http://journal.unoeste.br/index.php/cv
DOI: 10.5747/cv.2021.v13.n2.v331
ISSN on-line 1984-6436

Colloquium Vitae

Submetido: 14/12/2021 Revisado: 24/02/2022 Aceito: 21/03/2022

IMPACTO DO CUIDADO NUTRICIONAL NA INGESTÃO ALIMENTAR DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Maria Fernanda Vieira Lanziani, Glaucia Morais Gomes, Gabrielly Caroliny de Souza Gomes, Bianca Depieri Balmant Azevedo

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. E-mail: gabriellygomes.nutri@hotmail.com

RESUMO

Este estudo objetivou investigar o impacto do cuidado nutricional na melhora da ingestão alimentar (IA) de pacientes internados em uma unidade de emergência. Foram avaliados 49 pacientes admitidos na emergência, onde foi realizado avaliação nutricional (índice de massa corporal e avaliação subjetiva de acordo com idade) e avaliação da IA. Os pacientes com diminuição da IA foram submetidos à intervenção nutricional individualizada por meio da adequação de dieta. Houve predomínio de risco de desnutrição hospitalar pela avaliação subjetiva. Observou-se que a IA reduzida foi causada principalmente pela dificuldade de mastigação e pela diminuição do apetite. Após a intervenção nutricional, verificou-se aumento da aceitação da dieta hospitalar, bem como aumento do valor calórico ingerido. Conclui-se que há um predomínio de risco de desnutrição em pacientes admitidos na unidade de Emergência e que a baixa aceitação alimentar é eminente, sendo que o cuidado nutricional nestes pacientes pode ser uma estratégia simples e efetiva para contornar esta situação.

Palavras-chave: desnutrição; dieta; consumo de alimentos; avaliação nutricional; gasto energético.

Impact of nutritional care on food intake of patients admitted to the emergency unit

ABSTRACT

This study aimed to investigate the impact of nutritional care on improving food intake (AI) of patients admitted to an emergency unit. 49 patients admitted to the Emergency Department were evaluated, where nutritional assessment (body mass index and subjective assessment according to age) and AI assessment were performed. Patients with decreased AI were submitted to individualized nutritional intervention. There was a predominance of risk of hospital malnutrition by subjective assessment. It was observed that the reduced AI was caused mainly by the difficulty of chewing and the decrease in appetite. After the nutritional intervention, there was an increase in acceptance of the hospital diet, as well as an increase in the caloric intake. It is concluded that there is a predominance of risk of malnutrition in patients admitted to the Emergency Unit and that low food acceptance is imminent, and nutritional care in these patients can be a simple and effective strategy to overcome this situation.

Keywords: malnutrition; diet; food consumption; nutritional assessment; energy expenditure.

INTRODUÇÃO

A desnutrição pode ser definida como um desequilíbrio metabólico causado pelo aumento da necessidade calórico-proteica, contribuindo para consequentes alterações prejudiciais ao organismo e suas funções fisiológicas[1]. Em pacientes hospitalizados, a desnutrição é vista como um problema de saúde universal, sendo que sua prevalência pode variar de 20% a 50% a depender dos critérios utilizados[2,3]. Neste ambiente, o quadro clínico do paciente, o tempo de internação e a resposta ao tratamento são influenciados diretamente pelo estado nutricional[1], acarretando no aumento de

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

complicações clínicas, morbimortalidade, tempo de permanência hospitalar e custos para o hospital e para o sistema de saúde[2].

Há um conjunto de condições no ambiente hospitalar que podem levar a piora do estado nutricional do paciente: a alta rotatividade dos funcionários da equipe de saúde; peso e altura não aferidos, desnutrição não identificada; intervenção cirúrgica em pacientes desnutridos sem reposição nutricional; uso prolongado de soros por via venosa ao lado de dieta zero; ausência de terapia nutricional em estados hipermetabólicos, retardo no início da terapia nutricional e não observação da ingestão alimentar dos pacientes[4,5].

A aceitação da dieta hospitalar é um dos principais fatores que levam a perda de peso durante a internação com consequente piora do estado nutricional, podendo estar relacionada a diversos fatores como a própria patologia do paciente, inapetência, saúde dental, isolamento social, vícios, doença mental, distúrbios da deglutição, alterações na percepção do paladar, incapacidade de se alimentar sozinho e até mesmo inadequação da dieta prescrita[6].

Desta forma, a etiologia da desnutrição detectada na admissão hospitalar pode ser classificada como primária, decorrente de condições socioeconômicas precárias que não garantem a reposição energético-proteica e dos demais nutrientes necessários; secundária, quando relacionadas à diminuição de ingestão alimentar (desde que ligadas às situações provenientes de patologias); e terciária, quando decorrentes do cuidado com o paciente, com relação às dificuldades do sistema, uso inadequado de terapia nutricional, inadequação da dieta prescrita e/ou ausência de avaliação nutricional[2].

A desnutrição terciária ou iatrogênica, que diz respeito às situações vividas pelo paciente no hospital, em que a ingesta alimentar ou a reposição nutricional são inadequadas, é frequentemente notada em serviços hospitalares[4]. Neste contexto, a atuação do profissional nutricionista envolve não apenas a avaliação nutricional e intervenção dietoterápica do ponto de vista da nutrição clínica, mas também requer atenção das unidades de alimentação e nutrição hospitalar para oferecer refeições de acordo com a prescrição nutricional, que contribuam para melhor aceitação do paciente[7].

Embora a prescrição de dieta seja uma atribuição privativa dos nutricionistas[8], na maioria dos hospitais é realizada por médicos. Paralelamente, têm sido apontadas situações que dificultam a atuação do nutricionista, como: a falta de definição clara das responsabilidades, profissionais da saúde que não sabem lidar com os problemas nutricionais, falta de comunicação e colaboração entre a equipe, incluindo o acúmulo de atividades ligadas ao gerenciamento de serviços e condições geradas pela própria complexidade de suas atividades, tais como tempo escasso, número de leitos por nutricionista e atividades administrativas[9].

Sendo assim, a equipe de nutrição necessita da forte cooperação da intersetorialidade hospitalar (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros profissionais da equipe de saúde) para que os objetivos sejam alcançados. Adicionalmente, torna-se essencial que os profissionais tenham clareza de seus papéis e responsabilidades no processo do cuidado nutricional e que o nutricionista assuma o desafio da efetividade da sua intervenção[10].

Diante do exposto, é fundamental a identificação do impacto do cuidado nutricional em pacientes internados no serviço de emergência e a importância do nutricionista neste setor, visto que a introdução de intervenções nutricionais precoces e efetivas devem ser realizadas ainda neste ambiente, de forma a amenizar os índices de desnutrição hospitalar. Por este motivo, este estudo teve como objetivo investigar o impacto do cuidado nutricional na melhora da ingestão alimentar de pacientes internados em uma unidade de emergência.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo longitudinal, intervencionista, com 49 pacientes admitidos no Hospital Regional de Presidente Prudente (HR-PP) – hospital terciário, de grande porte e alta complexidade, que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) – na unidade de emergência.

Foram incluídos pacientes internados na emergência, com idade maior que 18 anos, de ambos os sexos, com alimentação via oral exclusiva, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e excluídos pacientes em jejum para tratamento e

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

aqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão deste estudo.

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética para Pesquisa sob o número CAAE 19384819.6.0000.5515.

A partir das informações registradas no sistema eletrônico de pacientes e nos prontuários, foram obtidos dados de sexo, idade e condição primária (doença de base que ocasionou a internação do paciente).

O estado nutricional dos pacientes foi obtido por meio da avaliação e diagnóstico nutricional, onde tais dados foram coletados: peso, altura e avaliação subjetiva.

Os dados de peso e altura foram obtidos pela pesagem dos pacientes com balança digital (marca Mondial®, graduação de 100g, capacidade de 150kg) e estatura com estadiômetro móvel (Sanny®), com precisão de 0,1 cm, seguindo as orientações propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotadas pelo Ministério da Saúde[11]. Estas medidas fizeram parte do cálculo do índice de massa corporal (IMC), o qual é obtido pela divisão do peso corporal (Kg) pela estatura (m) ao quadrado[12]. Naqueles onde o peso e a altura não foram possíveis, foi coletado a altura do joelho (AJ) e a circunferência do braço (CB) para estimativa através das fórmulas preditivas[13].

Adicionalmente, aplicou-se a Avaliação Subjetiva Global (ASG) em pacientes com idade até 59 anos e a Mini Avaliação Nutricional (MAN) em pacientes com idade igual ou maior que 60 anos, a fim de classificar o estado nutricional do paciente[14].

Para avaliação da ingestão alimentar foi aplicado um recordatório 24 horas, com impresso estruturado que apresenta o cardápio oferecido ao paciente durante internação.

Em uma entrevista, o paciente respondeu a quantidade da porção ingerida em cada horário de refeição. O gráfico de pizza fracionado em quatro partes iguais foi utilizado para facilitar a informação da quantidade ingerida de cada porção[15,16]. Os pacientes que não ingeriram toda a refeição oferecida foram questionados sobre a razão de não fazê-lo e submetidos à intervenção nutricional. Para isto, os pesquisadores analisaram através do questionário preenchido os fatores que influenciaram a recusa ou diminuição da ingestão alimentar, de forma que adequações dietoterápicas foram realizadas, priorizando preferências e necessidades do paciente. É valido ressaltar que as intervenções nutricionais foram individualizadas e não foram padronizadas, de forma a afirmar a importância do cuidado nutricional na emergência.

No dia subsequente as mudanças dietoterápicas, os pacientes responderam ao recordatório de 24 horas novamente para observação da melhora ou não da ingestão alimentar.

Como a dieta oferecida aos pacientes é padronizada no hospital onde o estudo foi realizado, e é proibida a entrada de alimentos externos, foi possível calcular o valor energético total da dieta consumida pelos pacientes (VETc), de acordo com o tipo de dieta oferecida (geral, branda, pastosa, leve, líquida ou hídrica) para verificar déficits calóricos através da comparação com o valor energético total ideal (VETi), prescrito pelo nutricionista do serviço.

Para análise dos dados foram utilizados os *softwares Action Stat* e o *software* R, sendo que para todos os testes foi adotado nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Foi realizada primeiramente uma análise descritiva dos dados com apresentação de medidas numéricas (valor mínimo e máximo, média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação) para as variáveis quantitativas e frequências percentuais para as variáveis qualitativas, além de representações gráficas para melhor compreensão dos dados.

Para verificar a existência de associação entre os pares de variáveis quantitativas foi realizada a análise de correlação por meio do teste de Pearson. Foi aplicado também um teste de comparações múltiplas para verificar se os resultados de entrada e de saída dos pacientes podem ser considerados diferentes.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 49 pacientes, com média de idade de 66,4±14,6 anos, sendo 51% de mulheres e 49% de homens. Houve predomínio de internação por infecção do trato urinário (14,3%) e pneumonia (14,3%), seguido de acidente vascular cerebral (12,2%).

A tabela 1 apresenta o estado nutricional dos pacientes avaliados de acordo com IMC e as ferramentas de avaliação subjetiva (ASG e MAN).

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Tabela 1. Características de pacientes internados na unidade de Emergência com alimentação via oral exclusiva.

Variáveis		n = 49	%
IMC na Admissão	Baixo peso	08	16,33
	Eutrofia	20	40,82
	Excesso de peso	21	42,85
Avaliação Subjetiva	Desnutrido	07	14,28
	Sob Risco de Desnutrição	33	67,35
	Nutrido	09	18,37

Em relação aos fatores que impossibilitaram a aceitação total da dieta oferecida no hospital, destaca-se a dificuldade de mastigação e a diminuição do apetite dos pacientes (Tabela 2). Por este motivo, percebe-se um aumento da regressão da consistência das dietas após a intervenção nutricional (Figura 1).

Tabela 2. Fatores relacionados a diminuição da ingestão alimentar oral em pacientes internados na unidade de Emergência.

Fatores	n = 49	%
Dificuldade de Mastigação	13	26,53
Apetite	10	20,41
Ambiente Hospitalar	06	12,24
Aversão ou Intolerância	06	12,24
Sabor da Refeição	05	10,20
Dificuldade de Deglutição	04	08,16
Náuseas e/ou Êmese	03	06,12
Dor	02	04,08

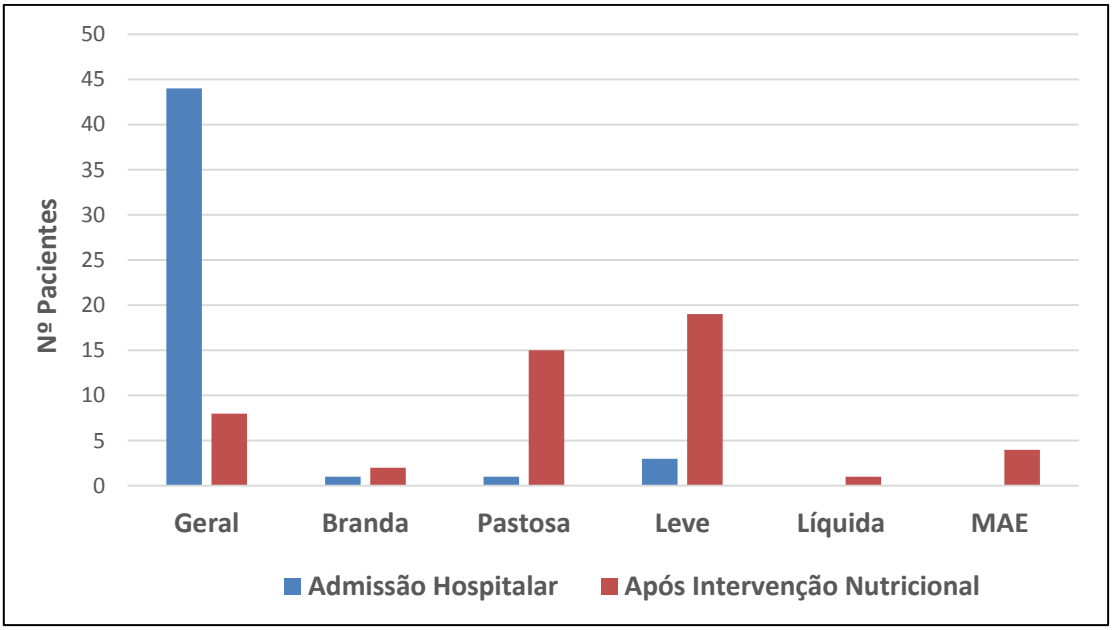

Figura 1. Prescrição dietética de pacientes internados na unidade de Emergência no momento da admissão hospitalar *versus* intervenção nutricional individualizada.
MAE= Mudança de um alimento específico

Após a intervenção nutricional, observou-se um aumento da aceitação da dieta hospitalar (Figura 2), bem como aumento do valor calórico total ingerido, que passou de uma média de 1194,0±397,3 kcal/dia para 1771,7±530,8 kcal/dia.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

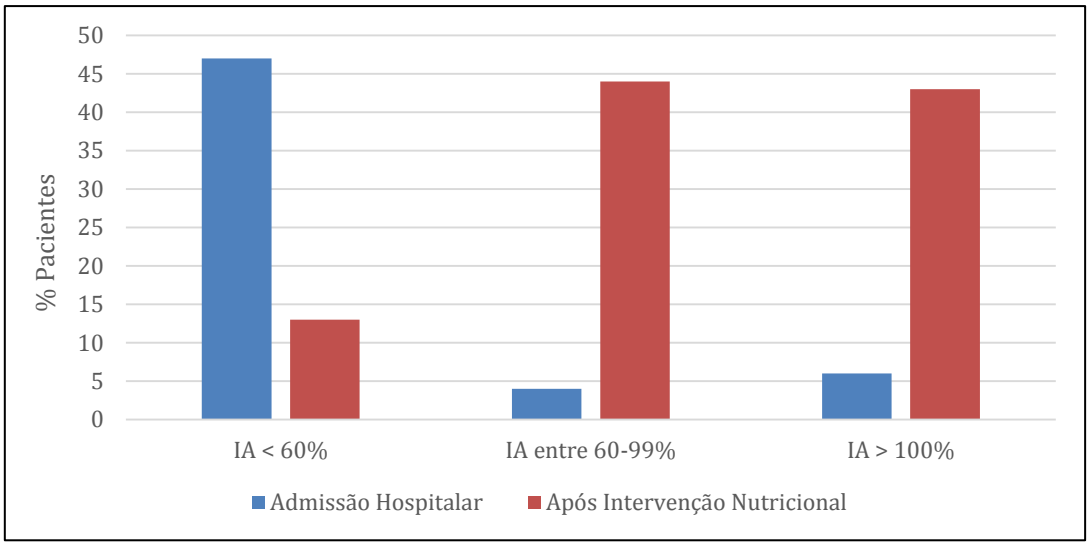

Figura 2. Aceitação da dieta hospitalar de pacientes internados na unidade de Emergência no momento da admissão hospitalar *versus* na intervenção nutricional individualizada.
IA= Ingestão alimentar

Ao cruzar o VETc com o VETi prescrito pelo nutricionista do setor, observou-se um *p-valor* não significativo entre o valor energético ideal e o valor energético atingido após a intervenção nutricional, sugerindo que ambos são semelhantes (Tabela 3).

Tabela 3. Valor energético total ideal (VETi) de pacientes internados na unidade de Emergência versus o consumido na admissão hospitalar (VETc-A) e após intervenção nutricional (VETc-IN).

	p-valor
VETi X VETc-A	< 0,001*
VETi X VETc-IN	0,0521
VETc-A X VETc-IN	< 0,001*

*Diferença estatística

DISCUSSÃO

A desnutrição é recorrente no meio hospitalar, e os fatores a ela associados podem ser identificados no momento da internação, o que permite um monitoramento adequado durante o período de hospitalização. Para tanto, torna-se imprescindível a atuação mais efetiva de acompanhamento nutricional[17].

Em alguns casos, podem ocorrer dificuldades na identificação precoce da desnutrição no primeiro contato com o paciente, especialmente quando o paciente ou o familiar apresentam dificuldades em relatar sua condição nutricional anterior. Diante disso, tornou-se importante identificar precocemente o paciente em risco nutricional admitido no Pronto Socorro, para que se possa, o mais rápido possível, corrigir e prevenir riscos nutricionais através de uma intervenção nutricional rápida e efetiva, visando sua recuperação, menor tempo de permanência hospitalar, diminuindo os custos relacionados à internação[18].

Um estudo denominado IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar), em 2011, observou que 48,1% dos pacientes apresentavam desnutrição hospitalar. Destes, 12,1% com desnutrição grave e 35,5% com desnutrição moderada[5]. Entretanto, um estudo recente revelou que 41,7% dos pacientes internados apresentaram excesso de peso[6], corroborando com os dados obtidos neste estudo, a partir da análise do IMC. Esta mudança se deve em grande parte pela transição nutricional, que compreende a mudança de hábitos alimentares na dieta ocidental, com o aumento de alimentos ricos em calorias vazias e a diminuição de alimentos in natura ou minimamente processados, associado ao sedentarismo. Desta forma, tem ocorrido uma inversão de diagnósticos, onde a desnutrição deixa de estar em evidência, e o sobrepeso e obesidade passa a ganhar maior destaque[19].

Paralelamente, ao verificar o estado nutricional dos pacientes através de avaliações subjetivas, o percentual de pacientes com risco de desnutrição é alarmante. Vale ressaltar que o IMC apresenta como limitação a baixa acurácia na discriminação de massa gorda e massa magra. Por este motivo, avaliações subjetivas que consideram alterações funcionais e na

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

composição corporal, são muito úteis na prática clínica[20].

Em relação a dieta prescrita, observou-se que a dieta geral (padrão) foi a mais prescrita antes da intervenção nutricional, compatível com o resultado de outro estudo[22]. Provavelmente porque a prescrição dietoterápica é realizada de forma imediata pelo médico no momento de admissão hospitalar, sem anamnese prévia do profissional da nutrição, o que pode ter contribuído para diminuição da ingestão alimentar dos pacientes.

Alguns pesquisadores têm buscado compreender os fatores que afetam o consumo alimentar dos pacientes no ambiente hospitalar. Em um estudo realizado, dentre os principais motivos apontados pelos pacientes para a baixa ingestão alimentar foram a falta de apetite e alterações do paladar[21]. Comparar os estudos que abordam os fatores que afetam a ingestão alimentar de pacientes hospitalizados é uma tarefa difícil, pois estes fatores podem ser influenciados pelo perfil sócio demográfico e patologia destes pacientes, além da variabilidade em outros aspectos de cuidados nutricionais e serviço de alimentação. No presente estudo, a maior parte dos pacientes são idosos, por isso a prevalência do fator de dificuldade na mastigação, justificado pela falta de dentição e/ou ausência de prótese dentária na maior parte dessa população.

Nesse contexto, pacientes podem apresentar declínio do estado nutricional durante a internação[22]. Este estudo identificou que a maioria dos pacientes não atingem as recomendações calóricas, o que pode contribuir para a desnutrição ao longo da internação. Contudo, demostrou que após uma intervenção nutricional individualizada, a ingestão alimentar aumentou, bem como o valor calórico consumido no dia. Por este motivo, é necessário a realização de intervenções nutricionais para oferecer uma dieta mais aceitável no quesito consistência, sabor e todos os outros fatores que afetam a aceitação da dieta pelo paciente.

Os resultados obtidos nesse trabalho reforçam a importância da avaliação e do acompanhamento nutricional na prática clínica, assim como o monitoramento da ingestão alimentar entre pacientes internados na Emergência, os quais são indivíduos vulneráveis à desnutrição. Sugere-se novos estudos que avaliem a importância do cuidado nutricional na Emergência, com o objetivo de intervenção nutricional precoce, a fim de evitar uma evolução negativa do estado geral do paciente e conscientizar os profissionais da equipe de saúde.

Conclui-se que há um predomínio de risco de desnutrição em pacientes admitidos na unidade de Emergência e que a baixa aceitação alimentar é eminente. Conclui-se ainda que o cuidado nutricional nestes pacientes é uma estratégia simples e efetiva para contornar esta situação e que pode amenizar a desnutrição hospitalar.

Agradecimentos: À Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE pelo financiamento desta pesquisa.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver qualquer potencial de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

REFERÊNCIAS

1. Bottoni A, Hassan DZ, Nacarato A, Garnes SDA, Bottoni A. Porque se preocupar com a desnutrição hospitalar?: revisão de literatura. J Health Sci Inst, São Paulo. 2014; (32): 314-7.

2. Teixeira VP, de Miranda RC, Baptista DR. Desnutrição na admissão, permanência hospitalar e mortalidade de pacientes internados em um hospital terciário. DEMETRA: Alim, Nutr & Saúd. 2016; 11(1): 239-51. https://doi.org/10.12957/demetra.2016.18457

3. Duarte A, Marques AR; Sallet LHB, Colpo E. Risco nutricional em pacientes hospitalizados durante o período de internação. Nutr Clín Diet Hosp. 2016; 36(3): 146-52.

4. Barker L, Gout B, Crowe T. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. Intern J Environm Res and Public Health. 2011; 8(2): 514-27. https://doi.org/10.3390/ijerph8020514

5. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital Malnutrition: The Brasilian National survey (IBRANUTRI): A study of 4000 Patients. Rev Bras Nutr Clín. 2001; 17: 573-80. https://doi.org/10.1016/S0899-9007(01)00573-1

6. Ribas AS, Barbosa BCM. Adequação da dieta hospitalar: associação com estado

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

nutricional e diagnóstico clínico. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto (HUPE). 2017; 16(1). https://doi.org/10.12957/rhupe.2017.33293

7. Menezes RODS, Nascimento LDJD, Câmera PPC, Sousa UH. Estudo da adequação de refeições servidas a pacientes em hospital de referência na cidade de Salvador, BA. Hig. Alimente. 2018; 32(276/277): 37-42.

8. Conselho Federal de Nutricionistas. CFN. Posicionamento do conselho federal de nutricionista: prescrição dietoterápica. Brasília, 2016. Disponível em:http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/07/CFN-posicionamento-dietas-prescricao-versao-completa.pdf

9. Pedroso CGT, Sousa AAD, Salles RKD. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. Ciên & Saúd Colet. 2011; 16(1): 1155-62. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700047

10. De Seta MH, O'Dwyer G., Henriques P, Sales GLPD. Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços. Ciên & Saúd Colet. 2010; 15(1): 3413-22. https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900016

11. Ministério da Saúde (Brasil). Vigilância alimentar e nutricional. Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, analise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

12. World Health Organization. Press release 46. Obesity epidemic puts millions at risk from related diseases. 1997 [Acesso em 16 ago 2021]; 33(10):706. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9397148/

13. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for nanombulatory eladely from anthropometry. J.Am.Diet. Assoc. 1988; 88(5): 564-68. https://doi.org/10.1016/S0002-8223(21)02009-5

14. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy, KN. What is subjective global assessment of nutritional status? J Parenter. Enteral Nutr. 1987; 11(1): 8-13. https://doi.org/10.1177/014860718701100108

15. Fonseca PC. Estado nutricional e adequação da ingestão alimentar em pacientes submetidos a laparotomia [dissertação] Belo Horizonte:Faculdade de Farmácia da UFMG; 2006.

16. Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalized patients: a prospective comprehensive hospital survey. Clin Nutr. 2003; 22(1): 115-23. https://doi.org/10.1054/clnu.2002.0623

17. Fragas RFM, Oliveira MC. Risk factors associated with malnutrition in hospitalized patients. Rev. Nutr. 2016; 29 (3): 329-336. https://doi.org/10.1590/1678-98652016000300003

18. Fagiani MD, Genaro SC. Avaliação do estado nutricional de pacientes admitidos no serviço de acolhimento e classificação de risco no hospital regional de Presidente Prudente–SP. Colloquium Vitae. 2017; 9: 136 -143. https://doi.org/10.5747/cv.2017.v09.nesp.000310

19. Beguetto MG, Manna B, Candal A, Mello ED, Polanzyk CA. Triagem nutricional em adultos hospitalizados. Rev. Nutr. 2008; 21(5):589-601. https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000500011

20. Cervi A, Franceschini SD, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. Revista de Nutrição. 2005 Dec;18(6):765-75. https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000600007

21. Braga PG. Perfil lipídico de dietas hospitalares orais servidas a pacientes oncológicos: estimativa de ingestão e composição da dieta. [dissertação] Ouro Preto:Universidade Federal de Ouro Preto;2016.

22. Ferreira D, Guimarães TG, Marcadenti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. Einstein. 2013; 11(1): 41-6. https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000100008

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).