

Menu Hospitalar como Estratégia de Melhoria da Aceitação da Dieta entre Pacientes Onco-hematológicos

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n4.4765>

Hospital Menu as a Strategy to Improve Diet Acceptance among Onco-hematological Patients

El Menú Hospitalario como Estrategia para Mejorar la Aceptación de la Alimentación en Pacientes Oncohematológicos

Bruna Steffler¹; Eduarda Pompeu do Nascimento²; Giovana Cristina Ceni³; Katiane Schmitt Dalmonte⁴

RESUMO

Introdução: A desnutrição do paciente oncológico ainda é um problema, especialmente na internação hospitalar onde aceitação alimentar parece ser prejudicada. **Objetivo:** Analisar o impacto de um menu hospitalar na aceitação da dieta entre pacientes onco-hematológicos. **Método:** Estudo observacional, de caráter quantitativo, desenvolvido em um hospital universitário no Sul do Brasil. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de questionários. Foram incluídos os pacientes com aceitação da dieta inferior a 75%. Estes receberam um menu que lhes permitiu escolher as preparações que gostariam de receber. **Resultados:** Participaram da pesquisa 22 pacientes. Não foi identificada a classificação de magreza nos adultos, nem depleção muscular. Dos 12 adultos, um apresentou perda de peso significativa e cinco perda grave. Dos dez idosos, três apresentavam baixo peso segundo o índice de massa corporal (IMC), três apresentaram depleção muscular pela circunferência da panturrilha, três apresentaram depleção moderada e um, depleção discreta, considerando a circunferência do braço. Dois idosos apresentaram perda de peso significativa e cinco tiveram perda grave. Houve diferença significativa ($p = 0,016$) entre a ingestão alimentar pré e pós a aplicação do menu. Notou-se um aumento da aceitação da dieta, em todas as refeições ofertadas, exceto na ceia. A aceitação após o uso do menu teve correlação significativa com o aumento de apetite ($p = 0,022$), a melhora do humor ($p = < 0,001$) e a melhora da ingesta alimentar ($p = 0,027$). **Conclusão:** O menu parece aumentar a aceitação alimentar de pacientes hospitalizados e influenciar em questões emocionais.

Palavras-chave: Neoplasias/dietoterapia; Hospitalização; Estado Nutricional; Nutrição, Dieta e Alimentação.

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition in cancer patients is still a problem, especially during hospitalization where food acceptance seems to be impaired. **Objective:** To analyze the impact of a hospital menu on diet acceptance among onco-hematological patients. **Method:** Experimental, quantitative study, developed in a university hospital in Southern Brazil. Data collection took place through the application of questionnaires. Patients with less than 75% acceptance of the diet were included. They received a menu, which allowed them to choose the preparations they would like to receive. **Results:** 22 patients participated in the research. Neither the classification of thinness in adults nor muscle depletion was identified. Of the 12 adults, one had significant weight loss and five had severe weight loss. Of the ten older individuals, three were underweight according to body mass index (BMI), three had muscle depletion based on calf circumference, three had moderate depletion and one had mild depletion, considering arm circumference. Two older individuals had significant weight loss and five had severe weight loss. There was a significant difference ($p = 0.016$) between food intake before and after applying the menu. An increase in acceptance of the diet was noted in all meals offered, except supper. Acceptance after using the menu had a significant correlation with increased appetite ($p = 0.022$), improved mood ($p = < 0.001$) and improved food intake ($p = 0.027$). **Conclusion:** The menu appears to increase food acceptance in hospitalized patients and influence emotional issues. **Key words:** Neoplasms/diet therapy; Hospitalization; Nutritional Status; Nutrition, Diet and Food.

RESUMEN

Introducción: La desnutrición en pacientes con cáncer sigue siendo un problema, especialmente durante la hospitalización donde la aceptación de los alimentos parece verse afectada. **Objetivo:** Analizar el impacto de un menú hospitalario en la aceptación de la dieta entre pacientes de oncohematología. **Método:** Estudio experimental, cuantitativo, desarrollado en un hospital universitario del sur del Brasil. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de cuestionarios. Se incluyeron pacientes con menos del 75% de aceptación de la dieta. Recibieron un menú, que les permitió elegir las preparaciones que les gustaría recibir. **Resultados:** Participaron de la investigación 22 pacientes. No se identificó la clasificación de delgadez en adultos ni el agotamiento muscular. De los doce adultos, uno tuvo una pérdida de peso significativa y cinco tuvieron una pérdida de peso severa. De los diez ancianos, tres tenían bajo peso según el índice de masa corporal (IMC), tres tenían agotamiento muscular según la circunferencia de la pantorrilla, tres tenían agotamiento moderado y uno tenía agotamiento leve, considerando la circunferencia del brazo. Dos personas mayores tuvieron una pérdida de peso significativa y cinco tuvieron una pérdida de peso severa. Hubo diferencia significativa ($p = 0,016$) entre la ingesta de alimentos antes y después de aplicar el menú. Se observó un aumento en la aceptación de la dieta en todas las comidas ofrecidas, excepto en la colación nocturna. La aceptación después de usar el menú tuvo una correlación significativa con un aumento del apetito ($p = 0,022$), una mejora del estado de ánimo ($p = < 0,001$) y una mejor ingesta de alimentos ($p = 0,027$). **Conclusión:** El menú parece aumentar la aceptación de los alimentos en pacientes hospitalizados e influir en cuestiones emocionales. **Palabras clave:** Neoplasias/dietoterapia; Hospitalización; Estado Nutricional; Nutrición, Dieta y Alimentación.

^{1,2}Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Ciências da Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde Santa Maria. Santa Maria (RS), Brasil. E-mails: brunasteffler50@gmail.com; psic.eduarda@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6015-981X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-6770-7708>

³UFSM, Departamento de Alimentos e Nutrição. Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: giovana.ceni@ufsm.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2787-7593>

⁴Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebsersh). Santa Maria (RS), Brasil. katianedalmonte@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-6594-3446>

Endereço para correspondência: Bruna Steffler. Rua Cristóvão Leopoldo Meinertz, 380, apto. 203, bloco 1 – Sulina. Santa Rosa (RS), Brasil. E-mail: brunasteffler50@gmail.com



INTRODUÇÃO

A alimentação do paciente hospitalizado é um aspecto importante do cuidado e pode influenciar nos desfechos clínicos durante a internação. Porém, na maioria das realidades, o que se percebe é uma baixa aceitação da dieta ofertada, seja em decorrência da própria patologia, dos sintomas clínicos, da hospitalização, dos aspectos psicossociais, da característica e qualidade das refeições e das preferências alimentares de cada indivíduo^{1,2}. Como consequência, notam-se comprometimento do estado nutricional, aumento das complicações e maior tempo de internação^{3,4}.

Em pacientes oncológicos, especialmente aqueles que necessitam de longos períodos de internação, esse comprometimento nutricional parece ser ainda mais grave e preocupante. Considera-se que esses pacientes podem se encontrar em risco nutricional e geralmente apresentam aversão alimentar por conta das próprias características da doença e do tratamento⁵. Logo, a desnutrição pode ser consequência de alguns efeitos adversos (disgeusia, náuseas, vômitos, anorexia, mucosite e disfagia) e, ao mesmo tempo, intensificar a toxicidade das terapias farmacológicas⁶.

Para minimizar complicações nesse cenário, é importante valorizar práticas que aproximem os pacientes de uma alimentação mais humanizada, considerando seus aspectos subjetivos⁷. Em alguns hospitais, por exemplo, vem sendo implementado o cardápio de opções, que confere mais autonomia e protagonismo ao paciente sobre sua saúde⁸.

Outras iniciativas descritas na literatura fazem referência ao fato de o paciente escolher as refeições durante o período de internação, ou ainda, o hospital possuir um serviço de quarto de nutrição focado no paciente^{9,10}. Além das características sensoriais das dietas hospitalares (cor, sabor, textura, aparência e cheiro), respeitar as preferências e os hábitos alimentares dos pacientes também parece influenciar na aceitação alimentar^{11,12}.

Considerando a importância dessa temática e a escassez de experiências em hospitais ou unidades oncológicas, esta pesquisa tem como objetivo analisar o impacto de um menu hospitalar na aceitação da dieta entre pacientes onco-hematológicos.

MÉTODO

Estudo observacional, de caráter quantitativo, desenvolvido com pacientes com malignidades hematológicas, internados em um Hospital Universitário no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

A amostra foi definida a partir das internações ocorridas de janeiro a julho de 2023, considerando os nove leitos

que atendem adultos com doenças onco-hematológicas no hospital em estudo. A escolha desse público se deu pelo maior tempo de internação, percebido em experiências prévias dos pesquisadores. Não fizeram parte da amostra pacientes oncológicos com tumores sólidos, por causa da maior rotatividade desses pacientes na unidade de internação. Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, em tratamento com quimioterapia, que concordaram em participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que possuíam via de alimentação oral exclusiva.

Não foram contemplados na pesquisa pacientes com aceitação maior do que 75%, por apresentarem boa ingesta alimentar, segundo a Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica¹³. Esses pacientes foram acompanhados conforme as rotinas hospitalares do serviço, sem qualquer prejuízo.

Foram excluídos os pacientes impossibilitados de comunicar-se oralmente, em virtude do uso de medicações sedativas, traqueostomia, tubo orotraqueal e/ou ventilação mecânica não invasiva, massa tumoral expansiva ou aumento linfonodal, portadores de déficit cognitivo ou impossibilidade de compreensão acerca da pesquisa, assim como aqueles em fase final de vida, conforme os aspectos clínicos e registros em prontuário. Os pacientes que apresentaram piora do estado geral durante a aplicação da pesquisa também foram excluídos.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de questionários. Para avaliar a aceitação da dieta hospitalar, foi aplicado o questionário proposto por Toledo et al.¹⁴, que avalia, por meio de representação gráfica em forma de pratos, o percentual de aceitação (0%, 25%, 50%, 75% e 100%) das diferentes refeições ofertadas ao longo do dia. Nesse questionário, foi incluída a avaliação geral das características sensoriais da dieta (sabor, temperatura, aparência e aroma), atribuindo notas de 1 a 5, com nota mínima para não gostei e nota máxima para gostei muito.

Para aqueles pacientes com aceitação da dieta inferior a 75%, foram aplicados um questionário próprio, contemplando dados sociodemográficos, antropométricos, queixas, sintomas e percepções do paciente sobre a alimentação, e um questionário de Vignola e Tussi¹⁵ sobre depressão, estresse e ansiedade. Dados como diagnósticos, protocolos de quimioterapia e medicamentos em uso foram coletados a partir do prontuário eletrônico da instituição.

O menu foi elaborado pelos autores considerando os fluxos do serviço já existentes e possíveis adaptações na dieta padrão, em conformidade com as possibilidades e rotinas do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do hospital em estudo. Após a aplicação dos questionários,

os pacientes (com aceitação da dieta <75%) receberam o menu físico, no formato de livreto, com fotos das preparações, nas diferentes refeições (desjejum, colação, almoço, lanche da tarde, janta e ceia) e fizeram suas escolhas, conforme preferências e desejos alimentares. Apesar de não receberem a colação na dieta padrão, foi permitida a incorporação dessa refeição, a critério de cada participante.

Após receber por três dias o cardápio escolhido, foi aplicado novamente um questionário para reavaliar a aceitação da dieta. Esse questionário seguiu a proposta de Toledo et al.¹³, a avaliação das características sensoriais citadas anteriormente e as percepções do paciente quanto à ingesta alimentar. A coleta aconteceu em dois momentos pontuais (avaliação e reavaliação), sem novas intervenções e/ou acompanhamento. Após a coleta dos dados, os pacientes continuaram sendo atendidos pelos profissionais do serviço.

Na avaliação antropométrica, a amostra foi dividida, separando adultos e idosos. O índice de massa corporal (IMC) seguiu os parâmetros da Organização Mundial da Saúde¹⁶ e de Lipschitz¹⁷, respectivamente. Com base nos autores Blackburn e Bistran¹⁸, classificou-se o percentual de perda de peso (%PP). Pagotto et al.¹⁹ foram consultados para a circunferência da panturrilha (CP) e Blackburn e Thornton²⁰ para a adequação da circunferência do braço (%CB). Os percentis para adultos e idosos seguiram os parâmetros de Frisncho²¹ e Nhanes III²², respectivamente. O %PP foi avaliado considerando dados prévios a internação. Foram utilizados o peso atual obtido na internação e o peso usual referido pelo paciente, considerando o último peso lembrado antes da perda de peso.

As variáveis categóricas foram analisadas de forma descritiva por meio de frequência simples e porcentagens, e as numéricas por meio de média e desvio-padrão. A distribuição dos dados foi analisada pelo teste de Shapiro-Wilk²³. O teste t^{23} pareado foi utilizado para fazer a comparação da aceitação geral antes e após a intervenção. Conforme a normalidade dos dados, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman²³ para verificar a correlação entre aceitação geral pós e depressão, ansiedade e estresse. A classificação quanto à força da correlação seguiu os critérios de Cohen²⁴: $r < 0,29$ como pequena correlação; $0,30 \leq r \leq 0,49$ como moderada correlação; e $r > 0,50$ como grande correlação. Para comparar a aceitação geral pré e pós com as demais variáveis, foram utilizados os testes t independente e ANOVA de uma via com *post hoc* de Tukey²³. Adotou-se $p < 0,05$ em todos os testes. Todas as análises estatísticas foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)²⁵ 26.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o número de parecer 5746168 (CAAE: 64468622.6.0000.5346) e seguiu a Resolução 466²⁶ de 12 de setembro de 2012 que regulamenta a pesquisa em seres humanos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 27 pacientes. Cinco deles foram excluídos, pois não foi possível finalizar a coleta dos dados em virtude da alta hospitalar precoce ou da piora do estado geral. A amostra final foi composta por 22 pacientes, com idade média de $53,7 \pm 18,8$ anos. Conforme a Tabela 1, metade da amostra foi representada por homens, e a outra metade por mulheres. A maioria dos participantes era de casados e pertencia à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul, onde se localiza o hospital em estudo. A maior parte da amostra residia na zona urbana.

O tempo de internação médio da amostra foi de $18,9 \pm 12$ dias, e cinco deles evoluíram a óbito após a aplicação da pesquisa. O principal diagnóstico encontrado foi a leucemia (36,3%). Entre os participantes, 36,4% fizeram quimioterapia durante a aplicação da pesquisa. Os principais medicamentos utilizados foram: antibióticos, protetor gástrico e antiemético (Tabela 1).

Na Tabela 2, é possível observar as percepções dos participantes sobre o seu estado geral. As principais queixas foram: saciedade precoce, náuseas, inapetência, disgeusia, cansaço, sem motivação para as refeições, preocupação e ansiedade. Nesse mesmo cenário, oito pacientes consideraram que não estavam dispostos a comer mais.

Quanto às características antropométricas, o peso médio da amostra foi de $69,5 \pm 13,7$ kg e o IMC de $25,8 \pm 5,3$ kg/m². Observa-se, na Tabela 3, que, entre os pacientes adultos, cinco estavam em eutrofia. Entre os idosos, 50% encontravam-se em eutrofia.

Ao classificar a CP, percebem-se normalidade em 100% dos adultos e depleção muscular em 30% dos idosos. Houve perda de peso significativa em apenas um adulto e em dois idosos, e perda grave em cinco participantes de ambas as faixas etárias. Considerando a adequação da %CB, não houve depleção nos adultos, enquanto, nos idosos, 30% apresentaram depleção moderada.

Houve diferença significativa ($p = 0,016$) entre a ingestão alimentar pré ($2,8 \pm 0,6$) que foi de 56% e pós a aplicação do menu ($3,3 \pm 0,8$), de 66%. Na Tabela 4, percebe-se um aumento da aceitação da dieta em todas as refeições ofertadas, exceto na ceia.

Não houve diferença significativa na correlação da ingestão pré e pós com os resultados do questionário sobre depressão, ansiedade e estresse.



Tabela 1. Perfil sociodemográfico e aspectos clínicos de pacientes onco-hematológicos internados em um Hospital Universitário no Rio Grande do Sul

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	11	50
Masculino	11	50
Estado civil		
Casado	14	63,6
Solteiro	8	36,4
Município de origem		
4 ^o CRS	15	68,2
Outras	7	31,8
Zona		
Urbana	17	77,3
Rural	5	22,7
Escolaridade		
Ensino fundamental completo/incompleto	14	63,6
Ensino médio completo/incompleto	6	27,3
Ensino superior completo/incompleto e pós	2	9,1
Diagnóstico		
Leucemia	8	36,3
Linfoma	6	27,3
Pancitopenia	3	13,6
Outros	5	22,7
Quimioterapia		
Sim	8	36,4
Não	14	63,6
Medicamentos*		
Opioide	3	13,6
Corticoide	5	22,7
Piscofármaco	6	27,3
Antiemético	9	40,9
Protetor gástrico	10	45,5
Antibiótico	14	63,6
Óbito		
Sim	5	22,7
Não	17	77,3

(*) Com prescrição fixa.

A Tabela 5 demonstra que a aceitação da dieta pré foi influenciada de forma significativa por inapetência, motivação para realizar as refeições, o uso de antiemético e quimioterapia. Na aceitação após o uso do menu, foram observados efeito significativo de aumento de apetite, melhora de humor e melhora da ingestão alimentar.

Tabela 2. Sintomas e queixas de pacientes onco-hematológicos na internação

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Inapetência	13	59,1	9	40,9
Disgeusia	13	59,1	9	40,9
Náuseas	14	63,6	8	36,4
Odinofagia/disfagia	3	13,6	19	86,4
Saciedade precoce	16	72,7	6	27,3
Constipação	4	18,2	18	81,8
Diarreia	3	13,6	19	86,4
Mucosite	7	31,8	15	68,2
Dor	5	22,7	17	77,3
Sem motivação para realizar as refeições	10	45,5	12	54,5
Preocupação	10	45,5	12	54,5
Depressão	5	22,7	17	77,3
Frustração	3	13,6	19	86,4
Ansiedade	9	40,9	13	59,1
Cansaço	13	59,1	9	40,9
Sem disposição para comer mais	14	63,3	8	36,4

Tabela 3. Dados antropométricos de pacientes adultos e idosos de uma unidade de internação oncológica

	Adultos (n = 12)		Idosos (n = 10)	
	n	%	n	%
IMC Adulto¹⁶ e idosos¹⁷				
Magreza (adulto) ou baixo peso (idosos)	0	0	3	30
Eutrofia	5	41,6	5	50
Sobrepeso (adulto) ou excesso de peso (idosos)	4	33,3	2	20
Obesidade	3	25	-	-
Classificação da circunferência da panturrilha¹⁹				
Depleção muscular	0	0	3	30
Normal	12	100	7	70
Classificação de perda de peso¹⁸				
Sem perda	6	50	2	20
Perda não significativa	0	0	1	10
Perda significativa	1	8,3	2	20
Perda grave	5	41,6	5	50
Adequação da circunferência do braço²⁰				
Depleção grave	0	0	0	0
Depleção moderada	0	0	3	30
Depleção discreta	0	0	1	10
Eutrofia	9	75	5	50
Sobrepeso	2	16,6	1	10
Obesidade	1	8,3	0	0

Tabela 4. Aceitação da dieta antes e depois da intervenção com o menu ($p < 0,05$)

	Pré		Pós	
	n	%	n	%
Desjejum				
0%	2	9,1	0	0
25%	2	9,1	1	4,5
50%	3	13,6	3	13,6
75%	3	13,6	2	9,1
100%	12	54,5	16	72,7
Colação*				
0%			17	77,3
25%			0	0
50%			2	9,1
75%			0	0
100%			3	13,6
Almoço				
0%	2	9,1	0	0
25%	7	31,8	7	31,8
50%	9	40,9	5	22,7
75%	4	18,2	5	22,7
100%	0	0	5	22,7
Lanche da tarde				
0%	4	18,2	0	0
25%	3	13,6	2	9,1
50%	2	9,1	3	13,6
75%	4	18,2	2	9,1
100%	9	40,9	15	68,2
Jantar				
0%	6	27,3	1	4,5
25%	8	36,4	6	27,3
50%	7	31,8	4	18,2
75%	1	4,5	5	22,7
100%	0	0	6	27,3
Ceia				
0%	5	22,7	2	9,1
25%	2	9,1	4	18,2
50%	3	13,6	2	9,1
75%	1	4,5	6	27,3
100%	11	50	8	36,4
Aceitação geral (média de 1 a 5)	2,8±0,6		3,3±0,8	

(*) Refeição não ofertada na dieta padrão (pré-intervenção).

A maioria dos pacientes (72,7%) considerou que o menu reflete os alimentos habitualmente consumidos fora do hospital. E 90,9% gostariam de usá-lo em internações futuras.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa colaboram para novos achados no cenário da alimentação durante a internação hospitalar de pacientes onco-hematológicos. Nota-se um período de internação estendido ($18,9 \pm 12$ dias) nesse público. Fernandez et al.²⁷, ao avaliarem um perfil semelhante de pacientes, evidenciam uma tendência de aumento do tempo de internação associado à diminuição da ingestão alimentar.

Além disso, outros fatores podem impactar na alimentação do paciente onco-hematológico. A própria quimioterapia, que foi prescrita para oito pacientes durante a aplicação da pesquisa, a partir dos efeitos adversos, parece contribuir para a redução da ingesta. No estudo de Andrade et al.²⁸, também realizado em um hospital universitário, houve redução das preferências alimentares após o início do tratamento quimioterápico, para todos os alimentos ofertados. O uso de protetor gástrico e antiemético reforça os efeitos colaterais do tratamento como possíveis contribuintes para essa redução.

No estudo, foi observada a presença de queixas e sintomas. Silva et al.²⁹, ao avaliarem os motivos da não aceitação das refeições, encontraram hiporexia e náuseas/vômitos como os principais dificultadores. Outro estudo realizado na Holanda, com pacientes oncológicos em quimioterapia, identificou sintomas associados à redução da ingestão alimentar, como: comer menos, problemas para comer, alterações de paladar, vômitos, dor na boca, sentir-se saciado rapidamente e sentir-se enjoado³⁰.

Nesse contexto, também merecem atenção os aspectos emocionais e psicológicos que envolvem o ato de comer. A baixa motivação para realizar as refeições foi referida por 45,5% (n = 10) dos participantes. Também foi possível perceber que nem todos estavam dispostos a comer mais. Sentir-se abalado diante da doença e do tratamento, insatisfeito com as mudanças na alimentação, e ter que enfrentar os efeitos adversos, bem como mudanças sensoriais, são percepções de pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial descritas por Rodrigues et al.³¹. Logo, o mau estado psicológico pode levar à redução da ingestão alimentar e comprometer o estado nutricional do paciente oncológico³².

O IMC médio da amostra foi de $25,8 \pm 5,3$ kg/m². Resultado semelhante foi descrito por Rodrigues et al.³³, que avaliaram 127 pacientes hematológicos internados e evidenciaram um IMC médio de $26,2 \pm 5,5$ kg/m². Não foram identificadas magreza pelo IMC, nem depleção muscular a partir da %CB nos adultos. Porém, 30% (n = 3) dos idosos foram classificados com baixo peso segundo o IMC, 10% (n = 1) apresentaram depleção discreta e 30% (n = 3) depleção moderada considerando



Tabela 5. Relação entre a aceitação da dieta antes e após o uso do menu, com aspectos clínicos, sintomas, medicamentos e percepções dos pacientes

Variável	Aceitação geral pré			Aceitação geral pós		
	Média	Desvio-padrão	p	Média	Desvio-padrão	p
Sem apetite e sem vontade de comer[¥]						
Sim	2,5	0,6	0,022*	3,2	1,0	0,285
Não	3,2	0,6		3,5	0,5	
Sem motivação para realizar as refeições[¥]						
Sim	2,5	0,6	0,049*	3,3	0,8	0,807
Não	3,0	0,6		3,4	0,8	
Antieméticos^{¥¥}						
Sim, fixo ^{¥¥¥}	3,1	0,5	0,046*	3,1	0,8	0,472
Sim, se necessário ^{¥¥¥}	2,3	0,7		3,6	1,0	
Não	2,8	0,5		3,4	0,7	
Quimioterapia[¥]						
Sim	3,2	0,6	0,020*	3,1	0,7	0,394
Não	2,5	0,6		3,5	0,9	
Aumento do apetite^{¥¥}						
Sim ^{¥¥¥}	2,8	0,7	0,757	3,8	0,6	0,022*
Não ^{¥¥¥}	2,9	0,7		2,8	0,6	
Talvez	2,6	0,7		3,2	0,9	
Melhora do humor^{¥¥&}						
Nenhuma melhora	0	0	0,322	2,8	0	< 0,001*
Pouca melhora	2,5	0,7		3,2	0,6	
Indiferente	2,6	0,4		2,5	0,5	
Melhora significativa	3,0	0,7		4,1	0,4	
Melhora da aceitação^{¥¥}						
Nenhuma melhora	2,7	0,9	0,606	2,3	0,5	0,027*
Pouca melhora	2,6	0,3		3,3	0,9	
Melhora significativa	2,9	0,8		3,6	0,5	

(¥) teste t independente; (¥¥) ANOVA de uma via; (¥¥¥) comparação entre as categorias com o *post hoc* de Tukey; (&) *post hoc* não realizado, pois uma categoria tinha menos de dois casos; (*) p < 0,05.

a %CB. Dell'Osbel e Zanotti³⁴, em seu estudo com pacientes onco-hematológicos ambulatoriais, também não identificaram comprometimento nutricional pelo uso do IMC em adultos, somente em idosos.

No estudo de Rodrigues et al.³³, citado anteriormente, 8,7% (n = 11) dos participantes apresentaram desnutrição segundo IMC e 33,9% (n = 43) desnutrição a partir da %CB. Os autores também encontraram correlação significativa entre o IMC e a idade, assim como entre o IMC e a CB, mas ressaltam que maiores prevalências de desnutrição são encontradas quando se utiliza a CB, em comparação com o IMC. Essa teoria também foi percebida no estudo de Soares et al.³⁵.

Ao avaliar o %PP (de 0 a 12 meses), 8,3% (n = 1) dos pacientes adultos apresentaram perda de peso significativa

e 41,6% (n = 6) perda de peso grave. Nos idosos, a perda de peso foi de 20% (n = 2) e 50% (n = 5), respectivamente. Ferigollo, Bazzan, Ceni e Teixeira³⁶, em seu estudo no mesmo hospital universitário, com 31 adultos e 29 idosos, identificaram 9,7% de perda de peso significativa e 35,5% de perda de peso grave nos adultos, sendo 6,9% e 37,9% nos idosos, respectivamente. Esses achados corroboram os de Dell'Osbel e Zanotti³⁴, ao identificarem que, apesar de a maioria da amostra ter sido classificada com bem nutrida, a perda de peso se fez presente em 75% dos adultos e em 70% dos idosos avaliados.

A CP parece ser um indicador que colabora para o diagnóstico de desnutrição, junto com outros marcadores. Neste estudo, os pacientes com depleção muscular, utilizando essa medida antropométrica, também

apresentaram baixo peso segundo o IMC, perda de peso grave e algum grau de depleção medido pela %CB.

Considerando as dificuldades envolvidas para uma ingestão alimentar satisfatória – tempo de internação, tratamento e sintomas, uso de medicamentos e aspectos psicológicos – e o reflexo disso no estado nutricional do paciente oncológico, intervenções devem ser ponderadas pela equipe no manejo do cuidado da pessoa com câncer. Especialmente quando o contexto envolve internação hospitalar que, por si só, é um agravante da desnutrição e das desordens psicossociais, sendo vista como um período de fragilidade humana^{37,38}.

Não foram encontradas intervenções semelhantes a desta pesquisa na literatura. Existem estudos envolvendo gastronomia hospitalar, com foco na aceitabilidade da dieta hospitalar e fatores sensoriais como sabor, cheiro, textura, temperatura e aparência. Logo, é outro aspecto que influencia na aceitação alimentar e merece ser considerado pelos serviços de nutrição³⁹⁻⁴¹.

A partir dos resultados encontrados, é possível perceber melhora na aceitação da dieta hospitalar ($p = 0,016$) após a escolha dos alimentos pelos pacientes mediante o menu. Esse resultado vai ao encontro de Demário, Sousa e Salles⁴², ao considerar que as adaptações individualizadas aumentam a satisfação do paciente e potencializam a aceitação da dieta. Atender a expectativas e desejos, permitindo uma melhor experiência alimentar, parece influenciar na alimentação durante o período de internação⁴³.

Também, nota-se que mais participantes tiveram aceitação de 100% das refeições ofertadas. Acredita-se que resultados como estes são alcançados com um cuidado humanizado. Logo, é responsabilidade dos profissionais envolvidos na alimentação hospitalar pensar em iniciativas envolvendo a Política Nacional de Humanização (PNH) como transformação do cuidado⁴⁴.

A PNH considera a importância de iniciativas e estratégias que respeitam os direitos dos pacientes, sua autonomia, subjetividade e cultura⁴⁴. Sousa et al.⁴⁵, em seu estudo com profissionais nutricionistas, discorrem sobre a possibilidade de escolha das preparações como parte do cuidado humanizado, por meio da individualização da atenção. Também foram relatados outros aspectos como: atender a pedidos especiais, trocar o horário da refeição, ofertar um alimento de acordo com a preferência, e trocar a refeição do jantar por um lanche, por exemplo.

Esses aspectos são reforçados pela revisão de escopo de Wilandh et al.², ao considerar a influência do atendimento individualizado e flexível na qualidade do serviço e satisfação dos pacientes. Ter liberdade de escolha (o que comer, quando comer e o quanto comer), participar do cuidado, fortalecer o contato humano, receber orientações

e abordagens motivacionais, e ter consciência nutricional parecem colaborar para uma melhor ingestão alimentar.

Considerando o cenário complexo em que se encontra o paciente oncológico, o cuidado em nutrição envolve a oferta de uma alimentação de qualidade e da terapia nutricional, sobretudo da parceria dos profissionais da produção de alimentos e da nutrição clínica, almejando a integralidade do serviço⁴⁶. Essa articulação ainda é uma lacuna na maioria das realidades, porém se beneficia de constantes melhorias, ao considerar que um serviço de quarto por exemplo, centrado no paciente, pode aumentar a ingestão alimentar e reduzir custos hospitalares¹⁰.

Ao correlacionar o menu com outras variáveis da pesquisa, é possível reforçar alguns aspectos importantes que envolvem o cenário da internação onco-hematológica. A baixa aceitação da dieta padrão – antes da intervenção – foi associada à queixa de inapetência ($p = 0,022$), à falta de motivação para realizar as refeições ($p = 0,049$), ao uso de antiemético ($p = 0,046$) e à infusão de quimioterapia ($p = 0,020$). Logo, fatores clínicos e emocionais parecem interferir na ingestão alimentar.

A aceitação da dieta após o uso do menu associou-se com o aumento do apetite ($p = 0,022$), à melhora do humor ($p < 0,001$) e à melhora da ingestão alimentar percebida pelo próprio paciente ($p = 0,027$). Condições clínicas, sintomas, uso de medicações e aspectos emocionais parecem interferir na aceitação da dieta⁴⁶. Esses achados reforçam discussões anteriores que consideram a alimentação para além da oferta de nutrientes e necessidades biológicas.

Salienta-se que o tamanho da amostra pode ser um fator limitante da pesquisa. O uso de corticoide por alguns participantes pode ter interferido no apetite e merece ser visto com mais atenção em pesquisas futuras pela associação com o aumento da ingestão.

CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa sustentam a importância de um olhar ampliado para o paciente com câncer, considerando toda a complexidade da doença. O ato de comer parece ser influenciado por aspectos multifatoriais, incluindo sintomas clínicos, uso de medicações e estado emocional. Logo, são evidentes os benefícios da atuação multiprofissional nesse público.

O poder de escolha por meio do menu, respeitando desejos e preferências alimentares, parece aumentar a aceitação alimentar de pacientes hospitalizados. Notam-se também desfechos secundários positivos envolvendo o uso do menu e aspectos emocionais percebidos pelos pacientes.

A partir disso, sugere-se a realização de novas pesquisas envolvendo a humanização no contexto da nutrição hospitalar e de estudos que avaliem a eficácia do menu nas



diferentes fases da vida, incluindo crianças e adolescentes. Ressalta-se a importância de avaliar as características sensoriais por refeição, em razão das mudanças subjetivas que o paciente oncológico enfrenta ao longo de um único dia, e das suas diferentes percepções de acordo com o tipo de alimento.

CONTRIBUIÇÕES

Bruna Steffler contribuiu na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados. Eduarda Pompeu do Nascimento e Katiane Schmitt Dalmonete contribuíram na concepção e no planejamento do estudo. Giovana Cristina Ceni contribuiu na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Silva FP, Tavares JF. Nutrição e gastronomia: aliados no bem estar e na recuperação de pacientes hospitalizados. *Rev Diálogos Saúde* [Internet]. 2019[acesso 2023 nov 23];2(2):36-52. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/dialogosemsaude/article/view/369/282>
2. Wilandh E, Josefsson MS, Osowski CP, et al. Better hospital foodservice – aspects highlighted in research published 2000-2023: a scoping review. *Clin Nutr Open Sci*. 2024;54:1-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2024.01.001>
3. Bossi P, Delrio P, Mascheroni A, et al. The spectrum of malnutrition/cachexia/sarcopenia in oncology according to different cancer types and settings: a narrative review. *Nutrients*. 2021;13(6):1980. doi: <https://doi.org/10.3390/nu13061980>
4. Sousa AA, Glória MS, Cardoso TS. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev Nutr*. 2011;2(24):287-94. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000200009>
5. Planas M, Hernandez JÁ, Sanz ML, et al. Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES® study. *Support Care Cancer*. 2016;24(1):429-35. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2813-7>
6. Bozetti F, Mariani L, Vullo SL, et al. The nutritional risk in oncology: a study of 1,453 cancer outpatients. *Support Care Cancer*. 2012;20(8):1919-28. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1387-x>
7. Martins P, Baratto I. Gastronomia hospitalar: treinamento em bases de cozinha. *Rev Bras Obesidade Nutrição Emagrecimento* [Internet]. 2018[acesso 2024 jan 11];12(69). Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/661/514>
8. Miola TM, Pires FRO. *Nutrição em oncologia*. 1 ed. São Paulo: Manole; 2020.
9. Trinca V, Duizer L, Pare S, et al. Investigating the patient food experience: Understanding hospital staffs' perspectives on what leads to quality food provision in Ontario hospitals. *J Hum Nutr Diet*. 2021;35(5):980-94. doi: <https://doi.org/10.1111/jhn.12964>
10. Neves B, Bell JJ, McCray S. Impact of room service on nutritional intake, plate and production waste, meal quality and patient satisfaction and meal costs: a single site pre-post evaluation. *Nutr Diet*. 2022;79(2):187-96. doi: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12705>
11. Pinto CC, Alves EA. A gastronomia no contexto da hotelaria hospitalar: um estudo de caso na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Rev Adm Hosp*. 2017[acesso 2024 jan 11];14(2):1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v14i2.3844>
12. Mendes MAS, Machado CCB, Souza AV. Pesquisa de satisfação com dietas hospitalares servidas no almoço da clínica médica de um hospital público de Goiânia, GO. *Demetra*. 2019;14:e38989. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.38989>
13. Pinho NB, organizador. *I Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO* [Internet]. 1 ed. Rio de Janeiro: Edite; 2021. [acesso 2024 jan 12]. Disponível em: https://sbno.com.br/wpcontent/uploads/2021/07/consenso_2021.pdf
14. Toledo DO, Piovacari SMF, Horie LM, et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *Braspen J*. 2018;33(1):86-100. [acesso 2024 jan 12]. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/63e28d4aa9539528341f30a5/pdf/braspen-33-1-86.pdf>
15. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. 2014;155:104-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
16. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity*. Report of a WHO Consultation of Obesity. Geneva: WHO; 1997.
17. Lipschitz D. *Screening for nutritional status in the elderly*.



- Primary Care. 1994;1:55-67.
18. Blackburn GL, Bistran BR. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *J Parenter Enteral Nutr.* 1997;1:11-22. doi: <https://doi.org/10.1177/014860717700100101>
 19. Pagotto V, Santos KE, Malaquias SG, et al. Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):322-8.
 20. Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patients. *Med Clin North Am.* 1979;63:1103-15.
 21. Frisancho AR. *Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status.* Ann Arbor: University of Michigan; 1990.
 22. Kuczmarski MF, Kuczarisk RJ, Najjar M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. *J Am Diet Assoc* 2000;100:59-66.
 23. Field A. *Descobrimos a Estatística usando o SPSS.* 5 ed. Editora Penso: São Paulo; 2021. 1104p.
 24. Cohen JW. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* 2 ed. New York: Erlbaum; 1988.
 25. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 26.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso 2024 mar 9]. Disponível em: https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwZCoBhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD_BwE&gclid=aw.ds
 26. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:59.
 27. Fernandez AC, La Maza BP, Casariego AV, et al. A ingestão alimentar e o estado nutricional influenciam os resultados em pacientes hematológicos-oncológicos hospitalizados. *Nutr Hosp.* 2015;31(6):2598-605. doi: <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.6.8674>
 28. Andrade ALP, Maciel EM, Rodrigues GP, et al. Influência do tratamento quimioterápico no comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Rev Bras Cancerol.* 2019;65(2): e-08093. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n2.93>
 29. Silva MP, Santo RE, Bacelo AC, et al. Content validation and application of an instrument to evaluate the acceptance of hospital diets. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2022;42(4):117-126. doi: <https://doi.org/10.12873/424pereira>
 30. Wijnhoven HAH, Velden LVD, Broek C, et al. Validation of the visual/verbal analogue scale of food ingesta (Ingesta-VVAS) in oncology patients undergoing chemotherapy. *Nutrients.* 2022;14(17):3515. doi: <https://doi.org/10.3390/nu14173515>
 31. Rodrigues SG, Teixeira FSB, Martins GS, et al. Perception of oncological outpatients about the act of feeding. *Electron J Collect Health.* 2020;57. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3934.2020>
 32. Mantzourou M, Koutelidakis A, Teocharis S, et al. Clinical value of nutritional status in cancer: what is its impact and how it affects disease progression and prognosis?. *Nutr Cancer.* 2017;69(8):1151-76. doi: <https://doi.org/10.1080/01635581.2017.1367947>
 33. Rodrigues BC, Sales AEC, Rodrigues BC, et al. Avaliação do risco nutricional em pacientes onco-hematológicos hospitalizados. *Rev Bras Cancerol.* 2019;65(1):e-0266. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.266>
 34. Dell'Osbel RS, Zanotti J. Perfil nutricional e de sintomas em pacientes com doença onco-hematológica: comparação entre adultos e idosos. *Conex Ciênc.* 2020;15(3):43-55. doi: <https://doi.org/10.24862/ccov15i3.1250>
 35. Soares MF, Mendes WF, Barroso MP, et al. Impactos de medicamentos antineoplásicos sobre o estado nutricional de pacientes atendidos em um ambulatório de oncologia. *Braspen J.* 2022;37(3):268-78. doi: <https://doi.org/10.37111/braspenj.2022.37.3.07>
 36. Ferigollo A, Bazzan LST, Ceni GC, et al. Prevalence of malnutrition and factors associated with the nutritional status of oncological patients. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2018;38(4):137-42. doi: <https://doi.org/10.12873/384ferigollo>
 37. Correia MITD, Caiaffa WT, Waitzberg DL. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI): metodologia do estudo multicêntrico. *Rev Bras Nutr Clin.* 1998;13(01):30-40.
 38. Dias DCS, Nunes MCA. O sentido da vida após o diagnóstico de câncer hematológico. *Rev Psicol Saúde.* 2022;14(4):167-80. doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i4.2067>
 39. Santos VS, Gontijo MCF, Almeida MEF. Effect of gastronomy on the acceptability of hospital diets. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2017;37(3):17-22. doi: <https://doi.org/10.12873/373souza>
 40. Carvalho MFA, Silva MCM, Freitas ST, et al. Aceitabilidade de dietas hospitalares por pacientes internado em hospital universitário. *Res Soc Dev.* 2021;10(14):e35101421723. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21723>
 41. Lopes JKSC, Santos TOCG, Mendonça XMFD, et al. Análise dos indicadores de qualidade das dietas ofertadas a pacientes oncológicos. *Rev Mundo Saúde.* 2020;44:397-411. doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202044397411>
 42. Demário RL, Sousa AA, Salles RK. Comida de hospital:



percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1275-82. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700036>

43. Trinca V, Duizer L, Pare S, et al. Investigating the patient food experience: understanding hospital staffs' perspectives on what leads to quality food provision in Ontario hospitals. *J Hum Nutr Diet*. 2022;35(5):980-94. doi: <https://doi.org/10.1111/jhn.12964>
44. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização (PNH) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso 2024 jan 14]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
45. Sousa AA, Salles RK, Ziliotto LF, et al. Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras. *Demetra*. 2013;8(2):149-62. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2013.5281>
46. Oliveira EJC, Oliveira TC, Santos VS. “Dentro das condições que a gente tem”: percepções de nutricionistas sobre gastronomia em hospital universitário. *Rev Enferm Aten Saúde*. 2020;9(2):28-38. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v9i2.3966>

Recebido em 20/6/2024

Aprovado em 5/9/2024

