no primeiro ano para 18,2% em 2015 ($p = 0,003$). No entanto, o uso de Terapia Nutricional Enteral (TNE) e Terapia Nutricional Parenteral (TNP) permaneceu praticamente inalterado em todos esses anos, com cerca de 10% para o TNE e menos de 1% para o uso de TNP (**Tabela 2**).

Em relação à estrutura de atenção nutricional das unidades hospitalares, 100% dos hospitais participantes nos três primeiros anos do estudo relataram a presença do NST, com diminuição significativa do número de hospitais com EMTN nos últimos anos ($p = 0,047$). A partir de 2012, houve a participação de hospitais que relataram a ausência de EMTN (em média, 8%), e, mesmo assim, eles estavam interessados em participar do estudo. Por outro lado, observou-se um aumento significativo no uso de protocolos nacionais para avaliação nutricional, com apenas um terço dos hospitais referindo o uso em 2009, subindo para 92% em 2015 ($p < 0,001$). Observa-se que ainda há uma variação considerável em relação à implementação rotineira da aferição do peso corporal na admissão, variando de 26% a 77% das unidades hospitalares ao longo dos anos ($p = 0,001$) (**Tabela 3**).

A **Tabela 4** apresenta os resultados da aceitação da dieta hospitalar ao longo dos anos de estudo. Observa-se que menos de 40% dos pacientes relataram aceitar a dieta hospitalar em sua totalidade ao longo das edições. O **Gráfico 1** apresenta as principais razões pelas quais os pacientes relatam não comer as refeições

oferecidas pelo hospital. Ao longo dos anos, as principais razões para a não ingestão foram relacionadas ao paciente (anorexia, náusea e vômito), seguidas por causas diagnósticas/terapêuticas e relacionadas à apresentação da dieta hospitalar (46,6%, 14,7% e 14,1%, respectivamente).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente estudo buscou destacar as mudanças, em nível nacional, em relação à assistência nutricional prestada aos pacientes por unidades hospitalares de instituições de 20 estados brasileiros que participaram do NutritionDay no Brasil entre 2009 e 2015.

Em relação à estrutura das unidades hospitalares, observou-se um avanço na prática de rotinas que promovem a detecção precoce e eficaz da desnutrição, como o uso de protocolos nacionais que aumentou de 33% para 92% sua utilização, de 2009 a 2015. Esse achado é significativamente adequado, pois a abordagem da desnutrição em pacientes hospitalizados não depende apenas da terapia nutricional selecionada, mas também da aplicação no momento certo e adequado de diretrizes e protocolos por profissionais dedicados ao cuidado de pacientes desnutridos⁽¹²⁾.

Todas as unidades participantes nos três primeiros anos tinham EMTN. No entanto, de 2012 a 2015, uma média de 8% das unidades relatou não ter a presença de uma equipe estabelecida. Vários estudos mostram melhorias significativas no estado nutricional dos pacientes e melhores desfechos clínicos, bem como reduções de custos quando os pacientes foram adequadamente acompanhados por um EMTN^(8,13,14).

Tabela 2. Perda de peso nos últimos três meses e implementação da terapia nutricional em pacientes participantes do nutriDia Brasil (2009-2015)

Ano	2009 (n = 718)	2010 (n = 847)	2011 (n = 432)	2012 (n = 785)	2013 (n = 1350)	2014 (n = 700)	2015 (n = 749)
Perda de peso (três meses) (p < 0,001)^a							
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	339 (47,2)	424 (50,1)	255 (59,0)	467 (59,5)	741 (54,9)	355 (50,7)	402 (53,7)
Não ou aumentou	239 (33,3)	251 (29,6)	108 (25,0)	235 (29,9)	438 (32,4)	263 (37,6)	284 (37,9)
Não sei	50 (7,0)	32 (3,8)	11 (2,6)	41 (5,2)	93 (6,9)	45 (6,4)	49 (6,5)
Não informado	90 (12,5)	140 (16,5)	58 (13,4)	42 (5,4)	78 (5,8)	37 (5,3)	14 (1,9)
Terapia nutricional (p = 0,003)^a							
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
SO	85 (11,8)	92 (10,9)	64 (14,8)	100 (12,7)	217 (16,1)	126 (18,0)	136 (18,2)
TNE	68 (9,5)	74 (8,7)	50 (11,6)	89 (11,3)	144 (10,7)	62 (8,9)	74 (9,9)
TNP	7 (1,0)	5 (0,6)	4 (0,9)	7 (0,9)	8 (0,6)	7 (1,0)	5 (0,7)
TNE+TNP	4 (0,6)	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	3 (0,2)	2 (0,3)	1 (0,1)

^ateste Chi-quadrado.

Tabela 3. Rotina hospitalar sobre cuidados nutricionais em instituições participantes da nutriDia Brasil (2009-2015)






Variable	2009 (n = 39)	2010 (n = 37)	2011 (n = 13)	2012 (n = 41)	2013 (n = 61)	2014 (n = 36)	2015 (n = 38)	p-valor ^a
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Presença de EMTN	39 (100)	37 (100)	13 (100)	39 (95)	59 (97)	31 (86)	35 (92)	0,047
Uso de protocolos nacionais	13 (33)	26 (70)	11 (85)	27 (66)	49 (80)	26 (72)	35 (92)	< 0,001
Peso na admissão	10 (26)	16 (43)	10 (77)	23 (56)	36 (59)	26 (72)	16 (42)	0,001

^ateste Chi-quadrado.

O relato da perda de peso não intencional nos últimos três meses foi avaliado como uma das variáveis preditivas da desnutrição, e o percentual encontrado foi elevado, totalizando uma média em sete anos de 53,6% da população total estudada. Essa alta prevalência é um fato preocupante, pois a perda de peso compromete a melhora do quadro clínico em diversas situações. A perda de peso não intencional continua sendo um parâmetro importante na avaliação nutricional, sendo um dos três critérios fenotípicos da *Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)*⁽¹⁵⁾.

No presente estudo, a frequência de pacientes com terapia nutricional mostrou que a suplementação oral foi a mais utilizada em todos os anos analisados, com aumento significativo de 11,8% para 18,2%, de 2009 a 2015. Esse aumento poderia ser explicado para o aumento da disponibilidade de suplementos nutricionais orais comerciais em nosso país na última década. A suplementação nutricional oral é uma ferramenta de intervenção nutricional bem estabelecida que tem se mostrado capaz de melhorar o prognóstico do paciente em diferentes situações clínicas, melhorando o estado

Tabela 4. Ingestão do paciente no almoço durante o nutriDia Brasil (2009-2015)^a

	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)
 Tudo	244 (40,2)	254 (36,8)	141 (40,2)	267 (36,8)	474 (40,1)	251 (38,5)	280 (40,2)
 ½	147 (24,3)	188 (27,2)	80 (22,8)	173 (23,9)	305 (25,8)	157 (24,1)	193 (27,8)
 ¼	83 (13,7)	129 (18,7)	54 (15,4)	133 (18,3)	252 (21,3)	131 (20,1)	125 (18,0)
 Nada	75 (12,4)	101 (14,6)	73 (20,8)	126 (17,4)	139 (11,8)	100 (15,3)	88 (12,7)
 ? Não informado	57 (9,4)	19 (2,7)	3 (0,8)	26 (3,6)	11 (1,0)	13 (2,0)	9 (1,3)
Total (n)	606	691	351	725	1181	652	695

^ateste Chi-quadrado: $p = 0,001$.

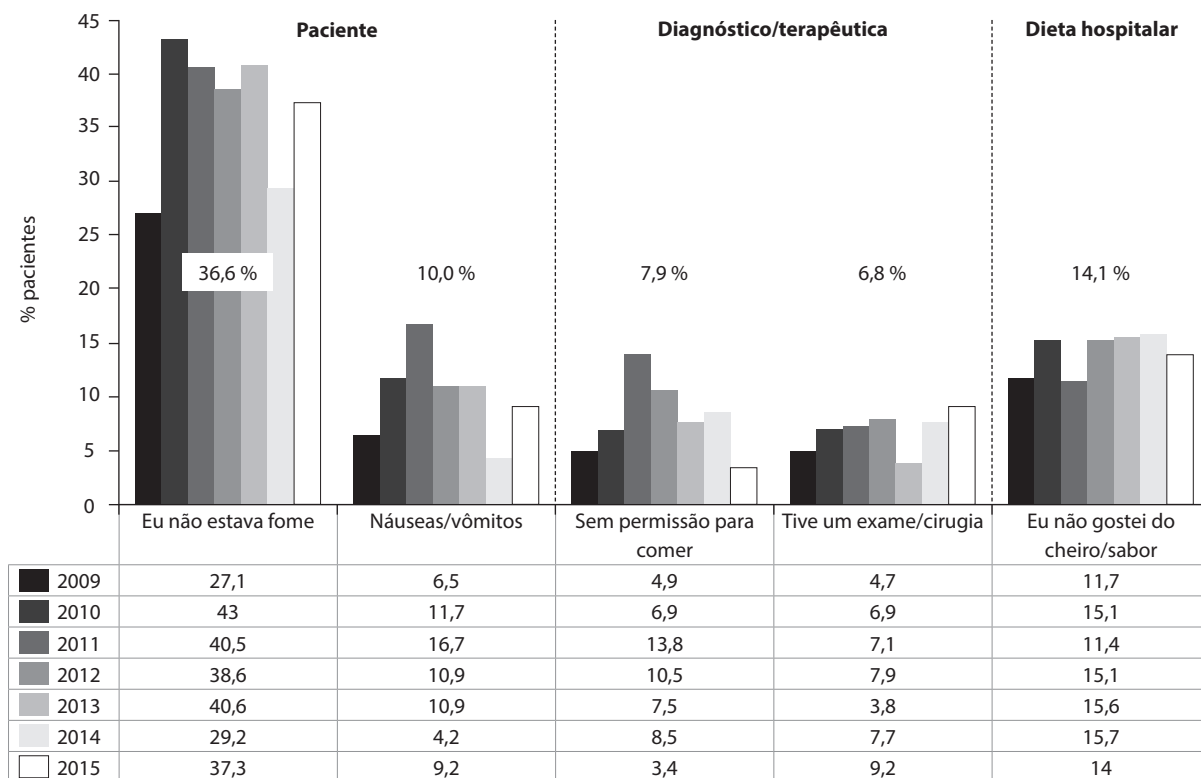


Gráfico 1. Causas da não aceitação da totalidade da refeição oferecida almoço durante o nutriDia Brasil (2009-2015).

nutricional, a função imunológica, a força e a tolerância às terapias impostas ao paciente⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Por outro lado, a terapia nutricional enteral e parenteral permaneceu praticamente inalterada em todos esses anos (aproximadamente 10% e menos de 1%, respectivamente).

Portanto, embora tenham sido observados avanços significativos em relação às rotinas hospitalares que permitam a identificação precoce da desnutrição, pouco progresso tem sido feito na implementação da terapia nutricional, seja enteral ou parenteral. Estudos futuros são necessários para entender as barreiras à prescrição nutricional nos hospitais brasileiros.

Quanto à aceitação da dieta hospitalar, os pacientes foram questionados sobre a quantidade de almoço oferecida no dia do estudo. As causas mais relatadas de não ingestão da totalidade oferecida foram relacionadas ao paciente, como anorexia e náusea/vômito. Não obstante, alguns problemas relatados estavam relacionados à organização da unidade hospitalar ou protocolos cirúrgicos, como não ter uma refeição devido ao jejum para exames e cirurgias. Uma questão que merece atenção é a não aceitação da refeição oferecida por razões organolépticas, referindo-se à rejeição devido ao olfato e ao paladar, que poderia ser trabalhada pelos Serviços de Nutrição e Dietética para melhor aceitação do paciente. Nesse sentido, estudos sugerem a utilização da Ferramenta de Auditoria Mealtime que poderia ser útil para identificar e remover barreiras à ingestão de alimentos para pacientes hospitalizados, melhorando a aceitação do paciente⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Em conclusão, o *NutritionDay* no Brasil entre 2009 e 2015 apresentou alguma melhora nos hospitais brasileiros, como a adoção das diretrizes nacionais para cuidados nutricionais e o aumento do uso de suplementos nutricionais orais. No entanto, ainda existem muitos hospitais sem uma Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional para implementar a avaliação nutricional e a terapia nutricional adequada rotineiramente. Algumas causas relacionadas à não aceitação da dieta hospitalar, como a rejeição devido ao cheiro ou sabor da dieta, poderiam ser gerenciadas para melhorar a aceitação do paciente. A discussão desses resultados em reuniões nacionais poderia melhorar a conscientização dos profissionais e promover a implementação de novos protocolos que tentam resolver esses problemas.

Reconhecimentos

Gostaríamos de agradecer a todas as instituições brasileiras participantes dos anos de 2009 a 2015 e à coordenação internacional do *NutritionDay* em Viena por todo o seu apoio.

Autoria

SPO e MCG participaram da concepção, análise de dados, redação e finalização do trabalho que resultou no trabalho em questão.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesse para declarar.

Referências bibliográficas

1. Bistran BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA*. 1976;235(15):1567-70.
2. Abugroun A, Nayyar A, Abdel-Rahman M, Patel P. Impact of Malnutrition on Hospitalization Outcomes for Older Adults Admitted for Sepsis. *Am J Med*. 2021;134(2):221-226.e1. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.06.044
3. Lanctin DP, Merced-Nieves F, Mallett RM, Arensberg MB, Guenter P, Sulo S, et al. Prevalence and Economic Burden of Malnutrition Diagnosis Among Patients Presenting to United States Emergency Departments. *Acad Emerg Med*. 2021;28(3):325-335. doi: 10.1111/acem.13887
4. Kaegi-Braun N, Mueller M, Schuetz P, Mueller B, Kutz A. Evaluation of Nutritional Support and In-Hospital Mortality in Patients With Malnutrition. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2033433. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.33433
5. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17(7-8):573-80. doi: 10.1016/s0899-9007(01)00573-1
6. Correia MI, Campos AC; ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition*. 2003;19(10):823-5. doi: 10.1016/s0899-9007(03)00168-0
7. Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Paes-Barbosa FC, Ceconello I, Linetzky Waitzberg D. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Rev Nutr*. 2008;21(5):552-61. doi: 10.1590/S1415-52732008000500008
8. Reber E, Strahm R, Bally L, Schuetz P, Stanga Z. Efficacy and Efficiency of Nutritional Support Teams. *J Clin Med*. 2019;22;8(9):1281. doi: 10.3390/jcm8091281

9. Kang MC, Kim JH, Ryu SW, Moon JY, Park JH, Park JK, et al. Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Patients: a Multicenter Cross-sectional Study. *J Korean Med Sci.* 2018;33(2):e10. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e10
10. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr.* 2017;36(4):958-967. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.025
11. van Vliet IMY, Gomes-Neto AW, de Jong MFC, Jager-Wittenaar H, Navis GJ. High prevalence of malnutrition both on hospital admission and predischage. *Nutrition.* 2020;77:110814. doi: 10.1016/j.nut.2020.110814
12. Hamilton C, Boyce VJ. Addressing malnutrition in hospitalized adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37(6):808-15. doi: 10.1177/0148607113497224
13. DeLegge MH, Kelly AT. State of nutrition support teams. *Nutr Clin Pract.* 2013;28(6):691-7. doi: 10.1177/0884533613507455
14. López-Martín C, Abilés J, Garrido Siles M, Faus Felipe V. Impacto de la creación de un equipo de soporte nutricional en la calidad, seguridad y efectividad de la nutrición parenteral. *Nutr Hosp.* 2012;27(3):871-8. doi: 10.3305/nh.2012.27.3.5738
15. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019;38(1):1-9. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002
16. Cereda E, Turri A, Klersy C, Cappello S, Ferrari A, Filippi AR, et al. Whey protein isolate supplementation improves body composition, muscle strength, and treatment tolerance in malnourished advanced cancer patients undergoing chemotherapy. *Cancer Med.* 2019;8(16):6923-6932. doi: 10.1002/cam4.2517
17. Bumrungpert A, Pavadhgul P, Nunthanawanich P, Sirikanchanarod A, Adulbhan A. Whey Protein Supplementation Improves Nutritional Status, Glutathione Levels, and Immune Function in Cancer Patients: A Randomized, Double-Blind Controlled Trial. *J Med Food.* 2018;21(6):612-616. doi: 10.1089/jmf.2017.4080
18. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2009(2):CD003288. doi: 10.1002/14651858.CD003288.pub3
19. McCullough J, Marcus H, Keller H. The Mealtime Audit Tool (MAT) - Inter-Rater Reliability Testing of a Novel Tool for the Monitoring and Assessment of Food Intake Barriers in Acute Care Hospital Patients. *J Nutr Health Aging.* 2017;21(9):962-970. doi: 10.1007/s12603-017-0890-7