

# Campanha: 16 passos para a desospitalização segura

## *Campaign: 16 steps for a safe dehospitalization*

DOI: 10.37111/braspenj.2023.38.3.01

Camila Rodrigues Prim<sup>1</sup>  
Diogo Oliveira Toledo<sup>2</sup>  
Allan Ricardo Coutinho Ferreira<sup>3</sup>  
Carlos Álvaro Corrêa Araújo<sup>4</sup>  
Lucília de Vasconcelos Arruda<sup>5</sup>  
Carla Daniela Gomes Ataíde<sup>6</sup>  
Alline Monteiro Beltrami<sup>7</sup>  
Joana Navarro Bueno<sup>8</sup>

Clayton Barbieri de Carvalho<sup>9</sup>  
Anna Gabriella Ferreira Cunha<sup>10</sup>  
Marina Lisboa Dias<sup>11</sup>  
Jessica Magalhães Fonseca<sup>12</sup>  
Andrea Gusso<sup>13</sup>  
Bianca Savoia Migliorini<sup>14</sup>  
Roberta Luisa Müller<sup>15</sup>  
Pabline Maria de Novais<sup>16</sup>  
Bruna Fernanda Camargo Silva Parra<sup>17</sup>

Flavia Julie do Amaral Pfeilsticker<sup>18</sup>  
Thaíza Bayma Pascarelli Pierre<sup>19</sup>  
Rosikely Calandrine Mendes Pinheiro<sup>20</sup>  
Mateus Barbosa de Queiroz<sup>21</sup>  
Victor Andrade Regis<sup>22</sup>  
Emília Emanuella Pereira Rocha<sup>23</sup>  
Francieleide de Oliveira Santos<sup>24</sup>  
Luthiana da Paixão Santos<sup>25</sup>  
Fabiano Girade Corrêa<sup>26</sup>

1. Mestre em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Gerente Científica do Instituto Brasileiro de Nutrologia, Brasília, DF, Brasil.
2. Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Diretor Científico do Instituto Brasileiro de Nutrologia, Coordenador da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.
3. Mestre em Medicina pela Universidade do Porto, Consultor Médico do Instituto Brasileiro de Nutrologia, Brasília, DF, Brasil.
4. Mestrando em Medicina pela Universidade de Brasília, Especialista da Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral, Especialista pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Especialista pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Médico Integrante da Equipe de Terapia Intensiva e Medicina Interna do Hospital Sírio Libanês do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.
5. Especialista em Terapia Nutricional Hospitalar e Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Enfermeira da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Santa Lúcia Norte, Brasília, DF, Brasil.
6. Especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pelo GANEP Educação, Coordenadora de Nutrição Clínica no Hospital Santa Lúcia Norte, Brasília, DF, Brasil.
7. Especialista em Nutrição Clínica pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Analista de Qualidade e Segurança do Paciente do Instituto Brasileiro de Nutrologia, Brasília, DF, Brasil.
8. Especialista em Nutrição Clínica Funcional pela VP, Coordenadora de Nutrição Clínica no Hospital Santa Lúcia Sul, Brasília, DF, Brasil.
9. Especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Especialista em Terapia Enteral e Parenteral pelo Instituto Brasileiro de Nutrologia, Médico da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Instituto Brasileiro de Nutrologia, Supervisor Médico da Unidade de Terapia Intensiva Oncohematológica do Hospital Santa Luzia, Docente do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde, Médico Intensivista da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Samambaia, Brasília, DF, Brasil.
10. Especialista em Nutrição Clínica pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Gerente de Qualidade e Segurança do Paciente do Instituto Brasileiro de Nutrologia, Hospital Regional de Samambaia, Brasília, DF, Brasil.
11. Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Federal do Goiás, Especialista em Cuidados Paliativos e Terapia da Dor pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Analista de Qualidade do Instituto Brasileiro de Nutrologia, Brasília, DF, Brasil.
12. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão, Nutricionista Clínica do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.
13. Mestre em Fonoaudiologia Profissional pela Universidade Veiga de Almeida, Diretora Clínica no Instituto Brasileiro de Fonoaudiologia, Brasília, DF, Brasil.
14. Médica Especialista em Nutrologia e Reabilitação Intestinal pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Pós-Graduação em Nutrologia Funcional pela Associação Brasileira de Nutrologia, Especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Médica Diarista do Hospital São Luiz Unidade Itaim Rede D'or, Coordenadora Clínica da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Mário Covas, São Paulo, SP, Brasil.
15. Especialista em Nutrição em Alta Complexidade pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Especialista em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica pelo GANEP Educação, Coordenadora Técnico-Administrativa da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital DF Star, Coordenadora de Nutrição Clínica do Hospital DF Star, Brasília, DF, Brasil.
16. Especialista em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica pelo GANEP Educação, Coordenadora de Enfermagem Instituto Brasileiro de Nutrologia, Brasília, DF, Brasil.
17. Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral, Nutricionista na Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Instituto Brasileiro de Nutrologia e Hospital Vila Nova Star, São Paulo, SP, Brasil.
18. Mestre em Ciências da Saúde pelo Hospital Israelita Albert Einstein, Especialista em Nutrição Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral, Membro da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.
19. Especialista em Nutrição Clínica pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Gerente de Nutrição Clínica do Instituto Brasileiro de Nutrologia, Brasília, DF, Brasil.
20. Especialista em Nutrição Clínica pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Coordenadora de Nutrição Clínica do Hospital Santa Lúcia Gama, Brasília, DF, Brasil.
21. Residente Médico em Clínica Médica pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Residente Médico em Nutrologia pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Médico Nutrólogo Integrante do Instituto Brasileiro de Nutrologia, São Paulo, SP, Brasil.
22. Especialista em Nutrologia pela Associação Brasileira de Nutrologia, Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral, Coordenador Clínico da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Santa Isabel, São Paulo, SP, Brasil.
23. Especialista em Disfagia pelo A. C. Camargo Center, Diretora Clínica do Instituto Brasileiro de Fonoaudiologia, Brasília, DF, Brasil.
24. Especialista em Nutrição Clínica pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Nutricionista da Escola Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital Santa Luzia, Brasília, DF, Brasil.
25. Especialista em Nutrição Clínica pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.
26. Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, CEO do Instituto Brasileiro de Nutrologia, Brasília, DF, Brasil.

**Unitermos:**

Alta do Paciente. Transição do Hospital para o Domicílio. Acompanhamento nutricional.

**Keywords:**

Patient Discharge. Hospital to Home Transition. Nutritional monitoring.

**Endereço para correspondência:**

Camila Rodrigues Prim  
SHCS-CR, 515, Bloco C, Entrada 42 – Salas: 104, 107 e 109 – Brasília, DF, Brasil – CEP: 70381-530  
E-mail: camilaprim@ibranutro.com.br

**Submissão:**

15 de julho de 2023

**Aceito para publicação:**

24 de maio de 2023

**RESUMO**

Desospitalização segura é um processo cuidadosamente planejado. Ela é necessária para a transferência segura de um paciente hospitalizado de volta ao ambiente doméstico ou a um ambiente de cuidados menos intensivos, como uma casa de repouso ou centro de reabilitação. O processo de desospitalização segura objetiva que o paciente receba os cuidados apropriados, após a alta hospitalar. Esse processo minimiza o risco de complicações ou readmissões, abordando aspectos clínicos, logísticos e psicossociais, para garantir que o paciente esteja preparado e apoiado durante essa transição. O objetivo desse artigo especial é publicar uma campanha sobre o processo de alta nutricional, em um método mnemônico, com 16 passos para a desospitalização segura e efetiva.

**ABSTRACT**

Safe dehospitalization is a carefully planned process. It is necessary for safely transferring a hospitalized patient back to the home environment or to a less intensive care environment, such as a nursing home or rehabilitation center. The safe dehospitalization process aims that the patient receives appropriate care after hospital discharge. This process minimizes the risk of complications or readmissions, addressing clinical, logistical, and psychosocial aspects, to ensure that the patient is prepared and supported during this transition. The objective of this special article is to publish a campaign on the nutritional discharge process, in a mnemonic method with 16 steps for safe and effective dehospitalization.

**INTRODUÇÃO**

Desospitalização segura refere-se a um processo cuidadosamente planejado e executado para a transferência de um paciente hospitalizado de volta ao ambiente doméstico ou a um ambiente de cuidados menos intensivos, como uma casa de repouso ou centro de reabilitação<sup>1</sup>. O objetivo da desospitalização segura é garantir que a transição ocorra de maneira suave e que o paciente receba os cuidados apropriados após a alta hospitalar, minimizando o risco de complicações ou readmissões<sup>2</sup>.

A desospitalização é uma tendência mundial, adotada por diversas instituições de saúde. Ela tem o propósito de promover um atendimento mais humanizado ao paciente e a continuidade do tratamento no domicílio. Uma vez implementada, a desospitalização segura promove benefícios clínicos e econômicos, além de proporcionar uma melhor experiência aos pacientes<sup>2</sup>. Embora a desospitalização segura seja uma ação de grande importância, é um processo abrangente, que aborda aspectos clínicos, logísticos e psicossociais, para garantir que o paciente esteja preparado e apoiado durante a transição. Devido a este grau de complexidade e abrangência, muitas instituições na área da saúde enfrentam diversas dificuldades em estruturar e implementar um processo de desospitalização nutricional eficiente e orientado<sup>3,4</sup>.

Neste contexto, este artigo tem como objetivo abordar, por meio de revisão da literatura, 16 passos sobre o cuidado nutricional durante o processo de desospitalização.

**MÉTODO**

Com o propósito de sistematizar o que existe na literatura sobre o processo de alta nutricional, organizamos, nesta

revisão de literatura, de forma simples, relevante e replicável, 16 passos por meio de um método mnemônico com a palavra DESOSPITALIZAÇÃO (Quadro 1).

**Quadro 1 – Método mnemônico dos 16 passos para a desospitalização segura e efetiva.**

- D** Determine a condição nutricional para a alta hospitalar;
- E** Estabeleça metas nutricionais;
- S** Saiba a composição corporal do paciente;
- O** Oriente a estratégia nutricional desde o primeiro contato com o paciente;
- S** Sensibilize e comunique a equipe multiprofissional;
- P** Prescreva a solução nutricional de acordo com a individualidade do paciente;
- I** Identifique o principal cuidador e o seu entendimento sobre a conduta proposta;
- T** Traga o paciente para o centro do cuidado;
- A** Adeque a terapêutica nutricional às condições sociais e econômicas do paciente;
- L** Liste possíveis intercorrências que possam surgir na continuidade do tratamento no domicílio;
- I** Implemente indicadores de qualidade para a alta hospitalar;
- Z** Zele pelo conforto e bem-estar do paciente na indicação de terapia nutricional;
- A** Ajuste as orientações nutricionais em necessidade de alteração de consistência;
- Ç** Cuide de condicionais clínicas oportunistas;
- Ã** Avalie o tempo terapêutico para a proposta nutricional orientada;
- O** Oriente a revisita ao profissional após a desospitalização.

## D – Determine a condição nutricional para a alta hospitalar

No processo de hospitalização, é frequente os diferentes perfis de pacientes cursarem com fragilidade nutricional. Dados literários estimam que, 20% a 45% dos pacientes são desospitalizados com uma herança em sua bagagem clínica: a desnutrição. Pacientes desnutridos apresentam aumento nas complicações clínicas, retardando o processo de alta. Esses pacientes também têm uma maior readmissão na unidade hospitalar e, conseqüentemente, causam aumento nos custos em saúde<sup>5,6</sup>.

Com a redução do tempo de permanência hospitalar evidenciada nos últimos anos, na maioria dos países<sup>7</sup>, houve um aumento da necessidade de assegurar a continuidade do tratamento nutricional após a desospitalização. E, para que a continuidade seja assertiva, é de extrema importância determinar a condição nutricional do paciente pré-alta hospitalar. Porém, muitas vezes, na prática clínica, observa-se que não há uma reavaliação da condição nutricional dos pacientes no momento próximo à alta hospitalar. Os pacientes são frequentemente desospitalizados com condutas nutricionais antigas, estabelecidas por avaliações nutricionais realizadas em um período muito antecedente à alta. Isso compromete a eficácia da orientação, pois sabe-se que a condição nutricional dos pacientes se altera durante a jornada hospitalar.

Assim, sugere-se que a determinação da condição nutricional seja realizada dentro de sete dias antes da alta hospitalar prevista, com as ferramentas pertinentes aos protocolos de cada unidade hospitalar.

### Abordagem prática:

1. Determine o estado nutricional (EN) do paciente minimamente 7 dias antes da alta nutricional;
2. Utilize ferramentas subjetivas (anamnese e exame físico) e objetivas (antropometria e exames bioquímicos) para o diagnóstico nutricional.

## E - Estabeleça metas nutricionais

O estabelecimento de metas, após o conhecimento do diagnóstico nutricional, é o próximo passo a ser considerado para a desospitalização individualizada, segura e efetiva<sup>8,9</sup>.

No processo de desospitalização, seja com o objetivo de manter ou recuperar o EN do indivíduo, as metas da terapia nutricional (TN), independentemente da via de administração, devem contemplar a prática clínico-nutricional, por meio da atenção interdisciplinar. Além disso, a TN deve apresentar a participação ativa do paciente, família e/ou cuidadores, desde o momento da orientação de alta<sup>8,10</sup>.

Diversos achados literários discorrem sobre os benefícios de estabelecer, precocemente, planos de cuidado de desospitalização estruturados e individualizados, pautados

nas condições clínicas e necessidades nutricionais dos pacientes<sup>11</sup>. Em uma meta-análise de Gonçalves-Bradley et al.<sup>12</sup>, os autores evidenciaram impactos positivos nos pacientes que receberam uma estratégia de cuidado com planejamento de alta individualizado, quando comparados aos pacientes que receberam o cuidado padrão. A alta estruturada favoreceu a redução no tempo de hospitalização e na taxa de reinternação<sup>12</sup>.

Em relação à individualização das metas nutricionais, observa-se que muitos pacientes recebem a orientação de manter no domicílio o mesmo aporte calórico e proteico recebido na unidade hospitalar, sendo este, um grande ponto de atenção<sup>9</sup>.

Achados científicos sugerem aportes calóricos e proteicos mais agressivos no momento da desospitalização, com o intuito de promover a reabilitação nutricional dos pacientes<sup>10</sup>. Assim, revisar as metas nutricionais, no momento da preparação da alta hospitalar, é fundamental<sup>10</sup>.

Recomenda-se um aporte calórico de 35 kcal/kg de peso/dia e uma meta proteica de 2,0 a 2,5 g/kg de peso/dia<sup>13</sup>. Deve-se, também, dar importância à hidratação. A necessidade hídrica estimada destes pacientes é de 30-40 ml/kg de peso corporal/dia, ou 1,0 a 1,5 ml por kcal prescrita. Não obstante, a prescrição de água e/ou reposição fluídica depende de variáveis como a doença de base com necessidades específicas ou quantidade de fluidos prescritos pela equipe médica<sup>14-16</sup>. A Figura 1 ilustra as metas nutricionais na jornada do paciente.

### Abordagem prática:

1. Revisite as metas nutricionais dos pacientes para elaborar um plano terapêutico específico à reabilitação nutricional no domicílio;
2. Considere as metas nutricionais (calóricas e proteicas) sugeridas no processo de desospitalização.

## S – Saiba a composição corporal do paciente

Na prática clínica, métodos de avaliação corporal são cada vez mais necessários para se obter qualidade e melhorias na assistência nutricional. Monitorar a composição corporal, antes da alta, contribui para a implementação de condutas nutricionais mais assertivas às necessidades dos pacientes. Nesse contexto, algumas técnicas vêm sendo comumente utilizadas, entre elas: a ultrassonografia (US), a bioimpedância elétrica (BIA), a tomografia computadorizada (TC) e a absorciometria de raios X duplos (DXA)<sup>17</sup>.

### Ultrassonografia de musculatura periférica (US)

A ultrassonografia pode ser utilizada à beira leito, como ferramenta semiológica na avaliação da muscularidade periférica. A técnica permite avaliar a espessura do músculo

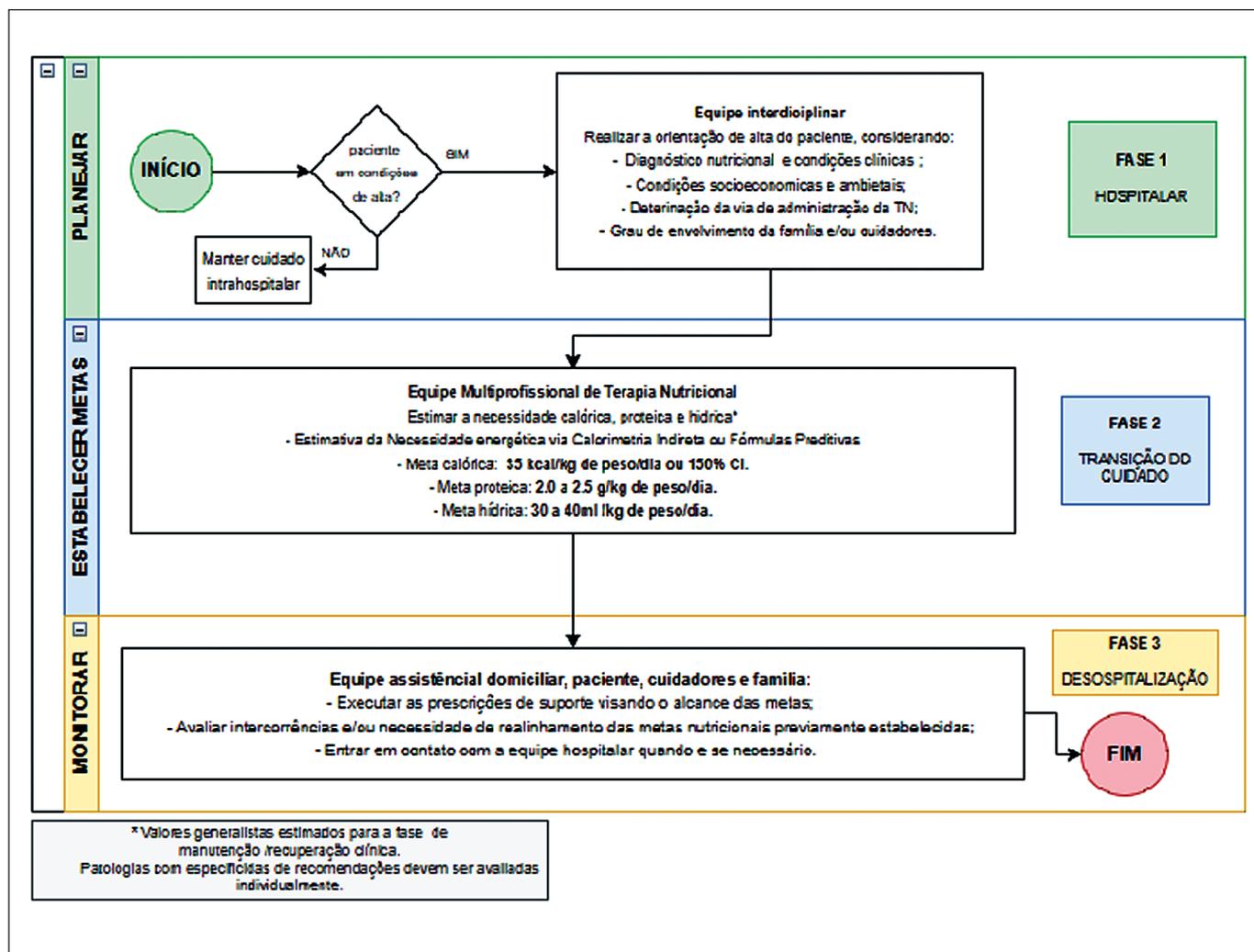


Figura 1 - Algoritmo de gestão de fluxo para o estabelecimento de metas nutricionais nas fases de hospitalização, transição do cuidado e desospitalização. Fonte: Adaptado de Aanholt et al.<sup>10</sup>, Van Zanten et al.<sup>13</sup>, Piovacari et al.<sup>14</sup>, Volkert et al.<sup>15</sup>.

(ex.: quadríceps femoral), a área de secção transversal e ângulo de penação. Além disso, é realizada de forma rápida, não invasiva, simples e reproduzível entre diferentes avaliadores. A ultrassonografia não permite o diagnóstico de sarcopenia, pois ainda não há um valor de corte na literatura. Porém, ela permite a comparação do paciente sequencialmente, sendo uma boa ferramenta para avaliar a evolução da sarcopenia, bem como a melhora muscular após determinada intervenção terapêutica<sup>17</sup>.

### Bioimpedância elétrica (BIA)

Um dos métodos não invasivos e rápidos para a avaliação da composição corporal é a BIA. Esta avaliação consiste na fixação de eletrodos na pele, pelos quais se passa uma corrente elétrica pelo corpo, mensurando a resistência à passagem dessa corrente<sup>18-20</sup>. Nesta passagem, é possível estimar o percentual de gordura, massa magra, água livre, dentre outros. Vale ressaltar que a desidratação pode subestimar os valores de massa magra<sup>18</sup>.

### Tomografia Computadorizada (TC) / Ressonância Magnética (RM)

A TC é um exame, que constrói uma imagem bidimensional em corte transversal do corpo, por meio da passagem de raios nos diferentes tecidos. A área mais utilizada para avaliação da composição corporal é na altura das vértebras L4/L5, na região da L3<sup>20-22</sup>. A RM, por sua vez, utiliza um campo magnético potente e ondas de radiofrequência, para produzir imagens detalhadas dos órgãos e tecidos. Os dois métodos são válidos e precisos, no entanto, de alto custo, de difícil acesso e, no caso da TC, expõe os avaliados à radiação<sup>20,21</sup>.

### Absorciometria de raios X duplos (DXA)

A DXA é amplamente aplicada em estudos e intervenções clínicas. Baseia-se na medida de três componentes corporais: densidade mineral óssea, massa de gordura corporal e massa magra corporal. A medida da DXA é definida como a quantidade de radiação absorvida pelo segmento desejado,

calculando a diferença entre a energia emitida pela fonte de radiação e a sensibilizada pelo detector de energia. A DXA permite o diagnóstico de sarcopenia com alta precisão e reprodutibilidade, sendo rápida e não invasiva, com baixa exposição à radiação. Entretanto, requer conhecimentos técnicos específicos e experiência do operador, além de ter um alto custo<sup>23</sup>.

#### **Abordagem prática:**

1. Avalie a composição corporal do paciente, minimamente, 7 dias antes da alta nutricional.

#### **O – Oriente a estratégia nutricional desde o primeiro contato com o paciente**

No cenário habitual, a alta é vista como um evento pontual, isolado e, na maioria das vezes, realizado sem o planejamento adequado. Isso leva a uma fragmentação do processo iniciado no ambiente hospitalar. No entanto, para que ocorra continuidade do cuidado integral ao paciente, a orientação de alta planejada e precoce deve ser estabelecida como uma prioridade<sup>11,24</sup>.

A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), em 2018, já destacava a importância da orientação da alta nutricional planejada como um dos 11 passos primordiais para o combate à desnutrição, na campanha “Diga Não À Desnutrição”<sup>8</sup>.

Neste contexto, a fim de facilitar a transição para o domicílio sem prejuízos ao paciente, devem ser priorizadas ações contínuas para a educação nutricional do paciente e dos cuidadores, ao longo da internação<sup>8,11,24</sup>.

Dentre os principais objetivos da orientação sobre a estratégia nutricional planejada, pode-se destacar: redução do tempo de internação, melhor preparo do paciente e cuidadores para o cuidado domiciliar, aumento na segurança da alta hospitalar, redução dos casos de reinternação hospitalar e benefícios clínicos e nutricionais<sup>9,12</sup>.

Destaca-se que, para pacientes com indicação de TN com suplemento oral, nutrição enteral (NE) ou parenteral (NP), a implementação de uma orientação sistematizada e precoce torna-se indispensável. A orientação deve ser programada e realizada pela equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN), ainda no hospital, de maneira individualizada, com o cuidador responsável e/ou o próprio paciente, que deverão ser treinados para a realização da TN indicada<sup>10,11</sup>. A realização adequada deste processo, no entanto, apresenta obstáculos que devem ser avaliados, para que intervenções eficazes sejam estabelecidas. Barreiras educacionais envolvendo a falta de entendimento da importância da TN, assim como dificuldades de comunicação e econômicas, podem afetar a continuidade da TN adequada na transição para o ambiente domiciliar<sup>8,11,25</sup>.

Com o objetivo de estreitar essas barreiras, a orientação de alta deve ser clara e sempre de acordo com o nível de escolaridade do paciente e familiares. O uso de materiais impressos, como *folders* e imagens, pode auxiliar no maior entendimento e clareza das informações passadas.

#### **Abordagem prática:**

1. Instigue a previsão de alta do paciente com a equipe assistencial;
2. Inicie o processo de educação do paciente e/ou cuidador o mais breve possível à data da alta prevista;
3. Utilize ferramentas educacionais (*folders*, QR-codes, vídeos), com informações relacionadas à orientação de alta;
4. Desenvolva técnicas de “teach-back”, para perceber a assimilação das informações orientadas ao paciente e/ou ao cuidador.

#### **S – Sensibilize e comunique a equipe multiprofissional**

A desnutrição hospitalar e a falta de planejamento individualizado para a desospitalização estão associadas ao aumento de complicações intra e extra-hospitalares, à piora do status nutricional do paciente e à maior frequência de reinternações precoces ou não planejadas. Tudo isso contribui para um ciclo contínuo de desnutrição-(re)internação-desnutrição<sup>12,24,26-30</sup>.

O planejamento da alta consiste em um aspecto complexo dessa assistência, exigindo uma abordagem multidisciplinar como estratégia para tornar esse momento mais qualificado, efetivo e seguro. Essa abordagem deve auxiliar na adesão ao tratamento proposto, na capacidade de autocuidado, na redução da frequência de hospitalizações, além de estreitar a comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido aos pacientes, de forma resolutiva e humanizada<sup>31</sup>.

Alguns pacientes devem ser considerados prioritários para estratégias nutricionais que visam à desospitalização segura. Esse grupo é composto por pacientes com internação em unidade de terapia intensiva (UTI) por período superior a 48 horas, submetidos a cirurgias de grande porte, idosos, histórico de hospitalização prolongada e aqueles com indicação de terapia nutricional domiciliar, seja enteral, parenteral ou com necessidade de suplementação via oral<sup>11,32</sup>.

Na prática clínica, a priorização pode ser realizada desde o momento da admissão, por meio de orientações referentes aos cuidados para oferta da dieta, adaptação da consistência dos alimentos, manuseio adequado de dispositivos, como sonda nasoenteral, gastrostomia, jejunostomia ou acesso venoso, administração segura de medicamentos, adequação do ambiente para recebimento do paciente,

listagem de possíveis danos e intercorrências, necessidade de seguimento do acompanhamento multidisciplinar para reabilitação efetiva, dentre outros.

Colocar o paciente no centro do cuidado, transmitindo conhecimento e orientação adequados, para que se torne ativo em seu processo assistencial e participativo em todas as decisões, também auxilia na aderência ao tratamento e na terapia nutricional.

Para que todo esse processo ocorra de forma eficaz, é de extrema importância que os profissionais envolvidos estejam cientes das dificuldades e obstáculos que o paciente, seus cuidadores e familiares possam vivenciar fora do ambiente hospitalar. A comunicação com profissionais de saúde responsáveis pelo seguimento desses pacientes também auxilia a agrupar informações essenciais ao processo assistencial fora do ambiente hospitalar, dando continuidade aos cuidados necessários, para atingir as metas nutricionais traçadas durante toda a internação<sup>5,30</sup>.

Com isso, o planejamento individualizado e precoce de alta hospitalar, simultaneamente à sensibilização da equipe multiprofissional, traz benefícios clínicos e nutricionais para o paciente, além de vantagens para os familiares e serviços de saúde<sup>24,33</sup>.

#### **Abordagem prática:**

1. Procure sensibilizar a equipe de assistência do hospital a respeito da orientação nutricional de alta para pacientes com internação em UTI por período superior a 48 horas, cirurgias de grande porte, idosos, histórico de hospitalização prolongada e todos os pacientes com risco nutricional que necessitaram de suporte nutricional durante a internação.

#### **P – Prescreva a solução nutricional de acordo com a individualidade do paciente**

A prescrição da solução nutricional a ser continuada no ambiente domiciliar deve estar em linha com a individualidade do paciente, o que vai além das metas nutricionais revistas, como destacado anteriormente. Ela contempla a escolha dos diferentes métodos de suplementação nutricional oral e NE<sup>10</sup>.

Sabe-se que a utilização de soluções nutricionais industrializadas apresenta benefícios quando comparadas às soluções artesanais. Dentre esses benefícios, destacam-se o risco reduzido de contaminação e a maior adequação nutricional<sup>10</sup>. No que se refere à NE, é importante escolher qual o sistema será orientado para utilização no domicílio: sistema aberto ou fechado. Cabe lembrar que o sistema aberto, podendo ele ser pó ou líquido, necessita uma manipulação prévia à administração. Já o sistema fechado compreende formulações industrializadas, prontas para uso, sem a necessidade de manipulação prévia.

No processo de desospitalização, demonstrar as apresentações de soluções nutricionais ao paciente e/ou cuidador é de extrema importância. Essas apresentações devem atender à necessidade e à condição clínica do paciente. A escolha da solução deve ser realizada em comum acordo com a equipe multidisciplinar. Esta decisão deve ser pautada de acordo com a situação da residência do paciente (saneamento básico e rede elétrica), a condição econômica e a dinâmica do paciente (ativo ou acamado) e da família<sup>10</sup>.

#### **Abordagem prática:**

1. Demonstre ao paciente e ao cuidador as diferentes apresentações (sistema aberto pó/líquido ou sistema fechado) das soluções nutricionais (suplementos ou NE);
2. Evidencie e comunique as principais diferenças entre as apresentações;
3. Empodere a escolha da apresentação pelo paciente ou cuidador.

#### **I – Identifique o principal cuidador e o seu entendimento sobre a conduta proposta**

Após a alta, há diversos desafios assistenciais relacionados aos pacientes desospitalizados, principalmente relacionados às UTIs. Pacientes e familiares alegam vários comprometimentos do estado de saúde mental, cognitiva ou física no momento da alta, demonstrando a necessidade de cuidados específicos<sup>35</sup>. Assim, a identificação do cuidador que prestará assistência a este paciente deve ser feita de forma criteriosa, uma vez que suas atividades exigirão não apenas boa vontade e disposição em cumprir suas funções, mas também capacidade técnica e emocional<sup>34</sup>.

Em relação à capacidade técnica, observa-se que os cuidadores formais e informais não apresentam, muitas vezes, conhecimentos relacionados às questões nutricionais. Um levantamento realizado com 78 cuidadores, cujo objetivo era determinar o conhecimento nutricional na prestação do cuidado, constatou que, para a maioria, o grau de entendimento era mínimo. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de maiores investimentos em programas de educação aos cuidadores relacionados à parte nutricional, visando à manutenção e/ou reabilitação do estado nutricional dos pacientes<sup>35</sup>.

Cuidadores que possuem uma melhor compreensão acerca de suas responsabilidades no planejamento do cuidado apresentam maior segurança sobre como gerenciar os riscos relacionados às suas atividades. Desta forma, identificar o cuidador precocemente e iniciar o seu processo de treinamento na jornada hospitalar, a respeito dos cuidados nutricionais, contribui para a melhor reabilitação do paciente no domicílio<sup>36-38</sup>. Em adição, além de proporcionar melhoria na assistência domiciliar, o treinamento precoce do cuidador também contribui para maior agilidade na desospitalização.

Uma revisão da literatura publicada evidencia que um dos motivos que atrasa as altas hospitalares é a dificuldade relacionada ao compartilhamento de informações com os cuidadores. Promover reuniões de comunicação de informações, que contribuam com o preparo para a alta, pode ser uma alternativa para reduzir o risco de altas tardias<sup>35,39</sup>.

Percebe-se o quão é desafiadora a identificação do cuidador principal, bem como assumir esse papel. Demandas técnicas, físicas, emocionais e sociais são uma presença constante em sua rotina de trabalho. Assim, é fortemente recomendável que, desde a admissão até a desospitalização, a equipe de terapia nutricional esteja comprometida com o paciente, a família e os cuidadores, fomentando espaços de instrução, disposição de escuta e apoio.

### **Abordagem prática:**

1. Comunicar a família sobre a necessidade de definir o principal cuidador o mais brevemente possível, esclarecendo sobre a natureza das possíveis demandas do paciente na assistência domiciliar;
2. Informar o cuidador eleito sobre a dinâmica do estado de saúde do paciente e suas demandas em cuidado nutricional pós-alta, ainda no período de hospitalização;
3. Verificar o entendimento que o principal cuidador tem acerca dos dispositivos e manejo da terapia nutricional e reportar à família;
4. Em caso de cuidador informal, esclarecer a família quanto às particularidades dessa modalidade;
5. Após a desospitalização, recomenda-se que um profissional designado pela equipe de TN permaneça acessível ao cuidador, se possível, por 30 dias após a alta;
6. Programar, dentro do possível, iniciativas que apoiem o cuidador após a alta, como, por exemplo, mentoria por pares e teleatendimento.

### **T – Traga o paciente ao centro do cuidado**

Trazer o paciente para o centro do seu cuidado é um desafio que tem se intensificado no cenário de saúde global, nos últimos anos. A Organização Mundial da Saúde dispôs a década 2016-2026 como período-alvo para voltar o olhar de saúde para o paciente e familiares<sup>40</sup>. O cuidado centrado no paciente pode ser entendido como o cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes. Além disso, o cuidado centrado no paciente busca colocar a opinião e convicções do paciente como bússola orientadora das decisões clínicas a serem tomadas no seu tratamento<sup>41</sup>.

No contexto brasileiro de saúde, o cuidado centrado no paciente e seus familiares é parte integrante do Programa

Nacional de Segurança do Paciente<sup>42</sup>. Este programa enfatiza que uma das metas de excelência em qualidade hospitalar deve ser a transição da centralidade do modelo assistencial do médico para o paciente<sup>42</sup>.

Evidências apontam que trazer o paciente para o centro da tomada de decisões pode resultar em maior engajamento no tratamento e, por consequência, melhorar os desfechos clínicos. Adicionalmente, também há destaque na literatura para melhora na experiência do paciente no curso da doença e redução dos custos hospitalares associados a esse modelo de cuidado<sup>43</sup>. Quando o olhar é voltado para a desospitalização, trazer o paciente para o centro da tomada de decisões torna-se ainda mais imprescindível.

O Instituto Picker<sup>44,45</sup>, instituição que criou o conceito de cuidado centrado no paciente na década de 70, estabeleceu oito princípios norteadores para instituições e profissionais de saúde que buscam avançar na centralização do paciente. Estes pontos, reconhecidos mundialmente, podem ser usados como fundamento no cenário da desospitalização. Além disso, estes pontos podem ser diretrizes para elaboração de um sistema ajustável para cada realidade hospitalar. São eles:

- Acesso a atendimento rápido e confiável;
- Cuidado efetivo oferecido por profissionais de confiança;
- Envolvimento e suporte para familiares e cuidadores;
- Informações claras, comunicação e suporte para o autocuidado;
- Envolvimento em decisões e respeito pelas preferências do paciente;
- Suporte emocional, empatia e respeito;
- Continuidade e transição do cuidado de forma leve;
- Atenção para as necessidades físicas e ambientais.

O sétimo e o oitavo pontos são os que possuem maior interface com a desospitalização e merecem destaque nos desdobramentos das suas sugestões de ação<sup>44</sup>.

No cenário de preocupação com a habilidade do paciente de cuidar de si após a alta hospitalar, sugere-se a coordenação e planejamento do tratamento e alta, ainda durante a internação. Além disso, propõe-se o cuidado para que a informação ao paciente sobre medicamentos, limitações físicas, necessidades nutricionais, etc., seja compreensível e detalhada<sup>44</sup>.

Há destaque importante para a responsabilidade da equipe em garantir a segurança do paciente além da esfera clínica. É essencial orientar o paciente e familiares como encontrar suporte social, físico e, até mesmo, financeiro. Neste aspecto, inclui-se, também, o acesso ao cuidado, com a oferta de informações acerca de disponibilidade e entrada a hospitais, clínicas e consultórios médicos.

**Abordagem prática:**

1. A alta deve ser estruturada e envolver diretamente o paciente e familiares;
2. Há impacto positivo da ênfase no paciente no processo de alta hospitalar, mas a literatura não indica um modelo replicável para este processo.

**A - Adequação da terapêutica nutricional às condições sociais e econômicas do paciente**

As condições econômicas e sociais do paciente representam um desafio à continuidade da TN após a alta. Conceitualmente, o cuidado nutricional é a forma de nutrição, fornecimento de nutrientes e o sistema de educação necessário para o serviço de refeições ou para tratar qualquer condição relacionada à nutrição, tanto na nutrição preventiva quanto na clínica. Embora o cuidado nutricional seja um direito humano promotor do acesso à alimentação, a realidade sociocultural, os recursos financeiros e/ou redes de apoio podem gerar insegurança alimentar<sup>46</sup>.

Garantir o acesso à triagem, à avaliação e ao diagnóstico nutricional no período de hospitalização representa o primeiro passo na linha do cuidado dos pacientes que necessitarão, em sua maioria, da continuidade desses cuidados após a desospitalização<sup>46</sup>. Assim, as condições econômicas dos pacientes e o seguimento pós-alta dos cuidados nutricionais são prioridades de políticas públicas e legislações. Isto inclui o planejamento da alta estruturada, o empoderamento dos pacientes para que esses direitos sejam exercidos e a minimização de dificuldades para o acesso a esses programas e políticas<sup>47</sup>.

O preparo para uma alta planejada passa por algumas barreiras, como a adequação da terapêutica a ser proposta às condições socioeconômicas dos pacientes. O custo-efetividade de diversas terapêuticas tem sido cada vez mais discutido no âmbito da saúde privada e suplementar, além do financiamento de tais terapêuticas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>48</sup>.

Essa discussão também passa pela falta de entendimento sobre custo-efetividade das equipes de TN e pelo financiamento de terapias nutricionais enterais e orais domiciliares por parte das fontes pagadoras<sup>11</sup>.

Problemas financeiros relacionados aos pacientes são frequentes e já devem ser observados e discutidos, desde o planejamento inicial da alta até as necessidades nutricionais pós-alta. Outros fatores incluem a dificuldade de aquisição destas TN, por conta da inexistência de lojas físicas locais ou por dificuldades em e-commerce<sup>11</sup>.

Sociedades e conselhos específicos têm realizado muitos esforços, com o intuito de melhorar o acesso da população às TN enterais ou orais. Porém, ainda existe muita resistência

no financiamento por parte das fontes pagadoras, sejam elas no âmbito da saúde suplementar ou pelo SUS<sup>10</sup>.

**Abordagem prática:**

1. Prever, precocemente, as necessidades nutricionais do pós-alta;
2. Construir vínculo com o paciente de maneira cuidadosa e ética, para levantar informações acerca da realidade socioeconômica;
3. Orientar os pacientes quanto à realização de uma TN custo-efetiva, adequada às condições de cada paciente;
4. Orientar quanto à disponibilização total ou parcial de produtos de TN oral ou enteral, junto às operadoras de saúde e ao poder público;
5. Orientar os pacientes e/ou responsáveis sobre o fluxo de aquisição destes produtos em lojas físicas ou de e-commerce ou em secretarias municipais e estaduais de saúde.

**L - Liste possíveis intercorrências que possam surgir na continuidade do tratamento no domicílio**

Os benefícios da TN domiciliar são bem conhecidos, mas para ser bem-sucedida, é necessário um planejamento cuidadoso para garantir uma transição segura do hospital para casa<sup>49</sup>.

No entanto, vários eventos não programados podem surgir e afetar a adequação da alimentação às necessidades nutricionais diárias, o que pode levar a complicações clínicas e nutricionais e, até mesmo, à readmissão hospitalar<sup>10,50,51</sup>.

**Terapia Nutricional Oral (TNO)**

O insucesso na TNO pode ocorrer em virtude da monotonia, da rejeição do sabor e textura ou das alterações do paladar causadas por medicamentos ou doenças. Suplementos nutricionais, em diferentes formas de apresentação e sabor, podem ser uma solução para estimular e melhorar a aceitação<sup>52</sup>.

**Terapia Nutricional Enteral (TNE)**

Dentre as complicações que circundam a TNE, destacam-se as complicações mecânicas que são relacionadas ao dispositivo, como o deslocamento, a saída inadvertida da sonda, a obstrução e as complicações locais do estoma. Tais complicações podem expor o paciente a riscos evitáveis, como a broncoaspiração, o desconforto, a dor em razão da necessidade de repassagem, além da possibilidade de longos períodos em jejum<sup>53</sup>.

Para reduzir as complicações mecânicas relacionadas à obstrução e ao deslocamento, cateteres percutâneos (estomas)

devem ser priorizados, em vez de tubos nasais, para necessidades de longo prazo. Além disso, é fundamental capacitar pacientes, familiares e/ou cuidadores para o cuidado do cateter enteral, com relação às questões de higiene, segurança e resolução imediata de problemas básicos<sup>53</sup>.

As intercorrências gastrointestinais incluem obstipação, diarreia, vômitos, dor e distensão abdominal. Essas complicações podem ser causadas pela doença prévia, pelo tratamento medicamentoso, pela fórmula enteral e pela maneira de administração<sup>53</sup>. Por outro lado, as complicações metabólicas incluem hiperglicemia, distúrbios eletrolíticos, carência de micronutrientes e síndrome de realimentação<sup>54</sup>. Os problemas relacionados ao estoma (em pacientes com gastrostomia, jejunostomia ou gastrojejunostomia) incluem excesso de tecido de granulação, vazamento e infecção do periestoma<sup>53</sup>.

Algumas estratégias visam reduzir intercorrências relacionadas à broncoaspiração. Dentre elas, existem a elevação da cabeceira do leito, alimentação pós-pilórica (por sonda nasोजejunal, gastrojejunostomia) e a administração de agentes de motilidade para promover o esvaziamento gástrico<sup>53</sup>.

### Terapia Nutricional Parenteral (TNP)

A TNP é uma terapia que exige comprometimento e capacitação, para garantir a eficácia e a segurança. As complicações relacionadas a essa terapia podem ser divididas em infecciosas, mecânicas, metabólicas e psicossociais<sup>54</sup>.

Um estudo retrospectivo, abrangendo 163 pacientes, que fizeram uso de TNP, constatou 25 casos de complicações relacionadas ao cateter em 19,1 dias de uso da TN. Dessas, 12 complicações foram referentes à obstrução de cateter, 11 à infecções, 1 à trombose e 1 ao deslocamento de cateter<sup>55,56</sup>.

Estudos apontam que a infecção de corrente sanguínea associada a cateter, em usuários de TNP, está mais relacionada ao excesso de caloria do que propriamente ao acesso da TNP<sup>57</sup>. Desta forma, estratégias seguras para cálculo da necessidade, bem como oferta progressiva e monitoramento metabólico, são necessários durante o uso de TNP.

#### Abordagem prática:

1. Oriente a família ou cuidador sobre as intercorrências possíveis relacionadas à TNP;
2. Oriente a família ou cuidador sobre como proceder na presença das intercorrências.

### I - Implemente indicadores de qualidade para alta hospitalar

A TN é conceituada pela RDC n° 503/2021 como o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio

da nutrição parenteral ou enteral. O objetivo principal da TN é promover a oferta nutricional adequada a pacientes impossibilitados de atingir suas necessidades calóricas e/ou proteicas através da nutrição oral. Assim, a TN visa otimizar a melhora clínica, com redução de complicações intra-hospitalares, tempo de internação e morbimortalidade<sup>58,59</sup>.

No contexto domiciliar, a TN contribui para manutenção da saúde e da funcionalidade, reduz os gastos relacionados à assistência do paciente e à reinternação. Desta forma, promove melhor qualidade de vida e comodidade do paciente, familiares e cuidadores<sup>10,25</sup>.

O conceito de qualidade e uso de indicadores como estratégias de gestão origina-se da indústria norte-americana. Na área da saúde, a temática passa a ser aplicada na década de 70, de modo a atender às necessidades e expectativas dos pacientes<sup>60</sup>. O indicador é uma medida para identificação de resultados e eficácia de processos estabelecidos em uma instituição, em um determinado tempo. Na assistência nutricional, os indicadores são ferramentas capazes de avaliar diversos parâmetros do cuidado nutricional, resultados e efetividade. Além disso, o indicador é um alicerce das intervenções de melhoria e de busca dos padrões de qualidade dos processos implantados<sup>61,62</sup>.

Há 14 anos, ocorria no Brasil, por meio de esforços da força-tarefa do Comitê de Nutrição do International Life Science Institute Brasil (ILSI Brasil), uma das mais expressivas publicações sobre Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional (IQTNs). A força-tarefa apresentou 36 indicadores para auxiliar instituições públicas e privadas a mensurarem e avaliarem os processos relacionados à assistência nutricional<sup>63,64</sup>. Em 2012, foi proposto um *top ten*, com os principais indicadores a serem monitorados na TN. No entanto, o indicador de orientação nutricional para alta hospitalar não foi incluído na lista<sup>65</sup>.

#### Abordagem prática:

1. Implementar pelo menos um indicador de monitoramento da realização de alta hospitalar;
2. Manter a cultura do acompanhamento de indicadores de metas calóricas e proteicas, garantindo maior possibilidade de desospitalização, sem piora do estado nutricional;
3. Utilizar a ficha técnica proposta pelo ILSI<sup>64</sup> (Quadro 2) para auxiliar a implantação do indicador de alta hospitalar, adaptando o documento de acordo com a realidade do hospital, unidade ou outras variáveis.

### Z – Zele pelo conforto e bem-estar do paciente na indicação e na via de terapia nutricional

O conforto e o bem-estar do paciente na indicação da TN deve ser prioridade. A TN deve estar incluída nessa preocupação, oferecendo uma avaliação dinâmica e diária acerca

**Quadro 2** – Modelo de ficha técnica de indicador para avaliar a frequência de orientação nutricional na alta hospitalar.

**Frequência de Prescrição Nutricional Dietética na Alta Hospitalar de Pacientes em Terapia Nutricional (TN)**

<b>Objetivo estratégico</b>	Controle da prescrição nutricional dietética no momento da alta hospitalar de pacientes em TN
<b>Descrição</b>	Avaliar o número de pacientes em TN ou pós-TN que receberam prescrição nutricional na alta hospitalar
<b>Propósito / Justificativa</b>	Conhecer a frequência de orientação nutricional adequada para evitar desajustes de adequação entre necessidade e oferta nutricional, complicações e desnutrição após alta hospitalar, em pacientes em TN ou pós TN
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{de pacientes com orientação à alta}}{\text{N}^\circ \text{de pacientes em ou pós-TN em alta}} \times 100$
<b>Unidade de Medida</b>	Porcentagem
<b>Fonte de dados</b>	Ficha de seguimento nutricional
<b>Frequência</b>	Mensal
<b>Meta</b>	100%
<b>Responsável pela informação</b>	EMTN
<b>Responsável pela tomada de decisão</b>	EMTN
<b>Data de implementação do indicador</b>	

Fonte: adaptado de ILSI (2018)<sup>65</sup>.

dos riscos e benefícios das estratégias nutricionais definidas pela equipe junto aos pacientes e familiares, relacionados às indicações, às metas, às vias e às complicações<sup>66</sup>.

Precedendo a indicação, com foco na experiência do paciente, a literatura ressalta importância de um serviço de produção bem estruturado no pedido, preparo e entrega da alimentação. Recomenda que os papéis e responsabilidades de cada profissional nesse processo devam ser definidos claramente e formalmente protocolados em cada hospital, bem como a necessária participação do paciente junto à equipe assistencial<sup>66,67</sup>.

Dietas baseadas em restrição alimentar, sem comprovação científica, devem ser evitadas em ambiente hospitalar, porque aumentam o risco de desnutrição<sup>66</sup>. Entretanto, situações especiais relacionadas à condição clínica dos pacientes, como intolerantes à lactose, diabéticos, hipertensos, renais crônicos, veganos, portadores de síndrome do intestino irritável e doença celíaca, devem ser sempre consideradas na escolha da TN<sup>66-68</sup>.

Conciliar a indicação correta e garantia das metas nutricionais com a segurança e o conforto do paciente é um desafio, particularmente em pacientes oncológicos, idosos e naqueles em cuidados de fim de vida. Alguns ensaios clínicos randomizados envolvendo NP, NE e terapia nutricional parenteral suplementar, em pacientes em terapia oncológica, demonstram algum benefício na adesão à terapia e em alguns domínios da qualidade de vida. Particularmente, nos pacientes oncológicos em estágio avançado de doença, a terapia nutricional parenteral suplementar potencializa os efeitos da terapia oncológica, enquanto a NP prolonga a sobrevida dos pacientes sem perspectiva terapêutica curativa<sup>15,69</sup>.

A indicação da TN (incluindo suas vias) deve envolver a participação do paciente e de sua família, construindo um espaço de decisão compartilhada, bem como avaliando continuamente se há benefício em descontinuí-la, respeitando, inclusive, a influência de variáveis não técnicas (espirituais, religiosas e culturais)<sup>15</sup>.

Pacientes idosos que necessitem de NE por período superior a quatro semanas, ou que não desejam ou toleram uma sonda nasoenteral, devem receber uma gastrostomia percutânea<sup>15</sup>.

Diretrizes da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN), publicadas com base em consenso de especialistas, recomendam que a nutrição e a hidratação não sejam obrigatórias em situações de cuidados fúteis ou de fim de vida. Essa decisão deve ser baseada em evidências, melhores práticas, experiência clínica, julgamento, comunicação efetiva com o paciente, família e/ou responsável pela tomada de decisão e respeito pela autonomia e dignidade do paciente<sup>70</sup>.

De acordo com um estudo de 2020, pacientes em cuidados paliativos que estejam evoluindo com piora da condição clínica, que possuam um KPS <50, ECOG maior ou igual 3 ou expectativa de vida menor que 2 a 3 meses, não se beneficiam de terapia nutricional<sup>70</sup>.

#### **Abordagem prática:**

1. Embora as evidências dos benefícios do modelo do cuidado centrado no paciente sejam robustas, a prática é limitada;
2. Perguntar aos pacientes: “O que é importante para você?” é um caminho na busca de comunicação efetiva e respeito pelas preferências e necessidades dos pacientes<sup>71,72</sup>.

#### **A - Ajuste as orientações nutricionais em necessidade de alteração de consistência**

O processo de deglutição dos alimentos depende do bom funcionamento de diversas estruturas, que vão desde a boca até a ligação com o estômago. Problemas nessas estruturas podem desencadear disfagia. O termo disfagia caracteriza

dificuldade de deglutição do alimento, ou mesmo da saliva, no seu trajeto natural entre a boca e o estômago<sup>73</sup>. Pode ser decorrente de alguma forma de alteração do trânsito alimentar, ou de distúrbios funcionais de órgãos e sistemas envolvidos na deglutição.

Várias doenças e distúrbios, incluindo acidente vascular cerebral, doença de Parkinson ou Alzheimer, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla ou mesmo uma lesão cerebral ou da medula espinhal, podem afetar a capacidade de engolir<sup>74</sup>. Além do distúrbio subjacente, a disfagia traz seu próprio conjunto de complicações potenciais, como desidratação, aspiração de alimentos e líquidos para os pulmões e, principalmente, problemas de desnutrição<sup>75</sup>.

A desnutrição pode ser consequência da disfagia e a disfagia pode ser consequência da desnutrição<sup>76</sup>. A piora do estado nutricional foi identificada como fator preditivo de maior tempo de hospitalização e de ocorrência de reinternação após a alta. Pacientes com piora no estado nutricional tinham 2 vezes mais chance de ter internação prolongada, e 3,6 vezes mais chance de apresentar readmissão<sup>29</sup>.

O estabelecimento do risco e a gravidade entre a disfagia e desnutrição orienta as intervenções apropriadas e os resultados potenciais<sup>76</sup>. Em todos os pacientes com disfagia, seja em ambiente hospitalar ou após a alta, o monitoramento da evolução e do estado nutricional é importante para identificar a ingestão alimentar e/ou hídrica<sup>11</sup>.

Em ambiente hospitalar, a disfagia é frequentemente diagnosticada por fonoaudiólogos, que avaliam a capacidade de deglutição no sentido de diminuir o risco de complicações relacionadas à essa condição<sup>77</sup>. No entanto, médicos e fonoaudiólogos raramente acompanham os pacientes no ambiente de atendimento pós-hospitalar, implicando em problemas na saúde do paciente por causa da disfagia<sup>78</sup>.

No Brasil, a alta hospitalar é frequentemente mal planejada e feita de modo não padronizado, o que pode causar descontinuidade e fragmentação do cuidado ao paciente, bem como colocá-lo sob maior risco de problemas associados à disfagia<sup>11</sup>. Essa falta de plano terapêutico/nutricional que não inclui o risco de disfagia dos pacientes representa enormes desafios, que devem ser contornados, a partir da detecção desse risco.

É importante, portanto, que os pacientes com disfagia detectada tenham suas necessidades nutricionais avaliadas por profissionais de saúde devidamente qualificados, atuando em equipe interdisciplinar, para garantir a elaboração de planos de cuidados nutricionais adequados e oportunos após a alta hospitalar.

Esse planejamento torna possível a alimentação segura, e uma das indicações do tratamento clínico é a reabilitação fonoaudiológica, promovendo essa segurança por meio de modificações das consistências alimentares<sup>73</sup>. A modificação

de consistência deve ter como objetivo soluções que proporcionam benefícios nutricionais, deglutição segura e melhora na aceitação da dieta<sup>79</sup>.

Para isso, é fundamental que a equipe envolvida trabalhe com parâmetros comuns para as características de alimentos e bebidas, como, por exemplo, por meio da Iniciativa Internacional de Padronização da Dieta da Disfagia (IDDSI). Esse esforço global busca promover uma terminologia padronizada e de linguagem comum para alimentos com textura modificada e líquidos espessados. Desta forma, as refeições se tornam mais seguras e fáceis de administrar para cuidadores, pacientes e isso facilita a orientação de eventuais fabricantes de produtos nutricionais<sup>80</sup>.

### **Abordagem prática:**

1. Usar as recomendações do Quadro 3 para nortear a melhor conduta no apoio ao tratamento da disfagia em pacientes após alta hospitalar.

---

#### **Quadro 3 – Recomendações e diretrizes para orientar na conduta do trato da disfagia em pacientes pós hospitalar.**

---

- Verificar se o paciente compreende os objetivos da terapia e fornecer a ele folhetos e informações para ajudar em sua compreensão;
- Informar a família e os cuidadores do paciente sobre os problemas de deglutição e as intervenções em andamento necessárias, para que se possa trabalhar em estreita colaboração com o paciente;
- Enfatizar a importância de manter uma deglutição segura e uma boa nutrição enquanto estiver em casa ou em um local de atendimento alternativo;
- Fornecer informações verbais e escritas sobre práticas seguras de deglutição, caso tenham sido recomendadas, bem como higiene oral e preparo de alimentos;
- Enfatizar a importância de manter-se bem hidratado, para sustentar a recuperação e auxiliar no controle da disfagia. A desidratação pode levar a boca e garganta secas, o que afetará a capacidade de deglutição;
- Garantir que o paciente, sua família e o cuidador estejam cientes de como tomar a medicação prescrita e fornecer ao paciente informações sobre onde comprar suplementos nutricionais, se necessário, e verificar se eles têm recursos para fazê-lo;
- Considerar encaminhar a pessoa a um nutricionista e fonoaudiólogo da comunidade para fornecer apoio contínuo;
- Encaminhar o paciente para serviços de apoio social, se necessário, existe o risco de os pacientes mais velhos com disfagia ficarem socialmente isolados, pois podem relutar em alimentar-se na frente dos outros;
- Identificar se o paciente estava em isolamento social antes de sua internação e ajudar com estratégias e encaminhamentos para acessar o apoio necessário;
- Recomendar que o paciente faça exames odontológicos regulares, pois a higiene dental é um fator importante no manejo da disfagia.

Fonte: Adaptado de Ekberg et al<sup>16</sup>.

### C - Cuide de condicionais clínicas oportunistas

Algumas situações podem contribuir com dificuldades para uma transição segura do ambiente hospitalar para o domicílio, como erros médicos, eventos adversos, ineficiência, custos desnecessários e insatisfação dos pacientes<sup>11</sup>.

Os pacientes hospitalizados são frequentemente despreparados para o autocuidado após a alta hospitalar, ocasionando, muitas vezes, a readmissão hospitalar não planejada<sup>11</sup>. Pacientes desnutridos apresentaram 1,5 vezes mais hospitalização do que pacientes bem nutridos. Além disso, pacientes desnutridos apresentam quatro vezes mais risco de desenvolver lesão por pressão quando comparados a pacientes eutróficos<sup>81</sup>.

Em um estudo, o número de reinternações e de dias de internação recorrente foram maiores no grupo de idosos em risco nutricional<sup>81</sup>. Em um estudo realizado em Madrid, os pacientes triados como desnutridos à admissão apresentaram maior incidência de readmissão hospitalar prematura (8% a 11% para não desnutridos versus 27% para desnutridos)<sup>82</sup>.

A idade avançada também é um fator de risco para a manutenção de um estado nutricional adequado, observando-se que a desnutrição foi significativamente maior em pacientes idosos avançados (a partir 70 anos)<sup>82</sup>.

Pacientes em reabilitação com indicação do uso de suplemento nutricional oral (SNO) após a alta hospitalar relataram que a adesão parcial ou nenhuma ao tratamento dietético estava relacionada ao desconforto no trato digestivo (diarreia, náusea ou vômito), falta de informação de que os cuidados nutricionais eram parte integrante de seu tratamento médico, melhora do apetite e conotação negativa devido à experiência anterior com familiar próximo<sup>81</sup>.

Além disso, percebeu-se que pacientes com saúde bucal precária (sem presença de dentes) foram significativamente mais susceptíveis a responder às recomendações nutricionais para uso do SNO em comparação aos pacientes com boa saúde bucal (dentição completa)<sup>81</sup>.

Quanto ao IMC, na alta hospitalar, houve maior chance de adesão quando o IMC se encontrava na faixa de normalidade. O achado mais significativo foi que uma prescrição dada pelo médico aumenta a probabilidade do uso SNO em 4,7 vezes<sup>81</sup>.

Entre as variáveis clínicas, o diagnóstico de neoplasia e a presença de comorbidades, infecção bacteriana, alterações da consciência e limitações físicas já foram descritos como indicadores de reinternação hospitalar. Em um estudo nacional, verificou-se que a polifarmácia foi associada com a reinternação em 30 dias<sup>83</sup>.

Além disso, um programa de intervenção nutricional individualizado por seis meses, com o envolvimento familiar e do profissional nutricionista, apresentou melhora do estado nutricional e redução da taxa de reinternação hospitalar<sup>84</sup>.

### Abordagem prática:

1. Evite a desnutrição ou risco nutricional, uma vez que estes são os principais detratores eleitos nas condições clínicas que prejudicam a continuidade do cuidado após alta e a reinternação do paciente;
2. Atinja os objetivos do tratamento e garanta um adequado estado nutricional e, se possível, fazendo visitas domiciliares ou contato telefônico para aumentar as chances de sucesso terapêutico<sup>11,81,84</sup>;
3. Elabore um plano nutricional individualizado, contínuo, acessível e integrado com o profissional nutricionista e os cuidadores, para contribuir com a melhora significativa do estado nutricional<sup>84</sup>.

### A - Avalie o tempo terapêutico para a proposta nutricional orientada

O acompanhamento do planejamento terapêutico, aliado à estruturação da alta hospitalar, torna-se fundamental para favorecer a redução no tempo de internação, bem como evitar reinternações precoces ou não planejadas e otimizar a coordenação dos serviços após a alta<sup>11,85</sup>. Além disso, traz benefícios clínicos e nutricionais para o paciente e vantagens para os familiares e serviços de saúde<sup>8</sup>.

Estudos recentes relatam baixa adesão à TN pelos pacientes e familiares em ambiente domiciliar. Um dos motivos principais é a dificuldade de compreensão das orientações dadas pelos profissionais de saúde<sup>87</sup>. As orientações verbais são usualmente utilizadas como método de transferência de informações aos familiares/cuidadores, porém, o volume de informações a serem absorvidas antes da alta dificulta o grau de entendimento e, por conseguinte, o domínio do cuidado<sup>86</sup>.

Portanto, para favorecer uma nutrição adequada e a recuperação do estado nutricional após a alta hospitalar, uma abordagem integrada é mais eficaz, concentrando-se não apenas na nutrição, mas também em outros problemas subjacentes<sup>87</sup>.

### Abordagem prática:

1. Auxiliar e verificar efetividade das orientações para os familiares sobre a realização e efetivação dos cuidados no domicílio, principalmente nos primeiros dias subsequentes à alta, permitindo que eles possam esclarecer dúvidas e perder inseguranças<sup>88</sup>;
2. Auxiliar a continuidade dos cuidados nutricionais para diminuir a chance de déficit nutricional durante a hospitalização e diminuir probabilidade de que alguma deficiência persista após a alta hospitalar<sup>15</sup>;
3. Usar suplementos nutricionais orais, que apresentam tempo terapêutico para a recuperação da fragilidade

nutricional, onde o tempo mínimo de suplementação nutricional oral é de 15 dias, mas para pacientes mais fragilizados, o recomendado é um tempo de 30 dias<sup>89</sup>.

### O - Oriente a visita ao profissional de saúde após a desospitalização

A elevada prevalência de desnutrição antes da alta ressalta a importância da continuidade do tratamento após a alta hospitalar, exigindo atenção não só no ambiente de internação, como fora dele<sup>85</sup>. Aproximadamente 45% dos pacientes apresentam desnutrição no momento da alta<sup>11</sup>.

Uma pesquisa recente revelou que, na última avaliação disponível, até quatro dias antes da alta hospitalar, 36% (196 de 537) da população estudada estavam desnutridos, e que 65% dos pacientes (351 de 537) necessitaram de intervenções nutricionais. Além disso, foi observado que, entre os pacientes cirúrgicos que já apresentavam desnutrição à admissão, todos (4 de 4) permaneceram desnutridos até a alta hospitalar<sup>85</sup>.

Intervenções nutricionais – suplementos nutricionais orais, NE e NP – têm grande relevância para levar à melhora clínica e podem reduzir o ônus econômico relacionado à desnutrição<sup>6</sup>. Os custos médios diários em pacientes desnutridos é 61% maior em comparação com aqueles que estavam bem nutridos (US\$ 228 versus US\$ 138)<sup>6</sup>.

Em pacientes desnutridos que desenvolveram uma infecção respiratória, o custo de medicamentos e exames médicos adicionais aumentou em 309%, quando comparados a pacientes bem nutridos<sup>48</sup>.

Diante do exposto, nota-se a importância de programar e planejar a alta hospitalar, para que os pacientes não saiam do hospital sem as condições adequadas, considerada alta precoce. Isso evita a piora nutricional, o prolongamento da internação e o aumento de complicações pós-alta e do número de reinternações não planejadas.

#### Abordagem prática:

1. Crie um plano objetivo e de fácil compreensão para a alta hospitalar, de forma que seja possível executá-lo em ambiente domiciliar, uma vez que há baixa adesão ao tratamento nutricional em certos grupos de pacientes (como idosos)<sup>81</sup>;
2. Ajuste os planos para enfatizar a importância da TN combinada com cuidados médicos, para prevenção de complicações clínicas e readmissão hospitalar, para o paciente e a família<sup>81</sup>;
3. Foque no aconselhamento dietético individualizado por nutricionistas e na continuidade do cuidado e gestão dos casos após a alta hospitalar por meio de apoio

comunitário, visitas domiciliares, contato telefônico e acompanhamento ambulatorial, para aumentar a qualidade e a chance de adesão à TN<sup>85</sup>.

### REFERÊNCIAS

1. Vasconcellos JF, Ferreira CN, Santana CES, Souza CR, Valente MLF. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. *J Bras Econ Saúde*. 2015;7(2):110-5.
2. Sousa FTL, Santos KCB. The process of dehospitalization from the perspective of patients with long-term chronic diseases admitted to a university hospital. *Res Soc Dev*. 2021;10(7):e33010716608.
3. Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):956.
4. Koehler BE, Richter KM, Youngblood L, Cohen BA, Prengler ID, Cheng D, et al. Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *J Hosp Med*. 2009;4(4):211-8.
5. Ingstad K, Uhrenfeldt L, Kymre IG, Skrubbeltrang C, Pedersen P. Effectiveness of individualised nutritional care plans to reduce malnutrition during hospitalisation and up to 3 months post-discharge: a systematic scoping review. *BMJ Open*. 2020;10(11):e040439.
6. Correia MITD, Castro M, Toledo DO, Farah D, Sansone D, Andrade TRM, et al. Nutrition therapy cost-effectiveness model indicating how nutrition may contribute to the efficiency and financial sustainability of the health systems. *JPEN J Parenter Enter Nutr*. 2021;45(7):1542-50.
7. Organisation for Economy Co-operation and Development. Health at a glance 2017: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2017.
8. Toledo DO, Piovacari SMF, Horie LM, Matos LBN, Castro MG, Ceniccola GD, et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *BRASPEN J*. 2018;33(1):86-100.
9. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2017;36(1):49-64.
10. Aanholt DPJ, Matsuba CST, Dias MCG, Silva MLT, Campos ACL, Aguilar-Nascimento JE. Diretriz brasileira de terapia nutricional domiciliar. *BRASPEN J*. 2018;33(Supl 1):37-46.
11. Gonçalves RC, Dias MCG, Segadilha NLAL, Oliveira-Netto ACS, Batista MSLP, Silva MLT. Planejamento nutricional da alta hospitalar: breve revisão da literatura e proposta de instrumento de avaliação. *BRASPEN J*. 2020;35(4):329-39.
12. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(1):CD000313.
13. Zanten ARH, Waele ED, Wischmeyer PE. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. *Crit Care*. 2019;23(1):368.
14. Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA. Equipe multiprofissional de terapia nutricional - EMTN em prática. São Paulo: Atheneu; 2017.
15. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10-47.
16. Coppini LZ, Sampaio H, Marco D, Martini C. Recomendações nutricionais para adultos em terapia nutricional enteral e parenteral. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2011.
17. Ceniccola GD, Castro MG, Piovacari SMF, Horie LM, Corrêa FG, Barrere APN, et al. Current technologies in body

- composition assessment: advantages and disadvantages. *Nutrition*. 2019;62:25-31.
18. Carvalho AS, Alves TC, Abdalla PP, Venturini ACR, Leites PDL, Machado DRL. Composição corporal funcional: breve revisão. *Cad Educ Física e Esporte*. 2018;16(1):235-46.
  19. Kutac P, Bunc V, Sigmund M. Determination of body fat ratio standards in children at early school age using bioelectric impedance. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(12):641.
  20. Sergi G, Rui MD, Stubbs B, Veronese N, Manzano E. Measurement of lean body mass using bioelectrical impedance analysis: a consideration of the pros and cons. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(4):591-7.
  21. Souza RGM, Gomes AC, Prado CMM, Mota JF. Métodos de análise da composição corporal em adultos obesos. *Rev Nutr*. 2014;27(5):569-83.
  22. Fosbøl MØ, Zerahn B. Contemporary methods of body composition measurement. *Clin Physiol Funct Imaging*. 2015;35(2):81-97.
  23. Guglielmi G, Ponti F, Agostini M, Amadori M, Battista G, Bazzocchi A. The role of DXA in sarcopenia. *Aging Clin Exp Res*. 2016;28(6):1047-60.
  24. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO position paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl*. 2017;19(Suppl D):D244-55.
  25. Holst M, Rasmussen HH. Nutrition therapy in the transition between hospital and home: an investigation of barriers. *J Nutr Metab*. 2013;2013:463751.
  26. Lim SL, Ong KCB, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr*. 2012;31(3):345-50.
  27. Hudson L, Chittams J, Griffith C, Compher C. Malnutrition identified by Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition is associated with more 30-day readmissions, greater hospital mortality, and longer hospital stays: a retrospective analysis of nutrition assessment data in a major medical center. *JPEN J Parenter Enter Nutr*. 2018;42(5):892-7.
  28. 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.
  29. Lima J, Teixeira PP, Eckert IDC, Burgel CF, Silva FM. Decline of nutritional status in the first week of hospitalisation predicts longer length of stay and hospital readmission during 6-month follow-up. *Br J Nutr*. 2021;125(10):1132-9.
  30. Baker EB, Wellman NS. Nutrition concerns in discharge planning for older adults: a need for multidisciplinary collaboration. *J Am Diet Assoc*. 2005;105(4):603-7.
  31. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Rosa ZR. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2013;7(esp):7151-9.
  32. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2019;393(10188):2312-21.
  33. Ramsay P, Huby G, Merriweather J, Salisbury L, Rattray J, Griffith D, et al. Patient and carer experience of hospital-based rehabilitation from intensive care to hospital discharge: mixed methods process evaluation of the RECOVER randomised clinical trial. *BMJ Open*. 2016;6(8):e012041.
  34. Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, Patel MB, Hughes CG, Jackson JC, et al. Co-occurrence of post-intensive care syndrome problems among 406 survivors of critical illness. *Crit Care Med*. 2018;46(9):1393-401.
  35. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. 2012;40(2):502-9.
  36. Provencher V, D'Amours M, Menear M, Obradovic N, Veillette N, Sirois MJ, et al. Understanding the positive outcomes of discharge planning interventions for older adults hospitalized following a fall: a realist synthesis. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):84.
  37. Lilleheie I, Debesay J, Bye A, Bergland A. The tension between carrying a burden and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021;16(1):1855751.
  38. Slatyer S, Aoun SM, Hill KD, Walsh D, Whitty D, Toye C. Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):220.
  39. Cadel L, Guilcher SJT, Kokorelias KM, Sutherland J, Glasby J, Kiran T, et al. Initiatives for improving delayed discharge from a hospital setting: a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(2):e044291.
  40. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015.
  41. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academies Press; 2001.
  42. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
  43. The Health Foundation. Person-centred care made simple: what everyone should know about person-centred care. London: The Health Foundation; 2016.
  44. Picker Institute Europe. The Picker principles of person centred care. Acesso em: 15 set 2023. Disponível em: <https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>
  45. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL. Through patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. Hoboken: Jossey-Bass; 1993.
  46. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
  47. Cardenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodriguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, et al. Clinical nutrition and human rights. An international position paper. *Clin Nutr*. 2021;40(6):4029-36.
  48. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958-67.
  49. Day T. Home enteral feeding and its impact on quality of life. *Br J Community Nurs*. 2017;22(Supl 7):S14-S16.
  50. Klek S, Hermanowicz A, Dziwiszek G, Matysiak K, Szczepanek K, Szybinski P, et al. Home enteral nutrition reduces complications, length of stay, and health care costs: results from a multicenter study. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(2):609-15.
  51. Lim ML, Yong BYP, Mar MQM, Ang SY, Chan MM, Lam M, et al. Caring for patients on home enteral nutrition: reported complications by home carers and perspectives of community nurses. *J Clin Nurs*. 2018;27(13-14):2825-35.
  52. Magalhães LP, Querido JC, Oliveira MF, Machado NS, Pisani LP. Análise da alteração sensorial em alimentos preparados com suplementos em pó sem sabor. *BRASPEN J*. 2020;35(1):34-41.
  53. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN practical guideline: home enteral nutrition. *Clin Nutr*. 2022;41(2):468-88.
  54. Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, et al. ESPEN guideline on home parenteral nutrition. *Clin Nutr*. 2020;39(6):1645-66.
  55. Szeinbach SL, Pauline J, Villa KF, Commerford SR, Collins A, Seoane-Vazquez E. Evaluating catheter complications and

- outcomes in patients receiving home parenteral nutrition. *J Eval Clin Pract.* 2015;21(1):153-9.
56. Virizuella JA, Cambior-Álvarez M, Luengo-Pérez LM, Grande E, Álvarez-Hernández J, Sendrós-Madroño MJ, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report. *Clin Transl Oncol.* 2018;20(5):619-29.
  57. Buetti N, Rickard CM, Timsit JF. Catheter dressings. *Intensive Care Med.* 2022;48(8):1066-8.
  58. Machado SKC, Alves TCHS. Aplicação de indicadores de qualidade em terapia nutricional enteral em um hospital público de Salvador-BA. *BRASPEN J.* 2018;33(3):320-5.
  59. Brasil. Ministério da Saúde. Rdc No 503, de 27 de maio de 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
  60. Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2017.
  61. Lee SJ, Walter LC. Quality indicators for older adults: preventing unintended harms. *JAMA.* 2011;306(13):1481-2.
  62. Souza MA, Mezzomo TR. Estado nutricional e indicadores de qualidade em terapia nutricional de idosos sépticos internados em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Nutr Clin.* 2016;31(1):23-8.
  63. Waitzberg DL, Mateos A, Verotti C. Indicadores de qualidade em terapia nutricional: aplicação e resultados. São Paulo: ILSI Brasil; 2010.
  64. Lima ALS, Gandolfo AS, Sousa AB, Silva APA, Almeida AMM, Cassin CZ, et al. Indicadores de qualidade em terapia nutricional: 10 anos de IQTN no Brasil, resultados, desafios e propostas. São Paulo: International Life Sciences Institute do Brasil; 2018.
  65. Verotti CCG, Torrinhas RSMM, Ceconello I, Waitzberg DL. Selection of top 10 quality indicators for nutrition therapy. *Nutr Clin Pract.* 2012;27(2):261-7.
  66. 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.
  67. Luxford K. 'First, do no harm': shifting the paradigm towards a culture of health. *Patient Exp J.* 2016;3(2):5-8.
  68. Committee on Quality of Health Care in America, Kohn L, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academies Press; 1999.
  69. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021;40(5):2898-913.
  70. Bozzetti F. Is there a place for nutrition in palliative care? *Support Care Cancer.* 2020;28(9):4069-75.
  71. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *JPEN J Parenter Enter Nutr.* 2016;40(2):159-211.
  72. DiGloia AM, Clayton SB, Giarrusso MB. "What matters to you?": a pilot project for implementing patient-centered care. *Patient Exp J.* 2016;3(2):130-7.
  73. McRae J, Montgomery E, Garstang Z, Cleary E. The role of speech and language therapists in the intensive care unit. *J Intensive Care Soc.* 2020;21(4):344-8.
  74. Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;27(10):971-9.
  75. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia.* 2002;17(2):139-46.
  76. Logemann JA. Oropharyngeal dysphagia and nutritional management. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2007;10(5):611-4.
  77. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015;12(5):259-70.
  78. Kind A, Anderson P, Hind J, Robbins JA, Smith M. Omission of dysphagia therapies in hospital discharge communications. *Dysphagia.* 2011;26(1):49-61.
  79. Ueshima J, Momosaki R, Shimizu A, Motokawa K, Sono M, Shirai Y, et al. Nutritional assessment in adult patients with dysphagia: a scoping review. *Nutrients.* 2021;13(3):778.
  80. Cichero JAY, Lam P, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO, et al. Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the IDDSI framework. *Dysphagia.* 2017;32(2):293-314.
  81. Ginzburg Y, Shmilovitz I, Monastyrsky N, Endevelt R, Shahar DR. Barriers for nutritional care in the transition from hospital to the community among older patients. *Clin Nutr ESPEN.* 2018;25:56-62.
  82. Villaverde-Núñez A, Pérez-Ramos C, Sanz-Lobo MV, Morgado-Benito MC, Martínez-Ibáñez V, Avecilla-Nieto N, et al. Evaluación del estado nutricional al ingreso y evolución tras siete días de hospitalización en un hospital de segundo nivel de Madrid. *Nutr Hosp.* 2021;38(4):780-9.
  83. Cruz PLM, Soares BLM, Silva JE, Silva RRLE. Clinical and nutritional predictors of hospital readmission within 30 days. *Eur J Clin Nutr.* 2022;76(2):244-50.
  84. Yang PH, Lin MC, Liu YY, Lee CL, Chang NJ. Effect of nutritional intervention programs on nutritional status and readmission rate in malnourished older adults with pneumonia: a randomized control trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(23):4758.
  85. Vliet IMY, Gomes-Neto AW, Jong MFC, Jager-Wittenaar H, Navis GJ. High prevalence of malnutrition both on hospital admission and pre-discharge. *Nutrition.* 2020;77:110814.
  86. Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(4):e67762.
  87. Vearing R, Casey S, Zarella C, Bowden S, Ferguson A, Goodisson C, et al. Evaluation of the impact of a post-hospital discharge transitional aged care service on frailty, malnutrition and functional ability. *Nutr Diet.* 2019;76(4):472-9.
  88. Antoniou I, Wray J, Kenny M, Hewitt R, Hall A, Cooke J. Hospital training and preparedness of parents and carers in paediatric tracheostomy care: a mixed methods study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2022;154:111058.
  89. Gonçalves TJM, Horie LM, Gonçalves SEAB, Bacchi MK, Bailer MC, Barbosa-Silva TG, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento. *BRASPEN J.* 2019;34(Supl 3):2-58.

**Local de realização do estudo:** Instituto Brasileiro de Nutrologia (IBRANUTRO), Brasília, DF, Brasil.

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não haver.