ARTIGO ORIGINAL

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Bianca Freitas Cunha Araújo[1]
Ana Beatriz Ardel Akahoshi Gasparelli[2]
Liane Murari Rocha[3]

Destaques: (1) O questionário traduzido e adaptado apresentou boa compreensão pelo público-alvo. (2) A tradução e adaptação são relevantes dada a escassez de instrumentos nacionais. (3) O conhecimento das barreiras será importante na prevenção da desnutrição hospitalar.

PRE-PROOF
(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2026.51.16258

Como citar:
Araújo BFC, Gasparelli ABAA, Rocha LM. Tradução e adaptação transcultural do questionário de acesso à alimentação hospitalar para a população brasileira. Rev. Contexto & Saúde. 2026;26(51):e16258

[1] Universidade Federal da Grande Dourados. Faculdade de Ciências da Saúde. Dourados/MS, Brasil. https://orcid.org/0009-0003-5104-672X

[2] Universidade Federal da Grande Dourados. Faculdade de Ciências da Saúde. Dourados/MS, Brasil. https://orcid.org/0009-0009-1494-1382

[3] Universidade Federal da Grande Dourados. Faculdade de Ciências da Saúde. Dourados/MS, Brasil. http://orcid.org/0000.0001.9805.5154

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

RESUMO

Objetivo: realizar a tradução e adaptação transcultural do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar e realizar a aplicação do questionário em pacientes hospitalizados. **Método**: na primeira etapa realizou-se a tradução e adaptação do questionário em seis passos: traduções iniciais, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê, pré-teste e submissão e aprovação. Foram calculados o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), fruto da avaliação do comitê de especialistas, formado para este trabalho, e o Índice de incompreensão (II), proveniente da aplicação do questionário no pré-teste em um grupo de 11 pacientes hospitalizados. Na segunda etapa foi realizado um estudo descritivo com a aplicação da versão final do questionário em 53 pacientes hospitalizados. Foram coletados dados socioeconômicos, clínicos e antropométricos para caracterização da amostra. **Resultados**: todos os passos foram devidamente cumpridos, o IVC obtido pela avaliação das versões original, retrotraduzida e da pré-final em português foi ≥ 80%, atestando, portanto, a equivalência das questões. O resultado do II no pré-teste foi < 20% para todas as questões. Após a aplicação do questionário, a análise de frequência demonstrou que a maioria (56,6%) dos pacientes estavam em risco ou comprometidos quanto às barreiras organizacionais e físicas. Observou-se que 30,2% dos pacientes não recebeu comida quando a refeição foi perdida e/ou teve dificuldade para alcançar a comida. **Conclusão**: a versão traduzida e adaptada culturalmente para o português do questionário apresentou boa compreensão pelo público-alvo; houve uma frequência importante de barreiras da alimentação entre os pacientes avaliados.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Nutrição. Dietoterapia. Traduções.

INTRODUÇÃO

A dietoterapia, por meio da alimentação, tem como objetivos a manutenção ou recuperação do estado nutricional dos pacientes, o preparo para procedimentos cirúrgicos e clínicos, a melhora da resposta imunológica e da cicatrização, entre outros. A necessidade de adequação da alimentação ao tipo de doença e às diversas condições dos pacientes exige que as dietas sejam modificadas, por exemplo, quanto à consistência[1,2].

PRE-PROOF

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Apesar da indicação terapêutica, essas dietas modificadas podem comprometer a aceitação da alimentação[3], entretanto, outros fatores também podem comprometê-la, como aqueles relacionados ao próprio paciente e ao ambiente hospitalar[4]. Por isso, o consumo alimentar inferior às necessidades nutricionais é um achado comum em pacientes hospitalizados[5–7]. Este é um dado preocupante, considerando a elevada ocorrência de desnutrição em ambiente hospitalar e a sua associação com a mortalidade[8,9].

Com o objetivo de investigar as dificuldades enfrentadas pelos pacientes durante a internação, um estudo qualitativo realizado por pesquisadores da Inglaterra identificou fatores limitantes para ingestão adequada, como a falta de acesso à comida quando os pacientes sentiam fome ou a pouca quantidade servida, a falta de assistência que fazia com que os pacientes deixassem de se alimentar, bem como interrupções por profissionais e perturbações sonoras. Esses fatores relacionados ao ambiente hospitalar, que podem dificultar o acesso e a ingestão alimentar, são denominados barreiras da alimentação[10].

Na ausência de um instrumento para avaliar as barreiras da alimentação, o grupo de pesquisadores ingleses mencionado elaborou o Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar[11] a partir do estudo qualitativo previamente publicado[10], apresentando dados importantes sobre a presença dessas barreiras. Este questionário foi utilizado em pesquisas subsequentes[7,12], demonstrando ser um instrumento eficaz na identificação das barreiras da alimentação.

No Canadá, em uma campanha realizada contra a desnutrição, denominada *Canadian Malnutrition Task Force*, foi utilizada uma versão adaptada do questionário e os resultados demonstraram que 69,2% dos pacientes não receberam comida quando a refeição foi perdida, 41,8% foram interrompidos durante as refeições e 41,1% se sentiam muito cansados para comer[12]. Outro estudo, realizado na Austrália, mostrou que 36% dos pacientes tinham dificuldade para abrir pacotes, 29% relataram que as informações do cardápio eram insuficientes, 28% foram interrompidos pela equipe durante as refeições, 24% estavam numa posição desconfortável para comer e 21% tiveram dificuldade para alcançar os alimentos[7].

Apesar da relevância do tema e dos dados já publicados de outros países, não há dados sobre as barreiras encontradas em hospitais brasileiros, devido à ausência de um instrumento específico para sua avaliação. Além da preocupação com a baixa aceitação da dieta, associada

PRE-PROOF

à desnutrição hospitalar e ao aumento da mortalidade[8-9], a insegurança alimentar ainda afeta parcela expressiva da população brasileira, atingindo 18,9 milhões de pessoas (24,2% dos domicílios)[13]. Nesse contexto, muitos pacientes já podem apresentar vulnerabilidades relacionadas à alimentação antes mesmo da internação, o que pode ser agravado no ambiente hospitalar, tornando fundamental compreender essa questão no contexto assistencial. Assim, este estudo tem como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente o Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar para o português e aplicá-lo em pacientes hospitalizados.

MÉTODO

A fim de atingir os objetivos, a metodologia foi dividida em duas etapas. A primeira etapa aborda a tradução e a adaptação transcultural do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar e a segunda etapa aborda a aplicação do questionário em amostra de pacientes hospitalizados. Essas etapas são descritas a seguir (Figura 1).

PRE-PROOF

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

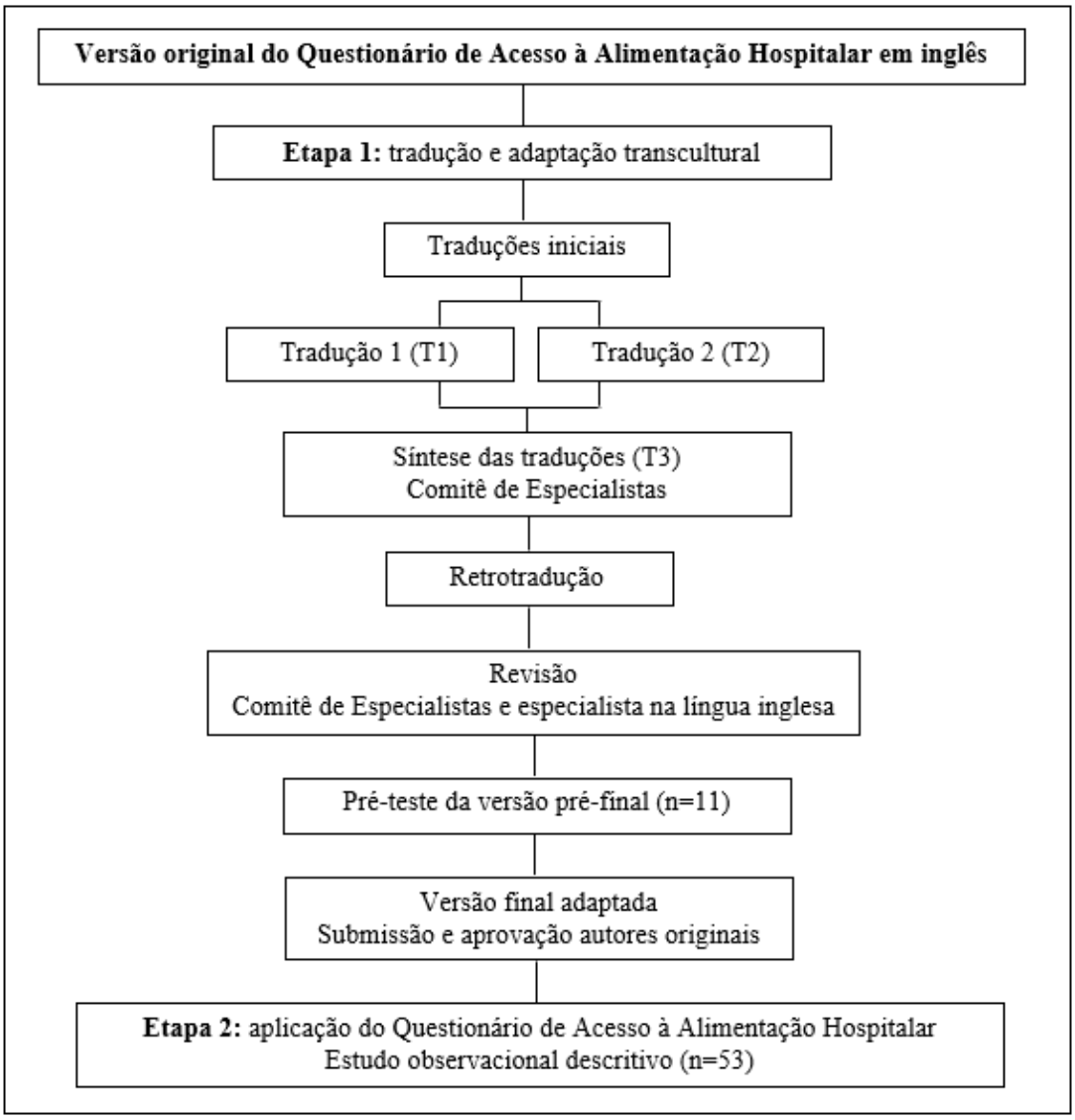


Figura 1. Fluxograma das etapas da tradução e adaptação transcultural do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar e da sua aplicação.

O questionário é composto por 27 questões, divididas em cinco domínios: a) Fome: composto por 4 questões; b) Barreiras físicas: composto por 7 questões; c) Barreiras organizacionais: com 6 questões; d) Escolhas alimentares: contendo 5 questões; e e) Qualidade das refeições: com 5 itens. As respostas são em escala do tipo *Likert*, com quatro categorias. Na análise, as respostas foram dicotomizadas (itens afirmativos = 1; itens negativos = 0). A pontuação para cada domínio corresponde à soma dos itens afirmativos. São considerados "em

risco" os pacientes que afirmam um ou dois itens para cada domínio, e "comprometidos" os pacientes que afirmam três ou mais itens para cada domínio[11].

Etapa 1: tradução e adaptação transcultural

Trata-se de um estudo qualitativo de tradução e adaptação transcultural do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar, realizado após permissão do autor original, concedida por escrito. A tradução e adaptação transcultural foram realizadas seguindo a metodologia proposta por Beaton e colaboradores (2000)[14], composta por seis passos: traduções iniciais, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê, pré-teste e submissão e aprovação. Também foi utilizado o *checklist* para Tradução e Adaptação Transcultural de Questionários em Saúde[15].

Traduções iniciais

Inicialmente, foram realizadas duas traduções (T1 e T2) do texto original para o idioma-alvo, elaboradas por duas tradutoras independentes, bilíngues, com o português do Brasil como língua materna. Uma dessas tradutoras era profissional de saúde. Neste passo, o estilo das questões e a equivalência semântica foram respeitados[14].

Síntese das traduções

Na sequência, as duas traduções resultantes foram revisadas, discutidas e sintetizadas (T3) por um comitê de especialistas composto por quatro nutricionistas, com experiência na área hospitalar e domínio da língua inglesa, e duas graduandas em Nutrição. As tradutoras iniciais foram consultadas em casos de dúvida. A decisão foi consensual na definição de uma versão que fosse mais compreensível para o público-alvo e com maior similaridade ao instrumento original. A versão sintetizada, obtida após a apreciação do comitê, foi submetida ao passo de retrotradução[14].

PRE-PROOF

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Retrotradução

Este passo consistiu na tradução da versão sintetizada em português para o inglês, realizada por uma tradutora nativa da língua inglesa, fluente em português, que não pertencia à área da saúde. Esta tradutora não teve acesso à versão original do questionário e não foi informada de que se tratava de um processo de retrotradução[14].

Revisão

A versão obtida pela retrotradução foi confrontada com a versão original em inglês. Na sequência, a versão original foi comparada com a versão em português pelos membros do comitê e por uma especialista na língua inglesa. A avaliação foi realizada individualmente e de forma independente, por meio de uma escala do tipo *Likert*, com quatro opções de resposta: sentença não equivalente = 1 ponto; impossível avaliar a equivalência da sentença sem que esta seja revista = 2 pontos; sentença equivalente, mas que necessita de alterações menores = 3 pontos; sentença totalmente equivalente = 4 pontos[16].

Com as respostas obtidas, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que avalia a proporção de respostas 3 e 4 atribuídas pelos especialistas do comitê, indicativas à presença de equivalência. Quando o IVC é ≥ 80%, atesta-se a equivalência; quando o IVC é < 80% são necessárias alterações com base nos comentários dos especialistas [16]. Após a realização deste passo e da realização das correções, obteve-se a versão considerada pré-final para aplicação no pré-teste.

Pré-teste

A versão pré-final foi aplicada em um grupo de 11 pacientes hospitalizados, com o objetivo de avaliar a compreensão do questionário pelo público-alvo. O pré-teste foi realizado em novembro de 2023, na Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), Mato Grosso do Sul (MS). O HU-UFGD integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para a macrorregião de Dourados-MS, composta por 33

PRE-PROOF

dos 79 municípios do estado. Além da aplicação da versão pré-final do questionário, também foram coletados dados socioeconômicos e clínicos, bem como realizada avaliação antropométrica e da aceitação da dieta, conforme descrição detalhada apresentada na Etapa 2.

Foram incluídos pacientes adultos e idosos (idade ≥ 18 anos), admitidos há, no mínimo, 72 horas, com alimentação via oral e que concordaram em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foram incluídos pacientes com doenças neurológicas que interferissem na cognição, pacientes com terapia nutricional (enteral e/ou parenteral) e aqueles com barreiras de comunicação, como o idioma.

Como o domínio "Escolhas alimentares" do questionário se refere à escolha do cardápio, e o HU-UFGD não dispõe desse sistema, foi realizada, no dia da coleta de dados, uma adaptação para possibilitar a compreensão das questões desse domínio pelos pacientes. Para isso, foi entregue um formulário com duas opções de cardápio, elaboradas com preparações de outras dietas, para que os pacientes selecionassem a opção que mais lhes agradava.

A versão pré-final foi preenchida preferencialmente pelos pacientes (público-alvo). Entretanto, aqueles impossibilitados para preencher o questionário, devido a alguma dificuldade, como falta de óculos ou estar acamado, receberam auxílio dos seus acompanhantes ou das pesquisadoras. Foi solicitado a todos que assinalassem as questões sobre as quais tiveram dúvidas, para esclarecimento posterior.

A fim de verificar compreensão e as dúvidas dos pacientes, foi calculado o Índice de Incompreensão (II) de cada questão[17]. Inicialmente, os pacientes e acompanhantes foram informados sobre o principal objetivo do preenchimento: avaliar a compreensão de cada questão. Em caso de dúvida, foi solicitado que registrassem suas observações por escrito em um espaço denominado "Sugestão". Essas dúvidas foram avaliadas pelo comitê. Quando o II é ≤ 20% para todas as questões, a versão em português do questionário pode ser considerada finalizada[18].

PRE-PROOF

Submissão e aprovação

A etapa de submissão e aprovação consistiu no encaminhamento da versão retrotraduzida do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar aos autores do instrumento original, com o objetivo de avaliar a equivalência em relação à versão inicial. Após análise, foi obtida a concordância formal dos autores quanto à versão adaptada.

Etapa 2: aplicação do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar

Após a obtenção da versão final do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar, foi realizado um estudo observacional descritivo, com coleta de dados no período de março a junho de 2024. Durante esse intervalo, foram incluídos 53 pacientes, consecutivamente, admitidos na Clínica Médica do HU-UFGD. Ressalta-se que os pacientes incluídos na etapa de pré-teste não participaram da etapa de aplicação do instrumento.

Os critérios de inclusão foram os mesmos adotados no pré-teste (Etapa 1), incluindo pacientes adultos e idosos (idade ≥ 18 anos), de ambos os sexos, admitidos há, no mínimo, 72 horas e com alimentação via oral, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foram incluídos pacientes com doenças neurológicas que interferissem na cognição, em terapia nutricional (enteral e/ou parenteral) ou com barreiras de comunicação, como o idioma.

Para a caracterização da amostra, foram coletados dados por meio de consulta ao prontuário e/ou por questionamento aos pacientes. Foram obtidas informações socioeconômicas (sexo, idade, renda familiar, escolaridade e ocupação) e clínicas (comorbidades, realização de cirurgia recente e presença de vômito, diarreia e dor nas últimas 24 horas). Também foram realizadas avaliação antropométrica e avaliação da aceitação da dieta.

A investigação socioeconômica foi realizada com base na renda familiar mensal, expressa em salários mínimos vigentes no momento da avaliação. Os intervalos considerados variaram de ≤ 1 a > 10 salários mínimos. Adicionalmente, os pacientes foram questionados quanto à escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, graduação, pós-graduação e sem

PRE-PROOF

instrução/não alfabetizado) e à ocupação (assalariado, autônomo, auxílio-doença, aposentado e desempregado).

A avaliação antropométrica incluiu a aferição do peso atual e da estatura. O peso foi mensurado em quilogramas, utilizando balança digital portátil previamente calibrada (Balmak®). Com os dados de peso e estatura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), classificado de acordo com referências para para adultos[19] e idosos[20].

A avaliação da aceitação da dieta foi realizada por meio da identificação da porcentagem de consumo de cada uma das seis refeições servidas no hospital (desjejum, colação, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia). Posteriormente, foi realizada a média do consumo diário, expressa em porcentagem[21].

Para análise dos dados foi construído um banco de dados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 25.0. Na análise descritiva, as varáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%), enquanto as variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão.

Aspectos éticos

Participaram do pré-teste (Etapa 1) e da aplicação do questionário (Etapa 2) os pacientes que concordaram em colaborar voluntariamente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A realização deste trabalho foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFGD, sob parecer n° 5.919.944 e CAEE: 67220223.1.0000.5160.

RESULTADOS

No pré-teste, o Índice de Incompreensão (II) foi inferior a 20% para todas as questões. Após a realização dos ajustes necessários, obteve-se a versão final em português do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar. A versão retrotraduzida foi submetida à apreciação dos autores do instrumento original, sendo aprovada mediante concordância por escrito. O instrumento adaptado culturalmente é apresentado na Tabela 1.

PRE-PROOF

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

No processo de tradução inicial do questionário, algumas questões apresentaram divergências entre as tradutoras. Após discussão, o comitê optou pela versão mais próxima à original. Alguns termos geraram dúvidas e foram discutidos. Por exemplo, na questão "*Choosing de right food is difficult because there isn't enough information on the menu sheet*" o termo "*right food*" foi traduzido como "alimento correto", entretanto, o termo "alimento" poderia ser interpretado de forma isolada, e não como refeições. Por isso, optou-se pelo termo "alimento/comida". Em relação ao termo "correto", discutiu-se se os pacientes (público-alvo) teriam conhecimento suficiente para identificar o que deveriam comer, sendo substituído pelo termo "ideal". Deste modo, o termo "*right food*" foi adaptado para "alimento/comida ideal".

Tabela 1. Versão original e versão em português culturalmente adaptada do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar.

Domínio	Ítem	Versão original em inglês*	Versão em português**
		Directions: these questions are about your experience of getting enough food to eat while you are in hospital. We want to find out whether the hospital provides enough food for patients to eat. Please tick the answer that applies to you.	Instruções: essas questões são sobre sua experiência a respeito de receber comida suficiente para se alimentar quando internado(a) em um hospital. Nós queremos saber se o hospital fornece comida suficiente para os pacientes se alimentarem. Por favor, marque a resposta que se aplica a sua experiência.
Escolhas alimentares		*How much do you agree or disagree with the following statements:*	Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?
	01	*I understand how to complete the menu sheet*	Eu sei como escolher as opções do cardápio
	02	*I have been able to choose meals that I like*	Eu consigo escolher as refeições que eu gosto
	03	*Choosing the right food is difficult because there isn't enough information on the menu sheet*	Escolher o alimento/comida ideal é difícil porque não há informação suficiente no cardápio.
	04	*Meals are served at times that suit me*	As refeições são servidas em horários adequados para mim
	05	*When the food arrives, I always want what I've ordered.* *Agree strongly* *Agree* *Disagree* *Disagree strongly*	Quando a comida chega, eu sempre quero o que pedi Concordo fortemente Concordo Discordo Discordo fortemente
Barreiras organizacionais	06	*I did not receive the food that I ordered*	Eu não recebi a comida que pedi
	07	*When I was eating I was disturbed. For example, by activities, noises or unpleasant smells?*	Quando eu estava comendo fui incomodado(a). Por exemplo, por atividades, barulhos ou cheiros desagradáveis.
	08	*My mealtimes are interrupted by the hospital staff wanting to speak to me or give me treatment?*	Meus horários de refeição são interrompidos pelos funcionários do hospital querendo falar comigo ou administrar algum tratamento.

PROOF

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

	09	*I missed my meals because I was not available when they were served*	Eu perdi minhas refeições porque eu não estava no momento em que elas foram servidas.
	10	*When I missed my meals, I was given hospital food by staff*	Quando eu perdi minhas refeições, por exemplo, quando fui levado(a) para fazer um exame no horário da refeição, recebi comida oferecida pelos funcionários do hospital.
		I never lost a meal	Eu nunca perdi uma refeição
	11	*When I needed help, I got the help I needed to eat my meals*	Eu recebi ajuda para comer as refeições quando precisei.
		I don't need help	Eu não precisei de ajuda
		Every meal	Todas as refeições
		Some meals, not every meal	Muitas refeições
		A few meals	Poucas refeições
		Never happened	Nunca aconteceu
Fome		*Since you came into hospital, how often did these experiences apply to you?*	Desde que você veio para o hospital, com que frequência essas situações aconteceram?
	A1	*My visitors bring in food for me because I am hungry*	Meus acompanhantes/visitantes trazem comida porque eu sinto fome
	A2	*I get hungry because the time between meals are too long?*	Eu sinto fome porque o período entre as refeições é muito longo
	A3	*I felt hungry but I could not ask staff for food*	Eu senti fome mas não consegui pedir comida para os funcionários do hospital
	A4	*I felt hungry and wanted something to eat but no food was available from the hospital*	Eu senti fome e queria algo para comer, mas não tinha comida fornecida pelo hospital
		Every day	Todos os dias
		Some days, not every day	Muitos dias
		A few days	Poucos dias
		Never happened	Nunca aconteceu
Barreiras físicas		*Have any of the following made it difficult to eat your meals*	Alguns dos seguintes itens causaram dificuldades para você fazer as suas refeições?
	Ph1	*Being in an uncomfortable position to eat in*	Estar em uma posição desconfortável para comer
	Ph2	*Difficulty reaching my food*	Dificuldade para alcançar a comida
	Ph3	*Difficulty cutting up my food*	Dificuldade para cortar os alimentos
	Ph4	*Difficulty opening packets/ unwrapping food*	Dificuldade para abrir pacotes ou desembrulhar os alimentos
	Ph5	*Difficulty feeding myself*	Dificuldade para me alimentar sozinho
	Ph6	*Not enough time to eat all the food that I wanted to eat*	Não tenho tempo suficiente para comer toda a comida que quero comer
	Ph7	*I need help to eat my meals*	Eu preciso de ajuda para me alimentar
		Every meal	Todas as refeições
		Some meals, not every meal	Muitas refeições
		A few meals	Poucas refeições
		Never happened	Nunca aconteceu
Qualidade das refeições		*In general how satisfied are you with the quality of hospital food?*	Em geral, quanto satisfeito(a) você está com a qualidade da comida do hospital?
	Q1	*Taste*	Sabor
	Q2	*Appearance*	Aparência
	Q3	*Smell*	Cheiro
	Q4	*Portion size*	Tamanho das porções
	Q5	*Temperature of food*	Temperatura da comida
		Extremely satisfied	Extremamente Satisfeito(a)

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

	Satisfied	Satisfeito(a)
	Dissatisfied	Insatisfeito(a)
	Extremely dissatisfied	Extremamente Insatisfeito(a)
Q6	*Rate portion size*	Avalie o tamanho das porções
	Too small	Muito pequeno
	Alright	Tamanho adequado
	Too big	Muito grande
Q7	*Rate temperature of food*	Avalie a temperatura da comida
	Too cold	Muito frio
	Alright	Temperatura adequada
	Too hot	Muito quente
	Effects of illness and treatment	Efeitos da doença e tratamento
	Directions: how often have any of the following affected the amount of food you've eaten during mealtimes?	Instruções: com que frequência os seguintes itens afetaram a quantidade de comida que você comeu durante as refeições?
E1	*Loss of appetite/didn't feel like eating*	Perda de apetite ou falta de vontade de comer
E2	*Sickness*	Doença
E3	*Pain*	Dor
E4	*Tired*	Cansaço
E5	*Worry*	Preocupação
E6	*Depressed*	Depressão (tristeza)
E7	*Breathing difficulties*	Dificuldade para respirar
E8	*Chewing or swallowing difficulties*	Dificuldades para mastigar ou engolir

*Fonte: Naithani e colaboradores, 2009[11]. **Fonte: autoras.

A questão "*When I missed my meals, I was given hospital food by staff"* traduzida como "Quando eu perdi minhas refeições, recebi comida oferecida pelos funcionários do hospital", decidiu-se incluir um exemplo para facilitar a compreensão, resultando na seguinte versão: "Quando eu perdi minhas refeições, por exemplo, quando fui levado(a) para fazer um exame no horário da refeição, recebi comida oferecida pelos funcionários do hospital".

Algumas opções de resposta também geraram discussão entre os membros do comitê. As respostas "*Every meal*", "*Some meals, not every meal*", "*A few meals*" e "*Never happened*" foram traduzidas como "Todas as refeições", "Algumas refeições, não em todas as refeições", "Poucas refeições" e "Nunca aconteceu", respectivamente. Observou-se que a distinção entre "Algumas refeições, não em todas as refeições" e "Poucas refeições" não era clara, podendo gerar dúvidas. Por isso, a resposta "Algumas refeições, não em todas as refeições" foi adaptada para "Muitas refeições". De modo semelhante, as opções de resposta "*Some days, not every day*" e "*A few days*" traduzidas como "Alguns dias, não todos os dias" e "Poucos dias", respectivamente, também geraram dúvidas. Optou-se pela adaptação de "Alguns dias, não todos os dias" para "Muitos dias".

PRE-PRINT

Na seção do questionário traduzida como “Efeitos da doença e tratamento” foram realizadas adaptações para o português com o objetivo de padronização. Os termos foram convertidos para substantivos. Assim, “*Tired*” foi traduzido para “Cansaço” para acompanhar os demais termos como: “Doença” e “Dor”. O termo “*Depressed*” foi traduzido como “Depressão”, entretanto, considerando a possibilidade de interpretação restrita a pacientes com diagnóstico formal, optou-se por incluir um sintoma relevante para a aceitação alimentar, a tristeza, resultando em “Depressão (tristeza)”.

O IVC, obtido pela avaliação das versões original e retrotraduzida, bem como da versão original e da versão pré-final em português, foi ≥ 80%, atestando a equivalência das questões e permitindo a realização do pré-teste.

A média de idade dos pacientes incluídos no pré-teste (Etapa 1) foi de 50,8±17,4 anos e a aceitação média da dieta foi de 88,6±18,5%. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (54,5%), da raça branca (70%), com ensino fundamental (63,6%) e renda mensal entre 1 a 3 salários mínimos (54,5%). A média de IMC foi 23,4±3,4 kg/m^2. Do total da amostra, o questionário foi preenchido por 36,4% dos pacientes e 27,3% dos acompanhantes, enquanto 36,4 % dos pacientes necessitaram de auxílio das pesquisadoras para leitura e preenchimento. O II foi inferior a 20% para todas as questões. Deste modo, obteve- se a versão final do questionário.

Na Etapa 2, o questionário foi aplicado em 53 pacientes, com média de idade de 60,8±16,2 anos. A aceitação média da dieta foi de 80,7±26,9 %. Semelhante à amostra do pré-teste, a maioria dos pacientes era do sexo feminino, da raça branca, com ensino fundamental e com renda mensal entre 1 a 3 salários mínimos. A média de IMC foi 26,3±4,4 kg/m^2. Ressalta-se que, para alguns pacientes, não foi possível obter as medidas antropométricas devido à limitação física (Tabela 2).

PRE-PROOF

Tabela 2. Caracterização socioeconômica, clínica e do estado nutricional dos pacientes incluídos estudo realizado no HU-UFGD com a versão final do questionário (n=53).

Características	n (%)
Sexo	
Masculino	25 (47,2)
Feminino	28 (52,8)
Raça	
Branca	32 (60,4)
Preta	2 (3,8)
Parda	18 (34,0)
Amarela	1 (1,9)
Renda familiar mensal**	
< 1 salário mínimo	16 (30,2)
> 1 – 3 salários mínimos	30 (56,6)
> 3 – 5 salários mínimos	4 (7,5)
> 5 salários mínimos	3 (5,7)
Escolaridade	
Sem instrução/não alfabetizado	8 (15,1)
Ensino fundamental incompleto	24 (45,3)
Ensino fundamental completo	5 (9,4)
Ensino médio incompleto	5 (9,4)
Ensino médio completo	9 (17,0)
Ensino superior	2 (3,8)
Ocupação	
Desempregado	14 (26,4)
Autônomo	3 (5,7)
Assalariado	9 (17,0)
Aposentado	23 (43,4)
Comorbidades	
Hipertensão arterial sistêmica	26 (49,1)
Diabetes Mellitus	15 (28,3)
Nefropatia	18 (34,0)
Cardiopatia	12 (22,6)
Hepatopatia	5 (9,4)
Cirurgia realizada nos últimos 6 meses	12 (22,6)
Presença de vômito*	5 (9,4)
Presença de diarreia*	3 (5,7)
Presença de dor*	26 (50,9)
Estado nutricional – Classificação do IMC	
Baixo peso	3 (6,7)
Peso adequado	23 (51,1)
Sobrepeso ou obesidade	19 (42,2)

*Últimas 24h. **Valor do salário mínimo R$1.420,00. IMC: Índice de massa corporal Fonte: autoras.

Os dados referentes à classificação do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar são apresentados na Tabela 3. Observou-se maior frequência de pacientes classificados como comprometidos e em risco quanto às barreiras organizacionais, seguidas pelas barreiras físicas.

PRE-PROOF

Considerando o somatório dessas categorias, a maioria dos pacientes relatou a presença de barreiras organizacionais (56,6%) e físicas (56,6%).

Tabela 3. Classificação dos pacientes avaliados (n=53) quanto ao risco ou comprometimento de acesso à alimentação.

Domínios do questionário de acesso à alimentação	Sem risco n (%)	Em risco n (%)	Comprometidos n (%)
Barreiras organizacionais	23 (43,4)	16 (30,2)	14 (26,4)
Fome	41 (77,4)	10 (18,9)	2 (3,8)
Barreiras físicas	23 (43,4)	18 (34,0)	12 (22,6)
Qualidade da dieta	41 (77,4)	8 (15,1)	4 (7,5)

Fonte: autoras.

Na Tabela 4, são apresentadas as frequências de respostas afirmativas para cada questão do questionário. No que se refere às barreiras organizacionais, a situação mais frequente foi a perda de refeições, 30,2% dos pacientes relataram terem perdido uma refeição, por exemplo devido a realização de exames ou procedimentos, sem posterior oferta de alimentação pelos funcionários em todas as ocasiões. Assim que liberado para se alimentar, os funcionários do hospital devem providenciar a refeição perdida ao paciente. Outras barreiras organizacionais mencionadas com maior frequência (26,4% cada) foram: a) A ausência de ajuda para se alimentar em todas as refeições; b) A interrupção das refeições por funcionários para administrar tratamentos ou conversar; e c) Incômodo durante as refeições, por atividades ou barulhos, por exemplo.

Em relação às barreiras físicas, a dificuldade para alcançar a comida foi a mais frequente (30,2%), seguida pela dificuldade para cortar os alimentos (28,3%) e pela posição desconfortável para se alimentar (28,3%) (Tabela 4).

PRE-PROOF

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Tabela 4. Frequência de resposta afirmativa por questões do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar.

Barreiras de acesso à alimentação	**Afirmativa n (%)**
Barreiras organizacionais	
Eu não recebi a comida que eu pedi	13 (24,5)
Quando eu estava comendo eu fui incomodado(a). Por exemplo, por atividades, barulhos ou cheiros desagradáveis	14 (26,4)
Meus horários de refeição são interrompidos pelos funcionários do hospital querendo falar comigo ou administrar algum tratamento	14 (26,4)
Eu perdi minhas refeições porque eu não estava no momento em que elas foram servidas	6 (11,3)
Quando eu perdi minhas refeições, por exemplo, quando fui levado(a) para fazer um exame no horário da refeição, ocorreu dos funcionários não me darem comida do hospital	16 (30,2)
Eu não recebi ajuda para comer em todas as refeições que precisei	14 (26,4)
Fome	
Meus acompanhantes/visitantes trazem comida porque eu sinto fome	3 (5,7)
Eu sinto fome porque o período entre as refeições é muito longo	7 (13,2)
Eu senti fome mas não consegui pedir mais comida para os funcionários do hospital	3 (5,7)
Eu senti fome e queria algo para comer, mas não tinha comida fornecida pelo hospital	4 (7,5)
Barreiras físicas	
Estar em uma posição desconfortável para comer	15 (28,3)
Dificuldade para alcançar a comida	16 (30,2)
Dificuldade para cortar os alimentos	15 (28,3)
Dificuldade para abrir pacotes ou desembrulhar os alimentos	13 (24,5)
Dificuldade para me alimentar sozinho	14 (26,4)
Não tenho tempo suficiente para comer toda a comida que quero comer	1 (1,9)
Eu preciso de ajudar para me alimentar	14 (26,4)
Qualidade da alimentação*	
Sabor	4 (7,5)
Aparência	7 (13,2)
Cheiro	6 (11,3)
Tamanho das porções	7 (13,2)
Temperatura da comida	3 (5,7)
Efeitos da doença e tratamento**	
Perda de apetite ou falta de vontade de comer	34 (64,2)
Doença	31 (58,5)
Dor	21 (39,6)

Cansaço	19 (35,8)
Preocupações	17 (32,1)
Depressão (tristeza)	14 (26,4)
Dificuldade para respirar	15 (28,3)
Dificuldade para mastigar ou engolir	18 (34,0)

*Insatisfação; **Sintomas que afetaram a quantidade de comida. Fonte: autoras.

DISCUSSÃO

A versão traduzida e adaptada culturalmente para o português do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar apresentou adequada compreensão pelo público-alvo, evidenciando sua aplicabilidade no contexto brasileiro. Esse achado assume relevância diante da inexistência de instrumento em português para a avaliação sistemática das barreiras da alimentação em ambiente hospitalar. No presente estudo, observou-se maior frequência de barreiras organizacionais e físicas, indicando que fatores relacionados ao processo de cuidado e às condições de acesso aos alimentos exercem papel importante na ingestão alimentar de pacientes hospitalizados.

Esses achados tornam-se particularmente relevantes diante da elevada prevalência de desnutrição hospitalar no Brasil, que não apresentou mudanças expressivas ao longo do tempo. O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), realizado em 1998, identificou prevalência de desnutrição de 48,1% em pacientes internados na rede pública[22]. Dados mais recentes da pesquisa NutritionDay realizada em dez países na América Latina, incluindo o Brasil, demonstraram prevalência de risco de desnutrição de 39,6% em uma amostra de 14.515 pacientes hospitalizados, além de elevada frequência (50%) de ingestão alimentar inadequada e perda de peso[8], evidenciando a persistência do problema no contexto hospitalar. A desnutrição está associada à redução da resposta imunológica, aumento do risco de complicações infecciosas e cirúrgicas, atraso na cicatrização e maior risco de lesão por pressão, impactando diretamente o tempo de internação e os custos hospitalares[25–27]. Nesse contexto, a desnutrição hospitalar configura-se como um importante problema de saúde pública.

Para evitar a ocorrência de desnutrição, o consumo alimentar e o estado nutricional de pacientes hospitalizados devem ser constantemente avaliados e monitorados. Os diversos fatores que podem influenciar na aceitação/ingestão da dieta, como os sinais e sintomas

PRE-PROOF

apresentados pelos pacientes, a qualidade da dieta servida e o ambiente hospitalar também devem ser considerados[1,4,26]. Por isso, a investigação das barreiras da alimentação nos hospitais é de suma importância.

A identificação dessas barreiras permite compreender fatores potencialmente modificáveis relacionados à ingestão alimentar, contribuindo para a qualificação da assistência nutricional, especialmente em um cenário de elevada prevalência de desnutrição[8]. Soma-se a isso o contexto de insegurança alimentar no Brasil, no qual muitos pacientes já podem apresentar vulnerabilidades relacionadas à alimentação antes mesmo da hospitalização, potencializando o risco de agravamento do estado nutricional durante a internação[13]. Evidências indicam que pacientes em situação de insegurança alimentar apresentam maior risco de complicações pós-operatórias e maior tempo de internação quando comparados àqueles sem essa condição. Nesse contexto, o cuidado nutricional adequado pode diminuir tais impactos negativos[27], sendo o acesso à alimentação nos hospitais um componente essencial desse cuidado. Dessa forma, torna-se fundamental a utilização de instrumentos capazes de identificar, de forma sistemática, as barreiras que interferem nesse processo.

O Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar apresenta-se como um instrumento de fácil aplicação, podendo ser respondido pelos próprios pacientes ou acompanhantes. Estudos prévios demonstraram adequada consistência interna para a maioria dos domínios, com os seguintes valores de alfa de *Cronbach*: fome = 0,886; barreiras físicas = 0,809; barreiras organizacionais = 0,632; escolhas alimentares = 0,414 e qualidade das refeições = 0,738[10,11]. Esses resultados indicam que o instrumento possui boa capacidade para avaliar aspectos relevantes da experiência alimentar no ambiente hospitalar, os domínios de barreiras organizacionais e qualidade das refeições apresentaram confiabilidade moderada, enquanto aqueles relacionados às barreiras físicas e a fome apresentaram alta confiabilidade[28].

No presente estudo, observou-se elevada frequência de barreiras organizacionais e físicas, achado consistente com estudos internacionais[7,11,12]. Esses resultados reforçam que dificuldades relacionadas ao acesso e à ingestão alimentar não são eventos isolados, mas refletem características do processo de cuidado hospitalar. Nesse sentido, intervenções voltadas à redução dessas barreiras, como a implementação de horários protegidos para refeições e a oferta de assistência durante a alimentação, têm sido associadas à melhora da ingestão alimentar

PRE-PROOF

e à redução do risco nutricional[29,30]. Além disso, há evidências de que a assistência nas refeições, fruto do envolvimento da equipe multidisciplinar, reduz a necessidade do uso de suplementos nutricionais orais adicionais, do risco de desenvolvimento de déficits nutricionais, e ainda do desperdício de alimentos[31].

No Brasil, embora ainda não existam dados sistematizados sobre as barreiras da alimentação em ambiente hospitalar, a experiência de outros países foi incorporada em documentos como o Posicionamento da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN) sobre a dieta oral em hospitais. O documento aborda a importância da assistência para realização das refeições e da proteção do momento das refeições, pela promoção de um ambiente livre de distrações e barulhos e pela não interrupção do paciente[4]. Nesse cenário, a disponibilização de um instrumento validado em português representa um avanço importante, ao possibilitar a produção de dados nacionais e subsidiar a implementação de práticas assistenciais baseadas em evidências.

Para que essa aplicabilidade seja efetiva no contexto brasileiro, é fundamental considerar as especificidades culturais e sociais da população-alvo. Nesse sentido, a adaptação transcultural do instrumento vai além da tradução do idioma, envolvendo a adequação de termos, conceitos e experiências diferentes daquela população do idioma alvo. Considerando que o Brasil é um país culturalmente plural, a simples tradução literal pode não garantir a compreensão adequada do instrumento, sendo essencial a adaptação de seus componentes originais[14]. Neste sentido, o processo de tradução e adaptação transcultural levou em consideração as desigualdades educacionais no país. Estima-se que apenas 53,1% da população brasileira com 25 anos ou mais concluíram a educação básica obrigatória[32], o que reforça a necessidade de elaboração de instrumentos acessíveis a indivíduos com diferentes níveis de escolaridade. No presente estudo, o baixo II observado no pré-teste, realizado em hospital que integra o SUS, com pacientes predominantemente com ensino fundamental, indica que o questionário apresenta adequada compreensão nesse contexto.

Apesar destes pontos positivos, o presente estudo apresenta como limitação a ausência de sistema de escolha de cardápio no HU-UFGD, o que exigiu adaptação na aplicação de um dos domínios do questionário. Entretanto, após o esclarecimento, as questões foram compreendidas pelo público-alvo e as avaliações realizadas pelo comitê das versões original,

PRE-PROOF

retrotraduzida e traduzida para o português também atestam a confiabilidade do processo de tradução e adaptação transcultural. Sobre os resultados obtidos pela aplicação do questionário finalizado, ressalta-se que o tamanho amostral na Etapa 2 reflete o número de pacientes admitidos e elegíveis no serviço durante o período de coleta estabelecido, o que pode limitar a generalização dos achados. No entanto, destaca-se que a inclusão consecutiva dos participantes contribui para reduzir vieses de seleção e aumentar a representatividade do cenário estudado.

O presente questionário traduzido e adaptado culturalmente permite a avaliação de aspectos relevantes da experiência alimentar no ambiente hospitalar que podem comprometer a ingestão de alimentos, tais como barreiras organizacionais e físicas de acesso aos alimentos, conforme demonstrado neste estudo. Estudos futuros com amostras maiores e multicêntricas são necessários para ampliar a compreensão dessas barreiras no contexto nacional e subsidiar intervenções que qualifiquem o cuidado nutricional hospitalar.

CONCLUSÃO

A tradução e adaptação transcultural do Questionário de Acesso à Alimentação Hospitalar foram conduzidas conforme métodos e procedimentos recomendados na literatura, resultando em uma versão com adequada compreensão pelo público-alvo. Observou-se frequência relevante de barreiras da alimentação, especialmente de natureza organizacional e física, entre os pacientes avaliados.

Diante da escassez de instrumentos adaptados para o português que avaliem as barreiras da alimentação no ambiente hospitalar, este estudo contribui para o avanço da prática assistencial e da pesquisa na área, ao disponibilizar um questionário que possibilita a identificação dessas barreiras e subsidia a implementação de estratégias voltadas à melhoria da qualidade do cuidado nutricional, considerando a elevada prevalência de desnutrição hospitalar no Brasil. Além disso, permite a produção de dados comparáveis em nível internacional, favorecendo a consolidação do conhecimento na área.

PRE-PROOF

REFERÊNCIAS

1. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. Clin Nutr. 2021;40(12):5684–709. DOI: https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.09.039

2. Vaillant MF, Alligier M, Baclet N, Capelle J, Dousseaux MP, Eyraud E, et al. Guidelines on Standard and Therapeutic Diets for Adults in Hospitals by the French Association of Nutritionist Dieticians (AFDN) and the French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SFNCM). Nutrients. 2021;13(7):2434. DOI: https://doi.org/10.3390/nu13072434

3. Wu XS, Miles A, Braakhuis AJ. Texture-Modified Diets, Nutritional Status and Mealtime Satisfaction: A Systematic Review. Healthcare. 2021;9(6):624. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare9060624

4. Dock-Nascimento D, Campos L, Dias M, Fabre M, Lopes N, Oliveira Junior P, et al. Dieta oral no ambiente hospitalar: posicionamento da BRASPEN. BRASPEN J 2022;37(3): 207-27. DOI: 10.37111/braspenj.2022.BRASPEN_dietaoral

5. Larby A, Roberts S, Desbrow B. Accuracy and adequacy of food supplied in therapeutic diets to hospitalised patients: An observational study. Nutr Diet. 2016;73(4):342–7. DOI: 10.1111/1747-0080.12270

6. Hope K, Ferguson M, Reidlinger DP, Agarwal E. "I don't eat when I'm sick": Older people's food and mealtime experiences in hospital. Maturitas. 2017;97:6–13. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.12.001

7. Kozica-Olenski S, Treleaven E, Hewitt M, McRae P, Young A, Walsh Z, et al. Patient-reported experiences of mealtime care and food access in acute and rehabilitation hospital settings: a cross-sectional survey. J Hum Nutr Diet. 2021;34(4):687–94. DOI: 10.1111/jhn.12854

8. Correia MITD, Sulo S, Brunton C, Sulz I, Rodriguez D, Gomez G, et al. Prevalence of malnutrition risk and its association with mortality: nutritionDay Latin America survey results. Clin Nutr. 2021;40(9):5114–21. DOI: https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.07.023

9. Bellanti F, Lo Buglio A, Quiete S, Vendemiale G. Malnutrition in Hospitalized Old Patients: Screening and Diagnosis, Clinical Outcomes, and Management. Nutrients. 2022;14(4):910. DOI: https://doi.org/10.3390/nu14040910

10. Naithani S, Whelan K, Thomas J, Gulliford MC, Morgan M. Hospital inpatients' experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. Health Expect. 2008;11(3):294–303. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2008.00495.x

11. Naithani S, Thomas JE, Whelan K, Morgan M, Gulliford MC. Experiences of food access in hospital. A new questionnaire measure. Clin Nutr. 2009;28(6):625–30. DOI: 10.1016/j.clnu.2009.04.020

PRE-PROOF

12. Keller H, Allard J, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, Bernier P, et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. J Hum Nutr Diet. 2015;28(6):546–57. DOI: 10.1111/jhn.12314

13. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): segurança alimentar 2024–2025. Rio de Janeiro: IBGE; 2025.

14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: Spine. 2000;25(24):3186–91.

15. Fortes CPDD, Araújo APDQC. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. Cad Saúde Coletiva. 2019;27(2):202–9. DOI: 10.1590/1414-462X201900020002

16. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(7):3061–8. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006

17. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. Braz J Med Biol Res. fevereiro de 2001;34(2):203–10. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-879X2001000200007

18. Spexoto MCB, Serrano SV, Halliday V, Maroco J, Campos JADB. Cancer Appetite and Symptom Questionnaire (CASQ) for Brazilian Patients: Cross-Cultural Adaptation and Validation Study. Eldabe S, organizador. PLOS ONE. 2016;11(6):e0156288. DOI: 10.1371/journal.pone.0156288

19. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the globalepidemic. Genebra, 1997.

20. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Encuesta Multicentrica salud beinestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar. In: XXXVI Reunión del Comité de investigaciones em Salud; p. 9-11 jun 2001; Kingston, Jamaica: OPAS, 2002

21. Tanaka M, Marques APA, Costa VS, Piovacari SMF, Sandoval LCN. Terapia nutricional oral. In: Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA. Equipe multiprofissional de terapia nutricional em prática. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 235-259.

22. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. Nutrition. 2001;17(7–8):573–80. DOI: 10.1016/s0899-9007(01)00573-1

23. Dijkink S, Meier K, Krijnen P, Yeh DD, Velmahos GC, Schipper IB. Malnutrition and its effects in severely injured trauma patients. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020;46(5):993–1004. DOI: https://doi.org/10.1007/s00068-020-01304-5

PRE-PROOF

24. Baron MV, Itaquy VP, Santos TGD, Silveira JBD, Gelb GT, Nerys F, et al. Relação entre lesão por pressão e estado nutricional em pacientes hospitalizados: Revisão de literatura. Práticas Educ Mem e Oralidades - Rev Pemo. 2020;2(1):1-16. DOI: https://doi.org/10.47149/pemo.v2i1.3581

25. Pourhassan M, Rommersbach N, Lueg G, Klimek C, Schnatmann M, Liermann D, et al. The Impact of Malnutrition on Acute Muscle Wasting in Frail Older Hospitalized Patients. Nutrients. 2020;12(5):1387. DOI: 10.3390/nu12051387

26. Toledo DO, Piovacari SMF, Horie LM. Campanha "Diga não à desnutrição": 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. 2018; 33(1):86-100.

27. Ehsan AN, Jones A, Saha S, Hathi P, Huang CC, Vengadassalapathy S, et al. Food insecurity and clinical outcomes in surgical trauma patients. JAMA Surg. 2025;160(5):545–552. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2025.0045

28. Da Hora HRM, Rego Monteiro GT, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. Prod Produção. 2010; 11(2):85-103. DOI: 10.22456/1983-8026.9321

29. Curtis LJ, Valaitis R, Laur C, Mcnicholl T, Nasser R, KELLER H. Low food intake in hospital: patient, institutional, and clinical factors. Applied physiology, nutrition, and metabolism. Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme.2018; 43(12):1239–1246. DOI: 10.1139/apnm-2018-0064

30. Osman NS, Md Nor N, Md Sharif MS, Hamid SBA, Rahamat S. Hospital Food Service Strategies to Improve Food Intakes among Inpatients: A Systematic Review. Nutrients. 2021;13(10):3649. DOI: https://doi.org/10.3390/nu13103649

31. Teeling SP, Coetzee H, Phillips M, McKiernan M, Ní ShÉ É, Igoe A. Reducing risk of development or exacerbation of nutritional deficits by optimizing patient access to mealtime assistance. Int J Qual Health Care. 2019;31(Supplement_1):6–13. DOI: 10.1093/intqhc/mzz060

32. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de pesquisa, Coordenação de Pesquisas de amostras por domicílio. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínuas, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/ sociais/ trabalho/9171 -pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html

Submetido em: 9/8/2024

Aceito em: 13/7/2026

Publicado em: 4/11/2026

PRE-PROOF

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Contribuições dos autores	
Bianca Freitas Cunha Araújo:	Investigação, metodologia, validação de dados e experimentos, design da apresentação de dados, redação do manuscrito original.
Ana Beatriz Ardel Akahoshi Gasparelli:	Investigação, metodologia, validação de dados e experimentos, design da apresentação de dados, redação do manuscrito original.
Liane Murari Rocha:	Conceituação, análise formal, metodologia, administração do projeto, disponibilização de ferramentas, supervisão, validação de dados e experimentos, design da apresentação de dados, redação do manuscrito original e revisão/edição.
Todos os autores aprovaram a versão final do texto.	
Conflito de interesse:	Não há conflito de interesse.
Financiamento:	Não possui financiamento

Autor correspondente: Liane Murari Rocha
Universidade Federal da Grande Dourados
Unidade II - Faculdade de Ciências da Saúde (FCS).
Rodovia Dourados/Itahum, Km 12
Caixa Postal: 364 - CEP: 79.804-970
Dourados/MS, Brasil.
lianerocha@ufgd.edu.br

Editora: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

PRE-PROOF

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.