

Desperdício de dietas enterais em hospital terciário

Waste of enteral diets in tertiary hospital

DOI: 10.37111/braspenj.2021.36.1.03

Ana Luiza de Oliveira Sousa¹
Angela Nirlene Monteiro Vieira Melo²

Unitermos:

Terapia Nutricional. Gastos em saúde. Desnutrição. Jejum.

Keywords:

Nutrition Therapy. Health Expenditures. Malnutrition. Fasting.

Endereço para correspondência:

Ana Luiza de Oliveira Sousa
Av. Frei Cirilo, 3575, Altos – Bairro Messejana – Fortaleza, CE, Brasil – CEP 60864-190.
Email: analuizajbl@gmail.com

Submissão:

21 de agosto de 2020

Aceito para publicação:

3 de março de 2021

RESUMO

Introdução: A terapia nutricional é essencial no cuidado ao paciente em risco nutricional e/ou desnutrido, uma vez que está associada à oferta adequada de nutrientes visando à recuperação do estado nutricional e à redução de complicações associadas à desnutrição. Diferenças entre volume prescrito e infundido, além de trazerem alterações no estado nutricional dos pacientes, também são associadas ao desperdício de recursos, como frascos e dietas enterais, e aumento dos custos. Esse estudo visa analisar aspectos relacionados ao desperdício de dietas enterais em hospital terciário. **Método:** Estudo retrospectivo realizado por meio da análise quantitativa de dados secundários coletados como rotina no setor de nutrição enteral, no período de agosto de 2018 a agosto de 2019. **Resultados:** Foram registrados 647 eventos de desperdício nas unidades de assistência a adultos e crianças. As dietas com maior percentual de dispensação para adultos foram as poliméricas de sistema aberto e, para crianças, as especializadas, sendo também as dietas com maior percentual de desperdício. Verificou-se relação significativa entre o volume dispensado e desperdiçado. O custo direto do desperdício trata-se de um valor inferior ao custo real, uma vez que o banco de dados sofreu alterações, passando a contabilizar custos com módulos e frascos que a princípio não eram contabilizados. O motivo mais prevalente do desperdício foi dieta zero, tanto em adultos quanto em crianças. Foi evidenciada associação significativa entre a falta de comunicação e o desperdício. **Conclusões:** Quanto maior o volume de dietas dispensado, maior foi o número de eventos de desperdício, a falta de comunicação foi identificada como determinante na ocorrência do mesmo. Faz-se necessária a continuidade de estudos relacionados ao desperdício, visando ao detalhamento de todas as variáveis e custos diretos e indiretos relacionados ao fato.

ABSTRACT

Introduction: Nutritional therapy is essential in the care of patients at nutritional risk or malnourished, since it is associated with an adequate offer of nutrients for recovery of nutritional status and reduction of complications associated with malnutrition. Differences between prescribed and infused volume, in addition to bringing changes in the nutritional status of patients, are also associated with the waste of resources such as bottles and enteral diets and increased costs. This study aims to analyze aspects related to the waste of enteral diets in a tertiary hospital. **Methods:** Retrospective study carried out through quantitative analysis of secondary data collected as a routine in the enteral nutrition sector, from August 2018 to August 2019. **Results:** 647 assistance events were registered in the adult assistance units and children. As diets with the highest percentage of dispensing for adults were open system polymeric and, for children, as specialized, and also as diets with a higher percentage of waste. There was a significant relationship between the volume dispensed and the amount wasted, showing the greater the volume of diets dispensed, the greater the number of waste events. The direct cost of waste is less than the real cost since the database has changed, starting to account for costs with modules and flasks that weren't initially accounted for. The biggest reason for waste was zero diet for both adults and children. A significant association was evidenced between lack of communication and waste. **Conclusions:** The greater the volume of diets dispensed the greater the number of wasteful events, the lack of communication was identified as a determinant in the occurrence of the same. It is necessary to continue studies related to waste in order to detail all variables and direct and indirect costs related to the fact.

1. Nutricionista, Residente no Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará com ênfase em Cardiopneumologia – RIS/ESP; Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil.
2. Nutricionista, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

Terapia nutricional enteral (TNE) é a via de escolha quando o paciente se encontra com trato gastrointestinal funcionante, porém impossibilitado de receber alimentos por via oral¹. A terapia nutricional é essencial no cuidado ao paciente em risco nutricional e/ou desnutrido, uma vez que está associada à oferta adequada de nutrientes, visando ao funcionamento do organismo, recuperação do estado nutricional e redução de complicações associadas à desnutrição².

A TNE atua na manutenção da integridade do tecido gastrointestinal e linfóide, impedindo o aumento da permeabilidade intestinal³. Estudos randomizados demonstraram associação entre o início da nutrição enteral precoce e menor ocorrência de complicações infecciosas, quando comparado ao início tardio⁴.

Embora sejam reconhecidos os benefícios da terapia nutricional, estudos demonstram que, na prática clínica, os pacientes não recebem a totalidade do volume prescrito e calculado conforme necessidades nutricionais e condições clínicas⁵. Diferenças entre prescrito e infundido, além de trazerem prejuízos relacionados às alterações no estado nutricional dos pacientes, também são associadas ao desperdício de recursos, como frascos e dietas enterais e, conseqüentemente, aumento dos custos.

Considerando como desperdício as dietas que são enviadas às unidades mesmo após a suspensão, estudo aponta como causa as falhas relacionadas à suspensão inadequada das dietas. Dentre os principais fatores apontados, destaca-se o número reduzido de profissionais de enfermagem frente à demanda da assistência, a falta de comunicação das intercorrências ao Serviço de Nutrição e Dietética, processo de conferência inadequado no recebimento das dietas nas unidades e instabilidade de pacientes graves⁶.

Quando se pensa no gerenciamento dos Serviços de Nutrição e Dietética em unidades hospitalares, o controle do desperdício assume fundamental importância, tendo em vista a gestão dos custos relacionados a este fato e, ainda, considerando que a dietoterapia atua diretamente na recuperação do estado nutricional, melhora clínica do paciente, reduzindo o tempo de permanência hospitalar, fato que interfere também na redução dos custos⁷.

A equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) atuante no hospital terciário indica, orienta e supervisiona os registros da manipulação de dietas enterais, para efetivar ações de controle de qualidade e custos para a garantia de uma assistência eficiente e eficaz. Neste contexto, a investigação sobre o desperdício de dietas enterais visa à identificação da ocorrência de desperdício e os motivos ligados a este, avaliando os custos do desperdício com materiais e dietas, e analisando os fatores causais modificáveis relacionados à sua ocorrência.

Entendendo a falta de comunicação entre os profissionais como um motivo de relevância determinante na ocorrência do desperdício, o objetivo do presente estudo é analisar os aspectos relacionados a este fato em um hospital terciário, identificando possíveis falhas, para que, posteriormente, sejam pensadas estratégias e ações educativas para controle do desperdício.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo a partir de dados secundários de abordagem quantitativa. Os dados relacionados ao desperdício de dietas enterais foram coletados pontualmente em recorte temporal retrospectivo, em banco de dados do setor de nutrição enteral do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – Fortaleza-Ceará, hospital de nível terciário especializado no tratamento de pneumopatias e cardiopatias.

A unidade de nutrição enteral é responsável pelas etapas de recebimento de insumos, armazenamento, manipulação de fórmulas conforme prescrição dietética, conservação e, por fim, dispensação das manipulações para todas as unidades de assistência para que sejam administradas ao paciente.

Foram analisados todos os registros de dispensação e desperdício de dietas enterais ocorridos no referido hospital, no período de um ano a partir da criação do banco de dados, com início em agosto de 2018 e finalizando em agosto de 2019.

Considerou-se como critério de inclusão na amostra os dias com registros de dietas dispensadas e/ou desperdiçadas. Foram excluídos da amostra os dias com preenchimento incompleto com relação ao tipo de dieta e/ou volume de dietas dispensadas e/ou desperdiçadas.

A coleta foi realizada com o auxílio de um instrumento construído pelos pesquisadores, contendo as seguintes variáveis: volume total de dieta dispensado no dia, volume de dieta desperdiçada no dia, tipo de dieta desperdiçada, custo do desperdício, unidade de internação em que ocorreu o desperdício, motivo do desperdício e se ocorreu a comunicação entre os setores, informando motivos da não administração ou suspensão da dieta enviada.

As dietas disponíveis no hospital para utilização em pacientes adultos foram categorizadas de acordo com características das fórmulas em: polimérica sistema aberto (A), polimérica sistema fechado (B) e oligomérica (C). As fórmulas disponíveis para a pediatria foram categorizadas de acordo com a classificação já utilizada no setor enteral, como: fórmulas de partida (0 a 6 meses), fórmula de seguimento (6 a 12 meses), fórmulas especializadas, leite desnatado. Foram consideradas como fórmulas especializadas

aquelas com modificações na composição e apresentação das proteínas ou densidade calórica, destinadas a crianças com necessidades nutricionais especiais.

No que se refere aos custos, foram identificados os registros realizados diariamente com o valor de cada dieta desperdiçada, frascos para dieta, módulos de carboidrato, proteína, triglicérido de cadeia média (TCM), probiótico, simbiótico, fibra alimentar, glutamina e suplementos específicos que eram utilizados conforme a prescrição dietética.

O preenchimento do banco de dados analisado foi realizado por funcionárias do setor de nutrição enteral responsáveis pela dispensação das dietas em todas as unidades de internação do referido hospital, o registro era feito no momento da entrega mediante a observação se a dieta do horário anterior havia sido administrada.

Durante o período em que os dados foram analisados, ocorreu a mudança nos horários de dispensação das dietas que antes eram distribuídas fracionadas em 7 etapas, com intervalos de 3 em 3 horas, para todas as unidades, com exceção da unidade de pediatria, que eram enviadas 8 etapas. Após as modificações nos horários, as unidades de terapia intensiva (UTIs) passaram a receber o volume de dieta prescrita dividido em 4 etapas, a cada 6 horas, enquanto as enfermarias e pediatria continuaram a receber as dietas com intervalos de 3 horas.

Todos os dados coletados foram organizados em planilhas no Excel 2016, com acesso restrito aos pesquisadores. No que diz respeito à análise dos dados, os resultados quantitativos categóricos foram apresentados em forma de percentuais e contagens e os numéricos, em forma de medidas de tendência central. Foram realizados testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para as variáveis numéricas. Para variáveis categóricas, utilizou-se o teste de qui-quadrado, verificando-se associações. Foram considerados significativos valores de p inferiores a 0,05. Os dados obtidos na coleta foram tabulados e analisados com auxílio do *software* SPSS, v23, IBM, Inc.

A pesquisa foi planejada e elaborada de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que se refere aos aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes, sob o parecer número 3.563.585, CAAE 20150619.6.0000.5039.

RESULTADOS

No período analisado, foi registrada a ocorrência de 470 eventos de desperdício de dietas enterais nas enfermarias e UTIs destinadas a adultos e 177 nas unidades de pediatria, totalizando um quantitativo de 647 eventos de desperdício.

As dietas que apresentaram maior percentual de dispensação para os adultos foram as poliméricas de sistema aberto (49,1%), seguidas das oligoméricas (26,2%) e, por fim, as poliméricas de sistema fechado (24,7%). No que se refere à pediatria, constatou-se que as dietas mais utilizadas nas unidades são as especializadas (56,1%), e as fórmulas de partida representam 30,5% das prescrições. O leite desnatado assume, na pediatria, um percentual de 7% das prescrições e, por fim, as fórmulas de seguimento (5,8%).

Dentre as dietas desperdiçadas, constatou-se que, entre os adultos, a dieta polimérica sistema aberto possuiu maior percentual de desperdício (95,4%), a polimérica sistema fechado representou 2,46% e a oligomérica, apenas 2,14% do desperdício. Na pediatria, o tipo de dieta com maior percentual de desperdício foram as especializadas (75,85%), as fórmulas de partida representaram 20,19%, as fórmulas de seguimento e o leite desnatado possuíram menor representação dentre os tipos de fórmulas desperdiçados, sendo 3,05% e 0,91%, respectivamente.

Quando realizadas as associações entre os fatores relacionados ao desperdício, foi identificada relação significativa ($p < 0,001$) entre o volume dispensado e desperdiçado, evidenciado que, quanto maior o volume de dietas dispensado para uma unidade, maior será o volume e/ou número de eventos de desperdício proporcionalmente.

Ao longo do período analisado, foi identificada relação significativa ($p < 0,0001$) entre o dia de observação e o número de eventos de desperdício ou volume desperdiçado, indicando que, nos primeiros dias analisados (início do banco de dados), foi registrado menor número de eventos e, ao longo dos dias de observação, aumentou o número de eventos e/ou volume desperdiçado.

A relação identificada acima levanta as hipóteses de que ocorreu o aumento do desperdício ao longo dos dias e/ou os treinamentos realizados como rotina no setor de nutrição enteral, para aperfeiçoamento dos registros no banco de dados recém-criado, possam ter melhorado o rastreamento do indicador de desperdício.

O custo direto identificado do desperdício refere-se às fórmulas, módulos e frascos, somando o valor de R\$ 2.714,12. Esse valor poderia ter somado quantias maiores, uma vez que, por se tratar de um banco de dados novo, o mesmo sofreu alterações durante o período analisado, sendo implantadas modificações propostas pela coordenação técnica do setor, passando a ser incorporados os custos com módulos e frascos, que nos primeiros meses de criação do banco não eram contabilizados.

A Tabela 1 apresenta os motivos relacionados ao desperdício de dietas enterais entre adultos e crianças, sendo dieta zero o motivo mais prevalente, tanto em adultos (37,87%) quanto em crianças (40,68%). Foi evidenciada associação significativa ($p < 0,002$) entre a falta de comunicação e a

Tabela 1 – Motivos do desperdício de dietas enterais em adultos e crianças (Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - 2018 a 2019).

Motivo	Adultos (%)	Pediatria (%)
Dieta Zero	37,87	40,68
Motivo não informado	26,17	24,29
Óbito	13,40	0,56
Transição para via oral	9,15	10,17
Transferência	4,68	3,95
Procedimentos	5,11	9,04
Alta Hospitalar	0,43	8,47
Esqueceram de administrar	1,28	0,56
Recusa do paciente	0,21	—
Retirada acidental da sonda	0,85	—
Extubação	0,21	1,13
Intolerância Gastrointestinal	0,21	1,13
Entrega errada	0,21	—
Obstrução do equipo	0,21	—

ocorrência do desperdício. Constatou-se, ainda, durante a coleta de dados, que as funcionárias do setor de nutrição enteral encontraram dificuldades nas unidades para identificar os motivos que justificavam o desperdício, desta forma, registravam no banco de dados que o motivo do desperdício não foi identificado. Além disso, a falta de comunicação interfere, também, nos dados fidedignos da ocorrência ou não de desperdício, podendo ter maior número de eventos do que o registrado em banco.

As Tabelas 2 e 3 apresentam a ocorrência do desperdício nas unidades de assistência aos pacientes adultos e pediátricos, respectivamente, evidenciando o motivo mais prevalente em cada unidade.

Tabela 2 – Desperdício de dietas enterais nas unidades de assistência a pacientes adultos e motivo mais prevalente em cada unidade (Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - 2018 a 2019).

Unidade	Desperdício N de eventos (%)	Motivo mais prevalente
Unidades de terapia intensiva	311 (66,17%)	Dieta zero
Enfermaria de Pneumologia	117 (24,89%)	Motivo não informado
Enfermaria de Cardiologia	42 (8,94%)	Dieta zero

Tabela 3 – Desperdício de dietas enterais nas unidades de assistência a pacientes pediátricos e motivo mais prevalente em cada unidade (Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - 2018 a 2019).

Unidade	Desperdício N de eventos (%)	Motivo mais prevalente
Enfermaria	75 (42,37)	Motivo não informado
UTI Pós-cirúrgica	50 (28,25)	Dieta zero
UTI Pediátrica	52 (29,38)	

Quando analisado o desperdício nas unidades de enfermarias do adulto, observa-se que as unidades responsáveis pelo atendimento de pacientes da Pneumologia são as que apresentam proporcionalmente maior percentual de desperdício e a justificativa mais prevalente é 'motivo não informado', constituindo também as unidades de enfermaria com maior número de prescrições de dietas por via enteral. As UTIs apresentam maior percentual de desperdício quando comparadas às enfermarias, sendo a 'dieta zero' reportada como principal motivo.

A enfermaria pediátrica foi responsável por maior percentual de desperdício (42,37%), sendo 'motivo não informado' a justificativa mais prevalente.

DISCUSSÃO

No presente estudo, as dietas com maior percentual de dispensação para adultos foram as dietas poliméricas de sistema aberto (49,1%), o que se assemelha ao achados de Hyeda & Costa⁸, que avaliaram os custos da terapia nutricional conforme os tipos de composições e formulações de dieta, em dez hospitais terciários da rede privada de atendimento geral. Nas 301 contas hospitalares analisadas por esses autores, houve predomínio da dieta polimérica (n=183) em relação à não polimérica (n=55), à mista (n=31) e à parenteral (n=61)⁸.

Dentre os eventos de desperdício nas unidades de assistência aos adultos, as dietas poliméricas de sistema aberto foram as que apresentaram maior percentual e, também, maior volume desperdiçado. Tais resultados se assemelham aos dados publicados no estudo de Barroso et al.⁹, realizado em UTIs de Belém, que correlacionaram volume, calorias e proteínas administradas com o volume prescrito e a necessidade do paciente, verificando diferença significativa entre o volume prescrito e o volume infundido, sendo o infundido menor do que o que havia sido planejado para o paciente. Este estudo constatou, ainda, que, quanto maior o volume prescrito e dispensado, maior foi o volume de dieta não infundido no paciente, o que nos permite inferir que se trata de volume desperdiçado⁹.

No presente estudo, verificou-se que, ao longo dos dias analisados, houve aumento no número de eventos e/ou volume do desperdício. Solfa⁶, em seu estudo para análise do desperdício de dietas enterais em UTIs, verificou que houve diferença significativa entre o número de frascos desperdiçados com relação ao número de frascos prescritos e enviados às unidades. Também demonstrou que pacientes internados há mais tempo tem maior volume total de dietas desperdiçadas, porém quando analisados os volumes prescritos e enviados por dia, observou-se que aqueles com tempo de internação inferior a uma semana apresentaram maior percentual de desperdício.

Nas unidades de pediatria, verificou-se que as dietas especializadas foram as que obtiveram maior percentual de dispensação e de desperdício, sendo a enfermaria pediátrica a responsável por maior número de eventos de desperdício e maior volume desperdiçado. No estudo de Rosa et al.¹⁰, verifica-se que os autores categorizaram os tipos de dietas utilizadas em UTI pediátrica de Sergipe em poliméricas e oligoméricas, sendo as primeiras utilizadas em 54,5% da amostra. Esse achado diverge da classificação identificada no banco de dados, que traz a categorização de fórmulas de partida, fórmulas de seguimento, especializadas e leite desnatado, apontando a necessidade de que sejam atualizadas as categorizações utilizadas no setor para melhor análise do banco como fonte de dados.

Estudo realizado por Zin et al.¹¹ verificou diferença estatisticamente significativa entre a dieta prescrita e infundida em recém-nascidos pré-termo para todos os macronutrientes, durante as 3 semanas em que o estudo foi realizado. A primeira semana apresentou maior diferença quando comparada à segunda e à terceira semanas. Na ausência de estudos que analisem especificamente a ocorrência de desperdício de dietas enterais em pediatria, pode-se inferir que as diferenças entre volume prescrito e infundido podem influenciar no volume de dietas desperdiçadas. Quando identificado o custo direto do desperdício (R\$ 2714,12), se faz necessário refletir sobre a importância do registro eficiente do desperdício, de modo a contabilizar todos os custos diretos e indiretos relacionados ao mesmo. Considerando que o custo médio, de acordo com dados do setor, de 1 paciente recebendo dieta polimérica no período foi de \$20,32, o valor identificado de dietas desperdiçadas daria para alimentar aproximadamente 133 pacientes, evidenciando, mais uma vez, a necessidade de medidas que evitem o desperdício.

Estudo realizado para analisar os custos diretos e indiretos relacionados à terapia nutricional e à ausência da infusão de dietas conforme prescrição médica e nutricional, verificou que a terapia nutricional adequada favorece a redução do tempo de permanência hospitalar, melhoria na condição clínica e, com isso, redução no que se gasta de modo geral com cada paciente¹².

Santos & Araújo¹³, ao analisarem o impacto do aporte proteico e do estado nutricional no desfecho clínico de pacientes críticos, identificaram que a adequação proteica esteve insuficiente (56,4%) e que estava associada significativamente com o desfecho desfavorável do paciente. Os pesquisadores evidenciaram que o suporte nutricional adequado apresenta impactos positivos na redução da desnutrição hospitalar, com melhora significativa no desfecho clínico dos pacientes.

A desnutrição no ambiente hospitalar atua de forma negativa nos desfechos clínicos dos pacientes, associando-se a maior ocorrência de complicações pós-operatórias, necessidade de reintervenção cirúrgica, deiscência da ferida operatória, sepse, pneumonias, insuficiência respiratória, lesões por pressão, dentre outros desfechos que atuam aumentando o tempo de internação, taxa de mortalidade e, conseqüentemente, promovendo aumento significativo nos custos hospitalares¹⁴.

Dentre os motivos registrados para a ocorrência do desperdício destacou-se o motivo “dieta zero”, tanto em unidades de atendimento a adultos (37,87%), como a crianças (40,68%). Tal achado se assemelha ao que foi identificado em estudo realizado por Walczewski et al.¹⁵, em que dentre os fatores relacionados à suspensão da administração de dietas enterais em adultos destacaram-se “jejum para procedimentos” (37,4%), exames (26,5%) e vômitos (21,8%).

Ao analisar o motivo “dieta zero” no presente estudo, identificou-se a fragilidade do banco de dados para analisar a real causa do desperdício, uma vez que não se sabe se o paciente estava em dieta zero para procedimentos ou por instabilidade.

Outro motivo identificado no banco de dados que merece atenção foi “motivo não informado”, que representou 26,17% dos motivos de ocorrência do desperdício em adultos e 24,9% nas unidades de pediatria. Situação similar foi identificada no estudo de Barroso et al.⁹, no qual foram registradas 84 ocorrências clínicas que justificaram a não administração da nutrição enteral e, dentre estas, 21,19% se tratavam de intercorrências gastrointestinais, 22,62% intercorrências clínicas e 26,19% sem registro, o que indica falha técnica por parte dos profissionais em comunicar e documentar o real motivo de não administrar a dieta.

A ocorrência do desperdício obteve relação significativa com a falta de comunicação da suspensão das dietas para o setor de nutrição enteral, no presente estudo. Solfa⁶ identificou como fatores causais para a ocorrência do desperdício: processo de conferência inadequado das dietas que chegam à UTI, falhas na comunicação entre profissionais das unidades e serviço de nutrição, horários inadequados de suspensão de dietas, dificuldades para suspensão de dietas por ligação telefônica, alta demanda de ligações no setor de nutrição enteral e, por fim, as intercorrências relacionadas ao paciente.

Em pediatria, estudo realizado por Hoffmann et al.¹⁶ identificou atrasos ou omissões na entrega de refeições, além de falhas na velocidade de infusão das dietas, atribuindo a ocorrência desses problemas à falta de comunicação adequada quanto à evolução clínica do paciente e às alterações na terapia medicamentosa e alimentar.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que, quanto maior o volume de dieta dispensado para uma unidade, maior é o volume e/ou número de eventos de desperdício, e grande parte é decorrente da falta de comunicação entre os setores. Além disso, observou-se que é importante o registro eficiente do desperdício, de modo a contabilizar todos os custos diretos e indiretos relacionados à administração de dietas hospitalares.

Durante o período estudado, ocorreram mudanças no setor de nutrição enteral, alguns aspectos estudados no banco de dados foram aperfeiçoados, para melhor rastrear a ocorrência do desperdício e os custos do mesmo. Diante dos dados identificados, fica evidente que se faz necessária a continuidade de estudos relacionados ao desperdício, de modo que se tenha um período significativo de análise do banco de dados após as modificações que foram realizadas. Com relação aos motivos que levaram ao desperdício de dietas, evidenciou-se a necessidade de que sejam pensadas e desenvolvidas estratégias de gestão voltadas para a educação permanente, com ênfase na garantia de uma comunicação eficaz entre os setores, para que se tenha melhor controle da ocorrência de desperdício.

REFERÊNCIAS

1. Harvey SE, Parrott F, Harrison DA, Sadique MZ, Grieve RD, Canter RR, et al. A multicentre randomised controlled trial comparing the clinical effectiveness and cost-effectiveness of early nutritional support via the parenteral versus the enteral route in critically ill patients (CALORIES). *Health Technol Assess*. 2016;20(28):1-144.
2. Waitzberg DL. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
3. Castro MG, Ribeiro PC, Souza IAO, Cunha HFR, Silva MHN, Rocha EEM, et al. Diretriz brasileira de terapia nutricional no paciente grave. *BRASPEN J*. 2018;33(supl 1):2-36.
4. Blaser AR, Starkopf J, Alhazzani W, Berger MM, Casaer MP, Deane AM, et al. ESICM Working Group on Gastrointestinal Function. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. *Intensive Care Med*. 2017;43(3):380-98.
5. Rocha AJSC, Oliveira ATV, Cabral NAL, Gomes RS, Guimarães TA, Rodrigues WB, et al. Causas de interrupção de nutrição enteral em unidades de terapia intensiva. *Rev Pesq Saúde*. 2017;18(1):49-53.
6. Solfa FV. *Desperdício de dieta enteral em UTI: análise de modo de falhas e efeitos de danos ao paciente grave [Dissertação de Mestrado]*. Botucatu: Mestrado Profissional em Enfermagem, Faculdade de Medicina, Universidade de Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”; 2014.
7. Noviski APF, Araújo GC, Baratto I. Resto ingesta em uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar na cidade de Pato Branco - PR. *RBONE*. 2017;11(66):451-8.
8. Hyeda A, Costa ESM. Terapia nutricional: custos conforme formulações e composições. *J Bras Econ Saúde*. 2018;10(1):15-21.
9. Barroso ACS, Cavalcante AS, Marques SSF, Sató ALSA. Comparação entre necessidade, prescrição e infusão de dietas enterais em um hospital público de Belém-PA. *BRASPEN J*. 2019;34(1):46-51.
10. Rosa JKP, Silva MI, Souza LMV, Costa RA, Santos JL, Silva AMO, et al. Terapia nutricional enteral de crianças internadas na UTI pediátrica de um hospital público em Sergipe. *RBONE*. 2019;13(82):852-6.
11. Zin OA, Soares FVM, Abranches AD, Costa ACC, Villela LD, Moreira MEL. Análise das diferenças entre a dieta prescrita e a dieta administrada aos recém-nascidos pré-termo usando um instrumento eletrônico. *Rev Paul Pediatr*. 2019;37(4):472-8.
12. Waitzberg DL, Correia MI. Strategies for high-quality nutrition therapy in Brazil. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016;40(1):73-82.
13. Santos HVD, Araújo IS. Impacto do aporte proteico e do estado nutricional no desfecho clínico de pacientes críticos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(2):210-6.
14. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958-67.
15. Walczewski MRM, Walczewski EAB, Wiggers CE, Rosa BC, Marconato FHC. Fatores que impedem a adequação da oferta nutricional enteral em pacientes críticos. *BRASPEN J*. 2019;34(4):329-35.
16. Hoffmann LM, Wegner W, Biasibette C, Peres MA, Gerhardt LM, Breigeiron MK. Identificação de incidentes de segurança do paciente pelos acompanhantes de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019;72(3):741-8.

Local de realização do estudo: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.