

BRASPEN

JOURNAL



Brazilian Society of Parenteral
and Enteral Nutrition

Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar

Diogo Oliveira Toledo, Sílvia Maria Fraga Piovacari, Lilian Mika Horie, Liane Brescovici Nunes de Matos, Melina Gouveia Castro, Guilherme Duprat Ceniccola, Fabiano Girade Corrêa, Ivens Willians Silva Giacomassi, Ana Paula Noronha Barrére, Letícia Fuganti Campos, Cristiane Comeron Gimenez Verotti, Claudia Satiko Takemura Matsuba, Rodrigo Costa Gonçalves, Haroldo Falcão, Rogério Dib, Thais Eliana Carvalho Lima, Ivens Augusto Oliveira de Souza, Maria Cristina Gonzalez, Maria Isabel Davidson Correia

Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar

Campaign "Say no to malnutrition": 11 important steps to fight hospital malnutrition

Diogo Oliveira Toledo¹
Sílvia Maria Fraga Piovacari¹
Lilian Mika Horie²
Liane Brescovici Nunes de Matos³
Melina Gouveia Castro⁴
Guilherme Duprat Ceniccola⁵
Fabiano Girade Corrêa⁶
Ivens Willians Silva Giacomassi⁷
Ana Paula Noronha Barrêre¹
Leticia Fuganti Campos⁸
Cristiane Comeron Gimenez Verotti⁹
Claudia Satiko Takemura Matsuba¹⁰
Rodrigo Costa Gonçalves¹¹
Haroldo Falcão¹²
Rogério Dib¹
Thais Eliana Carvalho Lima⁹
Ivens Augusto Oliveira de Souza¹³
Maria Cristina Gonzalez¹⁴
Maria Isabel Davidson Correia¹⁵

Unitermos:

Desnutrição. Fatores de Risco. Hospitalização. Brasil.

Keywords:

Malnutrition. Risk Factors. Hospitalization. Brazil.

Endereço para correspondência:

Diogo Oliveira Toledo
Av. Albert Einstein, 627 – São Paulo, SP, Brasil
CEP: 05652-900
E-mail: diogotoledo@gmail.com

Submissão:

5 de fevereiro de 2018

Aceito para publicação

2 de março de 2018

RESUMO

A desnutrição é frequentemente encontrada no ambiente hospitalar. Muitas vezes negligenciada, apesar de afetar desfavoravelmente a saúde da população, a desnutrição apresenta como principais complicações: pior resposta imunológica, atraso no processo de cicatrização, risco elevado de complicações cirúrgicas e infecciosas, maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, aumento no tempo de internação e do risco de mortalidade. Fora isso, acarreta considerável aumento dos custos hospitalares. A taxa de desnutrição varia entre 20 e 50% em adultos hospitalizados e durante a hospitalização esta condição piora progressivamente principalmente em idosos e pacientes críticos. Em 1998, o inquérito brasileiro, conhecido como IBRANUTRI, avaliou 4 mil pacientes internados na rede pública hospitalar de vários estados brasileiros, confirmando a prevalência da desnutrição em 48,1% dos pacientes. Há 20 anos, estes dados foram publicados e o cenário permanece imutável até os dias atuais, pois, em 2016, outro estudo (com aproximadamente 30.000 pacientes) corroborou a manutenção da alta prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados. A identificação precoce da desnutrição, bem como o manejo, por meio de ferramentas recomendadas, possibilita estabelecer a conduta nutricional mais apropriada e melhora do desfecho nestes pacientes. O objetivo desta campanha é reduzir as taxas de desnutrição por meio de uma série de ações que incluem a triagem, o diagnóstico, o manejo e o tratamento da desnutrição. Para facilitar a maneira de difundir este conhecimento, foi desenvolvido um método mnemônico com a palavra “DESNUTRIÇÃO”, abordando cada letra inicial de forma simples, desde o conceito até o tratamento da desnutrição. Desta forma, o método garante uma integração interdisciplinar, além de averiguar os principais aspectos do cuidado geral do paciente desnutrido.

ABSTRACT

Malnutrition is often found in the hospital environment. Often overlooked, malnutrition has the following major complications: poor immune response, delayed healing, high risk of surgical and infectious complications, increased probability of development of pressure lesions, increased length of hospital stay and mortality risk. Apart from this, it entails a considerable increase in hospital costs. The malnutrition rate varies between 20 and 50% in hospitalized adults and during hospitalization this condition progressively worsens mainly in elderly and critically ill patients. In 1998, the Brazilian survey, known as IBRANUTRI, evaluated 4,000 patients hospitalized in the public hospital network of several Brazilian states, confirming the prevalence of malnutrition in 48.1% of the patients. Twenty years ago, these data were published and the scenario remains unchanged until the present day, because, in 2016, another study (with approximately 30,000 patients) corroborated the maintenance of the high prevalence of malnutrition in hospitalized patients. Early identification of malnutrition, as well as management, through recommended tools, makes it possible to establish more appropriate nutritional management and improvement of the outcome in these patients. The objective of this campaign is to reduce malnutrition rates through a series of actions including screening, diagnosis, management and treatment of malnutrition. To facilitate the way of disseminating this knowledge, a mnemonic method was developed with the word “MALNUTRITION”, addressing each initial letter in a simple way, from concept to treatment of malnutrition. In this way, the method guarantees an interdisciplinary integration, besides investigating the main aspects of the general care of the malnourished patient.

1. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.
2. Oncologistas Associados, São Paulo, SP, Brasil.
3. Hospital São Luiz Itaim, São Paulo, SP, Brasil.
4. Hospital Estadual Mario Covas, São Paulo, SP, Brasil.
5. Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.
6. Instituto Brasiliense de Nutrologia – IBRANUTRO, Brasília, DF, Brasil.
7. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.
8. Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
9. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral - BRASPEN, São Paulo, SP, Brasil.
10. Hospital do Coração – HCOR, São Paulo, SP, Brasil.
11. Hospital de Urgências de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil.
12. Hospital Samaritano Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
13. Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.
14. Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.
15. Hospital Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A desnutrição é definida como o estado resultante da deficiência de nutrientes que podem causar alterações na composição corporal, funcionalidade e estado mental com prejuízo no desfecho clínico. Pode ser causada por fatores de privação alimentar, doenças, idade avançada, isolados ou combinados¹. Esta condição é frequentemente encontrada no ambiente hospitalar². Muitas vezes negligenciada, apesar de afetar desfavoravelmente a saúde da população, a desnutrição apresenta como principais complicações: pior resposta imunológica, atraso no processo de cicatrização, risco elevado de complicações cirúrgicas e infecciosas, maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, aumento no tempo de internação e do risco de mortalidade. Fora isso, acarreta considerável aumento dos custos hospitalares³.

Trata-se de um dos maiores problemas de saúde pública em países subdesenvolvidos e, também, em nações desenvolvidas. A taxa de desnutrição varia entre 20 e 50% em adultos hospitalizados, sendo de 40 a 60% no momento da admissão do paciente, isso em países latino-americanos. Durante a hospitalização, pacientes idosos, críticos ou aqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentam maior risco de desnutrição, com importante impacto econômico^{4,5}.

Uma revisão sistemática, publicada por Correia et al.⁶ em 2016, avaliou 66 publicações latino-americanas (12 países, aproximadamente 30.000 pacientes) e confirmou a manutenção da alta prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados. Dado semelhante foi publicado em 1998, extraído do inquérito brasileiro, difundido mundialmente e conhecido como IBRANUTRI⁷. Este estudo, promovido e realizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), avaliou 4 mil pacientes internados na rede pública hospitalar de vários estados brasileiros e do Distrito Federal. A prevalência da desnutrição foi de 48,1%, sendo que 12,6% dos pacientes apresentavam desnutrição grave e 35,5%, moderada. As regiões Norte e Nordeste tiveram maior prevalência, chegando a 78,8% na cidade de Belém do Pará. Há 20 anos estes dados foram publicados e o cenário permanece imutável até os dias atuais.

A identificação precoce da desnutrição, por meio de ferramentas validadas, possibilita estabelecer conduta nutricional mais apropriada e o grande desafio é evitar a piora do quadro e tentar recuperar o estado nutricional. Os crescentes conhecimentos entre os profissionais de nutrição e da saúde em geral, aliados aos avanços significativos em nutrição, têm proporcionado atendimento direcionado e especializado ao paciente hospitalizado, o que está associado a melhorias nos desfechos⁸.

A Associação Britânica de Nutrição Enteral e Parenteral (BAPEN) mostrou dados realizados durante a “Semana de Triagem Nutricional” em 2007, 2008 e 2010 que indicaram que um em cada três pacientes chegam ao hospital apresentando algum risco nutricional. Tais estudos demonstraram,

ainda, que houve aumento de 2007 para 2008 de 28% e de 2008 para 2010 de 34%, no tocante à taxa de pacientes admitidos com deficiência nutricional⁹. Estes altos índices de comprometimento nutricional podem ser evitados se o cuidado nutricional ganhar a devida atenção! Assim, o diagnóstico precoce da desnutrição, bem como o adequado “manejo”, é necessário, com o intuito de prevenir o status deficitário ou evitar o agravamento.

Desta forma, o objetivo desta campanha é reduzir as taxas de desnutrição por meio de uma série de ações que incluem triagem, diagnóstico, manejo e tratamento da desnutrição. Para facilitar a maneira de difundir este conhecimento, foi desenvolvido método mnemônico com a palavra “DESNU-TRIÇÃO”, abordando cada letra inicial de forma simples, desde o conceito até o tratamento da desnutrição, conforme registrado no Quadro 1.

Os 11 passos do combate à desnutrição serão descritos detalhadamente nos tópicos abaixo.

Quadro 1 – Método mnemônico dos 11 passos para o combate à desnutrição.

D	Determine o risco e realize a avaliação nutricional
E	Estabeleça as necessidades calóricas e proteicas
S	Saiba a perda de peso e acompanhe o peso a cada 7 dias
N	Não negligencie o jejum
U	Utilize métodos para avaliar e acompanhar a adequação nutricional ingerida vs. estimada
T	Tente avaliar a massa e função muscular
R	Reabilite e mobilize precocemente
I	Implemente pelo menos dois Indicadores de Qualidade
Ç	Continuidade no cuidado intra-hospitalar e registro dos dados em prontuário
Ã	Acolha e engaje o paciente e/ou familiares no tratamento
O	Oriente a alta hospitalar

D - Determine o risco e realize a avaliação nutricional

Referencial teórico

Existem muitos métodos de triagem nutricional que se adequam a várias situações clínicas, contudo, alguns são questionáveis do ponto de vista de validação. Por esta razão, as taxas de risco nutricional são distintas conforme o método utilizado, podendo variar entre 20% e 80%^{10, 11}.

Um elemento que dificulta o reconhecimento do paciente desnutrido é que ele atualmente não é mais caracterizado apenas por um indivíduo com baixo índice de massa corporal (IMC), uma vez que indivíduos obesos também podem estar desnutridos. Para isso, os fatores de risco

relevantes são a redução da ingestão alimentar recente, a perda ponderal, o edema, a perda de massa magra e de tecido adiposo e a redução da capacidade funcional. Observar precocemente esses fatores é essencial para reconhecer pacientes que se beneficiam de intervenção nutricional guiada por metas¹²⁻¹⁴.

A Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN) define a triagem nutricional como “um processo para identificar indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição para determinar se a avaliação nutricional é indicada”¹¹. Assim, a triagem nutricional representa o gatilho inicial desse processo, uma vez que os fatores de risco incluídos nessas ferramentas são preditores da desnutrição¹³. Ceniccola et al.¹² apontaram que pacientes em risco nutricional, pela NRS 2002, na admissão da UTI, tinham 14 vezes mais probabilidade de serem classificados como desnutridos.

A seleção de uma ferramenta de triagem nutricional deve considerar a população alvo, a objetividade e a rapidez de aplicação do método, uma vez que todos pacientes internados devem ser triados. Para essa tarefa, é necessário contar com equipes interprofissionais de terapia nutricional. Como exemplos de aplicação da triagem nutricional, a NRS 2002¹⁵ e a Malnutrition screening tool (MST)¹⁶ são amplamente empregadas em enfermariase, mesmo com certas limitações, podem também ser úteis para pacientes críticos. Nesses últimos, se destaca o Nutrition Risk in the Critically Ill (NUTRIC) Score¹⁷, um método validado especificamente em pacientes críticos. Uma das limitações do NUTRIC é que ele é composto de variáveis não tradicionalmente associadas à desnutrição, mas à gravidade da doença.

Após a triagem nutricional, os pacientes em risco e aqueles com longa permanência hospitalar devem ser submetidos à avaliação nutricional para o adequado diagnóstico do seu estado nutricional. É definida pela Academy of Nutrition and Dietetics (AND) como “um processo para obter, verificar e interpretar os dados necessários para identificar problemas relacionados a nutrição, suas causas e consequências”. A Avaliação Global Subjetiva (AGS) é um exemplo de ferramenta validada e amplamente utilizada em hospitais, tendo sido desenvolvida em 1987 e, desde então, é empregada com sucesso em diversos grupos de pacientes¹⁸. Outros métodos de diagnóstico mais recentes foram propostos pela ESPEN¹⁹ e pela AND-ASPEN¹³. Esse último é consideravelmente similar à AGS, pois inclui elementos semelhantes. Um grupo de trabalho internacional denominado Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)²⁰ visa unificar essas propostas para desenvolver ferramenta de diagnóstico universal.

Abordagem prática

A triagem nutricional deve ser feita à admissão hospitalar por profissional de saúde treinado e utilizando ferramentas

validadas. O nutricionista é, em geral, o responsável pela triagem nutricional na maioria dos hospitais. Quando o risco nutricional é identificado, preconiza-se realizar a avaliação nutricional.

A triagem nutricional deve ser registrada nos prontuários dos pacientes em até 24h após a admissão hospitalar, deve ser repetida semanalmente em pacientes sem risco e que permanecem hospitalizados. Sugestões de métodos de triagem nutricional incluem a NRS 2002 e a MST, para pacientes de enfermarias, e também o NUTRIC, para pacientes críticos.

A avaliação nutricional é, em geral, atividade do nutricionista. Devem ser submetidos à avaliação nutricional os pacientes em risco nutricional e aqueles com longo período de permanência hospitalar. A avaliação nutricional é um processo amplo e pode envolver vários aspectos, como carências de micronutrientes e até a obesidade, mas quando se tem a finalidade de avaliar a desnutrição, podem ser utilizadas ferramentas mais tradicionais a exemplo da AGS e também novos métodos como o proposto pela AND em conjunto com a American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), denominado de método AND-ASPEN. Recordando que há proposta de unificação para o diagnóstico nutricional em consenso de várias sociedades, representada pelo grupo GLIM²⁰.

E- Estabeleça as necessidades calóricas e proteicas

Referencial teórico

Necessidade Energética

Escolher qual ferramenta utilizar no cálculo da necessidade energética dos pacientes ainda é um grande desafio. Apesar do padrão ser a calorimetria indireta (CI), o alto custo do equipamento torna o uso distante da prática clínica da grande maioria dos profissionais. Existem poucos estudos comparando a CI com as equações preditivas em relação a desfecho. Análise da literatura indicou que os estudos apresentam grande heterogeneidade de pacientes e a maioria destes não é randomizada²¹.

Dentre as equações preditivas disponíveis, todas apresentam limitação e baixa acurácia quando comparadas à CI, apresentando assim grande probabilidade de hipo ou hiperalimentação. Um estudo que avaliou a acurácia das equações preditivas observou que 38% subestimaram e 12% superestimaram as necessidades energéticas em mais de 10% quando comparadas à CI. Foram encontrados, ainda, valores de até 43% abaixo e 66% acima da necessidade medida por CI para determinado paciente²².

Finalmente, ao se comparar equações complexas com regra de bolso, baseada no peso do paciente, em amostra de mais de 8.000 doentes graves não foi observada diferença na mortalidade, mas houve menor permanência em pacientes que utilizaram a regra de bolso para cálculo da

necessidade energética²³. Portanto, parece razoável que, na ausência da CI, a regra de bolso seja utilizada, visto que, apresenta resultados razoáveis, é mais fácil e rápida de ser realizada. Neste sentido, indica-se, em geral, entre 25 e 30 kcal/kg de peso atual (exceção para pacientes obesos que devem ter o peso corrigido para o ideal).

Necessidade Proteica

O músculo esquelético corresponde a 80% da massa celular corporal de um adulto jovem e saudável. A lesão tecidual grave precipita tempestade de citocinas e hormônios contrarregulatórios que aumentam drasticamente o catabolismo muscular, liberando os aminoácidos na corrente sanguínea que atuarão na regulação das respostas inflamatórias e imunológicas²⁴. O catabolismo muscular, por sua vez, leva a rápida e grave atrofia da musculatura esquelética.

Em pacientes graves, com alto catabolismo, a perda de massa muscular foi recentemente quantificada, por meio da espessura do reto femoral por ultrassonografia, e varia de 15 a 25%, nos primeiros 10 dias de internação na UTI²⁵.

Essas considerações corroboram as recomendações atuais de necessidade de alta oferta proteica. Enquanto a ingestão de proteínas recomendada para pessoas saudáveis gira em torno de 0,8 a 1,0 g/kg/dia, a recomendação proteica para o doente não obeso vai de 1,2 a 2,0g/kg/dia²⁶. Dados clínicos preliminares apontam que ofertar até 2,5 g/kg/dia, principalmente em pacientes críticos, é seguro²⁷. Porém, são necessários estudos de alta qualidade para avaliar qual seria realmente a oferta ideal.

Existem poucos estudos que comparam diferentes ofertas proteicas e o desfecho clínico. Um deles avaliou, prospectivamente, 113 pacientes internados em UTI e observou correlação entre a oferta proteica e a mortalidade, sendo que pacientes que receberam oferta proteica de 1,5 g/kg/dia tiveram melhor sobrevida ($p=0,011$)²⁸. Estudo multicêntrico observacional com pacientes críticos que permaneceram ≥ 4 dias ($n=2828$) ou ≥ 12 dias ($n=1584$) destacou que o alcance de $\geq 80\%$ da meta proteica foi associado com redução da mortalidade, tanto em pacientes com tempo de internação mais ou menos prolongado²⁹. Assim sendo, o esforço para atingir a meta proteica parece fazer diferença do desfecho final, especialmente do ponto de vista funcional dos pacientes em terapia nutricional (na verdade, isto representa quem está a ser de fato tratado, contra os que não foram adequadamente tratados).

Abordagem prática

Os quadros 2 e 3 sugerem regras de bolso para cálculo das necessidades energéticas e proteicas baseadas nas últimas diretrizes internacionais^{21,22,26,27}.

Quadro 2 – Sugestões de meta energética, baseadas na regra de bolso.

Pacientes na Enfermaria	Fase inicial	25 a 30 kcal/kg
	Fase de recuperação	30 a 40 kcal/kg
Pacientes na UTI	Fase Inicial	20 a 25 kcal/kg
	Fase de Recuperação	25 a 30 kcal/kg

Observação: Risco de Síndrome de Realimentação – iniciar com 15 kcal/kg

Quadro 3 – Sugestões de meta proteica, baseadas na regra de bolso

Pacientes na Enfermaria	Baixo catabolismo	1,0 a 1,2 g/kg
	Moderado catabolismo	1,2 a 1,5 g/kg
	Alto catabolismo	1,5 a 2,0 g/kg
	Doença Renal Crônica sem evento catabólico agudo	0,8 a 1,2 g/kg
Pacientes na UTI	Sem Terapia Renal Substitutiva Contínua	1,2 a 2,0 g/kg
	Em Terapia Renal Substitutiva Contínua	2,0 a 2,5 g/kg
	Obeso grau 1 e 2	2 g/kg peso ideal
	Obeso grau 3	2,5 g/kg peso ideal

S - Saiba a perda de peso e acompanhe o peso do paciente pelo menos a cada 7 dias

Referencial teórico

A avaliação da porcentagem de perda de peso é importante preditor de risco nutricional. Além disso, o peso corporal é considerado informação essencial na assistência direta ao paciente, porque reflete o somatório dos componentes corporais e, na maioria das vezes, é incorporado nas ferramentas de triagem nutricional e nos controles de cuidado interprofissional, seja na admissão hospitalar, em atendimentos ambulatoriais ou cuidados domiciliares^{30,31}.

Por tratar-se de informação que pode influenciar na conduta terapêutica, este cuidado deve ser instituído como rotina, no mínimo semanalmente, em pacientes hospitalizados – além de indicativo do estado nutricional, o peso é determinante para prescrição dietética e cálculos de estimativa de gasto energético, como as fórmulas de bolso, que se baseiam em recomendações por quilo de peso. Avaliar o peso, no mínimo, uma vez por semana é fundamental³²⁻³⁴. Ainda, o peso é fundamental para o cálculo do IMC, que pode auxiliar na determinação do diagnóstico nutricional

Vale ressaltar que o peso atual do paciente pode refletir não somente o estado nutricional, mas também o estado de hidratação (presença de edema, ascite, entre outros – que devem ser desconsiderados para definição do peso seco).

Em pacientes acamados, o método ideal para mensuração do peso é a maca balança, mas este equipamento é inexistente na imensa maioria dos hospitais brasileiros. Existem também os métodos indiretos para estimar o peso, como as fórmulas de estimativa, mas que apresentam limitações: poucas foram

desenvolvidas para população brasileira e para diferentes faixas etárias. Em casos de restrição total ao leito ou na presença de edema, a aferição de pregas cutâneas e de circunferências musculares pode também ser de difícil mensuração e validação^{32,35}. Outro método indireto para cálculo de peso ideal é contemplando o IMC médio, que para adultos pode ser considerado 22 kg/m² e para idosos, 24,5 kg/m².

Abordagem prática

A verificação correta do peso corporal auxilia no alcance das metas do cuidado e é imprescindível para³¹:

- Fornecer dados fidedignos na avaliação e monitoramento do estado nutricional e de hidratação do paciente;
- Auxiliar no cálculo das necessidades nutricionais, auxiliando no plano terapêutico interprofissional;
- Estabelecer e monitorar o balanço para cálculo de doses seguras de medicamentos, como antibióticos, sedativos e hidratação;
- Selecionar dispositivos acessórios utilizados na mobilização precoce.

A fim de assegurar o cumprimento de rotinas e fornecer dados precisos e informação segura, a adoção de um *checklist* (Quadro 4) pode auxiliar na adesão desta rotina³⁶.

Quadro 4 – Checklist para aferição do peso corporal.

Recomendação	Fundamentação da prática
Relacionados à balança	
() Balança calibrada	Equipamentos calibrados e precisos podem fornecer dados fidedignos e expor em menor risco de erros no diagnóstico ou tratamento
() Desinfecção da balança	A desinfecção correta do equipamento de aferição pode minimizar riscos potenciais de infecção
Relacionados ao paciente	
() Esvaziamento prévio da bexiga e jejum	Este cuidado permite menor variação de peso e facilita a comparação diária das medidas
() Horário pré-definido para verificação	A rotina definida de horário pode auxiliar no preparo do paciente e otimizar as ações de enfermagem
() Posicionamento correto do paciente e da balança	O posicionamento correto fornece dados mais confiáveis
Relacionados à equipe de enfermagem	
() Familiaridade no uso dos equipamentos	O conhecimento prévio do equipamento e da rotina de controle permite a verificação correta do peso corporal
() Comparação com medida anterior	O parâmetro anterior permite comparações e condutas terapêuticas mais eficientes
() Uso de balança adequada para cada tipo de paciente	O uso correto das balanças fornece dados fidedignos e precisos

Para a adesão ao protocolo de verificação do peso corporal, é imprescindível a participação da equipe interprofissional procurando incentivar o paciente, familiar e ou cuidador no acompanhamento deste cuidado.

Pesquisas recentes apontam para a necessidade de empoderar os pacientes para apoiar na gestão do seu autocuidado³⁷.

N- Não negligencie o jejum

Referencial Teórico

O tempo excessivo de jejum dos pacientes durante a internação hospitalar foi identificado como importante fator de risco para desnutrição hospitalar³⁸. Durante períodos de jejum, ocorre redução da secreção de insulina e aumento da secreção de glucagon e catecolaminas, levando à glicogénólise e lipólise. Quando se acrescenta a resposta ao estresse, o catabolismo é acelerado, levando à perda de massa muscular.

Os principais motivos que levam ao jejum excessivo incluem pausas para exames e procedimentos diagnósticos, interrupções antes ou após procedimentos cirúrgicos ou como parte do controle de sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos e diarreia) e espera de avaliação funcional da deglutição³⁹.

Abordagem prática

Todos os pacientes em jejum por mais de 48h devem ser acompanhados com mais cuidado e a possibilidade de indicação de vias alternativas de alimentação deve ser considerada, respeitando as particularidades de cada caso.

Abreviação do jejum antes de exames e procedimentos diagnósticos

Não há diretrizes claras sobre o tempo necessário de jejum antes da realização de exames diagnósticos⁴⁰. Portanto, recomenda-se que cada instituição elabore protocolos entre os setores envolvidos (UTIs, unidades de internação, endoscopia, radiologia, cardiologia) para definição do tempo de jejum adequado a ser cumprido antes da realização de cada exame. É fundamental a comunicação efetiva entre os setores do hospital para o cumprimento dos tempos acordados e redução de atrasos na programação. A comunicação efetiva com pacientes/familiares sobre tempo de jejum e horário de liberação da dieta é fundamental para garantir o cumprimento dos prazos.

Abreviação do jejum pré-operatório

Várias diretrizes de sociedades de Anestesiologia e o projeto ACERTO apoiam a abreviação do jejum pré-operatório e recomendam manter jejum para sólidos por seis horas

antes da operação e jejum para líquidos claros (total de 200 mL) até duas horas antes da anestesia para procedimentos eletivos em adultos⁴¹⁻⁴³. Reuniões científicas realizadas entre EMTN, equipe de anestesia e de cirurgia podem contribuir para o estabelecimento de protocolo institucional de abreviação do jejum.

Realimentação precoce no pós-operatório:

Vários estudos sugerem que a realimentação oral e enteral precoce no pós-operatório melhora os desfechos clínicos⁴⁴. Em operações com anastomoses gastrintestinal, enteroentérica, enterocólica ou colorretal, a dieta oral ou enteral deve ser iniciada no mesmo dia ou no primeiro dia pós-operatório⁴³.

Controle adequado dos sintomas gastrointestinais

O uso de medicamentos como procinéticos e antieméticos, bem como evitar o uso desnecessário de opiáceos e elaboração de protocolos institucionais de vômitos/gastroparesia auxiliam na redução da suspensão da dieta por tempo prolongado.

A diarreia não deve ser motivo de interrupção automática da dieta enteral²⁶.

Obstrução e retirada acidental de cateteres

Educação continuada da enfermagem nos cuidados com acessos enterais, fixação adequada e fluxos bem estabelecidos nos casos de retirada acidental do cateter minimizam tempo de jejum relacionados ao acesso enteral.

Abaixo, seguem sugestões de modelos de padronização da campanha que devem ser discutidos e adaptados conforme rotinas de cada instituição (Quadros 5 a 7):

Quadro 5 – Modelo de padronização de tempo de jejum para exames radiológicos mais comuns.

Exame	Sítio	Jejum (horas)
Radiografias	Abdome, coluna lombar	4
USG	Abdome total	4
USG doppler	Artérias renais, aorta, ilíacas, cava, aorta, tronco cefálico, mesentéricas	4
TC com contraste ou RNM com contraste	Com sedação	Padrão – 8 Aleitamento – 6
Colonoscopia virtual - TC		8
Entero TC		8
Entero RM		6
Colangio RM		8

Quadro 6 – Modelo de tempo de jejum para procedimentos mais comuns.

	Exame/ Procedimento	Jejum (horas)
Gastroenterologia	Endoscopia digestiva alta	8
Proctologia	Colonoscopia	Avaliar o caso
	Traqueostomia	1
Cirurgia Torácica	Broncoscopia	4
	Drenagem pleural	1
Cardiologia	Ecocardiograma transesofágico	6

Quadro 7 – Modelo de recomendações de jejum por tipo de alimento.

Alimento	Jejum mínimo (horas)
Líquido sem resíduos	2
Leite materno	4
Fórmula infantil	6
Leite não materno	6
Dieta sólida leve	6
Dieta sólida completa	8

U - Utilize métodos para avaliar e acompanhar a adequação calórica ingerida versus estimada Referencial Teórico

O grande desafio da nutrição hospitalar é encontrar maneiras objetivas de mensurar a ingestão calórica dos pacientes. O estudo de Kiss et al.⁴⁵ avaliou pacientes com câncer de pulmão e verificou que o aconselhamento nutricional oral promoveu ganho de peso, melhor qualidade de vida e bem estar funcional, ressaltando a importância do cuidado e da monitorização da ingestão alimentar dos pacientes.

Pesquisas sugerem que ofertar mais de 50-65% das necessidades energéticas diárias para pacientes graves promove redução de mortalidade²⁶. Estudo com 7872 pacientes graves mostrou que, no grupo de pacientes que permaneceram na UTI sob nutrição enteral por 12 dias consecutivos, aqueles que tiveram maior oferta calórica apresentaram menor mortalidade⁴⁶. O déficit calórico de pelo menos 4000 kcal na primeira semana de internação levou a piores desfechos clínicos e, isto foi mais evidente nos extremos de IMC⁴⁷.

A realidade mostra que, em média, 60 a 80% ou menos do alvo calórico dos pacientes em nutrição enteral ou parenteral é ofertado. Essa diferença entre infundido e prescrito, muitas vezes, é causada por pausas de infusão para exames, jejum para procedimentos e demora no início da terapia nutricional. Isso ao longo da internação contribui para déficit calórico-proteico cumulativo, desnutrição intra-hospitalar, aumento do tempo de internação e também de custos associados^{26,47-50}.

Abordagem Prática

- Avaliar o risco nutricional do paciente, por meio de instrumentos de triagem conforme passo 1;
- O serviço de nutrição hospitalar deve desenvolver e padronizar manual de dietas contendo as dietas hospitalares de rotina e as especializadas. Esse manual é ferramenta primordial no cuidado nutricional ao paciente internado. Direciona e auxilia a equipe médica e interprofissional a conhecer e entender melhor a dieta prescrita, já que não há consenso sobre a nomenclatura das dietas oferecidas nos hospitais. Ademais, fornece subsídios para avaliar e acompanhar o que está sendo ingerido pelo paciente⁵¹;
- Identificar os pacientes que necessitam de monitoramento pelo nutricionista ou outro profissional da equipe interprofissional assistencial quando apresentam aceitação alimentar insatisfatória;
- Utilizar ferramentas de fácil aplicação à beira-leito;
- Garantir prescrição dietética adequada para cada paciente e assegurar plano de cuidado nutricional personalizado. Padronizar o que é servido para o paciente;
- Treinar a equipe interprofissional para aplicar as ferramentas e realizar registros adequados no prontuário do paciente;
- Utilizar indicadores de qualidade, como medidas objetivas para avaliar o volume infundido versus prescrito da nutrição enteral e parenteral;
- Calcular a adequação calórica ofertada versus ingerida (Quadro 8).

As anotações servirão tanto para o/a nutricionista como também para outros membros da equipe interprofissional, uma vez que a alimentação do paciente é parte integrante do tratamento, acompanharem o quadro do enfermo (Quadro 9)

Quadro 8 – Sugestões de Protocolos de Monitoramento do Consumo Oral^{51, 52}.

1. Acompanhar a ingestão alimentar dos pacientes por meio do registro do percentual da aceitação alimentar

- Nutricionista informar ao copeiro hospitalar sobre a necessidade em anotar a aceitação alimentar das principais refeições (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e a ceia) ao recolher a bandeja.
- Utilizar uma figura que demonstre a composição da bandeja e as porcentagens da aceitação alimentar, classificando em excelente, adequada, regular/inadequada, baixa e recusa/muito baixa (ex. Figura 1).

Consumo Alimentar

Anote a quantidade mais próxima do que você consumiu de cada refeição

Café da Manhã:	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
Lanche da Manhã:	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
Almoço:	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
Lanche da Tarde:	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
Jantar:	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
Ceia:	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%

Figura 1 - Sugestão de impresso para avaliar o percentual do consumo alimentar em unidade hospitalar⁵¹.

Obs: essa ferramenta também pode ser utilizada para anotação pelo próprio paciente, familiar ou cuidador envolvido, desde que bem orientados e treinados (processo de empoderamento do paciente e familiares/acompanhantes).

2. Acompanhar a aceitação alimentar dos pacientes por meio do registro da ingestão alimentar

- Registrar, em impresso próprio, o consumo alimentar da dieta via oral, que pode/deve ser feito pelo próprio paciente e/ou familiares.
- Anotar dados sobre os alimentos/preparações e quantidades consumidas em cada refeição (desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) ao longo do dia.
- Preencher o formulário continuamente durante o período de hospitalização, ou por pelo menos 3 dias consecutivos para maior assertividade na conduta a ser tomada.
- Após o preenchimento, cabe ao nutricionista avaliar a aceitação alimentar e realizar o cálculo da ingestão alimentar realizada pelo paciente.

Quadro 9 – Sugestão de Indicação de Terapia Nutricional^{26,51,53}.**De acordo com os resultados, definir a indicação/prescrição de TNO, TNE, TNP de acordo com os pontos a seguir:**

- Paciente previamente desnutrido ou com risco nutricional ou com demanda metabólica aumentada ou sarcopênicos ou com lesão de pele ou oncológicos ou em preparo pré-operatório com aceitação oral menor que 60%, indicar suplementação oral.
- Se paciente com dieta oral e com suplementação oral apresentar aceitação menor que 60% em 3 dias, indicar terapia nutricional enteral.
- Se paciente tiver impossibilidade de utilização do trato gastrointestinal, principalmente com risco de desnutrição ou desnutrido indicar nutrição parenteral precocemente. Se paciente sem risco nutricional, pode-se aguardar até 7 dias para a indicação da nutrição parenteral.

T - Tente avaliar a massa e a função muscular**Referencial teórico**

As complicações associadas à desnutrição parecem estar mais relacionadas às alterações funcionais que às da composição corporal^{54,55}. Neste sentido, a avaliação nutricional ideal deve ter sensibilidade para detectar as alterações da composição corporal e mudanças funcionais orgânicas decorrentes da desnutrição.

Vários métodos de avaliação nutricional têm sido propostos. No entanto, nenhum indicador único pode ser considerado como “padrão”. Todos apresentam limitações, sendo a mais importante o fato de serem influenciados por fatores independentes do estado nutricional⁵⁶.

A incorporação da avaliação da função fisiológica na avaliação nutricional pode redimensionar o diagnóstico de desnutrição no paciente hospitalizado, passando a significar marcador global de alteração do estado de saúde, não sendo causado unicamente pela ingestão inadequada de nutrientes⁵⁶.

Em pacientes desnutridos, ocorre perda preferencialmente de massa muscular, constituída por fibras do tipo II (de resposta rápida). A função de contração muscular, porém, é muito mais prejudicada nas fibras do tipo I (de resposta lenta). A avaliação da massa muscular pode ser feita de maneira subjetiva ou objetiva. Avaliação subjetiva da massa muscular pode ser feita por meio da palpação dos principais grupos musculares do braço e da perna ou pedindo ao paciente que aperte a mão do examinador, por exemplo. Por outro lado, apesar da importância da massa muscular, as medidas objetivas para avaliação são limitadas¹. Os principais métodos disponíveis no ambiente hospitalar para avaliar massa muscular são: espessura do músculo adutor do polegar (EMAP), circunferência da panturrilha (CP) e bioimpedância elétrica (BE)¹. A partir

do conhecimento da quantidade de gordura corporal e da massa magra em quilos, por meio de estimativa da BE, é possível estimar o índice de massa magra (IMM) e o índice de gordura corporal (IGC)⁵⁷ como indicado abaixo (Quadro 10):

Quadro 10 – Estimativa do índice de massa magra (IMM) e o índice de gordura corporal (IGC).

$$\text{IMC kg/m}^2 = \text{IMM kg/m}^2 + \text{IGC kg/m}^2$$

Sendo IMM = massa magra (kg)/altura² (m) e IGC = gordura corporal (kg)/altura² (m)

A partir destes índices, obtêm-se mais informações sobre a composição corporal do que por meio do IMC, pois pode-se identificar miopenia (baixa muscularidade), obesidade e obesidade sarcopênica, independentemente do IMC.

Existem diversas ferramentas de avaliação de função. Essas ferramentas permitem realizar tanto avaliações objetivas quanto subjetivas. A função avaliada por meio da força do aperto de mão é um dos fatores preditores de maior internação hospitalar, juntamente com o estado nutricional e a ingestão alimentar⁵⁸.

Abordagem prática

Para avaliação da composição corporal sugere-se utilizar 3 métodos disponíveis no ambiente hospitalar, conforme Quadros 11 e 12¹.

Quadro 11 – Métodos de avaliação da composição corporal.

Método	Equipamento	Valores de referência	Comentário
Espessura do músculo adutor do polegar	Adipômetro	24,2±4,2 homens e 19,4±3,9 mulheres ⁵⁹	Por ser plano e estar fixado entre duas estruturas ósseas, é o único músculo que permite a medida direta da espessura
Circunferência da panturrilha	Fita métrica	Homens: ≤34 cm Mulheres: ≤33 cm ⁶⁰	A circunferência da panturrilha é método simples para avaliação de perda muscular e sarcopenia
Bioimpedância elétrica (BE)	Aparelho de BE de frequência única ou multifrequencial	Consulte Quadro 12	BE é método não invasivo de estimativa da composição corporal, para melhor uso longitudinal

Quadro 12 – Valores de Índice de Massa Magra (IMM) e Índice de Gordura Corporal (IGC).

IMC (kg/m ²)	Categorias	IMM (kg/m ²)	IGC (kg/m ²)
Homens			
≥ 30	Muito alto	Não aplicável	≥ 8,3
25-29,9	Alto	≥ 19,8	5,2 - 8,2
20-24,9	Normal	17,5 -19,7	2,5- 5,1
≤ 19,9	Baixo	≤ 17,4	≤ 2,4
Mulheres			
≥ 30	Muito alto	Não aplicável	≥ 11,8
25-29,9	Alto	≥ 16,8	8,2 - 11,7
20-24,9	Normal	15,1 -16,7	4,9 – 8,1
≤ 19,9	Baixo	≤ 15,0	≤ 4,8

Adaptado de Kyle et al.61

A função muscular pode ser avaliada subjetivamente ou objetivamente. A avaliação subjetiva inclui perguntas sobre modificações na atividade habitual do paciente, como verificar se o paciente caminha ou se levanta da cadeira ou como aperta sua mão. A força muscular é um dos itens que compõem a funcionalidade. A campanha sugere duas ferramentas que são vastamente utilizadas na literatura para avaliar objetivamente esse componente:

- Força do aperto de mão ou dinamometria de mão: avalia objetivamente a força de preensão palmar. O valor é expresso em quilos e pode ser correlacionado com a força muscular global. Valores abaixo dos cortes estabelecidos determinam piores desfechos clínicos⁵⁵. Para realização da avaliação de dinamometria, o paciente deve estar sentado com os pés apoiados no chão, com o braço junto ao tórax, cotovelo fletido a 90° sem estar apoiado. Dinamômetro preferencialmente na mão dominante, realizar 3 medidas e considerar a medida de maior valor⁶². Os valores de corte que estratificam alteração de força avaliado pelo dinamômetro para mulheres e homens são: 20 kg e 30kg para pacientes de enfermaria e 7 kg e 11kg para pacientes de UTI, respectivamente⁶³.
- Teste da caminhada: solicite que o paciente caminhe no seu ritmo habitual uma distância de 4 metros, previamente marcada em qualquer corredor, e verifique o tempo gasto para este percurso. O paciente deve percorrer o trecho em tempo inferior a cinco segundos, caso contrário poderá ser classificado como tendo alteração funcional⁶⁴.

R - Reabilite e mobilize precocemente

Referencial teórico

Hoje, a reabilitação física e mobilização precoce constituem o pilar mais importante no combate à perda de massa magra⁶⁵. Duas recentes meta-análises mostram que melhoram a força muscular periférica e respiratória, a capacidade física e funcionalidade, a qualidade de vida, além de diminuir o tempo de ventilação mecânica e de internação na UTI e no hospital^{66,67}. A reabilitação e mobilização precoce são muito seguras, com incidência de apenas 0,6% de eventos adversos que necessitaram de alguma intervenção⁶⁸.

Abordagem prática

Para que sejam efetivas devem ser iniciadas o quanto antes possível e utilizar recursos como treinamento muscular respiratório, cicloergômetro e eletroestimulação⁶⁹. Além disso, aplicar protocolos progressivos que abranjam: exercícios no leito, sentar-se à beira (sedestação) leito, treino de transferências, sedestação em poltrona, ficar em ortostatismo, treino de marcha e deambulação, de maneira progressiva conforme o nível de consciência, Medical Research Council score (MRC), capacidade e reserva de cada paciente⁷⁰⁻⁷².

I - Implemente pelo menos dois Indicadores de Qualidade

Referencial teórico

O controle da qualidade do cuidado em saúde é alicerçado em indicadores utilizados como ferramentas de avaliação⁷³. Um indicador é unidade de medida de atividade específica ou uma medida quantitativa que pode ser usada como guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente, bem como as atividades dos serviços⁷⁴.

Indicadores de qualidade em terapia nutricional (IQTN) são importantes ferramentas de avaliação e monitoramento de qualidade da TN, ao identificar possíveis dificuldades e falhas relacionadas aos protocolos de cuidados nutricionais providos ao paciente⁷⁵.

Neste ano de 2018, os IQTNs completarão dez anos de existência no Brasil. A história começou em 2008, quando a força-tarefa de nutrição clínica do International Life Science Institute - Brasil (ILSI - Brasil) publicou lista de 36 IQTNs e respectivas metas, propostas em consenso por grupo de quarenta e um especialistas brasileiros em TN, para atender diferentes diretrizes nacionais e internacionais da área⁷⁵. No entanto, além da escassez de recursos humanos e materiais disponíveis nos hospitais

brasileiros, a aplicabilidade clínica dos IQTNs propostos vinha sido limitada devido ao elevado número de indicadores⁷⁶. Neste sentido, em 2012, os TOP TEN foram propostos, a fim de viabilizar a execução destes, reduzindo para dez indicadores de qualidade⁷⁷.

No ano de 2015, ainda foram criados indicadores de qualidade para terapia nutricional oral utilizando-se o mesmo método aplicado aos TOP TEN⁷⁸.

Fato é que o Brasil é um país muito grande e heterogêneo. Essa heterogeneidade se aplica também à TN, haja vista que existem hospitais de alta complexidade que contam com uma grande equipe de TN e também existem hospitais onde esta equipe é composta por número reduzido de profissionais.

A lista dos TOP TEN tem como primeiro indicador a avaliação do risco nutricional por meio da realização de triagem nutricional. No entanto, a triagem consta em portaria do Ministério da Saúde como item indispensável em prontuário, há alguns anos⁷⁹. Atualmente, pensa-se se é realmente necessário monitorar o que já é obrigatório. Esta hipótese ganha força com o trabalho avaliando IQTNs, publicado em 2017, em que se realizou a avaliação dos indicadores a partir da triagem, ou seja, não se considerou a triagem um indicador de qualidade e sim item obrigatório⁸⁰.

No cenário atual, em que há hospitais de todos os portes, e muitas vezes limitação de recursos humanos, acredita-se cada vez mais na necessidade da redução do número de IQTNs na rotina da prática clínica, para viabilizar a aplicabilidade.

Abordagem Prática

Neste sentido, a campanha sugere que ao menos dois indicadores sejam aplicados rotineiramente. Um indicador que faça o monitoramento da terapia nutricional, haja vista a discrepância entre necessidades nutricionais e o que é realmente de fato ofertado⁸¹ e outro indicador que controle as intercorrências relacionadas à TN, tais como hiperglicemia, diarreia, constipação, infecção de cateter venoso central, entre outras. Como sugestão, propõe-se:

- Frequência de pacientes que recebem menos de 70% das necessidades nutricionais prescritas;
- Frequência de pacientes com intercorrências relacionadas à terapia nutricional.

Uma ficha técnica (Quadros 13 e 14) pode ser utilizada para aplicação dos indicadores e para padronização dos dados.

Quadro 13 – Frequência de diarreia em pacientes com nutrição enteral.

Objetivo estratégico	Controle dos episódios de diarreia em pacientes com NE
Nome do indicador	Frequência de episódios de diarreia em pacientes com NE
Descrição	Mensurar a taxa de ocorrência de diarreia (3 ou mais evacuações líquidas/dia) em pacientes com nutrição enteral
Propósito/justificativa	Conhecer a incidência de diarreia em pacientes que fazem uso de nutrição enteral e tomar medidas preventivas e terapêuticas para diminuir esta complicação
Fórmula	A.) N° de pacientes em NE que apresentaram diarreia X100 N° de pacientes em NE B.) Por paciente N° de dias com diarreia em NEX100 N° de dias de NE
Unidade de medida	Porcentagem
Fonte de dados	Prontuário médico, ficha de seguimento da TN
Frequência	Mensal
Meta	<10%
Responsável pela informação	Nutricionista, EMTN, equipe de enfermagem, equipe médica
Responsável pela tomada da decisão	Chefe da EMTN
Data de implementação do indicador	

Quadro 14 – Frequência de pacientes que recebem menos de 70% das necessidades prescritas

Objetivo estratégico	Controle dos pacientes que recebem menos de 70% das necessidades prescritas
Nome do indicador	Frequência de pacientes que recebem menos de 70% das necessidades prescritas
Descrição	Mensurar a taxa de ocorrência de pacientes que recebem menos de 70% das necessidades prescritas
Propósito/justificativa	Conhecer a incidência e a razão dos pacientes não receberem suas necessidades prescritas
Fórmula	N° de pacientes em TN que recebem menos de 70% das necessidades prescritas X100 N° de pacientes em TN
Unidade de medida	Porcentagem
Fonte de dados	Prontuário médico, ficha de seguimento da TN
Frequência	Mensal
Meta	<20%
Responsável pela informação	Nutricionista, EMTN, equipe de enfermagem, equipe médica
Responsável pela tomada da decisão	Chefe da EMTN
Data de implementação do indicador	

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

Referencial teórico

Em 1974, Charles E. Butterworth publicou o clássico artigo “The Skeleton in the Hospital Closet”⁸². Trata-se do primeiro artigo que revela a terapia nutricional (TN) como um processo a ser desenvolvido dentro dos ambientes hospitalares. Butterworth deixou patente a importância do elemento informação para a melhor assistência da terapia nutricional aos pacientes internados. No levantamento feito, até 56% dos pacientes não apresentavam registro de altura e 26% não tinham registro de peso.

O prontuário é um documento de fundamental importância na assistência dos pacientes sob TN. Segundo o autor Moacyr Amaral Santos, pode-se entender por documento a “coisa representativa de um fato”⁸³. Do ponto de vista legal, o prontuário é documento obrigatório e direito do paciente. Segundo o Artigo 87 do Código de Ética Médica⁸⁴, o atendimento da equipe de saúde deve ser registrado em prontuário, com data e hora do atendimento, contendo os dados clínicos relevantes. Em relação à TN, os integrantes das Equipes Interdisciplinares de Terapia Nutricional (EMTNs) têm a obrigação de registrar em prontuário a evolução e os procedimentos realizados⁸⁵. É fundamental que, nas anotações de prontuário, os lançamentos da EMTN descrevam como as intervenções nutricionais se coadunam com o momento clínico do paciente.

Informações consolidadas, além do aspecto de registro pontual, têm grande importância, pois significam formas de mitigar o risco de descontinuidade de cuidados. A descontinuidade da assistência - seja entre os turnos de atendimento, seja entre os setores - é realidade dentro dos hospitais, e o risco de interrupções dos processos assistenciais deve ser mitigado⁸⁶. Nos últimos anos, ênfase especial tem sido dada aos *hand-offs* ou documentos de transição entre unidades, e diversos modelos provenientes das diferentes realidades hospitalares em todo o mundo têm sido apresentados e utilizados⁸⁷.

As EMTNs, como equipes envolvidas desde a admissão até a alta, assumem papel de alta relevância pois são responsáveis pelo acompanhamento nutricional do paciente por todo o curso da hospitalização. A estratégia nutricional, a cada transição deve ser especificada e documentada, preferencialmente em prontuário. O entendimento da noção de transitividade é de tal relevância que tem sido entendida como uma boa prática. Mais do que isso, tem sido requisito de qualidade a ser atendido pelos padrões de qualidade das agências certificadoras e por agências governamentais^{88,89}.

Abordagem prática

Não deixe de consolidar no prontuário as informações clínicas relevantes para o bom acompanhamento do seu paciente. Algumas boas práticas são recomendadas pela campanha da BRASPEN, para o integrante da equipe interdisciplinar:

- Registrar dados antropométricos básicos como peso e altura, tanto à admissão quanto evolutivamente;
- Assegurar sequência de informações que resista a mudanças de turnos frequentes, que aponte as entregas de cada profissional envolvido e que garanta o seguimento de cada processo. Uma sugestão seria a criação de modelos de checklist nas transições de setores;
- Atentar para o percentual “aceitação de dieta oral”, sobretudo para os pacientes de risco - o lançamento do percentual de aceitação nas folhas de balanço ou mesmo na evolução da equipe assistencial pode ser importante aliado no controle dos pacientes em risco nutricional;
- Garantir que triagem nutricional de todos os pacientes hospitalizados seja periodicamente realizada e registrada em prontuário; em pacientes com risco nutricional, comunicar à equipe de terapia nutricional para a realização da avaliação nutricional;
- Anotar como foram as últimas 24h, sinalizando as intercorrências relevantes, como glicemias, número de evacuações líquidas, volume e aspecto dos drenos e cateteres, etc. Esse tipo de anotação comunica a transição clínica de um dia para o outro e constitui importante informação para compreender a evolução;
- Reavaliar periodicamente as necessidades calóricas, proteicas e de micronutrientes, adequando-as às necessidades de cada momento clínico: as necessidades na UTI não serão necessariamente as necessidades do paciente de enfermaria. Atenção em especial para as transições entre setores ou para as situações de descontinuidade de acompanhamento por parte da equipe interdisciplinar;
- Registrar qual meta calórica e proteica foi determinada para seu paciente, e o quanto da meta proposta foi recebido;
- Mitigar o risco de falhas de comunicação entre equipe médica, serviço de nutrição clínica/EMTN, médicos assistentes e paciente/responsável, sobretudo nas transições entre unidades/setores. Se necessário, complemente as informações de prontuário com um telefonema, ou uma conversa direta com a equipe assistencial. Não deixe de registrar as atualizações em prontuário. Folhas e fichas de transição podem ser ferramentas úteis, mas não asseguram que a informação esteja bem descrita.

A - Acolha e engaje o paciente e/ou familiares no tratamento

Referencial teórico

A doença e a incapacidade são experiências comuns em ambiente hospitalar e frequentemente desencadeiam impactos negativos, como medo, ansiedade e depressão, que podem afetar diretamente a parte alimentar^{90,91}. Compreender as alterações que ocorrem na vida do paciente é primordial para o desenvolvimento de estratégias de acolhimento que favoreçam melhor comunicação e entendimento das oportunidades de intervenção⁹¹.

O papel educacional da EMTN também deve ser compreendido em sua complexidade, pois são as informações transmitidas durante o período de internação que garantem o engajamento do paciente na capacitação para o autocuidado^{92,93}. A triagem nutricional e anamnese adequadas, assim como o monitoramento e ajuste periódico dos nutrientes às diferentes situações clínicas, podem auxiliar na recuperação e diminuir potencialmente as reinternações. Abordagens que levam ao empoderamento dos pacientes e/ou responsáveis geram maior compreensão da importância do tratamento nutricional⁹².

A humanização no ambiente hospitalar evidencia que a ciência e a tecnologia isoladamente não suprem a necessidade do paciente e de seus familiares, mas sim a totalidade da experiência deles durante e após o período de internação^{94,95}.

Abordagem prática

- Acolher e engajar os pacientes e familiares no autocuidado;
- Promover atendimento humanizado, empático, entendendo as necessidades dos pacientes e seus acompanhantes;
- Utilizar técnicas de comunicação que aprimorem a capacidade de expressão e compreensão, evitando informações desencontradas e utilização de meios e linguagens não acessíveis;
- Manter alto o nível de engajamento dos pacientes por meio de estratégias de motivação e educação nutricional;
- Promover a adequada aceitação alimentar utilizando técnicas como aconselhamento, gastronomia hospitalar, alimentos *comfort food*, visitas de acolhimento e oficinas de nutrição.

Em hospitais, o desenvolvimento de habilidades de comunicação deve ser preocupação constante, em todas as áreas. Cada vez mais a tradicional relação distante, neutra e livre de afetos com o paciente deve ser substituída por atitudes de acolhimento e vínculo com eles, seus

cuidadores e familiares, construindo um bom relacionamento durante o período de internação^{93,96}. A habilidade de colocar-se no lugar do outro pode ser o grande diferencial para o atendimento de excelência, melhorando a confiança acerca das informações transmitidas para maior engajamento e melhor desfecho clínico^{96,97}.

O - Oriente a alta hospitalar

Referencial teórico

A preparação para a alta só começa quando o paciente já está clinicamente apto a deixar o hospital. Portanto, tarefas que requerem tempo, como educar os pacientes com relação à nutrição, reconciliação medicamentosa, agendamento de acompanhamentos e organização do transporte, necessitam de planejamento^{98,99}. A falta deste planejamento de alta pode levar a readmissões e custos mais elevados. Outro elemento importante do processo de alta é garantir que os pacientes e/ou familiares estejam empoderados para gerenciar em casa e garantir a continuidade do tratamento. Para ter desempenho eficaz no processo de alta hospitalar, o primeiro requisito é estabelecer como meta a data de previsão da alta^{99,100}.

Abordagem prática

Modelos estratégicos para este processo devem ser estimulados e desenvolvidos conforme recursos próprios da instituição. Um exemplo é a de *checklist* simples para alta hospitalar (Quadro 15).

Quadro 15 – Checklist para alta hospitalar.

- () Home Care / Equipamentos médicos organizado
 - () Prontidão para saída avaliada
 - () Condição de cuidado pós agudo confirmada
 - () Testes finais de diagnóstico realizados e resultados avaliados
 - () Ordens de alta escrita
 - () Reconciliação medicamentosa
 - () Cuidados com relação a alimentação
 - () Família informada sobre cuidados pós-hospitalar e fornecido plano de orientações multidisciplinar
 - () Acordado horário de transporte intra hospitalar
 - () Acordado transporte para casa / ambulância
-

As previsões de alta hospitalar devem ser acompanhadas com a finalidade de otimizar o processo e fornecer as orientações ao paciente/familiar/cuidador sobre a continuidade dos cuidados no domicílio. Para o sucesso do processo, a equipe deve:

- Reconhecer barreiras do aprendizado e comunicação: visual, auditiva, fala, outras (cultural, religiosa, psicomotora, emocional);
- Identificar a pessoa envolvida no processo educacional, engajando-a (paciente, parente, cuidador ou equipe de home care);
- Iniciar a orientação durante o período de hospitalização;
- Determinar o melhor método de ensino de acordo com o nível de entendimento do paciente e dos envolvidos: demonstração, audiovisual, verbal, folheto;
- Avaliar o entendimento pelo indivíduo orientado: verbaliza, recusa, é capaz de demonstrar, verbaliza o não entendimento;
- Identificar a necessidade de reforço;
- Detectar se o objetivo foi atingido ou não por meio do *teach back* (confirmação se houve o entendimento, solicitando que o envolvido explique o que foi orientado) para avaliar a compreensão sobre as instruções de alta e a capacidade de realizar o autocuidado⁹⁹⁻¹⁰³.

Continuidade do cuidado

- Suporte e gestão dos casos pós-alta (apoio na comunidade, visitas domiciliares, contato telefônico, acompanhamento ambulatorial, comunicação prestador de cuidado);
- Monitoramento contínuo e remoto de pacientes transforma o cuidar alinhando profissionais de saúde e tecnologias para o cuidado das pessoas em qualquer lugar e promovendo o autocuidado apoiado^{99,104}.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Correia MI, Campos AC, Study EC. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition*. 2003;19(10):823-5.
3. Correia MI, 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.
4. Correia MI, Hegazi RA, Higashiguchi T, Michel JP, Reddy BR, Tappenden KA, et al. Evidence-based recommendations for addressing malnutrition in healthcare: an updated strategy from the feed M.E. Global Study Group. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15:544e50.
5. Ljungqvist O, van Gossum A, Sanz ML, Man F. The European fight against malnutrition. *Clin Nutr*. 2010;29(2):149-50.
6. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958-67.
7. Correia MITD, Caiaffa WT, Waitzberg DL. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional (IBRANUTRI): metodologia do estudo multicêntrico. *Rev Bras Nutr Clín*. 1998;13(1):30-40.
8. Liang X, Jiang ZM, Nolan MT, Wu X, Zhang H, Zheng Y, et al. Nutritional risk, malnutrition (undernutrition), overweight, obesity and nutrition support among hospitalized patients in Beijing teaching hospitals. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2009;18(1):54-62.
9. Russel CA, Elia M. Nutrition screening survey in the UK and Republic of Ireland in 2010: A Report by the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). 2011; 1(1):1-56.
10. Low CCH, Yandell R, Fraser RJL, Chua AP, Chong MFF, Miller M. Association between malnutrition and clinical outcomes in the intensive care unit: a systematic review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2017;41(5):744-58.
11. Correia MITD. Nutrition screening vs nutrition assessment: what's the difference? *Nutr Clin Pract*. 2017;884533617719669.
12. Ceniccola GD, Holanda TP, Pequeno RSF, Mendonça VS, Oliveira ABM, Carvalho LSF, et al. Relevance of AND-ASPEN criteria of malnutrition to predict hospital mortality in critically ill patients: a prospective study. *J Crit Care*. 2017;44:398-403.
13. Malone A, Hamilton C. The Academy of Nutrition and Dietetics/the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition consensus malnutrition characteristics: application in practice. *Nutr Clin Pract*. 2013;28(6):639-50.
14. Committee WGotNCPSL. Nutrition care process and model part I: the 2008 update. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(7):1113-7.
15. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, Group AHEW. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*. 2003;22(3):321-36.
16. Ferguson M, Bauer J, Gallagher B, Capra S, Christie DR, Mason BR. Validation of a malnutrition screening tool for patients receiving radiotherapy. *Australas Radiol*. 1999;43(3):325-7.
17. Heyland DK, Dhaliwal R, Jiang X, Day AG. Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: the development and initial validation of a novel risk assessment tool. *Crit Care*. 2011;15(6):R268.
18. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1987;11(1):8-13.
19. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr*. 2015;34(3):335-40.
20. Cederholm T, Jensen GL. To create a consensus on malnutrition diagnostic criteria: a report from the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) meeting at the ESPEN Congress 2016. *Clin Nutr*. 2017;36(1):7-10.
21. Canadian Clinical Practice Guidelines. Nutrition prescription: use of indirect calorimetry vs. predictive equations. 2015; [acesso 2018 Fev 16]. Disponível em: <https://www.criticalcarenutrition.com/docs/CPGs%202015/3.1%202015.pdf>
22. Tatuco-Babet OA, Ridley EJ, Tierney AC. Prevalence of underprescription or overprescription of energy needs in critically ill mechanically ventilated adults as determined by indirect calorimetry: a systematic literature review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016;40(2):212-25.
23. Compher C, Nicolo M, Chittams J, Kang Y, Day AG, Heyland DK. Clinical outcomes in critically ill patients associated with the use of complex vs weight-only predictive energy equations. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2015;39(7):864-9.
24. Hoffer LJ. Protein requirement in critical illness. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016;41(5):573-6.
25. Puthuchery ZA, Rawal J, McPhail M, Connolly B, Ratnayake G, Chan P, et al. Acute skeletal muscle wasting in critical illness. *JAMA*. 2013;310(15):1591-600.
26. 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 (A.S.P.E.N.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016;40(2):159-211.
27. Hoffer LJ, Bistrian BR. Appropriate protein provision in critical illness: a systematic and narrative review. *Am J Clin Nutr*. 2012;96(3):591-600.
28. Allingstrup MJ, Esmailzadeh N, Wilkens Knudsen A, Espersen K, Hartvig Jensen T, Wiis J, et al. Provision of protein and energy in relation to measured requirements in intensive care patients. *Clin Nutr*. 2012;31(4):462-8.
29. Nicolo M, Heyland DK, Chittams J, Sammarco T, Compher C. Clinical outcomes related to protein delivery in a critically ill population: a multicenter, multinational observation study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016;40(1):45-51.
30. Rumiato A. Importância das medidas antropométricas para a equipe de enfermagem. In: Matsuba CST, Magnoni D, eds.

- Enfermagem em terapia nutricional. Sarvier: São Paulo; 2009. p.75-88.
31. National Nurses Nutrition Group. Obtaining an accurate body weight measurement in adults and children in primary and secondary care settings (not babies). 2017. [acesso 2018 Jan 11]. Disponível em: <http://www.nnng.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Accurate-Body-Weight-Measurement-GPG-Final-draft-Feb17.pdf>
 32. Beserra EA, Rodrigues PA, Lisboa AQ. Validação de métodos subjetivos para estimativa do índice de massa corporal em pacientes acamados. *Comun Ciênc Saúde*. 2011;22(1):19-26.
 33. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc*. 1988;88(5):564-8.
 34. Dias MCG, Horie LM, Catalani LA, Waitzberg, DL. Exame físico e antropometria in. Waitzberg DL, ed. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.p. 873-93.
 35. Dock-Nascimento DB, Aguilar-Nascimento JE, Costa HCBAL, Vale HV, Gava MM. Precisão de métodos de estimativa do peso e altura na avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer. *Rev Bras Nutr Clin*. 2006;21(2):111-6.
 36. Hales B, Terblanche M, Fowler R, Sibbald W. Development of medical checklists for improved quality of patient care. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(1):22-30.
 37. Protheroe J, Rogers A, Kennedy AP, Macdonald W, Lee V. Promoting patient engagement with self-management support information: a qualitative meta-synthesis of processes influencing uptake. *Implement Sci*. 2008;3:44.
 38. Awad S, Lobo DN. Metabolic conditioning to attenuate the adverse effects of perioperative fasting and improve patient outcomes. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2012;15(2):194-200.
 39. Carey SK, Conchin S, Bloomfield-Stone S. A qualitative study into the impact of fasting within a large tertiary hospital in Australialia-the patients' perspective. *J Clin Nurs*. 2015;24(13-14):1946-54.
 40. Lamb S, Close A, Bonnin C., Ferrie S. 'Nil By Mouth' – Are we starving our patients? *Eur e-J Clin Nutr Metab*. 2010;5:e90-e92 [acesso 2018 Fev 16]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751499110000089>
 41. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: a report by the American Society of Anesthesiologist Task Force on Preoperative Fasting. *Anesthesiology*. 1999;90(3):896-905.
 42. Canadian Anaesthesiologists' Society. Guidelines to the practice of Anaesthesia. Canadian Anaesthesiologists' Society [Internet]. [acesso 2018 Fev 14]. Disponível em: <http://www.cas.ca/English/Guidelines>
 43. Aguilar-Nascimento JE. *Acerto: acelerando a recuperação total pós operatória*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2016.
 44. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ*. 2001;323(7316):773-6.
 45. Kiss N, Isenring E, Gough K, Wheeler G, Wirth A, Campbell BA, et al. Early and intensive dietary counseling in lung cancer patients receiving (Chemo) radiotherapy-a pilot randomized controlled trial. *Nutr Cancer*. 2016;68(6):958-67.
 46. Heyland DK, Cahill N, Day AG. Optimal amount of calories for critically ill patients: depends on how you slice the cake! *Crit Care Med*. 2011;39(12):2619-26.
 47. Alberda C, Gramlich L, Jones N, Jeejeebhoy K, Day AG, Dhaliwal R, et al. The relationship between nutritional intake and clinical outcomes in critically ill patients: results of an international multicenter observational study. *Intensive Care Med*. 2009;35(10):1728-37.
 48. Taylor SJ, Fettes SB, Jewkes C, Nelson RJ. Prospective, randomized, controlled trial to determine the effect of early enhanced enteral nutrition on clinical outcome in mechanically ventilated patients suffering head injury. *Crit Care Med*. 1999;27(11):2525-31.
 49. Khalid I, Doshi P, DiGiorgio B. Early enteral nutrition and outcomes of critically ill patients treated with vasopressors and mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2010;19(3):261-8.
 50. Singer P, Anbar R, Cohen J, Shapiro H, Shalita-Chesner M, Lev S, et al. The tight calorie control study (TICACOS): a prospective, randomized, controlled pilot study of nutritional support in critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2011;37(4):601-9.
 51. Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA. *EMTN em prática*. São Paulo: Atheneu; 2017.
 52. Ravasco P. Nutritional approaches in cancer: relevance of individualized counseling and supplementation. *Nutrition*. 2015;31(4):603-4.
 53. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36(1):11-48.
 54. Barbosa-Silva MC. Subjective and objective nutritional assessment methods: what do they really assess? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2008;11(3):248-54.
 55. Norman K, Stobäus N, Gonzalez MC, Schulzke J, Pirlich M. Hand grip strength: outcome predictor and marker of nutritional status. *Clin Nutr*. 2011;30(2):135-42.
 56. Russell MK. Functional assessment of nutrition status. *Nutr Clin Pract*. 2015;30(2):211-8.
 57. Kyle UG, Schutz Y, Dupertuis YM, Pichard C. Body composition interpretation. Contributions of the fat-free mass index and the body fat mass index. *Nutrition*. 2003;19(7-8):597-604.
 58. Jeejeebhoy KN, Keller H, Gramlich L, Allard JP, Laporte M, Duerksen DR, et al. Nutritional assessment: comparison of clinical assessment and objective variables for the prediction of length of hospital stay and readmission. *Am J Clin Nutr*. 2015;101(5):956-65.
 59. Bielemann RM, Horta BL, Orlandi SP, Barbosa-Silva TG, Gonzalez MC, Assunção MC, et al. Is adductor pollicis muscle thickness a good predictor of lean mass in adults? *Clin Nutr*. 2016;35(5):1073-7.
 60. Barbosa-Silva TG, Bielemann RM, Gonzalez MC, Menezes AM. Prevalence of sarcopenia among community-dwelling elderly of a medium-sized South American city: results of the COMO VAI? study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016;7(2):136-43.
 61. Kyle UG, Pirlich M, Lochs H, Schuetz T, Pichard C. Increased length of hospital stay in underweight and overweight patients at hospital admission: a controlled population study. *Clin Nutr*. 2005;24(1):133-42.
 62. Dodds RM, Syddall HE, Cooper R, Benzeval M, Deary IJ, Dennison EM, et al. Grip strength across the life course: normative data from twelve British studies. *PLoS One*. 2014;9(12):e113637.
 63. Ali NA, O'Brien JM Jr, Hoffmann SP, Phillips G, Garland A, Finley JC, Almoosa K, Hejal R, Wolf KM, Lemeshow S, Connors AF Jr, Marsh CB; Midwest Critical Care Consortium. Acquired weakness, handgrip strength, and mortality in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008 Aug 1;178(3):261-8.
 64. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-23.
 65. Calvo-Ayala E, Khan BA, Farber MO, Ely EW, Boustani MA. Interventions to improve the physical function of ICU survivors: a systematic review. *Chest*. 2013;144(5):1469-80.
 66. Tipping CJ, Harrold M, Holland A, Romero L, Nisbet T, Hodgson CL. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2017;43(2):171-83.
 67. Kayambu G, Boots R, Paratz J. Physical therapy for the critically ill in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2013;41(6):1543-54.
 68. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischill M, et al. Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit. Systematic review with meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14(5):766-77.
 69. Hodgson CL, Tipping CJ. Physiotherapy management of intensive care unit-acquired weakness. *J Physiother*. 2017;63(1):4-10.
 70. Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med*. 2008;36(8):2238-43.
 71. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy

- in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;373(9678):1874-82.
72. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, Edrich T, Grabitz SD, Gradwohl-Matis I, et al. Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;388(10052):1377-88.
 73. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília 2005. [acesso 2018 Fev 16]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf
 74. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Esc Enferm USP*. 2009;43(2):429-37.
 75. Waitzberg DL. Indicadores de qualidade em terapia nutricional. São Paulo: ILSI Brasil; 2008.
 76. Martins JR, Horie LM, Shiroma GM, Ortolani MC, Logullo L, Bittencourt AF, et al. Quality control indicators in enteral nutrition: the compliance rates in a general hospital in Brazil. *Clin Nutr Suppl*. 2009;4(S2)iii-iv:111.
 77. Verotti CC, Torrinhas RS, Cecconello I, Waitzberg DL. Selection of top 10 quality indicators for nutrition therapy. *Nutr Clin Pract*. 2012;27(2):261-7.
 78. Gimenez Verotti CC, Miranda Torrinhas RS, Pires Corona L, Waitzberg DL. Design of quality indicators for oral nutritional therapy. *Nutr Hosp*. 2015;31(6):2692-5.
 79. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 343, DE 07 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [acesso 2018 Fev 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0343_07_03_2005.html
 80. Lee A, Oliveira Filho RS, Cardenas TC, Ozório GA, Gropp JPL, Waitzberg DL. Quality control of enteral nutrition therapy in cancer patients at nutritional risk. *Nutr Hosp*. 2017;34(2):264-70.
 81. Martins JR, Shiroma GM, Horie LM, Logullo L, Silva ML, Waitzberg DL. Factors leading to discrepancies between prescription and intake of enteral nutrition therapy in hospitalized patients. *Nutrition*. 2012;28(9):864-7.
 82. Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. 1974. *Nutr Hosp*. 2005;20(4):302-7, 1; discussion 297-300.
 83. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Cartilha sobre prontuário eletrônico - A certificação de sistemas de registro eletrônico. CFM, 2012. [acesso 2018 Fev 15]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf
 84. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. [acesso 2017 Dez 25]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_4.asp
 85. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada - RCD Nº 63, DE 6 DE JULHO DE 2000. [acesso 2018 Fev 15]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC%2063%20NUTRICaO%20ENTERAL.pdf>
 86. Agency for Healthcare Research and Practice, Patient Safety Primer: Handoffs and Signouts (Last Updated: June 2017). [acesso 2018 Jan 3]. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/9/handoffs-and-signouts>.
 87. Arora V, Johnson J. A model for building a standardized hand-off protocol. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(11):646-55.
 88. Usher MG, Fanning C, Wu D, Muglia C, Balonze K, Kim D, et al. Information handoff and outcomes of critically ill patients transferred between hospitals. *J Crit Care*. 2016;36:240-5.
 89. Patterson ES, Wears RL. Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(2):52-61. [acesso 2018 Jan 3]. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/patient-handoffs-standardized-and-reliable-measurement-tools-remain-elusive/>
 90. Palgi Y, Ben-Ezra M, Hamama-Raz Y, Shacham Shmueli E, Shrira A. The effect of age on illness cognition, subjective well-being and psychological distress among gastric cancer patients. *Stress Health*. 2014;30(4):280-6.
 91. Hulst JM, Joosten KFM. Nutrition screening: coding after discharge underestimates the prevalence of undernutrition. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(1):33-6.
 92. França F, Campos L, Freixo AC. O papel do nutricionista na equipe multidisciplinar em terapia nutricional. *Rev Bras Nutr Clin*. 2012;27(2):119-23.
 93. Barreto JKS, Lima TEC. Educação continuada permanente. In: Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA, eds. Equipe multiprofissional de terapia nutricional. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p.445-54.
 94. Luxford K, Sutton S. How does patient experience fit into the overall healthcare picture? *Patient Exp J*. 2014; 1(1):20-7.
 95. D'Agostino ML, Vizner T, Wald D, Espinosa L, Evans R. Patient experience in the behavioral health setting: key best practices throughout an organizational journey. *Patient Exp J*. 2017;4:147-52.
 96. Lima TEC, Quarema S, Souza SRPJA, Uzelin L. Estratégias para melhorar a aceitação alimentar. In: Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA, eds. Equipe multiprofissional de terapia nutricional. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p.367-76.
 97. Luxford K. 'First, do no harm': shifting the paradigm towards a culture of health. *Patient Exp J*. 2016;3(2):5-8.
 98. The Advisory Board International – Clinical Operations Board. The Discharge Strategy Handbook: Creating Capacity by Eliminating End-of-Stay Delays. Washington: Advisory Board Research; 2013.
 99. Weintraub B, Jensen K, Colby K. Improving hospital wide patient flow at Northwest community hospital. In: Joint Commission Resources. Managing patient flow in hospitals: strategies and solutions. 2nd ed. Oak Brook: JCR Department of Publications; 2010. p. 129-52.
 100. Rutherford P, Nielsen GA, Taylor J, Bradke P, Coleman E. How-to guide: improving transitions from the hospital to community settings to reduce avoidable rehospitalizations. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2013. [acesso 2018 Fev 15]. Disponível em: <http://www.ih.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuideImprovingTransitionstoReduceAvoidableRehospitalizations.aspx>
 101. Ryckman FC, Adler MD, Anneken AM, Bedinghaus CA, Clayton PJ, Hays KR, et al. Cincinnati Children's Hospital Medical Center: redesigning perioperative flow using operations management tools to improve access and safety. In: Joint Commission Resources. Managing patient flow in hospitals: strategies and solutions. 2nd ed. Oak Brook: JCR Department of Publications; 2010. p. 96-112.
 102. Hoyer EH, Brotman DJ, Apfel A, Leung C, Boonyasai RT, Richardson M, et al. Improving outcomes after hospitalization: a prospective observational multicenter evaluation of care coordination strategies for reducing 30-day readmissions to Maryland hospitals. *J Gen Intern Med*. 2017 Nov 27. [Epub ahead of print]
 103. Piovacari SMF, Saito MLFS, Canero TR. Desospitalização: previsibilidade, visibilidade e planejamento para a alta hospitalar. In: Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJA, eds. Equipe multiprofissional de terapia nutricional. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 421-33.
 104. Craven E, Conroy S. Hospital readmissions in frail older people. *Rev Clin Gerontol*. 2015;25(2):107-16.

Local de realização do trabalho: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.