

Qualidade da Orientação Nutricional Intra-hospitalar em Pacientes com IAMcSST das Redes Pública e Privada de Saúde em Sergipe: Registro (VICTIM)

Quality of Intra-Hospital Nutritional Counseling in Patients with STEMI in the Public and Private Health Networks of Sergipe: The VICTIM Register

Ticiane Clair Remacre Munareto Lima,¹ Danielle Góes da Silva,² Ikaro Daniel de Carvalho Barreto,³ Jussielly Cunha Oliveira,^{4,5} Laís Costa Souza Oliveira,^{1,6} Larissa Andreline Maia Arcelino,¹ Jeferson Cunha Oliveira,^{1,6} Antônio Carlos Sobral Sousa,^{1,7,8} José Augusto Soares Barreto Filho^{1,7,8}

Universidade Federal de Sergipe – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,¹ São Cristóvão, SE – Brasil

Universidade Federal de Sergipe – Departamento de Nutrição,² São Cristóvão, SE – Brasil

Universidade Federal Rural de Pernambuco – Núcleo de Pós-graduação em Biometria e Estatística Aplicada,³ Recife, PE – Brasil

Universidade Federal de Sergipe – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,⁴ São Cristóvão, SE – Brasil

Universidade Tiradentes,⁵ Aracaju, SE – Brasil

Hospital Primavera,⁶ Aracaju, SE – Brasil

Universidade Federal de Sergipe – Departamento de Medicina,⁷ São Cristóvão, SE – Brasil

Fundação São Lucas – Centro de Ensino e Pesquisa,⁸ Aracaju, SE – Brasil

Resumo

Fundamento: A adequação dos hábitos alimentares faz parte das recomendações pós-infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMcSST); contudo, tem sido pouco explorada a qualidade da orientação nutricional intra-hospitalar nos diferentes serviços de saúde.

Objetivo: Avaliar a qualidade da orientação nutricional intra-hospitalar entre pacientes com IAMcSST nas redes de saúde pública e privada em Sergipe.

Métodos: Estudo transversal, com dados do Registro Via Crucis para o Tratamento do Infarto do Miocárdio (VICTIM), realizado de abril a novembro de 2017 com indivíduos com idade ≥ 18 anos, diagnosticados com IAMcSST em um hospital público e três privados. Analisaram-se a ocorrência de orientação nutricional e a sua qualidade com base nas diretrizes atuais e por meio de aplicação de questionários, sendo adotado nível de significância de 0,05.

Resultados: Foram avaliados 188 voluntários, sendo 80,3% do serviço público. Dentre os entrevistados, 57,6% da rede pública e 70,3% da privada receberam orientação nutricional intra-hospitalar ($p = 0,191$). O registro dessa prática em prontuário foi menor no serviço público (2,6% versus 37,8%; $p < 0,001$). Verificou-se o predomínio das orientações restritivas, sobretudo de sal e gorduras, 52,3% e 70,3% no público e no privado, respectivamente ($p = 0,064$). Quanto à inserção de alimentos cardioprotetores, pacientes da rede privada foram mais beneficiados, principalmente quanto ao consumo de frutas e verduras/legumes (48,6% versus 13,2%, $p < 0,001$). Entre aqueles que receberam orientação, o conhecimento nutricional foi maior no sistema privado (68,2% versus 26,3%, $p < 0,001$).

Conclusão: A orientação nutricional intra-hospitalar para o IAMcSST em Sergipe apresenta baixa qualidade em ambos os serviços de saúde, sobretudo no público. (Arq Bras Cardiol. 2019; [online].ahead print, PP.0-0)

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST; Educação em Saúde/métodos; Dieta Saudável; Comportamento de Redução dos Riscos; Disparidades em Assistência à Saúde; Apoio Nutricional; Hospitais Públicos; Hospitais Privados.

Correspondência: Ticiane Clair Remacre Munareto Lima

Universidade Federal de Sergipe – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Rua Cláudio Batista, s/n. CEP 49060-108, Cidade Nova, Aracaju, Sergipe - Brasil

E-mail: ticiane.nutricionista@gmail.com

Artigo recebido em 25/06/2018, revisado em 08/10/2018, aceito em 24/10/2018

DOI: 10.5935/abc.20190124

Abstract

Background: Having appropriate dietary habits is part of the recommendations after ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI), however, the quality of intra-hospital nutritional counselling in the different health services has been minimally explored.

Objective: To evaluate the quality of intra-hospital nutritional counselling among patients with STEMI in the public and private health systems in Sergipe.

Methods: A cross-sectional, with data from the Via Crucis for the Treatment of Myocardial Infarction (VICTIM) Register, conducted from April to November of 2017, with individuals aged ≥ 18 years diagnosed with STEMI, in one public health service hospital and three private hospitals. The occurrence and quality of nutritional counselling were analyzed based on current guidelines and the administration of questionnaires. A significance level of 0.05 was adopted.

Results: A total of 188 patients were analyzed; 80.3% were from the public health service facility. Among the interviewees, 57.6% of the public health service, and 70.3% of the private hospital patients received intra-hospital nutritional counselling ($p = 0.191$). The documentation of this practice, in medical records, was lower in the public service (2.6% vs. 37.8%, $p < 0.001$). A predominance of restrictive orientations was found in the public and private sectors, mainly regarding salt and fat, 52.3% and 70.3% respectively ($p = 0.064$). Patients from the private service were more counselling to introduce of cardioprotective foods, mainly fruit, vegetable/legume consumption (48.6% vs. 13.2%, $p < 0.001$). Among those who received counselling, nutritional knowledge was higher in the private sector (68.2% vs. 26.3%, $p < 0.001$).

Conclusion: The intra-hospital nutritional counselling provided to patients with STEMI, in Sergipe, still presents poor quality in both services, especially in the public health system. (Arq Bras Cardiol. 2019; [online].ahead print, PP.0-0)

Keywords: ST Elevation Myocardial Infarction; Health Education/methods; Healthy Diet; Risk Reduction Behavior; Healthcare Disparities; Nutritional Support; Hospitals, Public; Hospitals, Private.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte no mundo, com maior prevalência em países de média e baixa renda. No Brasil, elas são responsáveis por aproximadamente 30% dos óbitos anuais, e as doenças isquêmicas do coração são as principais causas dessa elevada mortalidade, merecendo destaque o infarto agudo do miocárdio (IAM) devido à sua magnitude e à severidade no prognóstico clínico.¹⁻⁵

Após o evento coronariano agudo, ações são necessárias para a prevenção secundária da doença, que devem consistir na adesão à terapia medicamentosa prescrita e em mudanças no estilo de vida, com ênfase na prática de atividade física programada, na adoção de hábitos alimentares saudáveis e na cessação do tabagismo.⁶⁻¹⁰

No decurso dos anos, mudanças no padrão alimentar foram destaque na prevenção e no tratamento das DCV em estudos epidemiológicos. Essas pesquisas reforçaram que uma dieta com isenção de ácidos graxos trans, restrição de gordura saturada, sal e bebidas alcoólicas, e aumento da fibra alimentar com predomínio de cereias integrais, frutas, vegetais e hortaliças propiciou benefícios cardioprotetores associados à diminuição de desfechos cardiovasculares importantes.¹¹⁻¹⁵

Diretrizes e indicadores de qualidade relacionados ao IAM recomendam que essas mudanças alimentares sejam orientadas pelos profissionais da saúde ainda no período intra-hospitalar. Essa conduta contribui para o fortalecimento da autonomia do indivíduo e promove maior consciência sobre o seu papel em relação à própria saúde, além de direcionar o paciente nas escolhas alimentares e aumentar o seu conhecimento nutricional.^{7,9,16-20}

Estudos prévios abordam a existência de disparidades na qualidade assistencial entre o serviço público e o privado de saúde, relacionadas ao tempo para a realização de

exames e à utilização de medicamentos cardiovasculares.^{21,22} Essa constatação é preocupante, uma vez que aproximadamente 72% da população brasileira depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS).²³ Entretanto, o tipo de assistência prestada pelos profissionais da saúde referente à orientação nutricional é pouco explorado, e ainda não se sabe sobre as eventuais diferenças na qualidade dessa orientação no ambiente intra-hospitalar entre os dois serviços de saúde.

Desse modo, este estudo objetiva avaliar a qualidade da orientação nutricional recebida no ambiente intra-hospitalar entre os pacientes com IAMcSST assistidos pelos serviços público e privado de saúde em Sergipe.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, que utilizou dados do Registro VICTIM, pesquisa que visa avaliar a qualidade assistencial prestada aos pacientes com IAMcSST das redes pública e privada de saúde em Sergipe. A coleta de dados ocorreu de abril a novembro de 2017, nos quatro únicos hospitais do estado com capacidade para realizar angioplastia primária, todos situados na capital Aracaju, sendo um com cobertura do SUS e três com cobertura privada.

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de IAMcSST confirmado pelo eletrocardiograma, de acordo com os critérios definidores propostos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.²⁴ Foram excluídos: os indivíduos que evoluíram para óbito antes de realizarem todas as etapas do estudo; os que não caracterizaram a Via Crucis, ou seja, não percorreram o trajeto desde o início dos sintomas até a chegada ao hospital com capacidade de realizar angioplastia, por terem apresentado o IAMcSST já dentro do hospital; os que não aceitaram participar de alguma etapa da pesquisa; aqueles

cujo evento agudo de IAMcSST foi caracterizado como reinfarto (ocorreu dentro de 28 dias do infarto incidente); os pacientes que apresentaram mudança de diagnóstico durante a internação; os atendidos por convênio em hospital filantrópico; e aqueles com quem não foi possível o contato via telefone em até sete dias após a alta hospitalar.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) sob o parecer nº 2.099.430. Todos os procedimentos envolvidos nesse estudo estão de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, atualizada em 2013, e todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: no ambiente hospitalar e após a alta por entrevista telefônica. No hospital, utilizou-se o instrumento próprio do estudo, o CRF (*Case Report Form*) composto por variáveis sócio demográficas, história patológica pregressa, fatores de risco cardiovasculares, exame físico de admissão e orientação nutricional registrada em prontuários clínicos.

A segunda etapa da pesquisa foi feita mediante contato com os pacientes via ligação telefônica, em até sete dias corridos após a alta hospitalar. Esse intervalo foi determinado após o estudo-piloto e levou em consideração a necessidade de imediata entrevista com eles. Nesse momento, foi avaliada a ocorrência de orientação nutricional durante o período de hospitalização, mesmo que esta não tivesse sido registrada em prontuário pelo profissional da saúde. Além disso, foi aplicada a escala de conhecimento nutricional *National Health Interview Survey Cancer Epidemiology* adaptada para o referido estudo.²⁵

Nessa ocasião, também foi avaliada a qualidade da orientação nutricional intra-hospitalar mediante um questionário com perguntas fechadas pautado nos itens propostos nas diretrizes.^{9,18,26,27} As categorias de respostas foram “orientado”, “não orientado” e “não sei”. Observou-se, ainda, a presença ou não de recomendação sobre prática de atividade física após o IAM, conforme estabelecido nas diretrizes citadas anteriormente.

O estado nutricional dos pacientes foi obtido pelo índice de massa corporal (IMC), calculado por meio da relação do peso (kg) pela altura ao quadrado (m²) e classificado conforme os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).²⁸

Análise estatística

Foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar o pressuposto de normalidade amostral. As variáveis contínuas que apresentaram distribuição normal foram descritas em média e desvio-padrão, e as que não apresentaram distribuição normal foram apresentadas por intermédio de mediana e intervalo interquartil. Em seguida, utilizou-se o teste T de Student ou o teste de Mann-Whitney para os grupos independentes, de acordo com o padrão de normalidade da amostra. Quanto às variáveis categóricas, foram usadas frequência absoluta e porcentagem. Para comparar características das variáveis categóricas entre os dois grupos, aplicou-se o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando mais adequado. Como referência, o nível de significância de 5% foi observado. Um planejamento

amostral a fim de detectar diferenças de magnitude média entre as amostras dos serviços público e privado de saúde foi estabelecido, com significância de 1% e poder de 90% para comparações entre esses dois grupos. Como também foram utilizados testes não paramétricos para se obter o mesmo poder de teste, foi estabelecida correção de 0,864.²⁹ Na coleta, a amostra final manteve-se na proporção similar ao estabelecido inicialmente ($\chi^2 = 0,01$; $p = 0,912$), preservando as condições iniciais de poder, o nível de significância e o desenho, além de conservar o intuito preestabelecido de detectar apenas diferenças de magnitude média entre os dois grupos (público x privado). O programa SPSS for Windows Versão 17 foi utilizado para a análise estatística.

Resultados

Foram analisados 188 pacientes, dos quais 80,3% foram atendidos pelo serviço público, e 19,7%, pelo serviço privado de saúde do estado de Sergipe.

Características sociodemográficas

Os pacientes atendidos pelo serviço público apresentaram significativo predomínio de etnia não branca; menor classe social, com prevalência das classes D/E; e menor escolaridade (Tabela 1).

Características clínicas

Comparando os pacientes atendidos pelos dois serviços de saúde, observou-se que ambos os grupos apresentaram características clínicas semelhantes. A exceção foi o fator de risco “tabagismo”, em que os pacientes atendidos pelo serviço público apresentaram, significativamente, maior hábito de fumar (35,1% versus 13,5%; $p = 0,010$). Já para o histórico de IAM prévio, os pacientes atendidos pelo serviço privado de saúde apresentaram maior prevalência desse episódio (Tabela 2).

Orientação nutricional intra-hospitalar

De acordo com a amostra total, o contato com os pacientes foi realizado em 5 dias (IIQ 3-6 dias); quando analisado somente os do serviço público, a mediana foi de 4 dias (IIQ 4-6 dias), e no privado, de 5 dias (IIQ 3-6 dias).

Apesar de a maioria dos pacientes ter declarado que recebeu orientação nutricional intra-hospitalar, apenas 9,6% dessa conduta foi registrada em prontuário. No geral, de acordo com o relato dos pacientes, o médico foi o profissional da saúde que mais concedeu informações sobre a alimentação (85,8%) (Tabela 3).

Em comparação com o serviço público, maior contingente de pacientes do serviço privado relatou ter recebido orientação nutricional tanto verbal como escrita. Comparando os profissionais que concederam essas informações, o nutricionista foi significativamente mais mencionado pelos pacientes do serviço privado (50% versus 11,5%; $p < 0,001$). Constatou-se, também, que no serviço privado ocorreu mais registro de orientação nutricional em prontuário (37,8% versus 2,6%; $p < 0,001$) e de pacientes que haviam recebido aconselhamento nutricional previamente à internação (64,9% versus 33,8%; $p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes com IAMcSST atendidos nos hospitais de Sergipe de acordo com o tipo de serviço (público x privado)

Variáveis	Total (188)	Público (151)	Privado (37)	p valor
Idade, anos (média ± DP)	61,5 ± 11,7	61,3 ± 11,7	62,5 ± 11,7	0,798 ^T
Sexo masculino, n(%)	126 (67,0)	98 (64,9)	28 (75,7)	0,246 ^Q
Etnia, n(%)				
Branco	70 (37,2)	48 (31,8)	22 (59,5)	0,002 ^Q
Não branco	118 (62,8)	103 (68,2)	15 (40,5)	
Classe social, n(%)*				
A/B	11 (6,0)	2 (1,4)	9 (25,7)	< 0,001 ^Q
C	30 (16,5)	15 (10,2)	15 (42,9)	
D/E	141 (77,5)	130 (88,4)	11 (31,4)	
Escolaridade, n(%)				
Ensino Fundamental ou inferior	130 (69,1)	122 (80,8)	8 (21,6)	< 0,001 ^Q
Ensino Médio	38 (20,2)	20 (13,2)	18 (48,6)	
Ensino Superior ou pós-graduação	20 (10,6)	9 (6,0)	11 (29,7)	
Estado civil, n(%)				
Solteiro	12 (6,4)	10 (6,6)	2 (5,4)	1,000 ^Q
Casado/mora com companheiro	129 (68,6)	103 (68,2)	26 (70,3)	
Divorciado/viúvo	47 (25,0)	38 (25,2)	9 (24,3)	

DP: desvio padrão; T: test T para amostras independentes; Q: teste qui-quadrado. *Classificação social (IBGE, 2010) conforme renda familiar dos pacientes: A, acima de 20 salários mínimos; B, 10 a 20 salários mínimos; C, 4 a 10 salários mínimos; D, 2 a 4 salários mínimos; E, até 2 salários mínimos.

Tipos de orientação nutricional intra-hospitalar autorreferida

Quando comparados ao serviço público de saúde, maior número de pacientes do serviço privado mencionou receber orientações sobre restrição de embutidos ($p < 0,001$), carboidratos refinados ($p = 0,008$) e bebidas alcoólicas ($p = 0,002$), além de inserção de leites e derivados desnatados ($p = 0,01$), preparações grelhadas, cozidas e no vapor ($p < 0,001$), peixes ($p < 0,001$), azeite de oliva extravirgem ($p = 0,035$), frutas, legumes e verduras ($p < 0,001$), e grãos integrais e fibras ($p = 0,001$) (Figura 1).

Quanto às orientações gerais, os pacientes do serviço privado de saúde também declararam receber maior incentivo a praticar atividade física ($p = 0,02$), ingerir água ($p < 0,001$) e evitar jejum prolongado ($p < 0,001$) (Figura 1).

Em ambos os serviços de saúde, verificou-se o predomínio das orientações restritivas, sobretudo de sal e alimentos salgados, e de gorduras e frituras com prevalência de 52,3% e 70,3% no público e no privado, respectivamente ($p = 0,064$) (Figura 1).

Relação entre a orientação nutricional intra-hospitalar autorreferida e o conhecimento nutricional

Entre os pacientes que foram orientados, observou-se que o conhecimento nutricional foi maior no serviço privado, quando comparado ao público. Contudo, entre os pacientes não orientados, não foram verificadas diferenças no nível de conhecimento nutricional entre os serviços público e privado de saúde (Tabela 4).

Discussão

O principal achado da investigação foi a subutilização da orientação nutricional intra-hospitalar para portadores de IAMcSST, tanto no serviço privado como, sobretudo, no público. Neste último, constatou-se, ainda, que o registro em prontuário da referida orientação é praticamente inexistente. Essa constatação é preocupante, uma vez que a mudança do hábito alimentar faz parte do conjunto de recomendações classe 1 para o paciente pós-IAM e, se incentivada ainda no ambiente intra-hospitalar, aumenta significativamente a chance de adesão a essa terapia, devido ao alerta coronariano recente.^{9,16,17,19,20,26}

No cenário ideal, a orientação nutricional deveria continuar a ser oferecida mesmo após a alta hospitalar, porque reforçaria o trabalho desenvolvido nesse ambiente. Todavia, com a fragilização atual na estrutura da contrarreferência no país, é patente que os indivíduos que dependem exclusivamente do SUS carecem de facilidade logística para a execução dessa prática. Nesse contexto, a existência de orientação nutricional intra-hospitalar adequada poderia, em tese, suprir parcialmente tal deficiência.³⁰⁻³²

Além dessas constatações, verificou-se que o médico foi o profissional que mais atuou, concedendo as ditas orientações. Esse fato pode ser interpretado, pelo menos, de duas maneiras: inexistência ou falta de comunicação entre a equipe multiprofissional na instituição onde se encontrava o paciente e conduta de repassar as importantes orientações quanto à mudança do estilo de vida apenas no momento da alta hospitalar, rotineiramente realizada pelo médico.

Tabela 2 – Características clínicas dos pacientes com IAMcSST atendidos nos hospitais de Sergipe de acordo com o tipo de serviço (público x privado)

Variáveis	Total (188)	Público (151)	Privado (37)	Valor de p
PAS, mm Hg [†]	140 (128-160)	140 (128-160)	140 (123-160)	0,909 [#]
PAD, mm Hg [†]	86 (80-92)	84 (79-92)	90 (79-96)	0,190 [#]
FC, batimentos/min [‡]	85 (72-98)	85 (72-97)	80 (68-100)	0,849 [#]
Score GRACE	136 (119-157)	135 (119-155)	142 (117-168)	0,228 [#]
Score GRACE, n(%)				
< 140 (baixo risco)	98 (55,1)	81 (57,0)	17 (47,2)	0,349 ^{**}
≥ 140 (alto risco)	80 (44,9)	61 (43,0)	19 (52,8)	
Killip, n(%)				
I	169 (90,4)	139 (92,1)	30 (83,3)	0,108 ^{**}
II	12 (6,4)	9 (6,0)	3 (8,3)	
III	5 (2,7)	3 (2,0)	2 (5,6)	
IV	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (2,8)	
Fatores de risco cardiovasculares, n(%)				
História familiar de DAC precoce [§]	70 (37,2)	53 (35,1)	17 (45,9)	0,256 ^{**}
Hipertensão arterial sistêmica	129 (68,6)	103 (68,2)	26 (70,3)	1,000 ^{**}
Dislipidemia	76 (40,4)	57 (37,7)	19 (51,4)	0,139 ^{**}
Diabetes melito	60 (31,9)	48 (31,8)	12 (32,4)	1,000 ^{**}
Tabagismo	58 (30,9)	53 (35,1)	5 (13,5)	0,010 ^{**}
História clínica, n(%)				
AVC prévio ^{//}	20 (10,6)	17 (11,3)	3 (8,1)	0,769 ^{††}
Infarto agudo do miocárdio prévio	12 (6,4)	6 (4,0)	6 (16,2)	0,015 ^{**}
Insuficiência cardíaca	7 (3,7)	6 (4,0)	1 (2,7)	1,000 ^{††}
ICP prévia [¶]	10 (5,3)	5 (3,3)	5 (13,5)	0,027 ^{**}
Diagnóstico nutricional, n(%)				
Baixo peso	3 (1,6)	2 (1,5)	1 (2,9)	0,171 ^{**}
Eutrófico	64 (37,6)	53 (39,3)	11 (31,4)	
Sobrepeso	70 (41,2)	58 (43,0)	12 (34,3)	
Obesidade	33 (19,4)	22 (16,3)	11 (31,4)	

(*) PAS: pressão arterial sistólica; (†) PAD: pressão arterial diastólica; (‡) FC: frequência cardíaca; (§) DAC: doença arterial coronariana; (//) AVC: acidente vascular periférico; (¶) ICP: intervenção coronariana percutânea; (#) Teste Mann-Whitney; (**) Teste qui-quadrado; (††) Teste exato de Fisher.

As diretrizes atuais indicam que a orientação nutricional deve ser realizada e incentivada por toda a equipe multiprofissional especializada envolvida no cuidado ao paciente, composta por cardiologista, enfermeiro, nutricionista e outros profissionais, com o objetivo de promover educação em saúde ao paciente e incentivar a mudança de hábitos relacionados ao estilo de vida.^{9,16,20,26} Em situações mais específicas, o nutricionista da equipe pode intervir com orientações mais individualizadas, por ser o profissional mais habilitado para tal conduta.

Outro achado importante foi a disparidade na qualidade da orientação nutricional entre os serviços público e privado de saúde. A observação dos elementos constituintes das orientações concedidas revela que os usuários do serviço privado foram privilegiados, sobretudo, com a inserção de alimentos considerados cardioprotetores. Ressalta-se que esse tipo de orientação faz parte das recomendações nutricionais preconizadas atualmente.^{7,9,10,26,27}

Apesar de os pacientes do serviço privado terem declarado receberem mais orientação nutricional do que os do serviço público, ambos obtiveram menos de 50% na maioria dos itens analisados. Essa baixa prevalência evidencia que o momento do repasse das informações para o paciente e/ou acompanhante ainda necessita de uma atenção maior dos profissionais da saúde nos dois serviços, uma vez que a mudança dos hábitos alimentares está relacionada com o efeito cardioprotetor.^{7,11,14,15}

O Lyon Diet Heart Study, um dos estudos pioneiros com sobreviventes de IAM, feito por Lorgeril et al.,¹¹ evidenciou que a adesão a uma dieta rica em frutas, legumes e ácido α -linolênico, além de ter baixo teor de gorduras saturadas e sal, pode diminuir até 70% das mortes por doenças cardíacas, tendo ainda um efeito cardioprotetor de até 4 anos após o primeiro IAM. Mais recentemente, Miller et al.¹⁵ demonstraram, mediante o estudo Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE),

Tabela 3 – Presença da orientação nutricional registrada pelos profissionais e autorreferida pelos pacientes com IAMcSST atendidos nos hospitais de Sergipe de acordo com o tipo de serviço (público x privado)

Orientação nutricional	Total (188)	Público (151)	Privado (37)	Valor de p
Orientação nutricional autorreferida pelo paciente, n(%)*	113 (60,1)	87 (57,6)	26 (70,3)	0,191 ^{**}
Forma de repasse da orientação, n(%)*				
Somente verbal	63 (55,8)	50 (57,5)	13 (50,0)	0,288 ^{**}
Somente escrita	38 (44,2)	33 (37,9)	5 (19,2)	0,064 ^{***}
Verbal + escrita	12 (10,6)	4 (4,6)	8 (30,8)	< 0,001 ^{***}
Profissional que orientou, n(%)*				
Médico	97 (85,8)	77 (88,5)	20 (76,9)	0,196 ^{**}
Nutricionista	23 (20,4)	10 (11,5)	13 (50,0)	< 0,001 ^{***}
Outros	3 (2,7)	3 (3,4)	0 (0,0)	1,000 ^{***}
Orientação registrada em prontuário, n(%)	18 (9,6)	4 (2,6)	14 (37,8)	< 0,001 ^{***}
Profissional que registrou a orientação em prontuário, n(%)				
Nutricionista	9 (50,0)	0 (0)	9 (64,3)	0,082 ^{***}
Médico	9 (50,0)	4 (100)	5 (35,7)	
Orientação prévia à internação, n(%)	75 (39,9)	51 (33,8)	24 (64,9)	0,001 ^{**}

*Informações declaradas pelo próprio paciente após a alta hospitalar, via ligação telefônica; **Teste qui-quadrado; ***Teste exato de Fisher.

realizado em 18 países, que o consumo diário de frutas, vegetais e leguminosas foi inversamente associado ao aparecimento de DCV, sobretudo IAM, e mortalidade cardiovascular.

A baixa prevalência da orientação nutricional na rede pública pode ter sido afetada pela menor concentração de profissionais da saúde nesse tipo de serviço. Isso porque, apesar de o SUS atender a maior parte da população brasileira, atualmente, a rede privada de saúde apresenta três vezes mais médicos à sua disposição.³³ Em relação às outras profissões, em Sergipe, esse cenário não é diferente. Apesar de o hospital que presta serviço público apresentar maior quantitativo de leitos em comparação aos da rede privada de saúde, observou-se menor número de nutricionistas na assistência hospitalar desse serviço, fato que vai de encontro ao estabelecido na resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) n. 600/2018.³⁴ Esse menor quantitativo de profissionais para uma alta demanda pode afetar o cuidado integral do paciente e, conseqüentemente, a qualidade da orientação nutricional.

A maneira como a orientação foi repassada pode ter sido outro ponto que influenciou na baixa prevalência da orientação nutricional no serviço público, uma vez que a maioria dos entrevistados desse serviço relataram que ela foi feita verbalmente. Por outro lado, muitos daqueles que receberam as recomendações de modo escrito informaram que elas eram sucintas, precárias e desprovidas de linguagem verbal, dificultando a compreensão. Diante disso, não se deve deixar de especular que tais acontecimentos tenham dificultado a lembrança dos pacientes nas entrevistas da presente investigação.

De modo geral, verificou-se o predomínio, em ambos os serviços, de orientações proibitivas (restrição de sal e/ou alimentos salgados e restrição de gorduras e frituras).

Essa constatação se deve, provavelmente, à maior praticidade de tal conduta e ao fato de ela ter sido realizada, na maioria das vezes, pelo médico. Sabe-se que a promoção da inserção e/ou substituição de alimentos na dieta requer um conhecimento mais aprofundado sobre as características dos nutrientes, cuja capacitação fica ao encargo do nutricionista.^{35,36} Essa atitude, advinda de uma orientação nutricional incompleta ou até mesmo da ausência dela, acaba não educando o paciente para realizar trocas alimentares saudáveis, o que pode comprometer o estado nutricional pela restrição de suas opções alimentares.

Além disso, durante a coleta, percebeu-se que a maioria dos entrevistados não sabia o que, de fato, as orientações significavam, mas apenas conheciam, de maneira geral, o que deveriam restringir, sem uma lista específica com os alimentos.

Resultados semelhantes foram encontrados por Gomes et al.,³⁶ os quais constataram que as orientações repassadas na consulta pelos profissionais de saúde da família aos usuários com hipertensão e/ou diabetes melito foram simplistas ou insuficientes. Não havia o detalhamento das explicações, com maior prevalência de recomendações proibitivas, sem levar em conta hábitos cotidianos dos sujeitos e sem estabelecer um diálogo participativo com os mesmos.

Em relação ao conhecimento nutricional, observa-se que, entre os pacientes orientados, ele foi maior no serviço privado de saúde. Esse resultado leva à reflexão sobre a possível influência positiva do nível de escolaridade na assimilação das informações repassadas, sem, entretanto, deixar de lembrar que o conhecimento nutricional também é construído por informações ao longo de toda a vida. A maioria dos pacientes do serviço privado já tinha recebido algum tipo de orientação nutricional prévia à internação, fator que também pode ter influenciado nesse resultado.^{37,38}

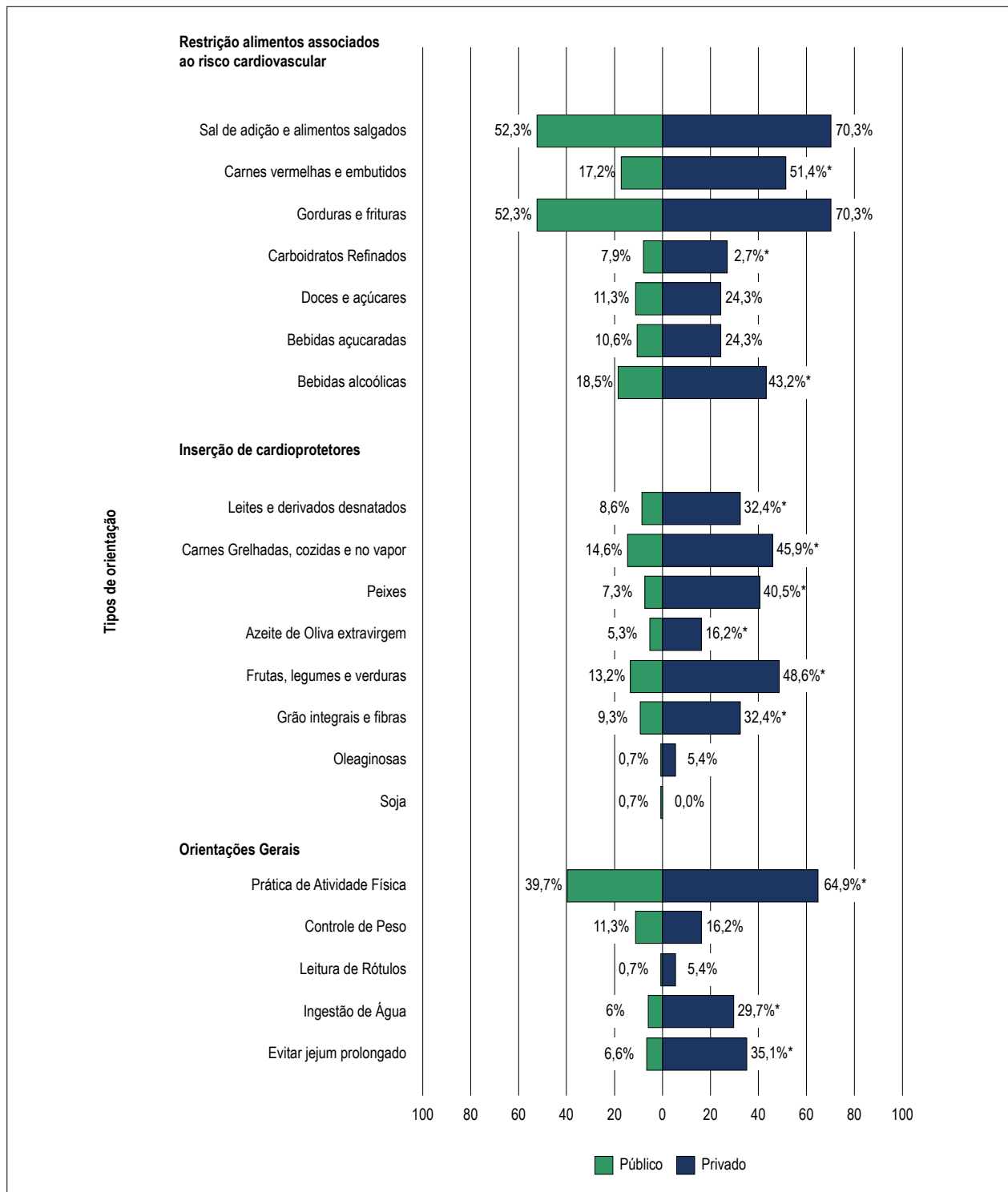


Figura 1 – Tipos de orientação nutricional intra-hospitalar autorreferida pelos pacientes com IAMcSST atendidos nos hospitais de Sergipe de acordo com o tipo de serviço (público x privado). (*) $p < 0,05$; Teste exato de Fisher.

Vale ressaltar que, embora a orientação nutricional facilite a melhora do conhecimento nutricional, este último, de acordo com o modelo conhecimento-atitude-comportamento, não é condição única para a adesão às práticas alimentares saudáveis,

podendo não provocar mudanças positivas significativas no comportamento alimentar. Entretanto, não se pode negar que ter o conhecimento nutricional facilita o início das fases de contemplação da mudança do comportamento do indivíduo.^{38,39}

Tabela 4 – Relação entre a orientação nutricional intra-hospitalar autorreferida e o conhecimento nutricional nos pacientes com IAMcSST atendidos nos hospitais em Sergipe de acordo com o tipo de serviço (público x privado)

Nível de conhecimento nutricional	Pacientes orientados (102)		p valor	Pacientes não orientados (68)		Valor de p
	Público	Privado		Público	Privado	
Baixo, n(%)	21 (26,3)	1 (4,5)	0,001*	14 (23,7)	0 (0)	0,240*
Moderado, n(%)	38 (47,5)	6 (27,3)		23 (39,0)	4 (44,4)	
Alto, n(%)	21 (26,3)	15 (68,2)		22 (37,3)	5 (55,6)	

*Teste qui-quadrado.

Esse cenário preocupante de subutilização da orientação nutricional intra-hospitalar pode ser modificado com a adoção de condutas simples na rotina de trabalho da equipe multiprofissional. Melhorar a comunicação, dedicar maior tempo e atenção às informações concedidas ao paciente e, em conjunto, entregar recomendações escritas individualizadas e com qualidade, para complementar e fixar a orientação, são medidas simples, de baixo custo e que podem levar a um desfecho clínico positivo.^{36,40}

Além disso, o fato de o momento de alta hospitalar ser geralmente de muita ansiedade para o paciente e os familiares pode acabar dificultando a assimilação da informação. Desse modo, a orientação nutricional não precisa ser restrita a esse momento, mas sim realizada durante todo o período intra-hospitalar, o que evitará também que o paciente receba alta antes de ser orientado.

É importante frisar ainda a necessidade de melhor vinculação entre os diferentes níveis assistenciais para a garantia do cuidado integral ao paciente cardíaco. Assim, o preparo adequado dos profissionais da saúde para a realização da contrarreferência e a melhor qualidade do serviço assistencial especializado para atender a demanda são fundamentais para o sucesso do encaminhamento.

Limitações

Algumas limitações inerentes à comunicação de orientações merecem ser destacadas, como: (1) muitas informações foram autorreferidas, ou seja, dependiam da memória do entrevistado, que pode ter sido influenciada por alguns fatores independentes como nível de escolaridade e condição clínica na hora da entrevista. Além disso, muitos pacientes eram idosos, o que pode levar a um viés de memória maior; e (2) devido a uma parte da pesquisa ser realizada pelo telefone, o contato com alguns pacientes foi comprometido, pela dificuldade de compreensão ou por problemas de saúde, como deficiência auditiva ou mental.

Com o intuito de diminuir as limitações da pesquisa, foi realizado um estudo-piloto previamente à coleta dos dados, com o objetivo de identificar o intervalo de tempo ideal para a realização da ligação telefônica e diminuir as perdas pela memória, além de padronizar as questões da entrevista para que todos os pacientes, independentemente do nível socioeconômico, entendessem os pontos levantados.

Conclusão

Os resultados dessa pesquisa demonstram a falta de registro em prontuário da orientação nutricional intra-hospitalar, bem

como a baixa qualidade dessa orientação concedida aos pacientes com IAMcSST em ambos os serviços de saúde em Sergipe, sobretudo no público.

Vale ressaltar que esses dados podem não representar apenas a realidade do estado de Sergipe, mas também uma situação nacional, que necessita ser melhor investigada a fim de proporcionar melhorias na qualidade do serviço de saúde como um todo no país, principalmente da orientação nutricional intra-hospitalar. Embora seja de baixo custo, essa é uma ação pouco realizada até então e, se alcançada de maneira equânime, poderá ser muito favorável para o aumento do conhecimento nutricional e do prognóstico clínico dos pacientes com IAMcSST.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Lima TCRM, Silva DG, Oliveira JC, Oliveira LCS, Arcelino LAM, Oliveira JC, Sousa ACS, Barreto Filho JAS; Obtenção de dados: Lima TCRM, Oliveira JC, Oliveira LCS, Arcelino LAM, Oliveira JC; Análise e interpretação dos dados: Lima TCRM, Silva DG, Barreto IDC, Sousa ACS, Barreto Filho JAS; Análise estatística: Lima TCRM, Barreto IDC; Obtenção de financiamento: Oliveira JC, Oliveira LCS, Oliveira JC, Barreto Filho JAS; Redação do manuscrito: Lima TCRM; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Silva DG, Barreto IDC, Oliveira JC, Oliveira LCS, Arcelino LAM, Oliveira JC, Sousa ACS, Barreto Filho JAS.

Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo foi financiado pelo CNPq, chamada pública nº14/2013.

Vinculação acadêmica

Este artigo é parte de dissertação de Mestrado de Ticiane Clair Remacre Munareto Lima pela Universidade Federal de Sergipe.

Aprovação ética e consentimento informado

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe sob o número de protocolo 2099.430. Todos os procedimentos envolvidos nesse estudo estão de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, atualizada em 2013. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes incluídos no estudo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011 [citado 15 dez. 2018]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.
2. Caluza ACV, Barbosa AH, Gonçalves I, Oliveira CA, Matos LN, Zeefried C, et al. ST-Elevation myocardial infarction network: systematization in 205 cases reduced clinical events in the public health care system. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(5):1040-8.
3. Huguenin FP, Pinheiro RS, Almeida RMVR, Catelli AF. Characterization of the variation of health care taking into account the costs of hospital admissions for acute myocardial infarction in Brazilian Unified Health System. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2016;19(2):229-42.
4. Brant LCC, Nascimento BR, Passos VMA, Duncan BB, Bensenõr IJM, Malta DC, et al. Variations and particularities in cardiovascular disease mortality in Brazil and Brazilian states in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(Suppl 1):116-28.
5. World Health Organization (WHO). Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 15 dez. 2018]. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/.
6. Herdy AH, López-Jiménez F, Terzic CP, Milani M, Stein R, Carvalho T, et al. Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2014;103(2):1-31.
7. Urbinati S, Olivari Z, Gonzini L, Savonitto S, Farina R, Del Pinto M, et al. Secondary prevention after acute myocardial infarction: drug adherence, treatment goals, and predictors of health lifestyle habits. The BLITZ-4 Registry. *Eur J Prev Cardiol.* 2015;22(12):1548-56.
8. Sandesara PB, Lambert CT, Gordon NF, Fletcher GF, Franklin BA, Wenger NK, et al. Cardiac rehabilitation and risk reduction: time to “rebrand and reinvigorate”. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65(4):389-95.
9. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 2016;37(29):2315-81.
10. Falud AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(2 Suppl 1):1-76.
11. Lorgèril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction final report of the Lyon diet heart study. *Circulation.* 1999;99(6):779-85.
12. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):937-52.
13. Chen ST, Maruthur NM, Appel LJ. The effect of dietary patterns on estimated coronary heart disease risk results from the dietary approaches to stop hypertension (DASH) trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3(5):484-9.
14. Ros E, Martínez-González MA, Estruch R, Salas-Salvador J, Fitó M, Martínez JA, et al. Mediterranean diet and cardiovascular health: teachings of the PREDIMED study. *Adv Nutr.* 2014;5(3):330S-6S.
15. Miller V, Mente A, Dehghan M, Rangarajan S, Zhang X, Swaminathan S, et al. Fruit, vegetable, and legume intake, and cardiovascular disease and deaths in 18 countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet.* 2017;390(10107):2037-49.
16. Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömsstrom-Lundqvist C, et al. Task force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2012;33(20):2569-619.
17. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2015;37(3):267-315.
18. Van Horn L, Carson JA, Appel LJ, Burke LE, Economos C, Karmally W, et al. Recommended Dietary Pattern to Achieve Adherence to the American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) Guidelines: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2016;134(22):e505-29.
19. Sacks FM, Lichstein AH, Wu JHY, Appel LJ, Creager MA, Kris-Etherton PM, et al. Dietary fats and cardiovascular disease: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation.* 2017;136(3):e1-23.
20. Schiele F, Gale CP, Bonnefoy E, Capuano F, Claeys MJ, Danchin N, et al. Quality indicators for acute myocardial infarction: A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2017;6(1):34-59.
21. Ferreira GMTM, Correia LC, Reis H, Ferreira Filho CB, Freitas F, Ferreira GM, et al. Increased Mortality and Morbidity Due to Acute Myocardial Infarction in a Public Hospital, in Feira de Santana, Bahia. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(2):97-99.
22. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(6):968-76.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências no Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
24. Piegas LS, Timerman A, Feitosa CS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2015;105(2 Supl 1):1-105.
25. Scagliusi FB, Polacow Vo, Cordás TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, et al. Translation, adaptation and psychometric evaluation of the National Health Interview Survey Cancer Epidemiology Nutrition Knowledge Scale. *Rev Nutr.* 2006;19(4):425-36.
26. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2018;39(2):119-77.
27. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad M H, Rocha VZ, Sposito AC, et al. Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(4 Supl 1):1-22.
28. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: Report of a WHO consultation; 2000. (WHO Technical Report Series 894).
29. Randles RH, Wolfe DA. Introduction to the theory of nonparametric statistics. New York: Wiley; 1979.

30. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities. *Cad Saude Pública*. 2010;26(2):286-98.
31. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich, C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013;21(1):8 telas.
32. Cunha KS, Erdmann AL, Higashi GDC, Baggio MA, Kahl C, Koerich C, et al. Myocardial revascularization: unveiling strategies in reference and counter reference in primary health care. *Rev Baiana Enferm*. 2016;30(1):295-304.
33. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AG, Miotto BA, Mainardi GM, Matijasevich A, et al. Demografia médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015.
34. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 de maio de 2018; Seção 1. p. 1-55.
35. Sialvera TE, Papadopoulou A, Efstathiou SP, Trautwein EA, Ras RT, Kollia N, et al. Structured advice provided by a dietitian increases adherence of consumers to diet and lifestyle changes and lowers blood low-density lipoprotein (LDL)-cholesterol: the increasing adherence of consumers to diet & lifestyle changes to lower (LDL) cholesterol (ACT) randomised controlled trial. *J Hum Nutr Diet*. 2017;31(2):197-208.
36. Gomes MF, Santos RSAF, Fontbonne A et al. Orientações sobre alimentação ofertadas por profissionais da estratégia de saúde da família durante as consultas aos hipertensos e diabéticos. *Rev APS*. 2017;20(2):203-11.
37. Assis MM, Penna LF, Neves CM, Mendes APCC, Oliveira RM, Pereira Netto M. Avaliação do conhecimento nutricional e comportamento alimentar após educação alimentar e nutricional em adolescentes de Juiz de Fora – MG. *HU Revista*. 2014;40(3-4):135-43.
38. Barbosa LB, Vasconcelos SML, Correia LOS, Ferreira RC. Nutrition knowledge assessment studies in adults: a systematic review. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):449-62.
39. Aldrich L. Consumer use of information: implications for food policy. Washington, DC: USDA; 1999. (Agricultural Handbook Report; 715).
40. Schneider S, Diehl K, Bock C, Herr RM, Mayer M, Görg T. Modifying health behavior to prevent cardiovascular diseases: a nationwide survey among german primary care physicians. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(4):4218-32.

