

Conformidade da assistência de nutrição em oncologia às diretrizes da campanha “Diga Não à Desnutrição” da BRASPEN

Compliance of nutrition assistance in oncology with the guidelines of the BRASPEN “Say No to Malnutrition” campaign

DOI: 10.37111/braspenj.2022.37.3.09

Thaísa Pereira Maia Andrade¹
Thais Fernanda Gomes Pereira da Silva¹
Mariele Aparecida Marcatto²
Thais de Campos Cardenas³
Vera Sílvia Frangella⁴

Unitermos:

Qualidade da Assistência à Saúde. Administração dos Cuidados ao Paciente. Desnutrição.

Keywords:

Quality of Health Care. Patient Care Management. Malnutrition. Hospital Malnutrition.

Endereço para correspondência

Thaísa Pereira Maia Andrade
Rua Prudente de Morais, 554 ap 153 – Centro – Ribeirão Preto, SP, Brasil – CEP 14015-100
E-mail: thaisapmaia@hotmail.com

Submissão:

23 de junho de 2022

Aceito para publicação:

13 de setembro de 2022

RESUMO

Introdução: O serviço nutricional hospitalar é fundamental na assistência à saúde dos pacientes, sendo determinante o papel do nutricionista para as adequações dietéticas, avaliação do estado nutricional, acompanhamento do consumo alimentar e evolução clínica e nutricional dos pacientes. Contudo, a desnutrição intra-hospitalar ainda é muito ocorrente, tornando os pacientes mais suscetíveis a complicações, aumentando o tempo de internação e, conseqüentemente, os custos hospitalares. Buscando-se a excelência no atendimento e segurança ao paciente, surgiram programas de acreditação hospitalar, que preconizam auditoria de serviços e processos. Esses programas, associados a ações que visam à assistência nutricional segura a pacientes, como a campanha “Diga não à Desnutrição” da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), são excelentes caminhos para melhoria na qualidade do atendimento. Assim, este estudo busca elaborar um *checklist* de auditoria para identificação do nível de adesão aos requisitos preconizados por essa campanha, bem como testá-lo em um hospital oncológico. Esse instrumento abrange os 11 passos descritos na campanha, bem como avaliação da adequação a cada passo. **Método:** O teste considerou dados coletados pelos pesquisadores, consulta a prontuários de pacientes entre 15 e 91 anos, acompanhamento da rotina de nutricionistas, reuniões com os profissionais da nutrição, fisioterapia e psicologia; além de consulta a protocolos e procedimentos da instituição. **Resultados e Conclusão:** A aplicação do *checklist* indicou que a maioria dos passos da campanha foi seguida pelo hospital, integralmente ou parcialmente, e que o *checklist* proposto pode ser uma ferramenta valiosa em processos de auditorias e acreditação hospitalar, auxiliando a tomada de decisões e melhorando o atendimento ao paciente.

ABSTRACT

Introduction: The nutritional service offered in hospitals is fundamental to maintain patients' health, and the nutritionist role is crucial to indicate dietary modifications, assessment of nutritional status, monitoring of food consumption and clinical and nutritional evolution of patients. However, hospitals still present high malnutrition rates, making hospitalized patients more susceptible to complications, increasing hospital length of stay, as well as the costs of the treatment. Programs of hospital accreditations emerged to support excellence in patient care and safety, supporting the audit of services and processes. These programs, associated with activities that aim safe nutritional support to patients, like the campaign “Say no to Malnutrition”, developed by the Brazilian Society of Parental and Enteral Nutrition (BRASPEN), are excellent ways to increase the quality of patient assistance. Therefore, this study aims to elaborate an audit checklist to identify the level of adherence to the requirements advocated by the Campaign “Say no to Malnutrition”, as well as testing it on an oncology hospital. The checklist was built considering the 11 steps of the BRASPEN campaign, with a percentage of suitability for each step. **Methods:** The checklist functionality test considered the data collected by researchers, including patients records, the routine of nutritionists visits, nutrition/physiotherapy/psychology team meetings and assess to hospital protocols and procedures. The analyzed data included patients between 15 and 91 years old. **Results and Conclusions:** The checklist indicated that most of the steps of the “Say No to Malnutrition” campaign were fully or partially followed by the hospital. The checklist successfully indicated the steps that need to be improved and is considered a valuable tool in the hospital audit and accreditation process. Moreover, the checklist can be applied in internal follow-ups, supporting the decision making and improving patient care.

1. Nutricionista, aluna da pós-graduação em Nutrição Clínica, Nutricionista, aluna da pós-graduação em Nutrição Clínica, São Paulo, SP, Brasil.
2. Nutricionista, pós-graduada em Nutrição Clínica e em Gestão de Serviços Hospitalares, Coordenadora do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital São Camilo Oncologia, São Paulo, SP, Brasil.
3. Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica, Pós-graduada em Administração Hospitalar e Mestre em Nutrição Humana, Docente do curso de Pós-Graduação do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.
4. Mestre e Especialista em Gerontologia; Especialista em Nutrição Clínica e em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral; Coordenadora de Curso de Pós-graduação em Nutrição Clínica e Docente do curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A nutrição adequada é um dos determinantes da saúde humana, especialmente em pacientes hospitalizados, auxiliando na melhora do seu estado clínico e nutricional e, conseqüentemente, na qualidade de vida¹⁻³. O Serviço de Nutrição Hospitalar é responsável pela produção e distribuição de alimentos, prestando assistência aos pacientes e seus familiares, promovendo a adequação e a orientação alimentar, bem como contribuindo para minimizar o risco nutricional^{4,5}. Risco nutricional refere-se ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional. Tão importante quanto diagnosticar a desnutrição é avaliar o risco de deterioração nutricional naqueles pacientes em situações que podem estar associadas a problemas nutricionais⁶⁻⁸.

A prevalência de desnutrição em adultos hospitalizados no mundo é de 20% a 50%, variando em função das condições do paciente, da doença e dos métodos de avaliação utilizados⁹. Correia et al.¹ reuniram 66 publicações e encontraram, na América Latina, variação de 40% a 60% de desnutridos à admissão hospitalar. No Brasil, a prevalência da desnutrição foi estimada em 48,1%, sendo que apenas 7,3% dos pacientes recebiam terapia nutricional enteral ou parenteral¹⁰.

A desnutrição reduz imunidade e aumenta complicações, tempo de internação e custos hospitalares^{11,12}.

Visando elevar a qualidade no serviço nutricional hospitalar, a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN) promoveu a campanha “Diga não à Desnutrição”, que representa importante iniciativa no âmbito da promoção da assistência nutricional segura. A partir das diretrizes dessa campanha é possível traçar planos para identificação precoce e manejo da desnutrição em pacientes hospitalizados⁵.

A campanha se desdobra em onze passos, formando a palavra DESNUTRIÇÃO, conforme descrito abaixo:

- 1- **D**etermine o risco e realize a avaliação nutricional;
- 2- **E**stabeleça as necessidades calóricas e proteicas;
- 3- **S**aiba a perda de peso e acompanhe o peso a cada 7 dias;
- 4- **N**ão negligencie o jejum;
- 5- **U**tilize métodos para avaliar e acompanhar a adequação nutricional ingerida *versus* estimada;
- 6- **T**ente avaliar a massa e a função muscular;
- 7- **R**eabilite e mobilize precocemente;
- 8- **I**mplemente, pelo menos, dois indicadores de qualidade;
- 9- **C**ontinuidade no cuidado intra-hospitalar e registro dos dados em prontuário;
- 10- **A**colha e engaje o paciente e/ou familiares no tratamento;
- 11- **O**rienta a alta hospitalar.

Julga-se que o seguimento desses passos seria mais facilmente monitorado se houvesse um método simples de avaliação institucional, buscando diagnóstico situacional do serviço quanto aos passos da campanha, auxiliando na definição de metas em busca da excelência e, conseqüentemente, alcançando-se melhores desfechos clínicos, maior satisfação dos clientes e sustentabilidade financeira. Dessa forma, este estudo busca: (i) elaborar um *checklist* de auditoria para identificação do nível de adesão dos serviços de nutrição hospitalar à campanha “Diga não à Desnutrição” e; (ii) aplicar o *checklist* em hospital especializado no tratamento do câncer, como um piloto da funcionalidade da ferramenta.

MÉTODO

Estudo de caráter observacional e descritivo realizado em duas etapas.

Elaboração do *checklist*

Baseando-se nos 11 passos apresentados, construiu-se o *checklist* considerando:

- 1- Ferramenta utilizada para triagem nutricional e diagnóstico do estado nutricional; tempo para triar; percentual de pacientes triados e avaliados segundo critérios estabelecidos;
- 2- Metas proteica e calórica, registradas no prontuário, à admissão;
- 3- Registro, no prontuário, do peso na admissão e/ou durante o processo de triagem nutricional e forma de acompanhamento ao longo da internação;
- 4- Tempo de jejum para exames, cirurgias e de prescrição;
- 5- Avaliação e acompanhamento de aceitação alimentar;
- 6- Registros, no prontuário, da função e massa muscular, conforme protocolos existentes;
- 7- Mobilização do paciente e evoluções do fisioterapeuta (registros de mobilização e tempo de saída do leito após cirurgia);
- 8- Indicadores da assistência nutricional adotados pelo hospital;
- 9- Evolução dos nutricionistas no prontuário e registros referentes ao plano de cuidado e continuidade da assistência, bem como protocolos institucionais de acompanhamento nutricional;
- 10- Participação do paciente nas tomadas de decisão;
- 11- Orientação de alta (pacientes/familiares orientados e em qual momento).

Todas as questões foram elaboradas em conjunto com a gestora da área de nutrição do hospital, no momento do planejamento da pesquisa.

Os resultados foram considerados satisfatórios quando o alcance foi igual ou superior a 85% de adequação.

Em um processo de auditoria interna, o *checklist* elaborado poderia ser utilizado para avaliar o nível de adequação obtido e relacioná-lo a um possível selo de qualidade hospitalar, classificando o serviço de nutrição em níveis (por exemplo, nível I - 50 a 75% de adequação; nível II - $\geq 75\%$ e $< 85\%$ e nível III - $\geq 85\%$).

Aplicação do Checklist como Teste Piloto

A ferramenta proposta foi aplicada junto ao serviço de nutrição de um hospital oncológico do município de São Paulo, no mês de dezembro/2019. A instituição, na ocasião, era acreditada nível 3 pela ONA (Organização Nacional de Acreditação). As informações foram coletadas dos registros do Serviço de Nutrição da Instituição e dos prontuários dos pacientes, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Coleta de Dados

Os dados para a análise desta pesquisa foram extraídos da planilha do serviço de nutrição, que contabiliza as triagens e avaliações nutricionais realizadas no mês, somando 642 visitas do nutricionista e 220 triagens de pacientes adultos/idosos com emprego da ferramenta NRS-2002¹³. Com essas informações foi possível extrair respostas para alguns itens do *checklist*, porém, para os demais, foi necessário consultar o prontuário do paciente. Assim, para essa coleta decidiu-se selecionar, dentre os pacientes triados, de forma aleatória, uma subamostra de

110 pacientes, para busca das informações no prontuário. Quanto aos indicadores já utilizados pela instituição, o serviço possuía dados de “percentual de pacientes em jejum por prescrição médica $\geq 48h$ ”, “infecção de cateter venoso central em pacientes sob terapia nutricional parenteral” e “percentual de volume administrado de dieta enteral *versus* volume prescrito”.

Atividades do Nutricionista

As pesquisadoras desse estudo acompanharam os nutricionistas do hospital nas visitas realizadas a 30 pacientes internados, no momento da coleta dos dados. Além disso, as pesquisadoras entrevistaram 6 copeiros e acompanharam o porcionamento das refeições no setor de produção, por 3 dias.

Reuniões

As reuniões multidisciplinares acontecem periodicamente no hospital, sendo que as pesquisadoras participaram de 3 delas, visando identificar as ações da equipe multiprofissional para a reabilitação e mobilização dos pacientes internados.

Protocolos e Procedimentos

O hospital possui protocolos e procedimentos internos que têm como finalidade o atendimento padronizado, seguro e humanizado. Os documentos são digitais e controlados pelo setor de qualidade da instituição, não sendo permitidas cópias.

A Tabela 1 indica quais métodos foram utilizados para avaliar cada passo da campanha.

Tabela 1 – Métodos para coleta de dados nos passos da campanha “Diga não à Desnutrição”. Dezembro/2019.

| | Pacientes triados pelo serviço (n = 220) | Informações adicionais (n = 110) | Jejum de prescrição (n = 51) | Volume administrado <i>versus</i> prescrito (n = 22) | Reuniões com equipes (n = 3) | Visitas (n = 30) | Consulta à documentação da qualidade (protocolos) |
|----------|--|----------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------|---|
| Passo 1 | √ | | | | | √ | √ |
| Passo 2 | | √ | | | √ | √ | √ |
| Passo 3 | | √ | | | | √ | √ |
| Passo 4 | | | √ | | √ | √ | √ |
| Passo 5 | | | | | √ | √ | |
| Passo 6 | √ | | | | | √ | √ |
| Passo 7 | | | | | √ | √ | |
| Passo 8 | √ | | | √ | √ | √ | |
| Passo 9 | | √ | | | | √ | |
| Passo 10 | | √ | | | | √ | |
| Passo 11 | | √ | | | | | |

Comitê de Ética

Foram mantidos todos os preceitos éticos de confidencialidade dos dados e não exposição da pessoa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) do Centro Universitário São Camilo- SP (Parecer nº 3.737.801) e autorizado pelo Diretor Técnico Médico da Instituição hospitalar, na ocasião da realização do trabalho.

RESULTADOS

Os dados analisados de uma amostra de 220 pacientes apontaram que: 47,3% foram atendidos via Sistema Único de Saúde (SUS) e 52,7%, pela saúde suplementar ou privado, sendo a maioria (60,9%) adultos; do gênero feminino (73,5%), com idades de 15 a 91 anos.

A média de idade dos grupos de 220 e 110 pacientes foi: $54,2 \pm 16,7$ e $55,6 \pm 16,4$ anos, respectivamente.

No momento da admissão, o nutricionista tem como rotina realizar a conduta nutricional (conforme descrito na Figura 1) e planejar outras avaliações e forma de acompanhamento do paciente.

O Quadro 1 resume os resultados encontrados na avaliação dos passos da campanha “Diga não à Desnutrição”, segundo o *checklist* elaborado e aplicado na instituição de escolha. Os itens avaliados estão detalhados a seguir:

Passo 1 – Determine o risco e realize a avaliação nutricional

○ hospital possui protocolo para triagem nutricional,

que deve ser realizada em até 48h da admissão, utilizando NRS-2002¹³ para adultos e idosos.

Pacientes sem risco nutricional (escore <3), segundo o protocolo do serviço, devem ser reavaliados semanalmente. Já os com escore ≥ 3 devem ser avaliados pela “Avaliação Subjetiva Global” – ASG¹⁴, sendo classificados em: A – Bem nutrido; B – Desnutrido moderado; C – Desnutrido grave.

Dentre os 220 pacientes avaliados, 53,2% (n = 116) apresentaram risco nutricional à admissão hospitalar e dentre eles: a maioria (81,9%) estava bem nutrida e 18,1% desnutridos (15,5% com desnutrição moderada e 2,6% com desnutrição grave), segundo a ASG.

No total, 65,7% dos pacientes admitidos foram triados (não considerando os do pronto atendimento, respeitando-se o protocolo institucional).

Passo 2 – Estabeleça as necessidades calóricas e proteicas

Não há diretriz para monitoramento de metas calóricas e proteicas. No serviço, são padronizadas as dietas orais e as enterais, suplementos nutricionais, módulos de nutrientes e nutrição parenteral, sendo diversificados e adequados para suprir as necessidades calóricas-proteicas dos pacientes, mas não se registram as metas calóricas e proteicas para possibilidade de compreensão de adequação da terapia nutricional às necessidades do paciente.

Passo 3 – Saiba a perda de peso e acompanhe o peso a cada 7 dias

○ hospital possui um procedimento operacional padrão (POP) denominado “controle de peso corporal”.

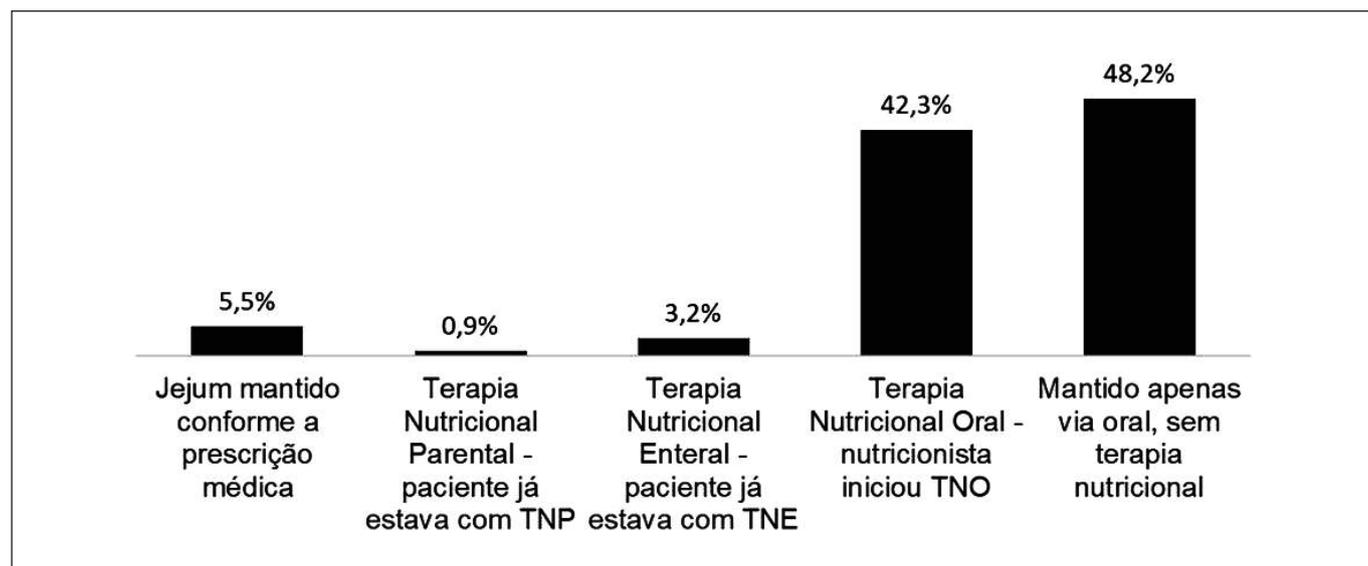


Figura 1 - Distribuição percentual da conduta nutricional no momento de admissão dos pacientes triados em dezembro/2019 (n = 220).

Quadro 1 – Checklist de adequação assistencial do serviço de nutrição de um hospital oncológico às diretrizes da campanha "Diga Não à Desnutrição" da BRASPEN.

| Local de Aplicação: <i>IBCC Oncologia</i> | | | |
|---|----------|-----|---|
| Data da Avaliação: <i>Dezembro/2019</i> | | | |
| Avaliador(es) responsável(is): <i>Thaís P. Maia Andrade, Thaís Fernanda G. P. da Silva</i> | | | |
| DIRETRIZ: | CONFORME | | RESPOSTAS AO QUESTIONAMENTO/ OBSERVAÇÕES ADICIONAIS |
| | SIM | NÃO | |
| DETERMINE O RISCO E REALIZE A AVALIAÇÃO NUTRICIONAL | | | |
| Existe uma ferramenta para avaliar o risco nutricional? | X | | |
| Se sim, qual ferramenta? | | | <i>NRS-2002 ou STRONG KIDS (em poucos casos em virtude do público-alvo da instituição)</i> |
| A triagem nutricional é realizada em tempo considerado adequado pela instituição? | X | | <i>38,5 = 5,5 horas, verificado por análise de 110 prontuários com informações detalhadas</i> |
| Mais de 80% dos pacientes da instituição são triados? | | X | <i>Segundo dados do próprio serviço, esse percentual é de 66%</i> |
| Existe uma ferramenta validada para fazer o diagnóstico nutricional? | X | | |
| Se Sim, qual ferramenta? | | | <i>Avaliação Subjetiva Global</i> |
| Qual % pacientes Eutróficos? | | | <i>81,9%</i> |
| Qual % pacientes Desnutridos? | | | <i>18,1%</i> |
| ESTABELEÇA AS NECESSIDADES CALÓRICAS E PROTEICAS | | | |
| Existe um protocolo de monitoramento de metas? | | X | |
| Se sim, qual a % de adequação estipulada? | | | |
| As metas são anotadas em prontuário na admissão? | | X | <i>Apenas para pacientes em TNE, onde a meta do volume de dieta enteral fica registrada</i> |
| O prazo para que a meta seja atingida é definido em algum protocolo ou procedimento do serviço? | | X | |
| Se sim, qual é esse prazo? | | | |
| O hospital possui dietas adequadas e módulos necessários para suprir as necessidades calóricas-proteicas? | X | | <i>Sim, além de padronização de suplementos proteico-calóricos, módulos, dietas enterais padrão e especializadas, o hospital também possui nutrição parenteral padrão e individualizada</i> |
| SAIBA O PESO DO PACIENTE, PELO MENOS, A CADA 7 DIAS | | | |
| Existe documento descrito para definição de acompanhamento do peso? | X | | <i>POP – Controle de peso corporal</i> |
| O paciente possui um histórico de registro de pesagem durante sua internação? | X | | <i>Registrado na evolução do nutricionista a cada atendimento</i> |
| O paciente é pesado a cada 7 dias? | X | | <i>Pacientes do setor de onco-hematologia são pesados diariamente, e os demais, conforme verificado em 110 prontuários, a cada 7 dias.</i> |
| NÃO NEGLIGENCIE O JEJUM | | | |
| Existem protocolos para controle e orientações relacionadas ao tempo de Jejum? | X | | |
| A comunicação entre a enfermagem e a Nutrição é efetiva na liberação do jejum? | X | | <i>Conforme Protocolo, em formulário/impreso ou via telefone, o qual é entregue ao serviço de nutrição.</i> |
| O tempo de jejum para exames é acompanhado pelo nutricionista? | | X | |
| Se sim, qual tempo médio mensal? | | | <i>Não conforme</i> |
| O tempo de jejum em prescrição médica é acompanhado pelo nutricionista? | X | | <i>Em uma planilha de controle</i> |
| Se sim, qual tempo médio mensal? | | | <i>19 pacientes permaneceram em jejum por prescrição médica por mais de 48h.</i> |
| O tempo de jejum pré-cirúrgico é acompanhado pelo nutricionista? | | X | |
| Se sim, qual tempo médio mensal? | | | <i>Não conforme</i> |
| UTILIZE MÉTODOS PARA AVALIAR E ACOMPANHAR A ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL INGERIDA vs ESTIMADA | | | |
| A aceitação do paciente é monitorada? | | X | <i>Monitoramento subjetivo – baixas verificadas pelos copeiros, porém não há sistemática para tal, sendo realizado ocasionalmente.</i> |
| Se sim, quais os instrumentos de monitoramento da aceitação do paciente? | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Os copeiros/auxiliares são bem instruídos para ajudar a identificar a aceitação alimentar? | | X | <i>Devido não ser parte sistemática de rotina do serviço, não foi encontrada evidência para tal</i> |
| IENTE AVALIAR A PERDA DE MASSA E A FORÇA MUSCULAR | | | |
| Existe Protocolo para avaliar massa e função muscular? | X | | <i>"avaliação nutricional"</i> |
| Se sim, o que é aferido? | | | <i>CB, CP e FAM</i> |
| Existe sistemática para acompanhamento da aferição? | X | | <i>no momento da triagem e em todas as reavaliações, conforme protocolo</i> |
| Todos os pacientes foram avaliados? | | X | |
| REABILITE E MOBILIZE PRECOZEMENTE | | | |
| A Nutrição se faz presente nos Rounds e Reuniões da Equipe Multidisciplinar? | X | | |
| A Nutrição tem acesso ao registro de evoluções da equipe de Fisioterapia? | X | | |
| A equipe de fisioterapia mobiliza o paciente precocemente após cirurgia? | X | | <i>atuação do fisioterapeuta na unidade de internação deve ser iniciada em até 24h da solicitação médica e em UTI início imediato, salvo contraindicações</i> |
| Se sim, existe protocolo para tal? | | X | <i>Mobilização Precoce, porém, ainda não validado</i> |
| O tempo para mobilização é acompanhado pela equipe? | | X | |
| Existe uma comunicação efetiva entre Nutrição e Fisioterapia? | X | | <i>Utilização do prontuário eletrônico reuniões de discussão de caso</i> |
| IMPLIMENTE PELO MENOS DOIS INDICADORES DE QUALIDADE | | | |
| O setor de Nutrição possui, ao menos, dois indicadores de qualidade? | X | | |
| Se sim, quais são eles? | | | <i>Volume de dieta enteral recebido em função do prescrito pelo médico Percentual de pacientes sem risco nutricional reavaliados</i> |
| Os indicadores selecionados são acompanhados e tabulados com frequência? | X | | |
| O Serviço de Nutrição elabora um plano de ação de acordo com resultados obtidos? | | X | <i>Não encontramos evidências de registro para esse acompanhamento</i> |
| CONTINUIDADE NO CUIDADO INTRAHOSPITALAR E REGISTRO DOS DADOS EM PRONTUÁRIO | | | |
| O nutricionista realiza a evolução institucional com dados que evidenciem o acompanhamento nutricional? | X | | |
| Se sim, qual a periodicidade das evoluções? | | | <i>Semanais, ou em intervalos menores se solicitado pelo paciente ou em virtude de alguma intercorrência clínica</i> |
| ACOLHA E ENGAJE O PACIENTE E/OU FAMILIARES NO TRATAMENTO | | | |
| A família é orientada conforme os processos hospitalares? | X | | |
| Se sim, como essa orientação é evidenciada na instituição? | | | <i>Durante visita ao leito e por um plano educacional que fica junto ao leito do paciente</i> |
| Existe evidência que o paciente participe do processo de decisão do seu tratamento? | X | | |
| Se sim, como isso é comprovado? | X | | <i>Anotações em prontuário</i> |
| ORIENTE A ALTA HOSPITALAR | | | |
| A equipe de Nutrição orienta alta hospitalar? | X | | |
| Quais pacientes são candidatos à orientação de alta hospitalar? | | | <i>Todos os pacientes em TNE que iniciaram a terapia na internação vigente</i> |
| Os pacientes candidatos são efetivamente orientados? | X | | |
| E aplicado algum controle de efetividade da orientação? | | X | |

Para acompanhamento do peso é realizada a aferição no momento da internação e refeita semanalmente para monitoramento. No setor da onco-hematologia, esse registro é diário. Esses dados foram localizados no prontuário dos pacientes.

Passo 4 – Não negligencie o jejum

Pacientes clínicos são acompanhados por um impresso de controle do tempo do jejum em prescrição. O nutricionista registra as seguintes informações: motivo do jejum, horário de liberação e início da dieta. O protocolo sugere que o tempo máximo de jejum, em pacientes hemodinamicamente estáveis, seja de 48h (indicador: “tempo de jejum em prescrição médica”).

Segundo esse protocolo “Jejum intra-hospitalar”, além do jejum prescrito, existem outros monitoramentos, como: exames de imagem (2 a 8h de jejum), bioquímicos (3 a 12h de jejum) e cirurgia (8h de jejum).

Em caso de jejum prolongado (>48h), há discussão sobre a possibilidade de vias alternativas de nutrição, no caso de a condição clínica do paciente não contraindicar esse uso¹⁴. Nos casos de dieta parenteral, a equipe da nutrologia é acionada. Entre os dados dos pacientes acompanhados, 51 foram monitorados ao longo do mês (são todos os pacientes, no mês, que contabilizaram mais de 1h de jejum), sendo que, em 19 deles, o tempo de jejum foi >48h, correspondendo a uma média de 87 horas e 43 minutos. Os principais motivos para tanto, foram: instabilidade hemodinâmica (n=11) e complicações gastrointestinais (n=4).

Foi evidenciado, por formulário/impresso próprio do serviço, que o hospital preconiza o recebimento da dieta oral em até 1h após liberação do jejum pela equipe médica e notificação pela enfermagem.

Passo 5 – Utilize métodos para avaliar e acompanhar a adequação nutricional ingerida versus estimada

A aceitação é monitorada subjetivamente. As baixelas de alimentação são verificadas visualmente pelos copeiros, que informam ao nutricionista quaisquer alterações sobre aceitação alimentar, sendo também avaliadas pelos nutricionistas durante as visitas aos pacientes. Contudo, não foi identificada ferramenta formalizada para esse acompanhamento.

Passo 6 – Tente avaliar a massa e a função muscular

Existe protocolo de avaliação da massa e função muscular, envolvendo: mensuração da circunferência do braço (CB) e da panturrilha (CP), com emprego de fita plástica inelástica

e técnicas adequadas, bem como avaliação da função muscular pela força do aperto de mão (FAM), se utilizando o dinamômetro JAMAR®, devidamente calibrado. Essas medidas devem ser realizadas na triagem e nas reavaliações programadas.

A CP e CB foram realizadas no momento da admissão em 52,7% e 49,1% dos pacientes, respectivamente; enquanto a FAM em apenas 36 dos 220 pacientes (16,36%). Vale justificar que um dos dinamômetros estava em manutenção, o que impossibilitava o uso por todos os nutricionistas. Outros motivos foram: paciente fora do leito no momento da avaliação, presença de edema, indicação de manipulação mínima do paciente.

Passo 7 – Reabilite e mobilize precocemente

As visitas demonstraram que a reabilitação é realizada pela fisioterapia, mas o protocolo “Mobilização Precoce” ainda está sofrendo ajustes, não sendo, portanto, considerado válido para a análise deste *checklist*. Os pacientes admitidos na UTI, salvo contraindicação definida pela equipe médica, devem ser mobilizados do leito em 24h. Segundo informação da coordenadora do serviço, há acompanhamento da evolução do nível de mobilização e função, porém não há indicador específico para acompanhar o tempo real de mobilização do paciente.

Passo 8 – Implemente, pelo menos, dois indicadores de qualidade

O serviço utiliza, ao menos, dois indicadores de qualidade:

1. Relação entre volume administrado e volume prescrito para pacientes em TNE

Considerando que a nutrição adequada é essencial para a recuperação e integridade imunológica, essa relação precisa ser próxima a 100%. No entanto, pacientes em estado crítico têm esse volume reduzido em função de múltiplos exames e tratamentos específicos¹⁵.

No hospital, a meta mínima é de 70%. Em dezembro/2019, 22 pacientes em TNE foram acompanhados e, assim, 265 registros de administração de dieta foram monitorados naquele mês. O resultado encontrado foi de 81,9%, superando a meta estipulada. Contudo, 37,1% dos pacientes receberam menos que 70% do volume prescrito de dieta enteral. É importante destacar que, em 12 (4,5%) registros, não havia, no prontuário, informação de volume administrado, em 4 (1,5%) registros, o volume foi zero, devido à prescrição de jejum e 1 registro configurava não administração em função de espera para passagem de sonda.

2. Percentual de pacientes sem risco nutricional reavaliados

Os 102 pacientes sem risco nutricional deveriam ser reavaliados em 7 dias, mas 88 saíram de alta hospitalar antes desse prazo e 1 morreu. O tempo de permanência hospitalar desses pacientes foi, em média, de 4,2 dias. Assim, em 7 dias, apenas 13 pacientes estavam na instituição para retriagem e 12 foram retriados no sétimo dia após triagem (percentual de retriagem adequada = 92,3%). O paciente que não foi retriado em 7 dias foi reavaliado no 8º dia. Apesar de não fazer parte do escopo do *checklist*, pôde-se observar que 53,8% dos pacientes retriados apresentaram piora da condição nutricional após 1 semana de internação, sendo, então, classificados como em risco nutricional.

Como sistemática institucional, a depender dos resultados dos indicadores, deve-se gerar uma não-conformidade para as partes envolvidas, visando-se à elaboração de plano de ação, mas essa etapa não foi evidenciada na prática.

Passo 9 – Continuidade no cuidado intra-hospitalar e registro dos dados em prontuário

Todos os itens do Passo 9 estão conformes (100%), pois o nutricionista realiza evolução utilizando dados de acompanhamento (peso, ingestão alimentar, uso de terapia nutricional, características da terapia utilizada, adesão, queixas, hábito intestinal, CB e CP).

Passo 10 – Acolha e engaje o paciente e/ou familiares no tratamento

É fundamental que pacientes, cuidadores e familiares sejam acolhidos durante o tratamento. Essa empatia favorece a comunicação, aumenta a confiança, promove empoderamento e melhor desfecho clínico⁵. As equipes devem ser capacitadas e estimuladas para atendimento humanizado, comunicação inclusiva e menos técnica, orientação nutricional e uso de técnicas para favorecer a aceitação alimentar⁵.

O acolhimento e o engajamento do paciente e seus familiares é realizado neste hospital, conforme se constatou nas visitas e nos registros de prontuário. Em pacientes que se alimentavam por via oral no momento da admissão, foram encontradas evoluções de alterações dietoterápicas com registro do compartilhamento da decisão com o paciente e/ou familiar. Os dados analisados indicam que pacientes e/ou familiares/acompanhantes participaram das decisões do tratamento nutricional e foram orientados em relação às necessidades nutricionais em todos os casos.

As orientações também ocorrem por meio do plano educacional, que fica disponível em estrutura de acrílico junto ao leito, o qual informa à família e à equipe do hospital a dieta e cuidados relacionados à alimentação do paciente, podendo ser alterado sempre que necessário, conforme observações durante as visitas. Além disso, ficou claro que o hospital se preocupa com a ingestão alimentar do paciente, respeitando seus valores e cultura. Em casos de menor restrição da dieta, os pacientes podem escolher o que preferem receber dentre algumas opções de cardápio.

Há, no hospital, o grupo de humanização, que elabora e executa ações para pacientes, acompanhantes e familiares, e funcionários, permitindo interações mais humanizadas.

Passo 11 – Oriente a alta hospitalar

A alta é uma etapa importante no tratamento do paciente e pode ser decisiva para o sucesso dos procedimentos após a internação. No hospital, foi possível verificar 2 pacientes submetidos à TNE e que foram orientados no momento da alta pelo nutricionista.

Dessa forma, conforme demonstra o Quadro 1, foram encontrados os seguintes percentuais de conformidade por passo: 75% no 1; 25% no 2; 100% no 3; 60% no 4; 0% no Passo 5; 66,6% no 6; 80% no 7; 66,6% no 8; 100% no 9 e também no 10; e 66,6% no 11.

DISCUSSÃO

O serviço de nutrição hospitalar é fundamental para evitar declínio no estado nutricional e, conseqüentemente, reduzir complicações e custos^{1-3,7}. Contudo, a prevalência de desnutrição dentro dos hospitais segue elevada^{9,10}.

O *checklist* desenvolvido com perguntas e respostas simples permitiu a avaliação dos principais pontos para o combate à desnutrição hospitalar, sendo de extrema valia no campo de saúde, segurança e qualidade do serviço nutricional prestado. Contudo, cabe lembrar que, para sua aplicação, há necessidade de se acessar os protocolos e prontuários, assim como informações que possam contribuir para o levantamento de dados e evidências relacionados à assistência, necessitando, também, da contribuição dos profissionais envolvidos no cuidado.

A aplicação prática do *checklist* na identificação do nível de adesão foi fundamental para a avaliação da operacionalização da ferramenta. Além disso, deve-se salientar que, para que o seu preenchimento seja fundamentado, devem-se observar registros de evidências das ações desenhadas em protocolos e procedimentos, para então, se comprovar sua ocorrência e se fazer a pontuação no instrumento.

Os resultados encontrados pela aplicação do *checklist* permitiram afirmar que o hospital atende parcialmente à maioria dos passos no combate à desnutrição. Considerando a campanha “Diga não à Desnutrição”, foram integralmente atendidos os passos 3, 9 e 10 (satisfatórios, $\geq 85\%$ adequação), indicando intenso trabalho do serviço de nutrição no cuidado com pacientes e suas redes de apoio. Os passos 1, 7 e 11 foram considerados parcialmente satisfatórios, atingindo $\geq 75\%$ e $< 85\%$ de adequação. Já os passos 4, 6 e 8 foram parcialmente atendidos, com taxa de adequação razoável, menor que $< 75\%$, porém $\geq 50\%$.

Os pontos de melhorias identificados são relacionados à falta de padronização de métodos para acompanhamento dos registros, assim como quantidade insuficiente de equipamentos para avaliação (ou não realização de manutenção preventiva), mudanças que podem ser alcançadas com a sistematização das informações, conscientização da equipe sobre a importância do acompanhamento dos registros e envolvimento da liderança no reconhecimento da necessidade de monitoramentos nutricionais de rotina, o que é altamente recomendado.

Os passos com taxas de adequação insatisfatórias ($< 50\%$) foram o 2 e o 5, apontando a necessidade de construção de protocolos robustos e executáveis na prática clínica. Essas falhas não indicam uma falta de preocupação em relação às necessidades calóricas e proteicas dos pacientes, mas podem refletir falta de envolvimento da liderança, de dimensionamento de pessoal e capacitação adequados, do reconhecimento e da viabilização de atuação de uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional dentro de instituições de alta complexidade.

Considerando todos os passos, o hospital apresentou média de 68% de adequação à campanha “Diga não à Desnutrição” – faixa razoável. Se considerarmos um selo de qualidade hospitalar, conforme sugerido, o hospital precisaria desenvolver pequenas ações para alcançar o nível I de recomendação.

O uso do *checklist* demonstrou que o hospital oferece atendimento de qualidade aos seus pacientes, mas que precisa traçar planos de ação para melhorias contínuas no sentido de elaboração e execução de protocolos.

Utilizando o método de perguntas e respostas, o *checklist* indicou o que precisa ser modificado na busca pela excelência no serviço prestado e que, não obstante ao tema estudado, pode resultar em maior satisfação e fidelização do cliente, garantindo atendimento às suas expectativas de forma segura e com qualidade.

Contudo, como limitações do estudo, deve-se considerar: a aplicação do instrumento em um único hospital e o número pequeno de visitas aos pacientes, o que nos impede de obter conclusões definitivas.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam também a possibilidade do uso do *checklist* por instituições acreditadoras, como parte de seus processos avaliativos e em auditorias internas, por ser considerado prático.

Ferramentas como essa não apenas avaliam um serviço, mas também auxiliam na economia de recursos financeiros relacionados ao tratamento da desnutrição no hospital, fonte de inquestionáveis trabalhos e motivo pelo qual foi desenhada a Campanha da BRASPEN.

REFERÊNCIAS

1. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr.* 2017;36(4):958-67.
2. Leandro-Merhi VA, Braga de Aquino JL. Nutritional status and length of hospital stay for surgical patients. *Nutr Hosp.* 2010;25(3):468-9.
3. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical role of nutrition in improving quality of care: an interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *J Acad Nutr Diet.* 2013;113(9):1219-37.
4. Rosa G, Pereira AF, Bento CT, Rosado EL, Lopes MSMS, Peres WAF. Avaliação nutricional do paciente hospitalizado: uma abordagem teórico-prática. Rio de Janeiro: Guanabara; 2018. 214p.
5. Toledo DO, Piovacari SMF, Horie LM, Matos LBN, Castro MG, Ceniccola GP, et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *BRASPEN J.* 2018; 33(1):86-100.
6. Barbosa-Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1-Revisão de sua validade após duas décadas de uso. *Arq Gastroenterol.* 2002;39(3):181-7.
7. Waitzberg DL, Gama-Rodrigues J, Correia MITD. Desnutrição hospitalar no Brasil. In: Waitzberg DL, eds. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.* 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000. 1858p.
8. Frangella VS, Tchakmakian LA, Pereira, MAG. Aspectos nutricionais e técnicos na área clínica. In: Silva SMCS, Mura JDP, eds. *Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia.* 2ª ed. São Paulo: Roca; 2007. 437p.
9. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2008;27(1):5-15.
10. 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.
11. Correia MITD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr.* 2003;22(3):235-9.

12. Gout BS, Barker LA, Crowe TC. Malnutrition identification, diagnosis and dietetic referrals: are we doing a good enough job? *Nutrition & Dietetics*. 2009;66(4):206-11.
13. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*. 2003;22(3):321-36.
14. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enteral Nutr*. 1987;11(1):8-13.
15. Kim H, Stotts NA, Froelicher ES, Engler MM, Porter C. Why patients in critical care do not receive adequate enteral nutrition? A review of the literature. *J Crit Care*. 2012;27(6):702-13.

Local de realização do estudo: Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.