Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Triagem nutricional em crianças hospitalizadas no estado da Paraíba

Nutritional screening in hospitalized children in the state of Paraíba

Tamizaje nutricional en niños hospitalizados en el estado de Paraíba

Ana Tayná Belém Alves[1], Helena Teófilo Mendonça[1], Emmily Mayara Santos Lima[1], Andressa Lucena de Oliveira[1], Elielson Felix Gonçalves[2], Millena Arruda Pereira Vieira[2], Julian de Assis Almeida[2], Isabella Alves Nunes[2], Rafaela Maia de Oliveira Moraes[2], Berenice Lempek dos Santos[1].

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças hospitalizadas em enfermaria pediátrica, avaliar a implementação da triagem nutricional e sua associação com o tempo de internação. **Métodos:** Estudo transversal, observacional e retrospectivo, com análise de 180 prontuários de crianças de 0 a 5 anos internadas em hospital pediátrico de referência na Paraíba. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e nutricionais. O tempo de internação foi comparado pelo teste de Mann-Whitney, e realizada regressão linear multivariada. **Resultados:** Predominaram crianças do sexo masculino (60%), com mediana de idade de 19 meses. A maioria era eutrófica (73,3%). Pneumonia (32,2%) e infecção do trato urinário (15,6%) foram as principais causas de internação. A triagem nutricional foi registrada em 11,7% dos casos. A mediana do tempo de internação foi de 6 dias. Na análise multivariada, sexo feminino (+1,88 dias) e triagem nutricional (+2,91 dias) associaram-se a maior tempo de internação. **Conclusão:** Predominaram crianças do sexo masculino, com mediana de 19 meses, majoritariamente eutróficas e internadas principalmente por pneumonia e infecção urinária. A triagem nutricional foi pouco implementada e associou-se, juntamente com o sexo feminino, a maior tempo de internação.

Palavras-chave: Triagem nutricional, Criança hospitalizada, Estado nutricional, Tempo de internação, Pediatria.

ABSTRACT

Objective: To characterize the sociodemographic and clinical profile of hospitalized children, evaluate nutritional screening implementation, and assess its association with length of stay. **Methods:** Cross-sectional, observational, retrospective study analyzing 180 medical records of children aged 0–5 years admitted to a pediatric hospital in Paraíba, Brazil. Data were collected and analyzed using Mann–Whitney test and multivariate linear regression. **Results:** The sample was predominantly male (60%), with a median age of 19 months. Most children were eutrophic (73.3%). Pneumonia (32.2%) and urinary tract infection (15.6%) were the main causes of hospitalization. Nutritional screening coverage was 11.7%. Median length of stay was 6 days. Female sex (+1.88 days) and nutritional screening (+2.91 days) were associated with longer hospitalization. **Conclusion:** Children presented a profile characterized by male predominance, median age

[1] Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa – PB.
[2] Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa – PB.

SUBMETIDO EM: 5/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 7/2026**

of 19 months, mostly eutrophic status, and hospitalizations mainly due to pneumonia and urinary tract infection. Nutritional screening was poorly implemented and, along with female sex, was associated with longer hospital stay.

Keywords: Nutritional screening, Child, Hospitalized, Nutritional status, Length of stay, Pediatrics.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de niños hospitalizados, evaluar la implementación del tamizaje nutricional y su asociación con la duración de la hospitalización. **Métodos:** Estudio transversal, observacional y retrospectivo con 180 historias clínicas de niños de 0 a 5 años. Análisis con prueba de Mann-Whitney y regresión lineal multivariada. **Resultados:** Predominaron niños del sexo masculino (60%), con mediana de edad de 19 meses. La mayoría presentó estado eutrófico (73,3%). Neumonía (32,2%) e infección urinaria (15,6%) fueron las principales causas de hospitalización. El tamizaje nutricional se registró en 11,7% de los casos. La mediana de estancia fue de 6 días. El sexo femenino (+1,88 días) y el tamizaje (+2,91 días) se asociaron con mayor estancia. **Conclusión:** Los niños presentaron un perfil caracterizado por predominio masculino, mediana de edad de 19 meses, estado nutricional mayoritariamente eutrófico y hospitalizaciones principalmente por neumonía e infección urinaria. El tamizaje nutricional fue poco implementado y se asoció con mayor estancia hospitalaria.

Palabras clave: Tamización nutricional, Niño, Hospitalizado, Estado nutricional, Estancia hospitalaria, Pediatría.

INTRODUÇÃO

A triagem nutricional é um processo sistemático e rápido, aplicado no momento da admissão hospitalar, que visa identificar pacientes em risco nutricional (GOMES GC, et al., 2024). A detecção desse risco permite que a equipe assistencial priorize pacientes que necessitam de uma avaliação nutricional completa e intervenção precoce, antes que ocorra a deterioração do estado geral (COSTA CA, et al., 2016). Em pacientes hospitalizados, a própria condição clínica de base pode induzir ou agravar a desnutrição, devido ao aumento da demanda metabólica e à frequente redução da ingesta alimentar. A falha em identificar esse risco está relacionada a um pior prognóstico e maior tempo de internação hospitalar (GOMES GC, et al., 2024; COSTA CA, et al., 2016; GAMBRA-ARZOZ M, et al., 2020; PEREIRA DS, et al., 2023).

A desnutrição em pacientes pediátricos hospitalizados está associada a maior ocorrência de infecções, atraso na recuperação clínica e aumento do tempo de internação (TEIXEIRA AF e VIANA KD, 2016; GOMES GC, et al., 2024). Crianças em risco nutricional apresentam maior frequência de complicações e piores desfechos clínicos durante a hospitalização (GAMBRA-ARZOZ M, et al., 2020; PEREIRA DS, et al., 2023). A triagem nutricional permite a identificação precoce desses pacientes e o direcionamento de avaliação e intervenção adequadas (GOMES GC, et al., 2024; COSTA CA, et al., 2016).

Entre 2012 e 2022, mais de 43 mil crianças menores de cinco anos foram hospitalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por desnutrição, sequelas da desnutrição e deficiências nutricionais, com a proporção de internações dessa faixa etária mais que dobrando no período, passando de 8% em 2012 para 18% em 2022 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2025). Apesar de sua reconhecida associação com desfechos clínicos adversos, o risco nutricional permanece subdiagnosticado (TEIXEIRA AF e VIANA KD, 2016). A aferição antropométrica muitas vezes não é realizada em crianças atendidas em ambulatórios ou internadas, e, mesmo quando feita, os dados não são analisados em gráficos de crescimento nem utilizados para avaliar o estado nutricional, o que representa uma oportunidade perdida de orientar a conduta e melhorar a assistência (HULST JM, et al., 2022).

O manual da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), estabelece indicadores de qualidade para a terapia nutricional pediátrica. Entre eles, define-se uma meta de cobertura da triagem

nutricional de ≥80% dos pacientes internados, preferencialmente nas primeiras 24 horas (GOMES GC, et al., 2024). Apesar do consenso sobre sua aplicação, a revisão sistemática de Teixeira e Viana (2016) indica a necessidade de mais estudos de validação e implementação de ferramentas de triagem no Brasil, sugerindo que a prática ainda não é universalmente difundida.

Diante disso, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das crianças hospitalizadas em uma enfermaria pediátrica de referência, avaliar a implementação da triagem nutricional e analisar sua associação com o tempo de internação.

MÉTODOS

Desenho do estudo e local do estudo

Foi conduzido um estudo transversal, observacional e retrospectivo, com abordagem quantitativa e caráter censitário, baseado na análise documental de prontuários. A investigação ocorreu na enfermaria pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques, centro de referência em assistência pediátrica no estado da Paraíba (João Pessoa, Brasil). A coleta dos dados incluídos na análise pelo estudo foi realizada entre agosto e outubro de 2025. O delineamento, condução e relato seguiram as recomendações do STROBE para estudos observacionais.

População e critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo incluiu todas as crianças de 0 a 5 anos internadas na enfermaria pediátrica durante o período de interesse. Foram elegíveis os prontuários de pacientes admitidos nesse intervalo. Excluíram-se os prontuários de crianças provenientes da UTI ou de setores cirúrgicos, aquelas internadas exclusivamente para realização de procedimentos ou exames, bem como pacientes transferidos de outras instituições. A amostra final foi composta por 180 prontuários.

Coleta de dados e definição das variáveis

As variáveis do estudo foram obtidas dos prontuários físicos e eletrônicos por meio de uma ficha padronizada de coleta. Foram incluídos dados sociodemográficos (sexo, idade, procedência), clínicos (hipóteses diagnósticas, datas de admissão e alta, tempo de internação e desfecho) e informações nutricionais. A triagem nutricional foi registrada como “sim” ou “não”, conforme a presença de avaliação ou rastreamento nutricional documentado pela equipe de nutrição.

O estado nutricional na admissão foi determinado exclusivamente pelo indicador Peso para Idade (P/I), único parâmetro registrado de forma consistente na maioria dos prontuários. Os valores de P/I foram convertidos para escore-z segundo os padrões de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando o software WHO Anthro.

Análise de dados

Os dados foram organizados no Microsoft Excel e analisados no software SPSS, versão 27.0. As variáveis quantitativas (distribuição assimétrica via teste de Kolmogorov-Smirnov) foram descritas por mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Para comparação de medianas (tempo de internação) entre os grupos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Aplicou-se análise de regressão linear multivariada para controlar possíveis fatores de confusão, tendo o tempo de internação como desfecho, com cálculo do coeficiente de regressão (b) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). O nível de significância foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Aspectos éticos

O estudo consiste em uma análise documental retrospectiva de prontuários, sem contato direto com os pacientes ou intervenção clínica. Todas as informações foram extraídas de registros hospitalares e analisadas em formato anonimizado. O protocolo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), sob o CAAE nº 89719525.9.0000.5176 e parecer consubstanciado nº 7.653.647.

De acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regula pesquisas envolvendo dados secundários e documentos de acesso restrito, e em consonância com os princípios da Resolução nº 466/2012 e da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que não houve identificação de participantes, risco mínimo envolvido e uso exclusivo de dados previamente registrados.

RESULTADOS

Foram incluídas 180 crianças, das quais 60% eram do sexo masculino, com mediana de idade de 19 meses (IQR 5–36). A maioria residia em área urbana (95%) e se autodeclarou parda (98,3%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Caracterização da amostra.

Variáveis	n=180
Sexo – n (%)	
Masculino	108 (60,0)
Feminino	72 (40,0)
Idade (meses) – mediana (P25 – P75)	19 (5 – 36)
Faixa etária – n (%)	
<6 meses	48 (26,7)
De 6 a 12 meses	23 (12,8)
De 13 a 24 meses	37 (20,6)
De 25 a 36 meses	30 (16,7)
De 37 a 48 meses	22 (12,2)
De 49 a 60 meses	20 (11,1)
Procedência – n (%)	
Rural	9 (5,0)
Urbano	171 (95,0)

Fonte: Alves ATB, et al., 2026.

Com base no *escore-z* de peso para idade, 73,3% das crianças apresentavam eutrofia, 9,5% apresentavam magreza ou magreza acentuada e 5% apresentavam risco de sobrepeso, sobrepeso ou obesidade. Apenas 11,7% foram submetidas à triagem nutricional durante a internação, indicando baixa implementação sistemática desse procedimento. As causas mais frequentes de hospitalização foram pneumonia (32,2%), infecção do trato urinário (15,6%), bronquiolite (12,8%) e diarreia (8,9%); outros diagnósticos corresponderam a 30,6% das admissões (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Dados antropométricos, nutricionais e desfechos.

Variáveis	n=180
Peso (kg) – mediana (P25 – P75)	10,3 (7,3 – 13,7)
Classificação do escore z do peso – n (%)	
Magreza acentuada	10 (5,6)
Magreza	7 (3,9)
Eutrofia	132 (73,3)
Risco de sobrepeso	22 (12,2)
Sobrepeso	5 (2,8)
Obesidade	4 (2,2)
Hipóteses diagnósticas – n (%)	
Diarreia	16 (8,9)
Pneumonia	58 (32,2)
Bronquiolite	23 (12,8)
Infecção do Trato Urinário	28 (15,6)
Outros	55 (30,6)
Triagem nutricional – n (%)	
Sim	21 (11,7)
Não	159 (88,3)
Desfecho clínico (n=149) – n (%)	
Alta médica	146 (98,0)
Transferência institucional interna para UTI	1 (0,7)
Transferência institucional externa	2 (1,3)
Óbito	0 (0,0)
Tempo de internação (dias) – mediana (P25 – P75)	6 (5 – 9)

Fonte: Alves ATB, et al., 2026.

Entre os pacientes com desfecho clínico registrado (n=149), 98% receberam alta; não houve óbitos (**Tabela 2**). O tempo de internação teve mediana de 6 dias (IQR 5–9). Na análise univariada, maior duração da internação foi observada em crianças do sexo feminino (p<0,001) e naquelas submetidas à triagem nutricional (p=0,012) (**Tabela 3**). Idade, procedência, estado nutricional e diagnóstico de admissão não se associaram significativamente ao desfecho.

Tabela 3 - Associações com tempo de internação.

Variáveis	Tempo de internação Mediana (P25 – P75)	p
Sexo		**<0,001**
Masculino	5,5 (4 – 8)	
Feminino	8 (6 – 10)	
Idade (meses) – r_s	-0,052	0,527
Faixa etária		0,110
<6 meses	7 (5 – 9)	
De 6 a 12 meses	5 (4 – 9)	
De 13 a 24 meses	8 (6 – 10)	
De 25 a 36 meses	5 (4 – 7)	
De 37 a 48 meses	6,5 (5 – 9)	
De 49 a 60 meses	7 (5,5 – 9,5)	
Procedência		0,561
Rural	9 (5 – 9)	
Urbano	6 (5 – 9)	
Peso (kg) – r_s	-0,053	0,524
Classificação do escore z do peso		0,794
Magreza acentuada/Magreza	6 (5 – 10)	
Eutrofia	7 (5 – 9)	
Risco de sobrepeso	7 (4 – 8,5)	
Sobrepeso/Obesidade	6 (5 – 7)	
Hipóteses diagnósticas		0,578
Diarreia	5 (4 – 7)	
Pneumonia	6 (5 – 10)	
Bronquiolite	8 (5 – 10)	
Infecção do Trato Urinário	7 (5 – 9)	
Outros	7 (5 – 9)	
Triagem nutricional		**0,012**
Sim	8,5 (6 – 13)	
Não	6 (5 – 9)	

Fonte: Alves ATB, et al., 2026.

Na análise multivariada (**Tabela 4**), tanto o sexo feminino quanto a realização da triagem nutricional mantiveram-se independentemente associados ao aumento do tempo de internação, com acréscimo médio estimado de 1,88 dias para as meninas (p=0,002) e de 2,91 dias para os pacientes com triagem positiva (p<0,001), sugerindo que fatores biológicos e nutricionais podem influenciar de forma autônoma a duração da hospitalização.

Tabela 4 - Análise de Regressão Linear Multivariada.

Variáveis	b (IC 95%)	p
Sexo		
Masculino	0,00	
Feminino	1,88 (0,69 a 3,08)	**0,002**
Triagem nutricional		
Sim	2,91 (1,21 a 4,60)	**<0,001**
Não	0,00	

Fonte: Alves ATB, et al., 2026.

DISCUSSÃO

O estudo revelou uma cobertura de triagem nutricional de apenas 11,7%, proporção muito inferior à meta de 80% recomendada pelo manual BRASPEN (GOMES GC, et al., 2024). Teixeira AF e Viana KD (2016) já apontavam baixa adesão à triagem nutricional no contexto pediátrico nacional, atribuindo esse cenário à ausência de instrumentos adaptados e validados para aplicação sistemática no ambiente clínico. Joosten KF e Hulst JM (2014) identificaram que as principais barreiras à implementação envolvem a inexistência de fluxos institucionais definidos, o treinamento insuficiente das equipes multiprofissionais e a baixa priorização do cuidado nutricional na rotina assistencial, fatores que, isolados ou combinados, inviabilizam a transposição das recomendações para a prática cotidiana das enfermarias.

A triagem nutricional tem como finalidade identificar, de forma inicial, pacientes com maior probabilidade de apresentar risco nutricional, não sendo utilizada para diagnóstico do estado nutricional (KONDRUP J, et al., 2003). A avaliação nutricional, por sua vez, envolve análise detalhada de medidas antropométricas, dados clínicos e, quando disponíveis, parâmetros laboratoriais, permitindo caracterizar o estado nutricional do paciente (HULST JM, et al., 2022). Na prática hospitalar, a triagem antecede a avaliação nutricional e orienta quais pacientes devem ser encaminhados para investigação mais aprofundada (GOMES GC, et al., 2024).

A não realização sistemática da triagem nutricional interfere na organização do cuidado ao impedir a identificação precoce de pacientes com risco de evolução desfavorável, o que compromete a definição de prioridades assistenciais (GOMES GC, et al., 2024). Na prática, a ausência de triagem pode resultar na não indicação de avaliação nutricional formal, na falta de prescrição dietética individualizada e na ausência de monitoramento seriado de peso durante a internação (COSTA CA, et al., 2016). Em crianças com doenças agudas, como infecções respiratórias, a redução da ingestão alimentar associada ao aumento da demanda metabólica pode levar a balanço energético negativo (TEIXEIRA AF e VIANA KD, 2016). Nesses casos, a não implementação de medidas como ajuste da dieta, suplementação oral ou suporte nutricional contribui para perda ponderal e pior evolução clínica (PEREIRA DS, et al., 2023). Ademais, a ausência de triagem dificulta o encaminhamento oportuno para acompanhamento nutricional especializado, o que limita a atuação da equipe multiprofissional ao longo da internação (GAMBRA-ARZOZ M, et al., 2020).

Em um estudo de coorte com 641 crianças hospitalizadas, 20,7% foram classificadas como de alto risco nutricional segundo a ferramenta STRONGkids, enquanto 63,7% apresentaram risco moderado (SANTOS CA, et al., 2020). Em outro estudo, conduzido por Vallandro JP, et al. (2021) em um hospital pediátrico do sul do Brasil, 64,8% das crianças avaliadas foram classificadas em risco nutricional médio pelo STRONGkids, enquanto 7,9% foram enquadradas em risco alto. A elevada proporção de crianças classificadas como de risco moderado ou alto entre aquelas que passaram por triagem indica que, diante da baixa cobertura institucional dos hospitais terciários brasileiros, é provável que um número ainda maior de pacientes em risco nutricional permaneça sem a devida identificação.

A Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) apresenta diretrizes de triagem nutricional desde 2002, destacando que a identificação precoce do risco é fundamental para viabilizar intervenções adequadas e prevenir a desnutrição em pacientes hospitalizados (KONDRUP J, et al., 2003). No contexto pediátrico, a desnutrição está associada à fragilidade imunológica, maior risco de infecções, complicações pós-operatórias, cicatrização prejudicada e, consequentemente, aumento da morbimortalidade (TEIXEIRA AF e VIANA KD, 2016). No entanto, a implementação dessas recomendações enfrenta diversos obstáculos, entre elas a inexistência de protocolos, a formação insuficiente das equipes, a sobrecarga de demandas assistenciais e o desconhecimento das ferramentas disponíveis (JOOSTEN KF e HULST JM, 2014).

A análise inferencial realizada nessa pesquisa destacou a associação entre a triagem nutricional registrada e o aumento do tempo de internação. Essa relação, contudo, não deve ser interpretada como efeito direto da triagem, mas como manifestação de um viés de seleção intrínseco ao próprio funcionamento do serviço. Sem a implementação correta de um protocolo, a equipe tende a direcionar a triagem aos casos percebidos como mais graves ou de evolução clínica desfavorável. Assim, o prolongamento da internação observado entre os triados reflete, com maior probabilidade, a gravidade prévia do quadro clínico do que qualquer influência da triagem sobre o tempo de permanência hospitalar.

A ausência de protocolos institucionais estruturados para triagem nutricional reflete limitações na organização dos serviços de saúde e na integração entre as equipes multiprofissionais (JOOSTEN KF e HULST JM, 2014). A padronização de fluxos assistenciais está associada a maior adesão a práticas recomendadas e à melhoria da qualidade do cuidado em ambiente hospitalar (KONDRUP J, et al., 2003). A incorporação da triagem como etapa obrigatória na admissão hospitalar pode contribuir para maior uniformidade na avaliação clínica e redução de variações dependentes de conduta individual (TEIXEIRA AF e VIANA KD, 2016).

O perfil de morbidade encontrado, com predomínio de pneumonia (32,2%), ITU (15,6%) e bronquiolite (12,8%), é consistente com o perfil epidemiológico das internações pediátricas no Brasil. Farnese et al. identificaram as doenças do aparelho respiratório como a primeira causa de internação hospitalar em crianças de 5 a 9 anos nas principais capitais brasileiras (FARNESE JM, et al., 2015). Corroborando esses achados, uma revisão sistemática conduzida por Pedraza DF e Araújo EM (2017) confirmou que pneumonias, gastroenterites e asma estão entre as principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de 5 anos, com as doenças respiratórias ocupando posição de destaque nas causas gerais de hospitalização. De modo similar, dados da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul demonstram que as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 12,3% das internações entre crianças de 0 a 14 anos no estado em 2022, com maior concentração nos meses de inverno (RIO GRANDE DO SUL, 2023).

Verificou-se que 95% dos pacientes eram procedentes de área urbana. O que provavelmente reflete o perfil de acesso do hospital, um centro de referência localizado na capital do estado paraibano. Pacientes da região metropolitana de João Pessoa tendem a ter maior facilidade de acesso. Victora CG, et al. (2011) demonstraram que crianças residentes em áreas rurais apresentam menor acesso a serviços hospitalares especializados, maior atraso no diagnóstico e piores desfechos de saúde comparadas àquelas de áreas urbanas, mesmo após ajuste para fatores socioeconômicos.

A análise dos prontuários evidenciou registro exclusivamente do peso na admissão, sem anotações subsequentes que permitissem monitoramento ponderal durante a internação. A ausência de acompanhamento seriado impediu a identificação de variações de peso ao longo da hospitalização e limitou a avaliação da evolução nutricional. Além disso, a falta de registros de estatura ou comprimento inviabilizou o uso de outros indicadores antropométricos. A utilização exclusiva do indicador peso para idade restringe a identificação de diferentes formas de comprometimento nutricional (HULST JM, et al., 2022). A combinação de indicadores, incluindo estatura e índice de massa corporal para idade, permite avaliação mais abrangente do estado nutricional em crianças hospitalizadas (CAMPOS LS, et al., 2015). A ausência desses dados reduz a sensibilidade da análise e pode levar à subestimação da prevalência de alterações nutricionais na população estudada (PEREIRA DS, et al., 2023).

Campos et al. identificaram 5% de desnutrição entre crianças hospitalizadas em Porto Alegre, proporção semelhante à observada nesta amostra (9,5%), sendo que 74,1% das crianças apresentavam eutrofia e 20,8% excesso de peso (CAMPOS LS, et al., 2015).

Sermet-Gaudelus I, et al. (2000) demonstraram que a desnutrição adquirida durante a hospitalização está associada a maior risco de eventos adversos e prolongamento do tempo de internação, com fatores como ingestão alimentar inferior a 50%, presença de dor e gravidade da doença atuando como preditores de perda ponderal. A deterioração do estado nutricional durante a internação, quando não monitorada, compromete a recuperação, aumenta a ocorrência de complicações infecciosas e prolonga a permanência hospitalar (GOMES GC, et al., 2024; TEIXEIRA AF e VIANA KD, 2016).

A ausência ou o registro incompleto das informações durante triagem nutricional caracteriza um viés de informação já descrito na literatura nacional. Silva e Tavares-Neto, ao avaliarem prontuários de 77 hospitais de ensino brasileiros, classificaram sua qualidade como "regular ou baixa", identificando que em 24% não havia espaço para registro do motivo da consulta, em 15% para a história da doença atual e em 44% para o registro de queixas dos diversos sistemas (SILVA FG e TAVARES-NETO J, 2007).

O sexo feminino apresentou associação independente com maior tempo de internação (acréscimo médio de 1,88 dias; IC95% 0,69–3,08; p=0,002). Esse padrão é consistente com os achados de Araújo et al., que investigaram hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de 5 anos. Embora o sexo masculino tenha apresentado maior frequência absoluta de admissões, as meninas permaneceram internadas por um tempo maior, com mediana de 5 dias, em comparação a 4 dias observados nos meninos. Apesar disso, a literatura não fornece evidências consistentes que sustentem diferença sistemática entre sexos no tempo de permanência hospitalar (ARAUJO EMN, et al., 2017).

Observou-se ainda que, na amostra total, uma alta taxa de alta hospitalar (98%) e ausência de óbitos. Isso sugere que a população geral da enfermaria estudada era, na média, de baixa gravidade clínica. O dado reforça a hipótese do viés de seleção, uma vez que se a população geral teve boa evolução, o pequeno subgrupo que recebeu triagem (11,7%) e que permaneceu 2,91 dias a mais internado, provavelmente representava os casos de maior complexidade.

O presente estudo possui várias limitações. Em primeiro lugar, o seu delineamento transversal e retrospectivo, baseado exclusivamente em dados secundários de prontuários, resulta em um viés de informação, dada a natureza incompleta desses registros. A mais grave limitação foi a ausência quase total de registros de estatura, o que forçou o uso exclusivo do indicador (P/I). Além disso, a falta de acompanhamento ponderal durante a internação inviabilizou a avaliação da desnutrição adquirida no hospital. O estudo também incorre em viés de amostragem ao excluir pacientes de maior gravidade (UTI, cirúrgicos), o que levou a uma amostra de baixa complexidade (0% óbitos) e impediu a análise de associações com desfechos adversos.

CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico e clínico das crianças hospitalizadas na enfermaria pediátrica de referência caracterizou-se por predomínio do sexo masculino (60%), mediana de idade de 19 meses (IQR 5–36), procedência urbana (95%), estado nutricional majoritariamente eutrófico (73,3%), com 9,5% apresentando magreza ou magreza acentuada e 17,2% apresentando excesso de peso ou risco de sobrepeso, e diagnósticos de internação centrados em pneumonia (32,2%), infecção do trato urinário (15,6%), bronquiolite (12,8%) e diarreia (8,9%), enquanto outros motivos corresponderam a 30,6% das admissões. Além disso, o sexo feminino mostrou associação independente com aumento médio de 1,88 dias no tempo de internação, e a triagem nutricional foi realizada em apenas 11,7% das crianças, apresentando associação independente com acréscimo estimado de 2,91 dias na permanência hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO EMN et al. Hospitalizations due to primary care-sensitive conditions among children under five years of age: cross-sectional study. Sao Paulo Med J, 2017; 135(3): 270-276.
2. CAMPOS LS, et al. Avaliação do risco nutricional em crianças hospitalizadas. Scientia Med, 2015; 25(3): ID21834.
3. COSTA CA, et al. Association between nutritional status and outcomes in critically ill pediatric patients: a systematic review. J Pediatr (Rio J), 2016; 92(3): 223-229.
4. FARNESE JM, et al. Perfil de morbidade hospitalar de pacientes pediátricos de 5 a 9 anos por causas sensíveis à atenção primária à saúde nas cinco principais capitais brasileiras. Rev Eletr Gest Saúde, 2015; 6(2): 1495-1514.
5. GAMBRA-ARZOZ M, et al. Nutrition risk in hospitalized pediatric patients: higher complication rate and higher costs related to malnutrition. Nutr Clin Pract, 2020; 35(1): 157-163.
6. GOMES GC, et al. Manual de triagem e avaliação nutricional em pediatria. Braspen J, 2024; 39(1): e20243916.
7. HULST JM, et al. A practical approach to identifying pediatric disease-associated undernutrition: a position statement from the ESPGHAN special interest group on clinical malnutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2022; 74(5): 693-705.

8. JOOSTEN KF, HULST JM. Nutritional screening tools for hospitalized children: methodological considerations. Clin Nutr, 2014; 33(1): 1-5.
9. KONDRUP J, et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr, 2003; 22(4): 415-421.
10. MAEJIMA R, et al. Nutritional screening tools for hospitalized children: a systematic review. Clin Nutr, 2017; 36(3): 639-649.
11. PEDRAZA DF, ARAÚJO EM. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. Epidemiol Serv Saude, 2017; 26(1): 169-182.
12. PEREIRA DS, et al. Nutrition risk prevalence and screening tools validity in pediatric patients: a systematic review. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2023; 47(2): 184-206.
13. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Plano de contingência inverno gaúcho com saúde 2023. Porto Alegre-RS: Secretaria Estadual da Saúde, 2023. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202306/05110330-projeto-operacao-inverno-2023-05062023-2.pdf. Acessado em: 19 de março de 2026.
14. SANTOS CA, et al. Nutrition risk assessed by STRONGkids predicts longer hospital stay in a pediatric cohort: a survival analysis. Nutr Clin Pract, 2020; 35: 1-8.
15. SERMET-GAUDELUS I, et al. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. Am J Clin Nutr, 2000; 72(1): 64-70.
16. SILVA FG, TAVARES-NETO J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. Rev Bras Educ Med, 2007; 31(2): 113-126.
17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Mais de 40 mil menores de cinco anos foram internadas no SUS por desnutrição na última década. 2025. Disponível em: https://www.sbp.com.br. Acessado em: 19 de março de 2026.
18. TEIXEIRA AF, VIANA KD. Nutritional screening in hospitalized pediatric patients: a systematic review. J Pediatr (Rio J), 2016; 92(4): 343-352.
19. VALLANDRO JP, et al. Prevalência de desnutrição e complicações clínicas em pacientes pediátricos hospitalizados. Braspen J, 2021; 36(4): 386-393.
20. VICTORA CG, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet, 2011; 377(9780): 1863-1876.