

Dieta oral no ambiente hospitalar: posicionamento da BRASPEN

Oral diet in the hospital environment: BRASPEN's position

DOI: 10.37111/braspenj.2022.BRASPEN_dietaoral

Diana Borges Dock-Nascimento¹
Lefícia Fuganti Campos²
Maria Carolina Gonçalves Dias³
Maria Emília de Souza Fabre⁴

Nara Lúcia Andrade Lopes⁵
Pedro Antônio de Oliveira Junior⁶
Silvana Paiva Orlandi⁷

Silvia Maria Fraga Piovacari⁸
Thalita Toso⁹
Denise Philomene Joseph van Aanholt¹⁰

Unitermos:

Alimentos, Dieta e Nutrição. Dieta. Hospitais. Unidades Hospitalares.

Keywords:

Diet, Food, and Nutrition. Diet. Hospitals. Hospital Units.

Endereço para correspondência

Diana Borges Dock-Nascimento
Rua Abílio Soares, 233 - cj 144 - Paraíso - São Paulo, SP, Brasil - CEP 04005-000
E-mail: XXXXXXX

Submissão

XXXXX

Aceite para publicação

XXXXX

RESUMO

Introdução: A dieta oral hospitalar (DOH) é parte essencial do tratamento clínico e nutricional e garantir e mensurar a sua aceitação é de extrema importância no ambiente hospitalar. **Objetivo:** Alertar os nutricionistas, quanto à importância da DOH servidas nos hospitais brasileiros e melhorar a qualidade e a padronização das dietas orais servidas nas unidades hospitalares. **Método:** Este posicionamento foi realizado junto à BRASPEN por 10 nutricionistas. Os tópicos foram desenvolvidos e consensuados entre os participantes com recomendações pautadas em evidência científica e na opinião dos especialistas. **Desenvolvimento:** O documento contempla uma evolução histórica da DOH; destaca a importância da DOH dentro do contexto hospitalar; contextualiza e padroniza a DOH modificada em relação às consistências, calorias e nutrientes; enfatiza a proteção da hora da refeição “mealtime” e fatores que interferem na ingestão da DOH; aborda como implementar a DOH através da gastronomia hospitalar; destaca a importância de evitar restrições desnecessárias e o impacto destas no quadro clínico; sintetiza como associar a terapia nutricional (oral, enteral e parenteral) e sugere como avaliar a ingestão da DOH. **Conclusão final:** O posicionamento veio alertar os nutricionistas quanto ao importante papel que a DOH tem no tratamento do paciente e espera-se que venha contribuir para o sucesso do tratamento nutricional dos pacientes hospitalizados por meio da DOH, melhorando os desfechos clínicos e combatendo a desnutrição hospitalar nos hospitais brasileiros.

1. Nutricionista; Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP) – Cirurgia do Aparelho Digestivo; Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Epidemiologia e Processo Saúde e Doença; Especialista em Nutrição Clínica pela UFMT; Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE); Nutricionista do projeto ACERTO; Ex-presidente do Comitê de Nutrição da BRASPEN/SBNPE, Cuiabá, MT, Brasil.
2. Nutricionista; Doutora em Clínica Cirúrgica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR); Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE); Especialista em Nutrição Clínica pelo GANEP; Especialista em Educação em Diabetes pela Universidade Paulista (UNIP); Treinamento no Joslin Diabetes Center – Harvard; Membro do Comitê de Nutrição da Sociedade Brasileira de Diabetes; Presidente do Comitê de Nutrição da BRASPEN/SBNPE, Curitiba, PR, Brasil.
3. Nutricionista; Chefe da Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP); Coordenadora Administrativa da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital das Clínicas (EMTN-HC); Mestre em Nutrição Humana pela Universidade de São Paulo (USP); Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE); Especialista em Nutrição Clínica pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); Especialista em Administração Hospitalar pelo Instituto de Pesquisas Hospitalares; Tutora da Residência de Nutrição Clínica em Gastroenterologia do ICHC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
4. Nutricionista do Centro Médico Florianópolis e Ultralitho Gastro; Especialista em Terapia Nutricional Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE); Florianópolis, SC, Brasil.
5. Nutricionista do Hospital Copa D’Or/Rede Dor, Mestre em Nutrição Clínica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE); Pós-graduada em Nutrição Clínica pelo Instituto Carlos Chagas/ Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro; Coordenadora Administrativa da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) do Hospital Copa Dor/Rede Dor, Coordenadora Acadêmica do Curso de Especialização Multiprofissional em Terapia Nutricional/IDOR, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
6. Nutricionista do Hospital da Criança Santo Antônio; Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase na Atenção Cardiovascular pelo programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Mato Grosso; Pós-graduado em Nutrição Clínica e Funcional pela Universidade de Cuiabá; Pós-graduado em Fitoterapia Funcional pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo; Docente no curso de graduação em Nutrição na Faculdade Claretiano - Boa Vista; Coordenador do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital da Criança Santo Antônio, Porto Alegre, RS, Brasil.
7. Nutricionista; Professora Associada do Departamento de Nutrição. Universidade Federal de Pelotas; Mestre em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas; Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.
8. Nutricionista do Hospital Israelita Albert Einstein; Mestre em Ensino em Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; Especialista em Nutrição Clínica pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE); MBA Executivo em Gestão de Saúde pelo INSPER; Pós-graduada em Nutrição Clínica pelo Centro Universitário São Camilo; Coordenadora de Nutrição Clínica do Hospital Israelita Albert Einstein; Coordenadora da Pós-Graduação em Nutrição Hospitalar – Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.
8. Nutricionista; Mestre em Alimentação e Nutrição pela Universidade Federal do Paraná (UFPR); Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE); Pós-graduada em Nutrição Clínica Funcional pela VP, Curitiba, PR, Brasil.
9. Nutricionista; Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE); Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade São Camilo e em Atendimento Domiciliar pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); Auditora em terapia nutricional; Doutoranda pela EEUSP, São Paulo, SP, Brasil.
10. Nutricionista; Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN/SBNPE); Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade São Camilo e em Atendimento Domiciliar pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); Auditora em terapia nutricional; Doutoranda pela EEUSP, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: The hospital diet is an essential part of clinical and nutritional treatment and ensuring and measuring its acceptance is extremely important in the hospital context. **Aim:** To alert dietitians about the importance of hospital served in Brazilian hospitals and to improve the quality and standardization of hospital diets served in hospital units. **Methods:** This position was carried out with BRASPEN by 10 dietitians. Topics were developed and agreed upon by participants with recommendations based on scientific evidence and expert opinion. **Development:** The document contemplates a historical evolution of hospital diet; highlights the importance of hospital diet within the hospital context; contextualizes and standardizes modified hospital diet in relation to consistencies, calories and nutrients; emphasizes the mealtime protection and factors that interfere with hospital diet intake; addresses how to implement hospital diet through hospital gastronomy; highlights the importance of avoiding unnecessary restrictions and their impact on the clinical evolution; summarizes how to associate nutritional support (oral, enteral and parenteral); and suggests how to assess oral intake. **Final consideration:** The position came to warn dietitian to the important role that hospital diet plays in patient care and is expected to contribute to the success of the nutritional treatment of hospitalized patients through hospital diet, improving clinical outcomes and combating hospital malnutrition in Brazilian hospitals.

INTRODUÇÃO

A alimentação por via oral (VO), além de ser a mais fisiológica, está associada ao maior conforto e satisfação do paciente durante a sua trajetória hospitalar^{1,2}. A oferta de alimentos pela VO deve sempre ser estimulada e, acima de tudo, ser a primeira via de escolha para a oferta de nutrientes e calorias^{1,3,4}. Garantir que os pacientes recebam uma nutrição adequada é reconhecido como parte essencial do tratamento clínico e nutricional⁵.

Entretanto, a hospitalização altera completamente a rotina do paciente e o obriga a interagir com profissionais desconhecidos e ainda com outros pacientes, muitas vezes, dividindo seu espaço com eles⁶. Nesse universo hospitalar, o paciente ainda precisa aceitar as modificações da sua alimentação como parte integrante do seu tratamento. A alimentação passa a chamar “dieta hospitalar”, que, durante o período de internação, pode sofrer adaptações de acordo com os fatores relacionados à doença e particularidades individuais^{2,3}.

A dieta oral hospitalar (DOH) deve ser planejada e individualizada, levando em consideração a doença, sinais e sintomas, intolerâncias e alergias, as preferências e aspectos psicológicos e sensoriais^{2,6,7}. Deve garantir que todos os nutrientes, calorias, fibra alimentar e água sejam ofertados ao paciente, respeitando suas condições clínicas e, ao mesmo tempo, ser palatável, o que resulta em melhores desfechos “combatendo a desnutrição hospitalar”^{7,8}.

Dentro desse cenário, a gastronomia hospitalar, cada dia mais valorizada nas unidades hospitalares, é uma forte aliada dos serviços de nutrição e dietética (SND), agregando alimentos, preparações e apresentação “gourmet”, ao mesmo tempo que respeita os preceitos da dietoterapia, devendo ser implementada sempre que possível⁹.

Outro ponto que deve ser considerado é a necessidade do paciente ser um agente proativo e engajado nesse

processo, entender a importância da ingestão ideal da dieta VO, para assim colaborar para o sucesso do seu tratamento^{1,10,11}. O profissional nutricionista deve avaliar o consumo e adequar diariamente a prescrição conforme a evolução do paciente, além de valorizar a qualidade das preparações servidas.

Sabe-se que a desnutrição está presente em 30% a 50% dos pacientes internados e que este quadro não mudou nos últimos 20 anos^{9,12-14}. A inadequação da dieta hospitalar, associada à baixa ingestão oral, contribuiu e contribui sobremaneira para esses resultados. Uma ingestão em torno de 50% da dieta oral está associada à desnutrição e é fator de risco independente para maior tempo de internação¹⁵. Entretanto, mesmo diante dessa realidade, a importância da dieta VO tem sido negligenciada no ambiente hospitalar^{16,17}.

Nesse sentido, uma ação importante para melhorar esse cenário é a visita nutricional à beira leito. Essa visita deve ser diária e contemplar a avaliação do quanto realmente o paciente ingere da DOH ofertada e, assim, fazer adaptações na conduta de acordo com o percentual ingerido, avaliando a necessidade ou não da associação de vias para a cobrir o objetivo nutricional do paciente^{2,4,7,8,18,19}.

Durante a monitorização, refeições perdidas devem ser repostas e as rejeitadas devem ser substituídas. É fundamental que o paciente receba assistência para comer e beber, quando necessário. E, ainda, que os alimentos sejam apresentados de forma adequada e em um ambiente agradável²⁰.

O SND é um componente essencial nessa engrenagem do cuidado nutricional, e deve ser flexível às necessidades do paciente^{1,2,21}. Diante dessa realidade, para uma melhor assistência nutricional e mudanças nas taxas da desnutrição hospitalar, é necessário mudar a cultura do cuidado nutricional com maior valorização na qualidade da dieta VO servida nos hospitais brasileiros. Para que isso aconteça,

deve haver melhora significativa nos cardápios e preparações servidas aos pacientes^{9,22}.

Outro ponto importante é o paciente ter a opção de escolher algumas preparações, bem como a valorização do momento para realizar as refeições^{11,22,23}. O ato de se alimentar é um evento complexo e sofre várias influências dentro do ambiente hospitalar. Da mesma forma que o indivíduo saudável, o paciente vai apresentar uma melhor ingestão se for oferecido o que ele gosta e prefere.

Diante de todos esses fatos, um dos mecanismos para iniciar o processo de mudança na qualidade da dieta hospitalar servida no Brasil é a criação de um documento que resgate e alerte a equipe quanto ao valor e poder da DOH. Baseado nesses preceitos, este documento se propõe resgatar a importância e valorização da DOH no tratamento nutricional de pacientes internados, conceituando e padronizando suas características, sugerindo formas de melhorias na qualidade e, ainda, mostrando maneiras de aperfeiçoar, incrementar, monitorar e avaliar o quanto o paciente ingere da dieta VO oferecida.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

Este documento, denominado “Dieta oral no ambiente hospitalar: posicionamento da BRASPEN”, versa sobre a DOH. É uma iniciativa pioneira de um grupo de nutricionistas membros da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE/BRASPEN). O objetivo principal é alertar os profissionais nutricionistas, tanto da área da nutrição clínica quanto o gestor/administrador do SND, quanto à importância da dieta VO servida aos pacientes internados nos hospitais brasileiros. Este posicionamento vai ao encontro da necessidade de um documento que auxilie a equipe na melhoria da qualidade e padronização das dietas orais servidas nas unidades hospitalares, para “Prevenir e Combater a Desnutrição Hospitalar” no Brasil.

MÉTODO

Este documento/posicionamento teve sua concepção junto à BRASPEN, por meio da iniciativa de nutricionistas que coordenaram o seu desenvolvimento. Dentro dos primeiros passos, as coordenadoras recrutaram um grupo de trabalho formado por nutricionistas representativas dos usuários-alvo, de diferentes regiões do País. O grupo final foi formado por 10 nutricionistas, incluindo as coordenadoras, todos membros da BRASPEN. Inicialmente, o grupo definiu os principais temas sobre a DOH no Brasil, para pacientes adultos e idosos. Todos os tópicos abordados foram desenvolvidos e, finalmente, consensuados entre os participantes. As recomendações aqui apresentadas são pautadas em evidência científica e na opinião destes especialistas, partindo da premissa que servem

para nortear os nutricionistas da área clínica hospitalar e do SND, contudo, as condições clínicas e individualidades de cada paciente e serviço devem ser soberanas.

DIETA ORAL HOSPITALAR (DOH)

Evolução Histórica da Dieta Oral Hospitalar

A história das dietas orais nos hospitais é muito antiga e caminha com a história da enfermagem. Contudo, no início, sob a direção da Igreja, a alimentação era baseada na caridade, com distribuição de alimentos e esmolas aos pacientes. Em muitos hospitais, a base da dieta hospitalar era constituída por uma única refeição ao dia, complementada pelos alimentos trazidos pelos familiares e amigos. Em 1860, ocorreu uma evolução devido ao impacto da profissão de enfermagem no engajamento e defesa da saúde pública. Isso ocorreu pelo trabalho da renomada enfermeira Florence Nightingale. *Nightingale's Notes on Nursing* (1860) ilustrou suas observações de determinantes sociais para saúde, bem-estar e doença. Ela defendeu os esforços para o acesso da comunidade à água potável e ao saneamento público e enfatizou a importância da nutrição e da higiene na cura e no bem-estar²⁴.

Quando, em 1853, eclodiu a Guerra da Criméia, as condições dos hospitais militares eram sombrias. Durante a guerra, um grupo de enfermeiras, liderado por Florence, conseguiu viabilizar uma cozinha, fornecendo alimentação adequada aos doentes, incluindo vegetais frescos, pagos com doações. Este grupo ainda montou uma lavanderia, onde as roupas dos pacientes eram desinfetadas, acreditando que a higiene pessoal e do ambiente, boa alimentação e repouso poderiam manter o vigor resultando na cura. Esse conjunto de ações fez com que a taxa de mortalidade dos internados caísse de 40% para 2%^{25,26}.

A partir do século XX, o progresso e busca pela verdade em todas as ciências direcionou as forças para as questões relacionadas ao metabolismo, e a ciência da alimentação assumiu um ponto de partida distinto e certamente novo, que o professor von Noorden chamou de “a nova ciência da nutrição”²⁷. Os métodos antigos e o arranjo geral das dietas hospitalares sofreram mudanças definitivas. As listas de dietas passaram gradualmente para os quadros de avisos dos hospitais mais conservadores. Nos relatórios anuais de muitos hospitais, lia-se: “Mudanças notáveis foram feitas no sistema de dietas”; “pacientes especiais são cuidadosamente tratados de acordo com as necessidades do metabolismo”; e isso se tornou necessário com as mudanças nos métodos de alimentação dos pacientes. Enfermeiras foram ensinadas a preparar e calcular dietas e a cuidar do “trabalho do metabolismo”²⁷. Em 1926, o médico argentino Pedro Escudero

criou o Instituto Nacional de Nutrição, a Escola Nacional de Dietistas, em 1933, e o curso de médicos “dietólogos” da Universidade de Buenos Aires e difundiu fortemente a nutrição em toda a América Latina. No Brasil, segundo apontam alguns estudos, a nutrição teria emergido nos anos de 1930 a 1940, como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira²⁸.

Importância da Dieta Oral Hospitalar

O ato de se alimentar envolve experiências adquiridas ao longo dos anos, aspectos socioeconômicos, culturais e religiosos, exemplificadas pela lembrança do cheiro do bolo na casa da avó, o panetone de Natal e as reuniões realizadas na cozinha da casa em volta da mesa. Entretanto, na presença de doenças, o prazer de alimentar é substituído por momento de dor, mal-estar, náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia, dentre outras manifestações de sofrimento².

Mesmo diante dessas condições clínicas, a DOH deve ter como principal objetivo o oferecimento de uma alimentação que atenda às necessidades fisiológicas/nutricionais decorrentes do estado físico, nutricional e patológico, contribuindo, portanto, para manutenção ou recuperação da saúde do paciente. Porém, adequar a dieta ao paciente pode representar modificações qualitativas e quantitativas na alimentação normal. Pode ocorrer mudanças na consistência, temperatura, volume, no valor calórico, ainda alterações nas proporções, nos macronutrientes e até restrições¹⁶.

Desse modo, conhecer as características, indicações, contra-indicações, alimentos/preparações permitidos e evitados das dietas orais são primordiais à assistência nutricional de excelência. Nesse sentido, a padronização das dietas no ambiente hospitalar possibilita o estabelecimento de condutas sistematizadas, facilita o trabalho entre a produção e sua distribuição. Por outro lado, a oferta de alimentos específicos, para cada situação, deve ser sempre flexível, permitindo adequações conforme as necessidades individuais do paciente³. A grande importância da DOH é tratar o paciente frente a sua condição clínica. Esse tratamento contempla a oferta de uma refeição saborosa, equilibrada, que garanta a cobertura das suas necessidades nutricionais diárias.

Dieta Oral Hospitalar Modificadas

Dietas modificadas em relação à consistência são prescritas na rotina hospitalar e servem como base para outras modificações, de acordo com a doença e a condição clínica do paciente. No Brasil, não existe uma padronização para os diferentes tipos de DOH, o que resulta em grande divergência de nomenclaturas para prescrição nos hospitais. Cada SND interpreta a consistência de uma forma, liberando alimentos

distintos para cada prescrição – como, por exemplo, a dieta pastosa, que, em alguns serviços, inclui alimentos triturados e moídos e, em outros, apenas alimentos na forma cremosa.

Ainda, alguns manuais de dieta oral utilizam nomes das doenças de base para denominar a dieta prescrita, como, por exemplo, “dietas para diabético”, “dieta para renal crônico dialítico”, enquanto outros utilizam nomes para classificar as dietas que são impossíveis de serem realizadas, como as “dietas assódicas”. Neste sentido, este documento propõe uma padronização na nomenclatura da DOH. Para isso, foram consideradas diferentes consistências da dieta (dieta hospitalar progressiva - DHP), já utilizadas em muitos hospitais, destacando as características adotadas para cada uma delas.

Assim, o profissional que utilizar as posições deste documento, deve encontrar, conforme o nome/nomenclatura adotado, para cada dieta, as características conceituadas que mais se enquadram à rotina do seu SND. A padronização da nomenclatura utilizada visa uniformizar os termos utilizados e capacitar toda equipe envolvida no processo de preparo, bem como a de prescrição da DOH. Esta padronização foi baseada nos conceitos básicos da nutrição e dietética, principalmente acadêmicos, e da prática clínica dos nutricionistas que elaboraram o documento.

Este documento traz as modificações da DOH quanto à consistência e/ou composição de nutrientes e calorias, conforme abaixo:

- **DOH modificadas em consistência:** Tem como objetivo alterar a textura dos alimentos e preparações, sendo adequados para cada condição clínica e neuropsicomotora do paciente. As dietas modificadas em consistência não visam à restrição de nutrientes e calorias. A modificação da consistência foi realizada a partir da dieta normal/geral/livre, com adequação em quantidade e qualidade de cada refeição. A padronização das dietas visa prestar um atendimento nutricional seguro, eficiente e de qualidade, facilitando o trabalho do SND. Isso permite a capacitação contínua de pessoal, respeitando o cardápio, a disponibilidade de alimentos, hábitos e preferências do paciente e as necessidades nutricionais frente à doença. Dessa forma, sempre que necessário, a dieta pode ser adaptada conforme a consistência e a composição de carboidratos, lipídios, proteínas, micronutrientes, fibras alimentares, líquidos, ou restrição/exclusão de algum alimento. O termo “dietas modificadas conforme a consistência” contempla sete estágios de progressão, que são, conforme nomenclatura adotada nos serviços: “normal, geral ou livre”, “branda”, “pastosa” ou semisólida”, “pastosa homogênea ou cremosa”, “semilíquida ou cremosa”, “líquida ou líquida completa” e “líquida restrita” (Quadro 1).

Quadro 1 – Características da dieta oral hospitalar modificadas conforme a consistência.

Dieta nomenclatura	Característica	Alimentos permitidos	Alimentos evitados	Calorias e proteínas (aproximadamente)	Número de refeições ao dia
Normal ou Geral ou Livre	Inclui todos os alimentos e texturas recomendados em uma alimentação saudável ¹	Não se aplica	Não se aplica	2200 a 2500 kcal/dia 85 a 105 g de proteína/dia	5-6 refeições
Branda	Composta por alimentos sólidos abrandados pela cocção Caracteriza-se, principalmente, pela mudança da textura através da cocção das fibras alimentares das verduras, legumes, frutas e tecido conectivo das carnes	Pães, bisnagas, tapioca, cuscuz, biscoitos (sem recheio), bolos simples e massas Cereais cozidos (arroz, aveia entre outros) Leguminosas ou apenas caldo das leguminosas Legumes e verduras cozidos Frutas cozidas, assadas, sem casca. Frutas <i>in natura</i> de consistência macia e sem casca Leite e derivados Carnes, frango ou peixe cozidos, assados ou grelhados Ovos cozidos, mexidos, pochê e omeletes Sobremesas: seguir as características da dieta e os alimentos permitidos	Legumes e verduras cruas Frutas cruas, exceto as permitidas Queijos gordurosos e ou salgados Carnes e peixes ricos em gordura e os embutidos Frituras em geral	2000 a 2300 kcal/dia 75 a 100 g de proteína/dia	5-6 refeições
Pastosa ou Semissólida	Composta por alimentos bem cozidos e macios que requerem pouca mastigação Alimentos e preparações apresentam-se na forma de purês, cremes, papas e carnes moídas, trituradas ou desfiadas e suflês ^{1,2}	Pães macios e bisnagas, biscoitos amolecidos em leite tipo papa, bolo simples Cereais e massas bem cozidos isolados ou em preparações (arroz papa, sopas, mingaus) Caldo de leguminosas ou leguminosas liquidificadas Legumes e verduras, bem cozidos, suflês, cremes ou purês. Sopas com pedaços pequenos Frutas cruas macias, picadas, frutas cozidas ou assadas, purês, vitaminas, smoothies e sucos Leite, iogurtes e queijos cremosos Carnes, frango ou peixe cozidos ou ensopados, moídos ou desfiados Ovos cozidos, mexidos ou omeletes ou pochê Sobremesas: seguir as características da dieta e os alimentos permitidos	Pães não macios, biscoito seco, torrada, tapioca Cereais integrais e em grãos Leguminosas integrais e em grãos Legumes e verduras cruas Frutas cruas com casca, frutas com polpa dura, frutas secas ou desidratadas Queijos duros Carnes, frango ou peixe grelhados ou assados, secos em pedaços grandes ou inteiro. Embutidos Frituras em geral	1800 a 2100 kcal/dia 70 a 95 g de proteína/dia	5-6 refeições/dia

Continuação Quadro 1 – Características da dieta oral hospitalar modificadas conforme a consistência.

Dieta nomenclatura	Característica	Alimentos permitidos	Alimentos evitados	Calorias e proteínas (aproximadamente)	Número de refeições ao dia
Pastosa Homogênea ou Cremosa	Composta por alimentos e preparações bem cozidos e batidos ou liquidificados, na consistência de purê, formando uma preparação homogênea e espessa ^{1,2} Obs.: as preparações podem ser ofertadas separadamente	Cereais bem cozidos liquidificados ou bem triturados, na forma de mingaus, purês ou cremes Leguminosas liquidificadas ou trituradas Legumes e verduras bem cozidos na forma de cremes ou purês Frutas na forma de purês, vitaminas, smoothies e sucos espessos Leite em preparações: mingaus, vitaminas e iogurtes cremosos. Queijos cremosos em preparações Carnes, frango ou peixe cozidos liquidificados Ovos nas preparações adequadas às características da dieta cremosa Sobremesas: seguir as características da dieta e os alimentos permitidos	Pães e biscoitos em geral, bolos, torradas, tapioca Cereais integrais e em grãos Leguminosas integrais e em grãos Legumes e verduras cruas Frutas cruas com casca, frutas com polpa dura, frutas secas ou desidratadas Iogurtes com pedaços. Queijos duros, carnes, frango ou peixe grelhados ou assados, secos em pedaços grandes ou inteiro. Embutidos Ovos cozidos, mexidos ou omeletes ou pochê Frituras em geral	1800 a 2100 kcal/dia 70 a 95 g de proteína/dia	5-6 refeições/dia
Pastosa Homogênea ou Cremosa	Composta por alimentos e preparações bem cozidos e batidos ou liquidificados, na consistência de purê, formando uma preparação homogênea e espessa ^{1,2} Obs.: as preparações podem ser ofertadas separadamente	Cereais bem cozidos liquidificados ou bem triturados, na forma de mingaus, purês ou cremes Leguminosas liquidificadas ou trituradas Legumes e verduras bem cozidos na forma de cremes ou purês Frutas na forma de purês, vitaminas, smoothies e sucos espessos Leite em preparações: mingaus, vitaminas e iogurtes cremosos. Queijos cremosos em preparações Carnes, frango ou peixe cozidos liquidificados Ovos nas preparações adequadas às características da dieta cremosa Sobremesas: seguir as características da dieta e os alimentos permitidos	Pães e biscoitos em geral, bolos, torradas, tapioca Cereais integrais e em grãos Leguminosas integrais e em grãos Legumes e verduras cruas Frutas cruas com casca, frutas com polpa dura, frutas secas ou desidratadas Iogurtes com pedaços. Queijos duros Carnes, frango ou peixe grelhados ou assados, secos em pedaços grandes ou inteiro. Embutidos Ovos cozidos, mexidos ou omeletes ou pochê Frituras em geral	1350 a 1500 kcal/dia	6 refeições

Quadro 1 – Características da dieta oral hospitalar modificadas conforme a consistência.

Dieta nomenclatura	Característica	Alimentos permitidos	Alimentos evitados	Calorias e proteínas (aproximadamente)	Número de refeições ao dia
Semilíquida ou Cremosa	Composta por alimentos de consistência semilíquida cremosa e homogênea, permitindo a adição de água Considerar o uso de espessantes para adequação da consistência	Cereais bem cozidos liquidificados na forma de mingaus ou cremes Leguminosas na forma cremosa Legumes e verduras na forma cremosa Frutas na forma de vitaminas, smoothies e sucos espessos Leite em preparações: mingaus, vitaminas, sorvete e iogurtes cremosos. Queijos cremosos em preparações Carnes, frango ou peixe cozidos liquidificados nas preparações Ovos em preparações na forma cremosa Sobremesas: preparações na forma cremosa	Pães e biscoitos em geral, bolos, torradas, tapioca Cereais integrais e em grãos Leguminosas integrais e em grãos Legumes e verduras cruas Frutas cruas com casca, frutas com polpa dura, frutas secas ou desidratadas Iogurtes com pedaços. Queijos duros Carnes, frango ou peixe grelhados ou assados, secos em pedaços grandes ou inteiro. Embutidos. Ovos cozidos, mexidos ou omeletes ou pochê Frituras em geral	1200 a 1500 kcal/dia 50 a 75 g de proteína	6 refeições
Líquida ou Líquida completa	Composta por todos os alimentos e preparações na forma líquida	Cereais em preparações líquidas máximo a 3% Leguminosas na forma de caldo Legumes e verduras na forma de caldo ou sopas liquidificadas Frutas na forma de vitaminas ralas e sucos Leite <i>in natura</i> ou em preparações líquidas Carnes, frango ou peixe cozidos na forma de caldo ou sopas liquidificadas Sobremesas: preparações na forma líquida	Pães e biscoitos em geral, bolos, torradas, tapioca Cereais em preparações cremosas ou sólidas Leguminosas em preparações cremosas ou sólidas Legumes e verduras em preparações cremosas ou sólidas Frutas em preparações cremosas ou sólidas Leite e derivados em preparações cremosas ou sólidas Carnes, frango ou peixe em preparações cremosas ou sólidas. Embutidos. Ovos Sobremesas cremosas ou sólidas Frituras em geral	1000 a 1300 kcal/dia 50 a 60 g de proteína	6 a 8 refeições

Quadro 1 – Características da dieta oral hospitalar modificadas conforme a consistência.

Dieta nomenclatura	Característica	Alimentos permitidos	Alimentos evitados	Calorias e proteínas (aproximadamente)	Número de refeições ao dia
Líquida restrita	Composta por preparações líquidas pobre em resíduos	Caldo de legumes coados pobre em resíduos Suco de frutas coados, água de coco, isotônicos Caldo de carnes, frango ou peixe coados Sobremesas: gelatina sem açúcar Chá de ervas e frutas	Qualquer alimento que esteja na consistência sólida, cremosa ou liquidificada não coada Cereais Leguminosas Verduras em qualquer preparação Leite e derivados Ovos Açúcar de adição e mel Café, chá mate, preto, verde e outros ricos em cafeína	300 a 500 kcal/dia Proteína: não se aplica	6 a 8 refeições

Observação:

- 1- A avaliação clínica e dietética, realizada pelo nutricionista, é soberana quanto às sugestões e recomendações desse quadro.
- 2- Avaliar a individualidade do paciente, preferências, alergias, intolerâncias e restrições alimentares.
- 3- Evitar restrições desnecessárias sem evidência científica.

• **DOH modificadas em calorias e ou nutrientes:** Tem como objetivo adequar em qualidade e quantidade de calorias e nutrientes destinados às particularidades da doença e seu tratamento. Podem ser reduzidas (hipo) ou aumentadas (hiper), com exclusão total ou parcial de um determinado alimento/nutriente/caloria. O Quadro 2 classifica a DOH de acordo com as modificações em calorias, carboidratos, proteínas, lipídios, fibra alimentar, líquidos, sódio, potássio, glúten, lactose, outros nutrientes e “dieta para condições especiais”.

É importante destacar que as duas classificações são independentes e utilizadas de maneira concomitante, uma vez que consideram aspectos diferentes. Ainda, estas prescrições devem ser individualizadas e, independente da dieta prescrita, o nutricionista deve evitar restrições desnecessárias. A equipe deve se guiar pela evidência científica atual, evitando ao máximo privar o paciente de alimentos e preparações e, com isso, reduzir o risco de desnutrição hospitalar, complicações e mortalidade²⁹. Ao contrário, tentativas para atender às preferências do paciente devem ser implementadas.

Em relação aos nutrientes e às calorias, a DOH padrão, que não necessita de modificação, deve fornecer entre 25 e 30 kcal/kg e 0,8 a 1,0 g de proteína/kg peso atual-dia. Em relação à distribuição de macronutrientes da DOH, propomos a seguinte distribuição:

- 50% a 60% do VET proveniente de carboidratos (dieta normoglicídica);

- 30% a 35% do VET proveniente de lipídios (dieta normolipídica) e;
- 15% a 20% do VET proveniente de proteínas (dieta normoproteica)³⁰.

Também, a DOH deve ser reavaliada sistematicamente e adaptada conforme a necessidade individual de cada paciente. Quaisquer valores percentuais, acima ou abaixo dessa faixa recomendada, exigem reajustes nas proporções de outros macronutrientes.

O SND deve assegurar que todas as informações da DOH estejam contidas em um manual de dietas, para fácil acesso de toda equipe médica multiprofissional assistencial, independente se o serviço é próprio ou terceirizado. Esse manual deve conter informações nutricionais, como: número de refeições servidas, características e consistências, quantidade de calorias, proteínas e fibra alimentar e outros micronutrientes por cada refeição servida/dia.

Além disso, o manual deve informar sobre alimentos permitidos, evitados e as dietas especiais com suas características. As características modificadas/restritas/isentas, por exemplo, na quantidade de sódio, potássio, líquidos, glúten, para alergia, entre outras, também devem estar descritas no manual. Todas essas informações são essenciais e possibilitam que o nutricionista da área clínica possa avaliar se o que está sendo prescrito/fornecido atende ou não às necessidades individuais do paciente conforme a doença, sintomas, intolerâncias e estado nutricional.

Quadros 2 – Dieta oral hospitalar modificadas em calorias, nutrientes, fibra alimentar, líquidos e para condições especiais.

Conteúdo	Tipo	Descrição
Líquida restrita	Dieta hipercalórica	Esta dieta deve fornecer uma quantidade calórica maior que 30 kcal/kg/dia de peso atual, com a seguinte composição: carboidratos entre 45% e 50%, lipídeos entre 35-40% e proteína em 20% ³⁰
	Dieta hipocalórica	Esta dieta deve fornecer menos de 20* kcal/kg/dia de peso atual e deve garantir consumo de, no mínimo, 1,0 g de proteína/kg/dia de peso atual, para pacientes com IMC<30 kg/m ² . Para os pacientes com obesidade (IMC>30kg/m ²), utilizar o peso ajustado. Esta dieta não deve ser indicada de rotina, por aumentar o risco de desnutrição, mesmo em pacientes com obesidade. Quando indicada, deve ser por um curto período de tempo, como, por exemplo, em caso de síndrome de realimentação, obesidade com resistência à insulina grave e os críticos ³⁰ .
Carboidratos	Dieta reduzida em carboidratos	Esta dieta deve fornecer 40% a 45% do VET na forma de carboidratos. Atenção: não deve fornecer menos de 40% do VET, sendo que a quantidade de CHO não deve ser inferior a 130 g/dia. Esta dieta deve ser prescrita com cautela, uma vez que o controle glicêmico não deve ser usado como critério para redução do consumo de alimentos, pois isso aumenta o risco de desnutrição hospitalar. Por esse motivo, a dieta deve ser individualizada, evitando restrições desnecessárias. Os lanches, assim como refeições principais, devem associar carboidratos com proteína e gorduras. Os pacientes insulinizados devem receber suporte para identificar e quantificar o consumo de carboidratos, para melhorar o controle ³⁰ .
	Dieta com baixo teor de lactose	Esta dieta deve ser restrita em lactose e conter menos de 12 g por refeição. Está indicada apenas para os pacientes com intolerância à lactose comprovada. Observar os casos graves e fazer adaptações individualizadas ³⁰ .
Proteínas	Dieta hiperproteica	Esta dieta fornece, no mínimo, 1,2 g de proteína/kg de peso atual-dia ³⁰ .
	Dieta hipoproteica	Esta dieta fornece 0,6 a 0,8 g de proteína/kg de peso atual-dia. Está indicada apenas para os pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador ³⁰ . De acordo com a evidência atual, esta dieta não é indicada para os pacientes com lesão renal aguda e cirróticos, com ou sem encefalopatia hepática ³⁰ .
Lipídios	Dieta hipolipídica	Esta dieta deve conter até 20% de lipídios e fornecer uma quantidade menor que 5% do VET de triglicérides de cadeia longa e ser enriquecida com uma quantidade maior que 20% do VET de triglicérides de cadeia média ³⁰ . Está indicada apenas para pacientes com ascite quilosa, linfagiectasia intestinal com enteropatia perdedora de proteínas e desordem da oxidação de ácidos graxos ³⁰ .
	Dieta cetogênica	Esta dieta fornece entre 50% e 90% do VET na forma de gordura, ou seja, a prescrição segue a evolução na proporção de gordura em relação a proteínas mais carboidratos - 1:1; 2:1; 3:1; 4:1. Esta dieta está indicada apenas para os pacientes com diagnóstico de epilepsia refratária, com o objetivo de reduzir as crises convulsivas ³¹ .
Líquidos	Normal	Nesta dieta, a recomendação de ingestão hídrica fica em torno de 1 ml/kcal/dia ou 30 a 35 ml/kg/dia.
	Restrito	Nesta dieta, a ingestão hídrica deve ser rigorosamente controlada conforme prescrição médica, normalmente indicada em insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência hepática ou doença renal crônica, de acordo com balanço hídrico e peso do paciente ³⁰ .
Outros nutrientes	Hipossódica ou sal controlado	Esta dieta deve fornecer em torno de 6 g/sal/dia, em pacientes com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal crônica e cirrose hepática. Restrição maior que esta não apresenta benefícios e aumenta o risco e a desnutrição hospitalar ³⁰ . Para os pacientes com falência cardíaca descompensada, não está indicada restrição menor que 2,8 g de sal por dia. Nesta dieta, deve-se restringir alimentos processados e ultraprocessados ³⁰ .

Continuação Quadro 2 – Dieta oral hospitalar modificadas em calorias, nutrientes, fibra alimentar, líquidos e para condições especiais.

Conteúdo	Tipo	Descrição
Outros nutrientes	Hipocalêmica ou Pobre em potássio	Nesta dieta, a restrição ou suplementação de potássio deve ser individualizada e baseada nos resultados dos exames laboratoriais ^{32,33} .
	Pobre em fósforo	Nesta dieta, a restrição ou suplementação de fósforo deve ser individualizada para manter os níveis séricos com variações normais. Está recomendada na presença de hiperfosfatemia persistente e progressiva, e após a avaliação de níveis séricos de cálcio e PTH ^{32,33} .
	Pobre em iodo	Esta dieta está indicada para pacientes em tratamento com iodo radioativo (iodoterapia), com a finalidade de aumentar a eficácia do tratamento. O sal iodado deve ser substituído pelo sal não iodado e deve ser restrito os alimentos ricos em iodo e sal iodado ^{34,35} .
	Isenta de Glúten	Esta dieta está indicada apenas para pacientes com diagnóstico de doença celíaca comprovada. Deve ser isenta de trigo, centeio e cevada e alimentos que contém glúten ^{35,36} .
Dieta para condições especiais	Rica em fibras	Esta dieta deve fornecer quantidades superiores a 14 g de fibra alimentar para cada 1000 kcal por dia ^{37,38} .
	Pobre em fibras	Esta dieta está indicada para preparo para exame de colonoscopia. Não existe uma recomendação definida quanto à quantidade, porém é considerado, usualmente, até 10 g de fibra ³⁰ .
	Pobre em FODMAP	Esta dieta está indicada aos pacientes com síndrome do intestino irritável. A dieta com baixo teor de FODMAPs deve excluir alimentos com alto teor de carboidratos não digeridos pelo trato digestivo humano, como os oligossacarídeos, fruto-oligossacarídeos (FOS), galacto-oligossacarídeos (GOS), dissacarídeos (lactose), monossacarídeos (frutose) e os polióis ³⁹ . Produtos sem glúten costumam ser mais bem tolerados porque não possuem trigo, que é rico em FODMAP, mas a restrição de glúten não apresenta benefícios adicionais quando a dieta já é restrita em FODMAPs ⁴⁰ .
	Para pacientes neutropênicos	Esta dieta para pacientes neutropênicos deve ser evitada e criteriosamente avaliada pela equipe, uma vez que não há consenso na literatura para essa recomendação ^{30,41} . É fundamental destacar, entretanto, que o preparo de alimentos deve seguir as normas da RDC Nº 216 ano: 2004 para segurança alimentar ⁴² .
	Para alergia alimentar	Esta dieta está indicada para o paciente com alergia alimentar comprovada.
	Alimentar	Alergia alimentar: resposta imunológica que ocorre após a ingestão de determinado alimento. O paciente deve receber uma dieta de exclusão do alérgeno específico. Investigar, na anamnese alimentar, a associação da alergia com o látex e pólen (reatividade cruzada com alérgenos alimentares). Principais reações: <ul style="list-style-type: none"> • Latex-fruta (risco de 35% de reatividade clínica): kiwi, banana, abacate, maracujá, pêssego, avelã, tomate, batata, mandioca e pimentão • Pólen-fruta (risco de 55% de reatividade clínica): frutas e vegetais crus^{30,35}.
	Para intolerância alimentar	Esta dieta está indicada para o paciente com intolerância alimentar comprovada. São reações não imunológicas apresentadas após a ingestão de determinados alimentos. O paciente deve receber uma dieta isenta ou reduzida no alimento intolerante ^{30,35} .
	Crenças religiosas	As crenças religiosas (por exemplo, Kosher, vegetarianismo e Halal) devem ser atendidas, mesmo sem justificativa médica. Todos os pacientes têm o direito de seguir os preceitos de sua religião. Deve compor o padrão de dietas hospitalar e elaborada para cobrir as necessidades nutricionais do paciente ³⁰ .
Vegetariana	Esta dieta visa atender à alimentação que exclui os produtos de origem animal. Deve compor o padrão de dietas hospitalar e elaborada para cobrir as necessidades nutricionais do paciente ³⁰ . Os principais tipos de vegetarianismo são ⁴³ : <ul style="list-style-type: none"> • Ovolactovegetarianismo: utiliza ovos, leite e laticínios na sua alimentação; • Lactovegetarianismo: utiliza leite e laticínios na sua alimentação; • Ovovegetarianismo: utiliza ovos na sua alimentação; • Vegetarianismo estrito: não utiliza nenhum produto de origem animal na sua alimentação. A dieta vegana não é recomendada em ambiente hospitalar pelo risco de desnutrição. Os veganos têm maior risco de deficiência em ferro, cálcio, vitaminas B12 e D30.	

Hora da Refeição “Mealtime” e Fatores que Interferem na Ingestão da Dieta Oral Hospitalar

Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, a qualidade da dieta servida e o ambiente hospitalar podem influenciar na ingestão da DOH⁴⁴. Muitos pacientes podem apresentar anorexia, dor, demência, transtornos digestórios, sofrimento e medo, que levam a menor ingestão, com conseqüente prejuízo na condição nutricional, o que resulta em piores desfechos ao longo da internação⁴⁵⁻⁴⁷. A anorexia é, sem dúvida, um sinal que contribui sobremaneira para a perda de peso e para desnutrição hospitalar^{44,48,49} e aumento na mortalidade hospitalar⁵⁰.

Além dos fatores relacionados às condições do paciente, o ambiente hospitalar, no momento das refeições, também influencia na quantidade ingerida. Esses fatores são denominados, na literatura, de barreiras que dificultam o acesso e a ingestão da dieta oral no momento da refeição “mealtime”.

Muitos pacientes podem experimentar diversas barreiras (físicas ou organizacionais) que dificultam o acesso e a ingestão de alimentos e preparações durante a internação^{20,23,44,51}. Como exemplo dessas barreiras, podemos citar:

- Porcionamento inadequado de alimentos e preparações;
- Dificuldade para cortar alimentos e abrir as embalagens;
- Impossibilidade e/ou inflexibilidade do paciente escolher as preparações do cardápio, conforme preferências;
- Refeição incompleta (faltando algum item do cardápio);
- Oferta de um alimento ou dieta diferente do adequado ou solicitado;
- Visitas à beira leito no momento das refeições;
- Realização de procedimentos (exames, curativos, instalação de medicações, troca de acesso, etc.) no horário das refeições;
- Ambiente perturbador (ruídos de equipamentos, sons emitidos por outros pacientes, etc.) e com odor desagradável;
- Posição desconfortável do paciente para realizar as refeições;
- Alimentos servidos em mesas de apoio fora do alcance do paciente;
- Falta de auxílio para realizar as refeições, quando necessário;
- Curativos, ostomias, sondas, drenos, acessos entre outros que interferem na realização das refeições.

Essas barreiras são, muitas vezes, negligenciadas, porém, são fatores que estão diretamente associados à baixa ingestão da DOH. Cerca de 70% dos pacientes relatam vivenciar algum tipo de barreira, sendo os idosos e os desnutridos mais suscetíveis⁵².

Keller et al.⁴⁴ avaliaram quais dessas barreiras foram experienciadas pelos pacientes e que interferiam na ingestão em 18 hospitais, no Canadá. Os autores encontraram que 41,8% dos pacientes eram interrompidos pela equipe do hospital, no momento das refeições e 69,2% não recebiam a refeição substituta quando era perdida por motivos de jejum para exames. Ainda, os pacientes idosos foram os mais propensos a barreiras físicas, como a dificuldade para abrir embalagem e a falta de ajuda para realizar as refeições.

Um outro tipo de barreira de acesso aos alimentos refere-se à qualidade da refeição servida. Muitas vezes, as refeições são avaliadas como monótonas, sem gosto, frias e servidas em porções pequenas. Dessa forma, avaliar a percepção do paciente sobre a qualidade (sabor, aroma, apresentação, temperatura e tamanho da porção) das refeições constitui uma estratégia para melhorar a aceitabilidade da DOH^{20,22,44,50,52,53}.

É indispensável reconhecer que, durante a internação, o paciente experimente condições diversas que impactam negativamente na ingestão alimentar. Pequenas mudanças no cardápio e acréscimos de lanches e preparações podem resultar em aumento da ingestão calórica proteica⁵⁴. Estudos demonstram que os serviços de alimentação hospitalar necessitam ser mais flexíveis e responsivos, para entregar a refeição certa aos pacientes certos no momento certo. Isso melhora os indicadores nutricionais e a experiência do paciente durante a internação^{47,49,55,56}.

É fundamental considerar que muitos pacientes necessitam de assistência para abrir embalagens, cortar os alimentos e até para segurar os talheres^{46,47,49}. Nesses casos, alguns necessitam de assistência diária para realizar as refeições. Roberts et al.⁵⁷ mostraram que, em um total de 407 pacientes, com idade média de 87 anos, 57% precisaram de auxílio na hora das refeições e cerca de 50% apresentaram confusão nesse momento.

Também, Larsen et al.⁵⁸ identificaram experiências dos pacientes internados relacionadas às refeições e destacaram que a falta de companhia, a presença de bolsas coletoras (colostomia ou ureterostomia), de cateter, de soro intravenoso e interrupções durante a refeição, comprometeram o desejo de alimentar-se.

Estudos demonstram que a insatisfação do paciente com o SND é frequentemente relatada^{47,49,59} e está associada à baixa ingestão alimentar, aumento no tempo de internação e a desnutrição iatrogênica²³. Thibault et al.⁶⁰ mostraram que menos de 10% dos pacientes estudados consideraram as refeições hospitalares “aceitáveis” e mais 85% não comeram todos os alimentos fornecidos. Aliado a isso, os autores encontraram que os serviços de produção de refeições não avaliam a satisfação do paciente no momento da refeição^{20,47,61}.

A insatisfação do paciente, com concomitante baixa ingestão, resulta em piores desfechos clínicos. Estudo publicado por Correia et al.¹⁴ demonstrou que mais de 50% dos pacientes comeram metade, menos da metade ou menos que o normal na semana anterior à internação, ou experimentaram perda de peso nos três meses anteriores. Os autores, ainda, encontraram que o risco de óbito foi de 3,63 vezes maior para os pacientes que comeram 25% da refeição servida em comparação àqueles que comeram a refeição completa, aumentando para 6,6 vezes para aqueles que nada comeram.

Em linhas gerais, estudos demonstram que existe uma baixa valorização da dieta oral, tanto no planejamento de cardápios quanto no tipo de preparações servidas⁵² e, ainda, que muitas barreiras interferem na ingestão, principalmente entre os idosos⁶². Ainda, pode-se inferir que, com o advento da terceirização dos serviços de alimentação hospitalar, ocorreu uma piora na qualidade das dietas servidas aos pacientes. Os serviços de alimentação geralmente subvalorizam esse atendimento^{47,49,63}. Por outro lado, o adequado gerenciamento dos serviços de refeições com melhoria no cardápio e nas preparações resulta em melhor ingestão da DOH, com menor resto ingestão e consecutiva redução dos custos^{5,47,49,64,65}.

Dentro desse contexto, os serviços de produção de refeições devem confeccionar dietas atrativas e saborosas, respeitando as restrições de cada paciente. Todo o serviço de nutrição, seja ele terceirizado ou não, deve empreender ações para minimizar as barreiras e melhorar a DOH, aliando-se à gastronomia hospitalar.

É fundamental que o nutricionista adote como rotina a avaliação dessas barreiras⁶⁶. Para isso, o serviço de alimentação hospitalar e de assistência nutricional necessita ser remodelado, com o objetivo de atender às demandas dos pacientes e a sua evolução clínica. Abaixo, destacamos alguns exemplos de medidas que podem ser eficientes em minimizar as barreiras que interferem na ingestão da DOH⁵⁹:

1. Assistência na hora das refeições (protocolo “mealtime”): com objetivo de auxiliar os pacientes nas dificuldades e limitações físicas durante as refeições. Pode ser realizado por acompanhantes, voluntários e equipe de enfermagem;
2. Refeições protegidas: promover um ambiente livre de distrações e barulhos. Evitar interromper o paciente durante as refeições para realização de procedimentos/exames;
3. Refeitórios supervisionados: permite a interação social entre os pacientes no momento das refeições. Além disso, os profissionais responsáveis pela supervisão devem encorajar verbalmente como estímulo para o paciente se alimentar. Esses locais permitem aos pacientes sentarem

em uma posição adequada e confortável, tornam as refeições mais acessíveis (ao alcance do paciente) e promovem um ambiente confortável livre de ruídos e odores desagradáveis;

4. Identificação dos pacientes que necessitam de auxílio ou estão em risco: uma estratégia é oferecer as refeições em bandejas na cor vermelha, para sinalizar a equipe que o paciente necessita de auxílio ou está enfrentando dificuldades na ingestão alimentar;
5. Opção de cardápios, incluindo vegetariano ou para escolha de alguma preparação do cardápio, como, por exemplo, do prato proteico (carne, peixe, ovos). Essa estratégia mostrou ser eficaz em aumentar a ingestão de calorias e proteínas, uma vez que possibilita ao paciente realizar a escolha dos alimentos que deseja e pode consumir;
6. Ofertas de *snacks* e lanches intermediários (queijos, sanduiches, bolinhos, docinhos, castanhas entre outros), adaptados à consistência que o paciente tolera, de sabor variado, ao longo do dia. O objetivo é aumentar a oferta de nutrientes e calorias e a satisfação do paciente⁶⁷.

Para atingir esse objetivo, o nutricionista deve ter em mente e entender que a ingestão dos alimentos e das preparações vai além das “Leis Fundamentais de Alimentação de Escudero (quantidade, qualidade, harmonia e adequação)”. Para que haja mais adesão do paciente ao tratamento dietético, o nutricionista deve proporcionar alimentos e preparações que ele aprecia e gosta e, com isso, garantir a ingestão satisfatória de pelo menos 80% das suas necessidades nutricionais diárias^{1,4,8,30,63,68,69}. O SND deve considerar que “o acesso a uma variedade de alimentos seguros e saudáveis é um direito humano fundamental”¹⁹.

Para pacientes com ou em risco de desnutrição devem ser asseguradas informações sobre as escolhas dos alimentos e o tamanho das porções. Igualmente, porções reduzidas e com maior densidade energética devem estar disponíveis. As limitações mecânicas devem ser consideradas para oferecer estratégias que possibilitem a alimentação do paciente³⁰.

O acesso a alimentos nutricionalmente adequados deve ser assegurado durante todo o dia³⁰. Em paralelo, o horário da refeição deve ser entendido como um momento reservado para este fim, onde não haja interrupções para exames, higienização, visitas médicas, entre outros, possibilitando a chance do paciente completar sua refeição³⁰.

Ainda, devemos modificar e quebrar o antigo paradigma que “comida do hospital” é sem sabor, cor e de aparência ruim. O serviço de nutrição deve agregar sabor, aroma, cor, transformar as texturas, modificando o termo “comida de hospital” para uma refeição “gourmetizada”^{15,18}.

Como Implementar a DOH Através da Gastronomia Hospitalar

A dietética nasceu da necessidade de fazer planos alimentares como parte do tratamento integral do paciente, atendendo às demandas nutricionais específicas de cada paciente durante toda a sua trajetória no hospital.

Recentemente, tem se destacado a importância da melhoria na qualidade gastronômica das dietas, para assegurar a aceitação alimentar, reduzindo a desnutrição e eventos adversos^{30,55,69,70}. Tentativas inovadoras vêm contribuindo para o bem-estar dos pacientes no ambiente hospitalar em áreas, até então, pouco exploradas. Atualmente, a satisfação é primordial para a manutenção da qualidade do hospital, bem como para a recuperação do paciente⁷¹. Contudo, em muitas instituições, a DOH é vista como “comida ruim e sem sabor”, o que representa umas das principais queixas relatadas pelos pacientes⁷¹. Erroneamente, as unidades de alimentação e dietética priorizam a terapêutica, se esquecendo frequentemente dos sentimentos e do apelo sensorial, indispensáveis para consumir a refeição, sobretudo no ambiente hospitalar⁷¹. Ainda, muitos profissionais esquecem que a alimentação costuma ser o único momento em que os pacientes podem desfrutar do prazer oferecido pelo alimento⁷¹. A dieta não pode ser tratada da mesma forma que a medicação, como uma imposição, é preciso convencer e esclarecer o paciente da sua importância e, nesse sentido, a gastronomia pode com louvor ajudar nessa tarefa diária⁷².

Neste sentido, a gastronomia visa considerar o acolhimento, amparo e as extensões simbólicas e sensoriais da alimentação, implementando na cozinha dietética a gastronomia hospitalar⁷³. Gastronomia é uma palavra originada do grego antigo *gaster*, que é estômago, e *nomia*, que é forma de lei. E, ainda, é uma das mais importantes expressões culturais, que instiga os cinco sentidos básicos humano⁷³.

A gastronomia pode ser definida como a arte de cozinhar, com pratos atraentes, preservando sabores, com diferentes componentes para apreciação. Dessa forma, a implementação da gastronomia com técnicas culinárias modernas e clássicas adaptadas, mesmo diante das restrições dietéticas, pode tornar a alimentação mais atrativa, saborosa, saudável e equilibrada⁷². É possível trabalhar com alimentos usualmente já utilizados, sem aumento dos custos³⁰. Desta forma, a gastronomia hospitalar torna-se uma grande aliada das unidades de alimentação hospitalar, contribuindo para uma boa evolução dos pacientes, acelerando a sua recuperação⁷². Os fatores relacionados aos aspectos gastronômicos e sensoriais que podem influenciar na percepção dos pacientes sobre o alimento recebido são: temperatura, sabor, cheiro, cor, textura, variedade, apresentação na bandeja e tamanho da porção⁷³.

Dentro do conceito de gastronomia, não há ingrediente ou receita específica, o foco são os alimentos ou bebidas que promovam sensações individuais. A inclusão desses alimentos no cardápio, aliada à liberação de alimentos específicos desejados, é enfatizada como potencial elemento para aumentar a satisfação do paciente⁷⁴. O melhor prato é aquele que é mais bem aceito, ou seja, aquele que é completamente consumido⁷¹.

Diante desse cenário, o SND é considerado um componente chave na assistência ao paciente⁷⁵. Por outro lado, em muitos serviços, a equipe da cozinha dietética não possui treinamento técnico suficiente. Isso, infelizmente, colabora para a baixa aceitabilidade com a ingestão alimentar inadequada⁷⁶⁻⁸².

Um estudo publicado avaliou informações de mais de 155 mil pacientes e concluiu que a baixa ingestão alimentar aumentou as taxas de mortalidade hospitalar e reduziu a chance de alta, independentemente estado nutricional⁷⁶. Recentemente, a *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN)³⁰ propôs uma abordagem onde o serviço de alimentação hospitalar proporcione um padrão de atendimento que seja adequado e adaptado a todos os pacientes. De acordo com a ESPEN, as dietas especiais, as consistências dos alimentos, a presença de alergias e aspectos culturais, devem ser considerados no cuidado nutricional. Também a temperatura, a apresentação e o aroma dos alimentos são fatores importantes, assim como o ambiente e a equipe que entrega a refeição até o paciente³⁰.

Como parte da dietoterapia, um modelo centrado no paciente deve ser instituído no serviço de produção de refeições do hospital⁸³. Ou seja, o serviço deve avaliar a satisfação do paciente, o que possibilita identificar o que necessita ser melhorado para alcançar uma maior ingestão^{30,83,84}. Podem ser utilizados inquéritos que avaliem as características dos alimentos e preparações servidas em relação a gosto/sabor, aroma, cocção, apresentação, tamanho da porção, qualidade, quantidade, variedade e temperatura⁷⁰.

Assim, sugere-se ao SND implantar cardápios que contemplem os preceitos gastronômicos, principalmente para os pacientes em risco nutricional ou desnutridos. Dessa forma, durante toda a jornada do paciente hospitalizado, deve-se aliar a dietoterapia à gastronomia hospitalar, por meio de um modelo que valorize o paciente, conforme suas peculiaridades, necessidades, desejos, cultura, crenças, medo, sinais e sintomas e, por fim, o quanto realmente ele ingere da DOH. Isso pode contribuir com o aprimoramento contínuo da assistência nutricional, reduzindo o risco de desnutrição. O Quadro 3 exemplifica sugestões que podem melhorar o consumo da DOH em hospitais.

Quadro 3 – Sugestões para melhorar a ingestão do paciente baseado na gastronomia hospitalar.

Treinar a equipe quanto à importância da DOH;
Implementar técnicas culinárias/dietética baseadas na gastronomia hospitalar, principalmente para os pacientes que requerem restrições dietéticas, como, por exemplo, de sal ou açúcar;

Humanizar o cuidado por meio da oferta de uma dieta saborosa, atrativa e nutritiva, visando sua maior ingestão;

Orientar o paciente quanto à importância da alimentação como parte do tratamento e ainda que ele tem o direito de expressar seus desejos, preferências e intolerâncias;

Ofertar preparações saborosas, coloridas, bem apresentadas, com aroma adequado e que atenda às necessidades nutricionais do paciente;

Promover qualidade sensorial para as dietas restritivas, com agregação e combinação de ingredientes, uso ervas aromáticas (por exemplo, sal de ervas para dietas hipossódicas);

Adaptar as texturas, consistências e a quantidade de líquidos e caldos nas preparações;

Garantir que a temperatura esteja adequada a cada tipo de preparação;

Oferecer aos pacientes dietas com porcionamento adequado;

Incrementar as refeições com uso de louças, utensílios, copos de vidro, talheres e bandejas bem apresentados e de acordo com o tipo de preparação;

Respeitar a cultura, crenças, religião e hábitos do paciente;

Considerar o ambiente como parte da alimentação: iluminação, sons como música suave, cheiros e cores;

Implementar cardápios variados, de acordo com a estação do ano, e sempre que possível proporcionar ao paciente opção de escolha de uma ou mais preparações, incluindo menu vegetariano, por exemplo, prato proteico e acompanhamentos.

Restrições Desnecessárias

Uma das causas frequentes para baixa ingestão da DOH são as inúmeras restrições impostas ao paciente durante a internação, o que exerce influência direta na sua aceitabilidade. Um estudo com 67 pacientes desnutridos, idosos e com doença cardíaca, revelou que 39% tinham pelo menos uma restrição alimentar e apenas 21% estavam recebendo dieta hiperproteica e hipercalórica⁸⁵. Kondrup et al.⁸⁵ encontraram que apenas 25% dos pacientes hospitalizados, por mais de uma semana, consumiram entre 75% e 99% da sua necessidade calórico proteica, sendo que o recomendado é o consumo de, no mínimo, 75% para que o paciente não apresente perda de peso.

Para enfatizar os prejuízos das restrições nutricionais no ambiente hospitalar, o *guideline* da ESPEN³⁰ destaca o papel das dietas hospitalares e que não há no mundo uma

padronização em relação a consistência, conteúdo, quantidade, qualidade e restrições. Em geral, as restrições dietéticas são baseadas em recomendações sem comprovações/ evidências científicas. O *guideline* destaca, ainda, que as dietas específicas, como hipossódica e algumas alterações na textura/consistência, estão associadas à redução do conteúdo calórico e proteico e, por isso, ao aumento da desnutrição.

Com relação a dietas específicas e restrições, o *guideline*³⁰ faz algumas considerações importantes, como, por exemplo, que tanto a dieta sem glúten quanto a com restrição de lactose só podem ser prescritas/indicadas para o paciente com diagnóstico comprovado, respectivamente para doença celíaca e intolerância à lactose. Também, as dietas hipocalóricas para o paciente obeso não devem ser indicadas, exceto em situações raras e extremas e, mesmo assim, o paciente deve receber pelo menos 1 g de proteína/kg de peso ajustado-dia³⁰.

Uma outra orientação importante e comum, na rotina do SND, é a prescrição dieta hipossódica. O *guideline*³⁰ orienta para que a restrição não seja menor que 6 g de sal por dia. Isso está baseado na baixa aceitabilidade dessa dieta, sua fraca evidência em benefícios e, ainda, a relação com os prejuízos na condição nutricional. Dessa maneira, essa restrição de sódio está indicada somente em casos de falência cardíaca aguda descompensada e, ainda, com sugestão de 2,8 g por dia. Um estudo analisou o consumo de sódio em 833 pacientes com insuficiência cardíaca crônica e demonstrou que a baixa ingestão de sódio (<2.500 mg/dia) não reduziu o risco de morte ou hospitalização em comparação à ingestão elevada de sódio (≥2.500 mg/dia) e, ainda, a baixa ingestão de sódio foi associada ao aumento do risco de hospitalização por insuficiência cardíaca⁸⁶.

Outra situação frequente abordada no *guideline*³⁰ foi a restrição para pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou 2 (DM1 e 2). Os autores sugerem a oferta da dieta padrão hospitalar de acordo com o estado nutricional, e que os diabéticos não devem receber dietas *low-carb* (<40% do VET). Modic et al.⁸⁷ avaliaram o consumo da dieta oral em pacientes adultos com DM1 e 2 insulinizados. Foi mensurado o consumo por quatro dias e comparado às necessidades calóricas estimadas. Os pacientes receberam dieta controlada em carboidratos com menu pré-definido, onde era permitido escolher as opções de prato principal, acompanhamento, bebida e sobremesa em todas as refeições. Os resultados demonstraram que mais da metade dos pacientes consumiram menos de 50% das refeições servidas. Diante desses resultados, pode-se deduzir que, em hospitais onde o paciente não tem direito a escolher as refeições, a aceitabilidade possa ser ainda menor. O Congresso Americano de Especialistas em Educação e Cuidados em Diabetes (ADCES 2021), em uma sessão sobre nutrição hospitalar, enfatizou a importância de evitar dietas restritivas e, ainda,

utilizar o momento da internação para educar o paciente diabético. Um exemplo citado nesse evento foi o do New York-Presbyterian Hospital, que oferece aos pacientes diabéticos o mesmo cardápio que é oferecido para os demais, incluindo opções para escolhas inclusive de alimentos/preparações com açúcar. Essa conduta visa melhorar a aceitabilidade da DOH, sempre associada com ajuste do consumo de carboidratos por refeição e adequação com horários de medicações e aferições da glicemia.

Outro ponto importante é que as dietas modificadas não devem ser prescritas em combinações, focando em diversas situações clínicas que requerem restrições. As múltiplas restrições reduzem muito a aceitabilidade e aumentam o déficit calórico proteico³⁰. Contudo, na prática clínica, é comum encontrar pacientes com inúmeras restrições alimentares, muitas vezes, impostas de maneira iatrogênica e com negligência na verificação do consumo real em relação ao que foi ofertado.

Assim, o nutricionista deve sempre se basear na evidência científica antes de submeter os pacientes a restrições dietéticas. Dentro dos resultados esperados, deve-se atentar também à prevenção e ao tratamento da desnutrição, uma vez que as dietas restritas impactam na aceitabilidade e no aumento da desnutrição e complicações. Os hospitais precisam atualizar, inovar, melhorar a qualidade e a composição das refeições e dos lanches. A responsabilidade da DOH é de todos, desde os diretores, gestores, médicos, nutricionistas, funcionários da cozinha e, até mesmo, da indústria alimentar.

Dieta Oral Hospitalar e Terapia Nutricional

A alimentação VO deve ser sempre a primeira opção de alimentação para o paciente internado. Ela deve ser adaptada de acordo com o curso da doença e considerada como parte essencial do tratamento. Deve ser prescrita de acordo com a condição clínica e o estado nutricional do paciente, considerando as suas individualidades. Também, deve ser reavaliada diariamente à beira leito, tendo como um dos objetivos quantificar a aceitação alimentar.

Como descrito anteriormente, infelizmente, nem todos os pacientes aceitam, de forma adequada, a DOH. O importante é estar atento a esse problema para agir o mais rápido possível. O racional é evitar o déficit calórico proteico e, com isso, a evolução com prejuízos do seu estado nutricional durante trajetória hospitalar^{8,30}.

Dessa forma, o paciente pode, em muitas situações clínicas, necessitar associar a DOH com suplemento nutricional oral (SNO), ou com a terapia nutricional enteral (TNE) ou a parenteral (TNP). A terapia nutricional (TN) está, muitas vezes, indicada para os pacientes que não conseguem ou não podem ingerir toda a sua necessidade nutricional pela via

oral. Dentro da primeira opção, enfatizamos a importância do SNO hiperproteico (20% de proteínas) e hipercalórico pelo menos duas vezes ao dia. O SNO deve ser a primeira estratégia para reduzir o déficit calórico proteico, otimizando os desfechos combatendo a desnutrição hospitalar^{4,7,8,10,16,19}.

Porém, uma dúvida frequente é qual o melhor momento para a indicação/prescrição do SNO. De forma geral, o SNO está indicado quando o paciente não consegue ingerir entre 70% e 80% das suas necessidades nutricionais, mesmo para os pacientes com ou sem risco nutricional^{10,30,68}. O SNO também está indicado quando o paciente está com prescrição de dieta VO de baixa caloria, devido a sua consistência, com o intuito de complementar a dieta oral e atingir a meta nutricional pré-estabelecida. Algumas consistências da DOH, principalmente as dietas de transição, apresentam baixo valor calórico proteico (por exemplo: líquida, semilíquida, pastosa, pastosa cremosa) e, por isso, podem estar associadas ao SNO quando prescritas por longo tempo^{3,8,11,88}. Também, alguns pacientes em risco nutricional pela própria condição clínica, como os idosos, os oncológicos, as gestantes em condições patológicas graves, os em cuidados intensivos, como as lesões por pressão e os cirúrgicos, candidatos a operações de médio e grande porte podem necessitar do SNO em algum momento da internação^{4,8,10,19,89-92}. Assim, todo paciente deve ser monitorado diariamente pelo nutricionista, principalmente os em risco nutricional e/ou desnutridos. Isso é necessário para que seja calculado/estimado o quanto efetivamente da DOH foi ingerida para, em seguida, determinar a necessidade ou não da TN. Para as situações acima, cabe um alerta importante: o nutricionista deve evitar ao máximo o acúmulo de déficit nutricional pela baixa ingestão oral. Quanto mais rápida a intervenção for iniciada, melhores serão desfechos clínicos com menor morbidade, menor tempo de internação, mortalidade e menor custo hospitalar^{4,10,16,91,92}.

A indicação do SNO deve ser realizada seguindo protocolos individualizados. Deve-se considerar os diferentes tipos de SNO disponíveis, o quadro clínico, o estado nutricional, estresse metabólico e dias de déficit nutricional^{4,8,89,93}. É imprescindível, para a melhor aderência ao tratamento, que a prescrição do SNO seja aliada ao aconselhamento nutricional, ou seja, o paciente deve ser proativo e estar ciente da importância da ingestão da dieta e do SNO^{10,91,93}.

Com relação à prescrição de TNE em pacientes que recebem VO, a recomendação é que em pacientes que internam em risco nutricional ou desnutridos, com ingestão menor que 60% (das necessidades nutricionais diárias), por 3 dias consecutivos, a TNE está indicada em associação com a DOH^{8,30}. Independente da condição nutricional, para os pacientes com ingestão da dieta oral em torno de 60% das suas necessidades, a TNE em conjunto com a VO é uma excelente alternativa para prevenir o déficit nutricional e prejuízos na condição nutricional.

Além da indicação precoce da TNE, é importante analisar o momento ideal para início do seu desmame. Deve-se tentar restabelecer uma alimentação oral segura, assim que possível, para o desmame da TNE e reabilitação da dieta oral exclusiva. Para isso, é necessário assegurar uma adequada consistência da dieta VO, com nenhuma ou com o mínimo de restrição alimentar. Muitas vezes, nesse momento de transição, e baseada nas necessidades individuais, a presença do fonoaudiólogo passa a ser importante, a fim de garantir uma ingestão adequada^{30,94,95}. Nessa fase de desmame da TNE com retorno da DOH, o SNO pode vir a ser novamente necessário. Outra situação comum vivenciada na prática clínica é a necessidade da TNP associada à VO ou à TNE. A TNP está indicada quando o trato gastrointestinal não pode ser utilizado ou quando a dieta enteral for incapaz de atingir as metas nutricionais⁹⁶.

Diante das diferentes condições que levam ao déficit de calorias e proteínas, o nutricionista deve ser proativo, avaliando dia a dia, à beira leito, o paciente da internação até a alta hospitalar. É fundamental avaliar e reavaliar, monitorando diariamente para intervir no momento certo, aproveitando a janela de oportunidades, a fim de prevenir e minimizar os prejuízos na condição nutricional e no desenvolvimento da doença mais prevalente em todo o mundo, a desnutrição hospitalar⁹⁷⁻⁹⁹.

Avaliação da Ingestão da Dieta Oral Hospitalar

A avaliação criteriosa da ingestão alimentar deve ser realizada, pelo menos, uma vez por semana, para os pacientes sem risco nutricional, e todos os dias, para os pacientes com risco ou desnutridos³⁰. Com base nos resultados do inquérito multicêntrico europeu NutritionDay®, o consumo alimentar menor ou igual a 50% das porções oferecidas (almoço ou jantar) foi fator de risco independente para a mortalidade.

O acesso diário, pelo menos das 7h às 19h, a alimentos ricos nutricionalmente e bem preparados devem ser obrigatórios, e as porções servidas devem ser e parecerem apetitosas aos pacientes. Porções de tamanho pequeno e densas em calorias devem estar disponíveis como opção para pacientes em risco nutricional³⁰. Todos os pacientes devem ter o direito de escolher o que desejam consumir, assim como as porções/lanches e as grandes refeições devem ser asseguradas. Uma refeição de qualidade pode contribuir para a maior ingestão e satisfação do paciente³⁰. Para os desnutridos que apresentam baixa ingestão, uma estratégia é aumentar o número de refeições (por exemplo, 8 refeições/dia), porém em pequenas porções, na tentativa de reduzir o déficit calórico proteico⁵⁴.

Das 56 recomendações propostas pela ESPEN³⁰, as primeiras referem ao fornecimento da dieta VO ao paciente. Essa sociedade recomenda fortemente que cada hospital deva ter uma lista de dietas disponíveis visíveis para pacientes

e funcionários, devendo a refeição estar associada ao prazer, com menus disponíveis para escolhas. Recomenda, ainda, que a dieta prescrita deve seguir as necessidades do paciente em relação ao horário e às preferências alimentares, considerando a disponibilidade do paciente (exames, visita médica, procedimentos cirúrgicos, entre outros) e que cada membro, da cadeia de produção da DOH, tenha um papel e responsabilidades claras formalmente protocolados, para otimização da organização³⁰. Dentro desse protocolo de ações, é fundamental o registro da ingestão/aceitação da DOH em especial para os pacientes em risco nutricional ou previamente desnutridos^{8,30,100}.

A DOH deve ser verificada, reavaliada e adaptada para cada paciente em intervalos regulares, de acordo com o curso da doença, monitorando a ingestão e aceitação do paciente dia a dia, à beira leito. Essa adequação da ingestão está associada à percepção e satisfação do paciente quanto à dieta, no que se refere a sua apresentação, temperatura, aroma e sabor^{21,101-103}.

Porém, alguns fatores podem interferir nessa avaliação da ingestão oral, prejudicando os resultados encontrados. Os erros podem estar relacionados ao entrevistado, entrevistador e metodologia do registro alimentar, que podem, ao final, subestimar ou superestimar a ingestão da dieta VO^{2,4,9,29}. Por isso, os profissionais devem ter habilidades e treinamento para esse monitoramento. Destaca-se a importância de utilizar ferramentas de fácil aplicação à beira-leito, assim como a capacidade de identificar/triar os pacientes. Aqueles com baixa ingestão/aceitabilidade ou com relato de perda de apetite ou perda de peso necessitam de monitoramento mais rigoroso à beira leito¹⁰⁴.

O nutricionista deve garantir uma prescrição dietética adequada para cada paciente, padronizar o que é servido e calcular a adequação calórica ofertada *versus* ingerida. Para que isso flua de forma contínua, o SND do hospital deve disponibilizar um manual de dietas padronizado, conforme já citado anteriormente. Em consonância com isso, o valor energético das refeições servidas aos pacientes deve ser informado pela equipe. Um estudo demonstrou uma perda de peso significativa, mesmo entre os pacientes com boa ingestão da dieta oral ($p=0,0022$). Esse resultado levou os autores concluir que o total de calorias da DOH era inferior à necessidade dos pacientes¹⁰⁵.

Também é fundamental, para que o paciente seja bem assistido durante a internação, que os profissionais do SND sejam treinados periodicamente. A equipe assistencial, os pacientes, familiares e cuidadores devem estar engajados e serem proativos para garantir que a ingestão da dieta seja a mais próxima dos 100%^{8,104,106}.

A partir de 2008, a iniciativa GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*)¹⁰⁷ apontou a redução da ingestão

alimentar como um dos cinco critérios que devem ser observados para o diagnóstico de desnutrição. Em pacientes com risco nutricional, ingestão alimentar igual ou inferior a 50%, das necessidades nutricionais, ao longo dos 3 dias, durante a internação hospitalar, devem receber intervenção nutricional imediata. Para avaliar a ingestão alimentar, o GLIM preconizou o uso de métodos semiquantitativos.

De acordo com a ESPEN³⁰, a avaliação da ingestão pode ser realizada por meio de métodos semiquantitativos, que são simples, úteis e fáceis de serem implementados na prática diária. O uso de escala visual ou analógica, para avaliação da ingestão alimentar, é comparado por Thibault et al.¹⁰⁷, em um estudo com 114 pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição em hospitais franceses. A escala analógica, de 10 pontos, considera a ingestão atual com uma pontuação de 0 a 10, onde 10 corresponde à ingestão usual do paciente em boa condição de saúde, enquanto, na escala visual, os pacientes indicam na imagem o quanto consumiram em uma determinada refeição, variando de “nada” (lado esquerdo da escala) a “como sempre” (lado direito da escala)¹⁰⁷.

Um instrumento que une essas duas escalas é o *Simple Evaluation of Food Intake* (SEFI[®], <https://www.sefi-nutrition.com/>) que pode ser traduzido como Avaliação Simples da Ingestão Alimentar – ASIA (Figura 1). É uma escala visual e/ou analógica que permite uma avaliação visual da ingestão alimentar ou escolha entre as porções consumidas (analógica). Estudos apontam a ASIA/ SEFI[®] como uma importante ferramenta para auxiliar no diagnóstico de desnutrição, bem como sua capacidade prognóstica^{108,109}.

A interpretação dos resultados da ASIA/SEFI[®] está baseado em estudos clínicos a partir dos quais o risco de desnutrição é definido a partir de escores abaixo de 7 na escala analógica de 10 pontos ou indicação de ingestão alimentar menor ou igual a 50% da porção oferecida de acordo com a avaliação visual das porções^{51,109,110}. O uso dessa escala é recomendado após 48 horas de internação¹⁰⁷.

Outra sugestão, para avaliar a ingestão no ambiente hospitalar, é o acompanhamento dos pacientes por meio do registro da ingestão alimentar como apresentado no Quadro 4³.

Figura 1 - Escala visual e analógica traduzida e adaptada de <https://www.sefi-nutrition.com/utliser-sefi>. *A reprodução da ferramenta em português pode ser obtida através do contato com o fabricante (Knoë, le Kremlin Bicêtre, França).

Quadro 4 – Modelo de formulário para registrar o consumo alimentar no momento da realização da refeição.

- ✓ Registrar, em impresso próprio, no momento da refeição, o consumo alimentar da dieta VO, que pode ser feito pelo próprio paciente e/ou familiares;
- ✓ Anotar dados sobre os alimentos/preparações e quantidades consumidas em cada refeição (desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) ao longo do dia;
- ✓ Preencher o formulário continuamente durante o período de hospitalização, ou por pelo menos três dias consecutivos para maior assertividade na conduta;
- ✓ Após o preenchimento, cabe ao nutricionista avaliar a aceitação alimentar e realizar o cálculo da ingestão alimentar realizada pelo paciente.

Refeição	Horário	Local	Alimento	Quantidade

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que este posicionamento venha alertar e estimular os nutricionistas do SND e da área clínica hospitalar quanto ao importante papel que a DOH tem em tratar o paciente internado. É fundamental a implementação da técnica dietética aliada à gastronomia hospitalar e dietoterapia, para garantir uma refeição de melhor qualidade e palatabilidade. Enfatizamos que a DOH deve atender às necessidades nutricionais do paciente e, ao mesmo tempo, contemplar as suas preferências e tolerâncias, ser atrativa, ofertada no horário determinado, em ambiente calmo e na quantidade adequada. Todas as características da DOH devem estar contidas no manual e acessível à equipe. Além disso, para combater a desnutrição hospitalar, a equipe não deve medir esforços para que a DOH seja realmente ingerida na quantidade que venha cobrir as necessidades nutricionais individuais do paciente. Esperamos que este documento seja uma importante ferramenta para o nutricionista e possa contribuir para o sucesso do tratamento nutricional dos pacientes hospitalizados por meio da DOH.

REFERÊNCIAS

1. Howard P, Jonkers-Schuitema C, Furniss L, Kyle U, Muehlebach S, Odlund-Olin A, et al. Managing the patient journey through enteral nutritional care. *Clin Nutr.* 2006;25(2):187-95.
2. Dias MCG. Terapia nutricional oral. In: International Life Sciences Institute do Brasil-ILSE. Indicadores de qualidade em terapia nutricional: 10 anos de IQTN no Brasil, resultados, desafios e propostas. 3ª ed. São Paulo: ILSE Brasil; 2018. p.55-62.
3. Dias MCG, Motta LP, Steluti J, Evazian D. Dietas orais hospitalares. In: Waitzberg DL, ed. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p.779-92.
4. Baxter YC, Borghi R, Verotti CCG, Oliveira KG. Indicações e usos de suplementos nutricionais orais. In: Waitzberg DL, ed.

- Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p.874-94.
5. Keller HH, Vesnaver E, Davidson B, Allard J, Laporte M, Bernier P, et al. Providing quality nutrition care in acute care hospitals: perspectives of nutrition care personnel. *J Hum Nutr Diet.* 2014;27(2):192-202.
6. Mitchel HS, Rynbergen HJ, Anderson L, Dibble MV. Introdução à dietoterapia. In: Mitchel HS, Rynbergen HJ, Anderson L, Dibble MV, eds. Nutrição. 16ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1978. p.301-7.
7. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(1):49-64.
8. 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.
9. Uzelin L, Souza SRPJA, Quaresma S, Lima TEC. Estratégias para melhor aceitação alimentar. In: Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA, eds. Equipe multiprofissional de terapia nutricional – EMTN em prática. EMTN em prática. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p.367-76.
10. de-Aguilar-Nascimento JE, Salomão AB, Waitzberg DL, Dock-Nascimento DB, Correa MITD, Campos ACL, et al. ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44(6):633-48.
11. Barrington V, Maunder K, Kelaart A. Engaging the patient: improving dietary intake and meal experience through bedside terminal meal ordering for oncology patients. *J Hum Nutr Diet.* 2018;31(6):803-9.
12. Correia MI, Campos AC; ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition.* 2003;19(10):823-5.
13. 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.
14. Correia MITD, Sulo S, Brunton C, Sulz I, Rodriguez D, Gomez G, et al. Prevalence of malnutrition risk and its association with mortality: nutritionDay Latin America survey results. *Clin Nutr.* 2021;40(9):5114-21.
15. Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, Gramlich L, et al. Malnutrition at hospital admission – contributors and effect on length of stay: a prospective cohort study from the Canadian Malnutrition Task Force. *J Parenter Enteral Nutr.* 2016;40(4):487-97.
16. Waitzberg DL, Aguilar-Nascimento JE, Dias MCG, Pinho N, Moura R, Correia MITD. Hospital and homecare malnutrition and nutritional therapy in Brazil. Strategies for alleviating it: a position paper. *Nutr Hosp.* 2017;34:969-75.
17. Ostrowska J, Sulz I, Tarantino S, Hiesmayr M, Szostak-Węgierek D. Hospital malnutrition, nutritional risk factors, and elements of nutritional care in Europe: Comparison of polish results with all European countries participating in the nDay Survey. *Nutrients.* 2021;13(1):263.
18. Toledo DO, Pinto LM, Nogueira PBP. Indicação. In: Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA, eds. Equipe multiprofissional de terapia nutricional - EMTN em prática. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p.93-7.
19. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(5):1187-96.
20. Naithani S, Thomas JE, Whelan K, Morgan M, Gulliford MC. Experiences of food access in hospital. A new questionnaire measure. *Clin Nutr.* 2009;28(6):625-30.
21. Stanga Z, Zurfüh Y, Roselli M, Sterchi AB, Tanner B, Knecht G. Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clin Nutr.* 2003;22(3):241-6.

22. 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):962-70.
23. Cheung G, Pizzola L, Keller H. Dietary, food service, and mealtime interventions to promote food intake in acute care adult patients. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2013;32(3):175-212.
24. Calkins BM. Florence Nightingale: on feeding an army. *Am J Clin Nutr*. 1989;50(6):1260-5.
25. Peres MAA, Aperibense PGG, Dios-Aguado MLM, Gómez-Cantarino S, Queirós PJP. The Florence Nightingale's nursing theoretical model: a transmission of knowledge. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42(spe):e20200228.
26. Hospital Food I. What is wrong with hospital diet? *The Lancet*. 1945;245(6333):61-2.
27. McCullough EG. Hospital diets and their relation to the treatment of certain diseases. *Can Med Assoc J*. 1916;6(5):385-405.
28. Clevers E, Törnblom H, Simrén M, Tack J, Van Oudenhove L. Relations between food intake, psychological distress, and gastrointestinal symptoms: a diary study. *United European Gastroenterol J*. 2019;7(7):965-73.
29. 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.
30. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clin Nutr*. 2021;40(12):5684-709.
31. Kossoff EH, Zupec-Kania BA, Auvin S, Ballaban-Gil KR, Christina Bergqvist AG, Blackford R, et al; Charlie Foundation; Matthew's Friends; Practice Committee of the Child Neurology Society. Optimal clinical management of children receiving dietary therapies for epilepsy: Updated recommendations of the International Ketogenic Diet Study Group. *Epilepsia Open*. 2018;3(2):175-92.
32. Zambelli CMSF, Gonçalves RC, Alves JTM, Araújo GT, Gonçalves RCC, Gusmão MHL, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com doença renal. *BRASPEN J*. 2021;36(2º Supl 2):1-22.
33. Fiaccadori E, Sabatino A, Barazzoni R, Carrero JJ, Cupisti A, De Waele E, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in hospitalized patients with acute or chronic kidney disease. *Clin Nutr*. 2021;40(4):1644-68.
34. Dobrenic M, Huic D, Zuvic M, Grosev D, Petrovic R, Samardzic T. Usefulness of low iodine diet in managing patients with differentiated thyroid cancer: initial results. *Radiol Oncol*. 2011;45(3):189-95.
35. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso brasileiro sobre alergia alimentar. *Arq Asma Alerg Imunol*. 2018;2:7-38.
36. Brasil. Conselho Federal de Nutricionistas. Parecer Técnico CRN-3 N° 10/2015.
37. Christodoulides S, Dimidi E, Fragkos KC, Farmer AD, Whelan K, Scott SM. Systematic review with meta-analysis: effect of fiber supplementation on chronic idiopathic constipation in adults. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(2):103-16.
38. Vriesman MH, Koppen IJN, Camilleri M, Di Lorenzo C, Benninga MA. Management of functional constipation in children and adults. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(1):21-39.
39. Bellini M, Tonarelli S, Nagy AG, Pancetti A, Costa F, Ricchiuti A, et al. Low FODMAP diet: evidence, doubts, and hopes. *Nutrients*. 2020;12(1):148.
40. Biesiekierski JR, Peters SL, Newnham ED, Rosella O, Muir JG, Gibson PR, et al. No effects of gluten in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity after dietary reduction of fermentable, poorly absorbed, short-chain carbohydrates. *Gastroenterology*. 2013;145(2):320-8.
41. Barban JB, Simões BP, Moraes BGC, Anunciação CR, Rocha CS, Pintor DCQ, et al. Consenso brasileiro de nutrição em transplante de células-tronco hematopoiéticas: adultos. *Einstein (São Paulo)*. 2020;18: AE4530.
42. BRASIL. RDC N° 216 – ANVISA. Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.
43. Sociedade Vegetariana Brasileira. Vegetarianismo. [Acesso em 03 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.svb.org.br/>
44. Keller H, Allard J, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, Bernier P, et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. *J Hum Nutr Diet*. 2015;28(6):546-57.
45. Liu W, Kim S, Alessio H. Mealtime caregiving knowledge, attitudes, and behaviors for persons living with dementia: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Int J Nurs Stud*. 2021;114:103824.
46. Naithani S, Thomas JE, Whelan K, Morgan M, Gulliford MC. Experiences of food access in hospital. A new questionnaire measure. *Clin Nutr*. 2009;28(6):625-30.
47. 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):962-70.
48. Barrington V, Maunder K, Kelaart A. Engaging the patient: improving dietary intake and meal experience through bedside terminal meal ordering for oncology patients. *J Hum Nutr Diet*. 2018;31(6):803-9.
49. Sousa A, Gloria M, Cardoso T. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev Nutrição [online]*. 2011; 24:287-94.
50. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, et al; NutritionDay Audit Team. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. *Clin Nutr*. 2009;28(5):484-91.
51. Naithani S, Whelan K, Thomas J, Gulliford MC, Morgan M. Hospital inpatients' experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. *Health Expect*. 2008;11(3):294-303.
52. Young C, Farrah K. Room service food delivery models for hospital in-patients: a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines [internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019.
53. Osman NS, Nor M, Sharif MS, Hamid SBA, Rahamat S. Hospital food service strategies to improve food intakes among inpatients: a systematic review. *Nutrients*. 2021;13(10):3649.
54. McCray S, Maunder K, Barsha L, Mackenzie-Shalders K. Room service in a public hospital improves nutritional intake and increases patient satisfaction while decreasing food waste and cost. *J Hum Nutr Diet*. 2018;31(6):734-41.
55. Doyle E, Simmance N, Wilding H, Porter J. Systematic review and meta-analyses of foodservice interventions and their effect on nutritional outcomes and satisfaction of adult oncology patients. *Nutr Diet*. 2017;74(2):116-28.
56. Sathiaraj E, Priya K, Chakraborty S, Rajagopal R. Patient-centered foodservice model improves body weight, nutritional intake and patient satisfaction in patients undergoing cancer treatment. *Nutr Cancer*. 2019;71(3):418-23.
57. Roberts HC, Pilgrim AL, Jameson KA, Cooper C, Sayer AA, Robinson S. The impact of trained volunteer mealtime assistants on the dietary intake of older female in-patients: the Southampton Mealtime Assistance Study. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(3):320-8.
58. Larsen KL, Schjøtler B, Melgaard D. Patients' experiences eating in a hospital: a qualitative study. *Clin Nutr ESPEN*. 2021;45:469-75.
59. Edwards D, Carrier J, Hopkinson J. Assistance at mealtimes in hospital settings and rehabilitation units for patients (>65 years) from the perspective of patients, families and healthcare professionals: a mixed methods systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2017;69:100-18.

60. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L, et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: a 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr*. 2011;30(3):289-96.
61. Dickinson A, Welch C, Ager L, Costar A. Hospital mealtimes: action research for change? *Proc Nutr Soc*. 2005;64(3):269-75.
62. Flint K, Matthews-Rensch K, Flaws D, Mudge A, Young A. Meal-time care and dietary intake in older psychiatric hospital inpatient: a multiple case study. *J Adv Nurs*. 2021;77(3):1490-500.
63. Almeida AMM. Como garantir que o paciente ingeriu? Visão da enfermagem. In: International Life Sciences Institute do Brasil-ILSE. Indicadores de qualidade em terapia nutricional: 10 anos de IQTN no Brasil, resultados, desafios e propostas. 3ª ed. São Paulo: ILSE Brasil; 2018. p.63-72.
64. van Bokhorst-de van der Schueren MA, Roosemalen MM, Weijjs PJ, Langius JA. High waste contributes to low food intake in hospitalized patients. *Nutr Clin Pract*. 2012;27(2):274-80.
65. Yona O, Goldsmith R, Endevelt R. Improved meals service and reduced food waste and costs in medical institutions resulting from employment of a food service dietitian - a case study. *Isr J Health Policy Res*. 2020;9(1):5.
66. Valaitis R, Laur C, Keller H, Butterworth D, Hotson B. Need for the Integrated Nutrition Pathway for Acute Care (INPAC): gaps in current nutrition care in five Canadian hospitals. *BMC Nutr*. 2017;3:60.
67. Pullen K, Collins R, Stone T, Carter H, Sadler H, Collinson A. Are energy and protein requirements met in hospital? *J Hum Nutr Diet*. 2017;31(2):178-87.
68. Aguilar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB, Silva BS, Sierra JC, Machado PPA, Genarp B, et al. Terapia nutricional perioperatória. In: Aguilar-Nascimento JE, Salomão AB, Caporossi C, Imbelloni LE, Silva Jr JM, Pereira TS, eds. ACERTO Acelerando a recuperação total pós-operatória. 4ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2020. p.63-75.
69. Baldwin C, Kimber KL, Gibbs M, Weekes CE. Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;12(12):CD009840.
70. García MG, la Hera ARH. Dietética hospitalaria y gastronomía saludable. *Nutr Hosp*. 2018;35:140-5.
71. Silva SM, Maurício AA. Gastronomía hospitalar: um novo recurso para melhorar a aceitação de dietas. *ConScientiae Saúde*. 2013;12:17-27.
72. Zanella CP, Castro ACL. Conhecimentos e práticas de nutricionistas em gastronomía hospitalar. *Nutrivisa*. 2017;4:32-8.
73. Silva ADC, Silva RS, Garcia LRS. Benefícios da gastronomía no serviço hospitalar: uma revisão de literatura. *Rev Cult Cient UNIFACEX*. 2019;17:1-14.
74. Wright OR, Connelly LB, Capra S, Hendrikz J. Determinants of foodservice satisfaction for patients in geriatrics/rehabilitation and residents in residential aged care. *Health Expect*. 2013;16(3):251-65.
75. Dijkhoorn DN, Mortier MJM, van den Berg MGA, Wanten GJA. The currently available literature on inpatient foodservices: systematic review and critical appraisal. *J Acad Nutr Diet*. 2019;119(7):1118-41.
76. Cardenas D, Bermúdez C, Pérez A, Diaz G, Cortés LY, Contreras CP, et al. Are traditional screening tools adequate for monitoring the nutrition risk of in-hospital patients? An analysis of the nutritionDay database. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2022;46(1):83-92.
77. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Bauer J, Capra S, Isenring E. Nutritional status and dietary intake of acute care patients: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr*. 2012;31(1):41-7.
78. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr*. 2013;32(5):737-45.
79. Oliveira MR, Leandro-Merhi VA. Food intake and nutritional status of hospitalised older people. *Int J Older People Nurs*. 2011;6(3):196-200.
80. Patel MD, Martin FC. Why don't elderly hospital inpatients eat adequately? *J Nutr Health Aging*. 2008;12(4):227-31.
81. Mudge AM, Ross LJ, Young AM, Isenring EA, Banks MD. Helping understand nutritional gaps in the elderly (HUNGER): a prospective study of patient factors associated with inadequate nutritional intake in older medical inpatients. *Clin Nutr*. 2011;30(3):320-5.
82. Lai H, Gemming L. Approaches to patient satisfaction measurement of the healthcare food services: a systematic review. *Clin Nutr ESPEN*. 2021;42:61-72.
83. Capra S, Wright O, Sardi M, Bauer J, Askew D. The acute hospital foodservice patient satisfaction questionnaire: the development of a valid and reliable tool to measure patient satisfaction with acute care hospital foodservices. *Food Serv Res Int*. 2005;16:1-14.
84. Lee RJ, Collins PF, Elmas K, Bell JJ. Restrictive diet in older malnourished cardiac inpatients: a cross-section study. *Nutr Diet*. 2021;78(2):121-7.
85. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr*. 2002;21(6):461-8.
86. Doukky R, Avery E, Mangla A, Collado FM, Ibrahim Z, Poulin MF, et al. Impact of dietary sodium restriction on heart failure outcomes. *JACC Heart Fail*. 2016;4(1):24-35.
87. Modic MB, Kozak A, Siedlecki SL, Nowak D, Parrella D, Morris MP, et al. Do we know what our patients with diabetes are eating in the hospital? *Diabetes Spectrum*. 2011;24:100-6.
88. Matsuba CST, Serpa LF, Pereira SRM, Barbosa JAG, Corrêa APA, Antunes MS, et al. Diretriz BRASPEN de enfermagem em terapia nutricional oral, enteral e parenteral. *BRASPEN J*. 2021;36:2-62.
89. Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing Res Rev*. 2012;11(2):278-96.
90. Li M, Zhao S, Wu S, Yang X, Feng H. Effectiveness of oral nutritional supplements on older people with anorexia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrients*. 2021;13(3):835.
91. Wobith M, Weimann A. Oral nutritional supplements and enteral nutrition in patients with gastrointestinal surgery. *Nutrients*. 2021;13(8):2655.
92. devanderSchuerenMAE. Use and effects of oral nutritional supplements in patients with cancer. *Nutrition*. 2019;67-68:110550.
93. Massanet PL, Petit L, Louart B, Corne P, Richard C, Preiser JC. Nutrition rehabilitation in the intensive care unit. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2015;39(4):391-400.
94. Thibault R, Seguin P, Tamion F, Pichard C, Singer P. Nutrition of the COVID-19 patient in the intensive care unit (ICU): a practical guidance. *Crit Care*. 2020;24(1):447.
95. Soguel L, Revelly JP, Schaller MD, Longchamp C, Berger MM. Energy deficit and length of hospital stay can be reduced by a two-step quality improvement of nutrition therapy: the intensive care unit dietitian can make the difference. *Crit Care Med*. 2012;40(2):412-9.
96. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical role of nutrition in improving quality of care: an interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(9):1219-37.
97. Lovesley D, Parasuraman R, Ramamurthy A. Combating hospital malnutrition: Dietitian-led quality improvement initiative. *Clin Nutr ESPEN*. 2019;30:19-25.
98. Correia MITD, Laviano A. Cost-effectiveness of nutrition therapy. *Nutrition*. 2018;50:109-11.

99. Santos GFCG, Garcia DSFB, Lopes GG, Alaminos D, Piovacari SMFP. Prescrição dietética no âmbito hospitalar. In: Piovacari SMF, ed. *Nutrição Hospitalar*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021.p.53-64.
100. Johns N, Hartwell H, Morgan M. Improving the provision of meals in hospital. The patients' viewpoint. *Appetite*. 2010;54(1):181-5.
101. Stroebele N, De Castro JM. Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition*. 2004;20(9):821-38.
102. Sorensen J, Holm L, Frøst MB, Kondrup J. Food for patients at nutritional risk: a model of food sensory quality to promote intake. *Clin Nutr*. 2012;31(5):637-46.
103. National Institute for Clinical Excellence 2012, "Oral Nutrition Support", NICE Pathway last updated: 08 August 2017, NICE, London. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/nutrition-support-in-adults>.
104. Leandro-Merhi VA, Srebernick SM, Gonçalves GM, Aquino JL. In-hospital weight loss, prescribed diet and food acceptance. *Arq Bras Cir Dig*. 2015;28(1):8-12.
105. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN N° 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas; 2018. Disponível em: <http://resolucao.cfn.org.br/>. Acessado em 03/04/2022.
106. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al; GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38(1):1-9.
107. Thibault R, Goujon N, Le Gallic E, Clairand R, Sébille V, Vibert J, et al. Use of 10-point analogue scales to estimate dietary intake: a prospective study in patients nutritionally at-risk. *Clin Nutr*. 2009;28(2):134-40.
108. Bouëtté G, Esvan M, Apel K, Thibault R. A visual analogue scale for food intake as a screening test for malnutrition in the primary care setting: prospective non-interventional study. *Clin Nutr*. 2021;40(1):174-80.
109. Jouneau S, Rousseau C, Lederlin M, Lescoat A, Kerjouan M, Chauvin P, et al. Malnutrition and decreased food intake at diagnosis are associated with hospitalization and mortality of idiopathic pulmonary fibrosis patients. *Clin Nutr*. 2022;41(6):1335-42.
110. Guerdoux-Ninot E, Flori N, Janiszewski C, Vaillé A, Forges H, Raynard B, et al. Assessing dietary intake in accordance with guidelines: useful correlations with an ingesta-Verbal/Visual Analogue Scale in medical oncology patients. *Clin Nutr*. 2019;38(4):1927-35.

Local de realização do estudo: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.