

Implantação de equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) como ferramenta de gestão em um hospital universitário federal

Implementation of a multiprofessional nutritional therapy team (MNTT) as a management tool in a federal university hospital

DOI: 10.37111/braspenj.2022.37.3.10

Thaise de Abreu Brasileiro Sarmento¹
Nataly Cézár de Lima Lins²
Lidiana Fábria Lucena Silva Brito³
Itavielly Layany França Feitosa⁴
Mikaelle Ysis da Silva⁵
Maria Aparecida de Freitas Silveira³
Renata Layne Paixão Vieira⁶

Unitermos:

Gestão Hospitalar. Terapia Nutricional. Equipe de Assistência ao Paciente.

Keywords:

Hospital Administration. Nutrition Therapy. Patient Care Team.

Endereço para correspondência

Renata Layne Paixão Vieira
Av. José Rodrigues Alves – Edmilson Cavalcante –
Cajazeiras, PB, Brasil – CEP: 58900-00
E-mail: renata.vieira@ebserh.gov.br

Submissão:

7 de fevereiro de 2021

Aceito para publicação:

13 de setembro de 2022

RESUMO

Introdução: A aplicação de instrumentos de gestão tem emergido, nas últimas décadas, como uma estratégia para melhorar a qualidade e a eficiência dos sistemas de saúde. Nesse âmbito, destaca-se a importância das comissões hospitalares para a melhoria contínua dos serviços de saúde, sendo reconhecidas como ferramentas de gestão eficazes, tendo potencial para gerenciar riscos, subsidiar a implantação de protocolos e diretrizes, definir e acompanhar indicadores de qualidade e segurança, além da reorganização de fluxos e processos de trabalho. Dentre as comissões exigidas nos hospitais, a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) destaca-se como um grupo formal, envolvido diretamente na identificação precoce de pacientes desnutridos ou em risco nutricional, garantindo a implementação da terapia nutricional (TN) segura e eficiente. O objetivo deste estudo é relatar a experiência da implantação da EMTN em um hospital universitário federal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem crítico-reflexiva, em um modelo de relato de experiência, sobre a implantação de uma EMTN, com descrição das atividades desenvolvidas pelos membros da comissão, desde a sua oficialização, em 2019, até 2021. **Resultados:** A EMTN foi instituída a partir das etapas de formalização, sistematização e gerenciamento, com o estabelecimento da coleta e análise de indicadores de qualidade em terapia nutricional (IQTN). Foram traçados sete IQTN, a saber: frequência de triagem nutricional em pacientes hospitalizados; frequência de episódios de diarreia em pacientes em TNE; frequência de remoção involuntária da sonda de alimentação enteral; frequência de obstrução da sonda de alimentação; frequência de disfunção glicêmica; frequência de adequação da oferta calórica e frequência de jejum mais de 48 horas. **Considerações Finais:** A implantação da EMTN culminou em estratégias capazes de melhorar qualidade e efetividade das intervenções em saúde, como ferramentas gerenciais inovadoras, capazes de otimizar os recursos humanos e materiais na busca pela oferta de serviços hospitalares com elevados padrões de qualidade.

ABSTRACT

Introduction: The application of management instruments has emerged in recent decades as a strategy to improve the quality and efficiency of health service. In this context, the importance of committees for the continuous improvement of health services is highlighted, being recognized as effective management instruments, having the potential to manage risks, subsidize the implementation of protocols and guidelines, define and monitor quality and safety indicators, in addition to the reorganization of workflows and work processes. Among the commissions required in hospitals, the multidisciplinary nutrition support team (NST) stands out as a formal group, directly involved in the early identification of undernourished patients or patients at nutritional risk, ensuring the implementation of safe and efficient nutritional therapy (NT). The objective of this study is to report the experience of implementing the NST in an academic hospital. **Methods:** This is a descriptive research, with a critical-reflective approach, in an experience report model, on the implementation of an NST, with a description of the activities developed by the members of the commission, since its formalization, in 2019, until 2021. **Results:** The NST was established from the stages of formalization, systematization and management, with the establishment of the collection and analysis of quality indicators in nutritional therapy (IQTN). Seven IQTNs were traced, namely: frequency of nutritional screening in hospitalized patients; frequency of diarrhea episodes in ENT patients; frequency of involuntary removal of the enteral feeding tube; frequency of feeding tube obstruction; frequency of glycemic dysfunction; frequency of adequacy of caloric supply and frequency of fasting for more than 48 hours. **Final Considerations:** The implementation of the NST culminated in strategies capable of improving the quality and effectiveness of health interventions, such as innovative management tools, capable of optimizing human and material resources in the search for the provision of hospital services with high quality standards.

1. Chefe do Setor de Gestão de Ensino do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB/UFCEG/EBSERH), membro do Multidisciplinar de Delineamento e Escrita Científica (LAMDEC/HUJB/UFCEG/EBSERH), Cajazeiras, PB, Brasil.
2. Nutricionista do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB/UFCEG/EBSERH), Cajazeiras, PB, Brasil.
3. Enfermeira do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB/UFCEG/EBSERH), Cajazeiras, PB, Brasil.
4. Farmacêutica do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB/UFCEG/EBSERH), Cajazeiras, PB, Brasil.
5. Técnica em Enfermagem do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB/UFCEG/EBSERH), Cajazeiras, PB, Brasil.
6. Nutricionista, Chefe da Unidade Multiprofissional do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB/UFCEG/EBSERH), membro do Multidisciplinar de Delineamento e Escrita Científica (LAMDEC/ HUJB/UFCEG/EBSERH), Cajazeiras, PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

A aplicação de instrumentos de gestão tem emergido, nas últimas décadas, como uma estratégia para otimizar a qualidade e a eficiência dos sistemas de saúde. No ambiente hospitalar, essa modernização de modelos gerenciais é relativamente recente, datando da década de 1980. A partir daí, houve a publicação de diversas normas e portarias, as quais traçaram diretrizes para melhoria da gestão hospitalar.

Nesse âmbito, destaca-se a importância das comissões hospitalares para a melhoria contínua dos serviços de saúde, sendo reconhecidas como ferramentas de gestão eficazes, tendo potencial para gerenciar riscos, subsidiar a implantação de protocolos e diretrizes, definir e acompanhar indicadores de qualidade e segurança, além de reorganizar fluxos e processos de trabalho¹.

Dentre essas comissões exigidas nos hospitais, a equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) destaca-se como um grupo formal e obrigatoriamente constituído por pelo menos um médico, nutricionista, farmacêutico e enfermeiro², sendo regulamentado por intermédio da portaria 272 (Regulamento Técnico de Terapia de Nutrição Parenteral), de 8 de abril de 1998 e pela Resolução RDC nº 503, de 27 de maio de 2021 e que atua estabelecendo as diretrizes técnico-administrativas norteadoras das atividades da equipe e suas relações com a instituição³.

A relevância e interrelação da mesma com os processos gerenciais está associada à identificação precoce de pacientes desnutridos ou em risco nutricional, garantindo a implementação da terapia nutricional (TN) segura e eficiente⁴. Isso é importante considerando a alta prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados, a qual varia de 20% a 50% em adultos internados, sendo de 20% a 40%, já no momento da admissão⁵. Sabe-se que esse problema nutricional acarreta diversas complicações, como piora na resposta imunológica, atraso no processo de cicatrização, risco elevado de complicações cirúrgicas e infecciosas, altas chances de desenvolvimento de lesão por pressão, aumento no tempo de permanência hospitalar e na morbimortalidade, elevando os custos com saúde⁶. De fato, pacientes internados com desnutrição podem aumentar os custos médico-hospitalares em 19% a 29% e os insumos requeridos para a TN representam cerca de 57,7% dos gastos com internações⁷.

Nessa perspectiva, o sucesso da TN, quando se trata de pacientes hospitalizados, só é possível de ser atingido com a instituição e atuação efetiva de uma EMTN, com a integração e trabalho conjunto de especialistas com formações distintas⁸.

Por outro lado, o processo de implantação dessa equipe deve ser gradual e com base no perfil clínico e nutricional

dos pacientes atendidos. A informação, auditorias, indicadores de qualidade, educação continuada e permanente são indispensáveis para o adequado funcionamento da comissão e sucesso da TN⁹.

Assim, o presente estudo tem por objetivo relatar a experiência da implantação da EMTN, em um hospital universitário federal, com vistas a fornecer subsídios para sistematização das atividades dessas equipes nas diferentes instituições de saúde. O caráter inovador desse relato de experiência pauta-se na apresentação de uma metodologia estruturada para atuação efetiva dessa comissão, que é o modelo de governança de processos de negócios (MGOP), ensejando impactos positivos da ação na gestão hospitalar, melhoria da qualidade de vida e desfechos clínicos para o paciente.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem crítico-reflexiva, em um modelo de relato de experiência, sobre a implantação de uma EMTN, com descrição das atividades desenvolvidas pelos membros da comissão, desde a sua formalização, em 2019, até 2021. Esta contou com a participação de oito profissionais de diferentes categorias, sendo 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 nutricionistas, 1 fonoaudiólogo e 1 farmacêutico, os quais atuam em um Hospital Universitário Federal. Este hospital está localizado na cidade de Cajazeiras/PB, sendo uma das filiais da Rede Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), vinculado à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). É caracterizado como um hospital geral, de média complexidade, com 13 leitos de cirurgia geral, 13 de clínica médica e 15 de pediatria.

A sistematização da TN por essa equipe foi alicerçada pela metodologia de gestão por processos adotada na instituição em questão, o MGOP. Este estabelece fluxos para normatizar o desenvolvimento e gerenciamento, com vistas a melhoria contínua e progressiva dos processos organizacionais. Desse modo, a implantação se deu em oito etapas: recrutamento da equipe e formalização; elaboração do termo de abertura de projeto (TAP); elaboração do plano de implantação; definição de indicadores de qualidade em terapia nutricional (IQTN); elaboração de documentos sobre terapia nutricional enteral (TNE); capacitação da equipe assistencial; acompanhamentos dos IQTN e planos de ação para inconformidades.

As informações apresentadas nesse artigo foram coletadas do sistema eletrônico de informações (SEI), no qual constam os documentos de formalização das atividades da comissão (termo de abertura de processo, relatórios de gestão do dia a dia e planos de ação).

Esse projeto teve como novidade a utilização de metodologia de gestão por processos para implantação e

desenvolvimento das atividades, possibilitando a padronização das ações, registro adequado das mesmas, avaliação de IQTN, com possibilidade de melhoria contínua dos processos assistenciais e gerenciais.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria/FSM/PB e aprovado sob o número de protocolo: 5.092.478, CAAE 52872521.2.0000.5180.

RESULTADOS

A EMTN foi instituída em 19 de novembro de 2019, composta inicialmente por cinco membros. Após o início das atividades, percebeu-se a necessidade de inclusão de novos profissionais, considerando a experiência, a disponibilidade dos mesmos e o volume de ações a serem desempenhadas. Posterior a essa formalização, foi feito o termo de abertura de projeto (TAP), cujo título foi “Gerir Terapia Nutricional no HUIJB”. Este documento norteia toda a estruturação e planejamento prévio do processo, constando informações importantes, como objetivos, equipe envolvida, restrições, premissas, orçamento, alinhamento ao planejamento estratégico e riscos identificados.

Na segunda etapa de sistematização, foi elaborado um plano de implementação, no qual foram descritas as ações estratégicas, prazos e responsáveis por cada atividade.

Com o plano de implementação elaborado, partiu-se para a definição de IQTN. Considerando o painel de indicadores recomendados pelo *International Life Sciences Institute* do Brasil¹⁰, o perfil e as características clínicas dos pacientes atendidos pelo hospital, foram traçados sete IQTN, quais sejam: frequência de triagem nutricional em pacientes hospitalizados; frequência de episódios de diarreia em pacientes em TNE; frequência de remoção involuntária da sonda de alimentação enteral; frequência de obstrução da sonda de alimentação; frequência de disfunção glicêmica; frequência de adequação da oferta calórica e frequência de jejum mais de 48 horas. A Tabela 1 apresenta os métodos de cálculo desses indicadores.

Métodos de Cálculo dos Indicadores de Qualidade Elegidos pela EMTN

Para possibilitar o monitoramento desses dados, foi necessário identificar de que forma os mesmos seriam registrados e coletados. Para tanto, foi feita interface com o prontuário eletrônico (AGHU – Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários), sendo possível aos profissionais que prestam assistência direta aos pacientes em TNE cadastrar diariamente as informações e, de forma automática, criar um banco de dados que subsidiasse os membros da comissão para o cálculo de indicadores, permitindo análises e comparações referentes à terapia nutricional.

Tabela 1 – Métodos de cálculo dos IQTN.

Nome do indicador	Fórmula
Frequência de triagem nutricional em pacientes hospitalizados	$\frac{\% \text{ de pacientes triados} = \text{N}^\circ \text{ de pacientes triados em até 24 h de internação} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de internações no mês}}$
Frequência de episódios de diarreia em pacientes em TNE	$\frac{\% \text{ de pacientes com diarreia} = \text{N}^\circ \text{ de pacientes em TNE que apresentaram diarreia} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em TNE}}$
Frequência de remoção involuntária da sonda de alimentação enteral	$\frac{\% \text{ remoção inadvertida da sonda} = \text{N}^\circ \text{ de saída inadvertida de sonda enteral} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ pacientes em TNE}}$
Frequência de obstrução da sonda de alimentação	$\frac{\% \text{ obstrução de sonda} = \text{N}^\circ \text{ de sondas enterais obstruídas em pacientes em TNE} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em TNE}}$
Frequência de disfunção glicêmica	$\frac{\% \text{ de disfunção glicêmica} = \text{N}^\circ \text{ de pacientes com hipo ou hiperglicemia} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em TNE}}$
Frequência de adequação da oferta calórica	$\frac{\% \text{ adequação da oferta calórica} = \text{N}^\circ \text{ pacientes com necessidades energéticas atingidas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em TNE}}$
Frequência de jejum mais de 48h	$\frac{\% \text{ pacientes em jejum por mais de 48 h} = \text{N}^\circ \text{ de pacientes em jejum por mais de 48 h} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em TNE}}$

A última etapa contemplou a ativação da gestão do dia a dia, a qual permitiu o gerenciamento contínuo do processo, com vistas a monitorá-lo e melhorá-lo de forma gradativa e progressiva. A gestão do dia a dia contempla o gerenciamento, análise e refinamento, possibilitando ciclos de melhoria do processo de negócio. Nesse contexto, foram coletados e analisados os indicadores, com elaboração de planos de ação para inconformidades ou resultados insatisfatórios.

Dessa forma, em 12 meses de acompanhamento, de novembro de 2020 a outubro de 2021, identificou-se média mensal de frequência de triagens nutricionais feitas nas primeiras 24 horas de 85,72%, conforme demonstra a Figura 1.

Frequência de Triagem Nutricional em Pacientes Hospitalizados entre 2020 e 2021

Esse indicador é de grande relevância para que a EMTN possa identificar precocemente os pacientes em risco nutricional e/ou estado nutricional inadequado e seguir com a indicação da terapia nutricional oral ou enteral. O período de 24h é utilizado como referência, tendo em vista que após esse período o perfil nutricional do paciente pode sofrer alterações em decorrência da própria hospitalização.

Quanto à frequência de episódios de diarreia em pacientes em TNE, registrou-se apenas um paciente em todo o período analisado. No que diz respeito à remoção involuntária da sonda de alimentação, houve registro de apenas dois episódios durante todo o período de acompanhamento. Não foram registrados episódios de obstrução da sonda de alimentação e apenas um registro de disfunção glicêmica, observado em paciente com diagnóstico de diabetes mellitus. A adequação da oferta calórica foi observada em 78,5%

dos indivíduos em TNE nos períodos analisados. Não foram observados pacientes com jejum superior a 48 horas.

Nesse íterim, foram também elaborados e publicados em site institucional três documentos, sendo um Protocolo (Protocolo de Segurança na Terapia Nutricional Enteral) e dois manuais (Manual de Terapia Nutricional Enteral para Pacientes Adultos e Pediátricos com COVID-19 e Manual de Terapia Nutricional Enteral). Posteriormente à elaboração desses documentos, a EMTN promoveu atividades de capacitação da equipe assistencial para aplicação prática dos conteúdos descritos.

DISCUSSÃO

Os estudos indicam que a TN é mais eficaz nas instituições que contam com EMTN, tendo potencial para redução nos custos, melhoria da qualidade no tratamento, por meio da diminuição das complicações e melhora do aporte nutricional, otimizando os processos de gestão^{8,11,12}. Assim, há evidências de que as EMTN devem ser amplamente propagadas e implementadas em hospitais¹³. Entretanto, mesmo com a necessidade legal e benefícios comprovados, a EMTN não é realidade em boa parte dos hospitais pelo mundo e várias são as dificuldades de implantação dessa equipe, destacando-se a falta de informação, indisponibilidade de recursos, questões de política hospitalar e a pouca aceitação por parte da equipe assistencial⁹.

A falta de um método de sistematização das ações referentes à TN e atuação da EMTN em hospitais limita o funcionamento das mesmas. Nesse sentido, a literatura tem relatado que a disponibilidade de tempo dos profissionais para atuar nesse tipo de comissão aumenta a performance do cuidado nutricional, por meio de processos mapeados, bem definidos e indicadores de qualidade.



Figure 1 - Frequência de triagem nutricional em pacientes hospitalizados entre 2020 e 2021.

Os resultados desse trabalho revelam a importância da sistematização das atividades da EMTN, de forma a subsidiar a gestão hospitalar, desde as etapas de planejamento das atividades e padronização dos processos até o monitoramento dos indicadores. O registro das atividades em processos eletrônicos, como feito na experiência descrita, possibilitou montar um repositório de dados capazes de subsidiar as práticas da equipe, bem como a proposição de melhorias para a assistência; identificação de necessidade de aquisição de produtos referentes à nutrição enteral com base no perfil dos pacientes atendidos e nos protocolos estabelecidos na instituição, otimizando a utilização de recursos financeiros.

Dados da literatura ratificam essa constatação, afirmando que o estabelecimento de abordagens padronizadas, estruturadas, com metas de desempenho, é um princípio importante para garantir práticas de alta qualidade das EMTN, de forma que benefícios específicos foram observados na qualidade da manutenção de registros eletrônicos, reuniões mais regulares e melhor e maior conformidade com os itens essenciais dos cuidados de NE^{14,15}.

Dentre esses itens de relevância para o cuidado nutricional, no que diz respeito à NE, está a identificação de pacientes em risco nutricional por meio de ferramentas de triagem simples, rápidas e validadas¹⁴. Para realização da triagem nutricional, no hospital em questão, foram utilizados métodos validados, como a NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening*), para adultos e idosos, e a *Strong Kids*, para crianças e adolescentes de 1 a 18 anos de idade. A triagem nutricional é referida na literatura como padrão ouro na análise de risco nutricional e deve ser realizada em todos os pacientes internados, de preferência nas primeiras 24 ou 48 horas após a admissão hospitalar.

Apesar de já ser conhecida a importância da triagem nutricional na literatura científica, essa prática ainda é negligenciada em ambientes hospitalares. Estudos demonstram baixo percentual de pacientes sendo avaliados quanto ao risco nutricional¹⁵. Pesquisa realizada em hospitais públicos portugueses revelou que, em 2020, apenas 28,2% dos pacientes foram triados nas primeiras 48 horas de internação¹⁶. Percentuais maiores foram encontrados em estudo feito em um hospital universitário no Brasil, no qual 39% dos pacientes internados foram triados quanto ao risco nutricional¹⁷.

Os resultados da presente pesquisa destoam daqueles encontrados em estudos nacionais e internacionais, de forma que mais de 85% dos pacientes admitidos na unidade hospitalar tiveram suas triagens nutricionais realizadas nas primeiras 24 horas de internamento. Essa divergência pode estar relacionada a algumas questões organizacionais e estruturais, como: presença de EMTN atuante; sistematização

da TN por meio de metodologia de gestão por processos; baixo número de leitos quando comparado a outros hospitais, quantidade suficiente de nutricionistas para total de pacientes e presença de protocolos padronizados para a TN, com inclusão da triagem como uma das etapas do cuidado nutricional. As EMTN também devem atuar no monitoramento das complicações da TN, com vistas a garantir a segurança do paciente, com identificação precoce das intercorrências comuns a esse tipo de intervenção, possibilitando a resolução das mesmas. Problemas como diarreia, obstrução da sonda, disfunção glicêmica, oferta insuficiente de calorias, remoção involuntária da sonda, bem como períodos prolongados de jejum podem interferir desfavoravelmente na melhora clínica do paciente, piorando sua qualidade de vida¹⁸.

De acordo com a literatura científica, o jejum para procedimentos é a causa mais frequente de interrupção de dieta enteral, entretanto, durante o período avaliado nesse estudo, não ocorreu episódio de jejum superior a 48h com nenhum paciente. Dentre as complicações mais comuns, a principal intercorrência da administração da dieta enteral é a diarreia, o que corrobora com os resultados da presente pesquisa, a qual apresentou um paciente em uso de TNE com episódios de diarreia. A inadequação calórica também é rotineira em pacientes em uso de dieta enteral e foi observado um percentual de 55,26% em pacientes internos em um hospital universitário brasileiro, considerado bastante elevado quando comparado com os resultados dessa pesquisa, cuja adequação calórica foi de 78,5%^{19,20}.

Isso pode ser resultante da implantação de documentos padronizados pela equipe multiprofissional, nos quais constam todas as etapas do cuidado nutricional, incluindo valores de referência para início e progressão do volume de dieta. Corroborando com esse entendimento, estudo sobre as causas do déficit energético e proteico de pacientes atendidos em um hospital público de São Paulo ratifica a indispensabilidade do desenvolvimento e implantação de protocolos para reduzir as interrupções e pausas e aumentar a oferta de dieta enteral, contribuindo para a melhora da qualidade da terapia nutricional e do cuidado prestado ao paciente²¹.

Por outro lado, comparações desse resultado com outros podem apresentar viés, pois a grande maioria dos estudos trata da oferta inadequada de proteínas e calorias combinadas, enquanto, nessa pesquisa, tomou-se como base o indicador de oferta calórica isolada, sem considerar a adequação proteica.

As EMTN têm atuação na realização da alta programada, sendo importante o preenchimento das fichas de alta hospitalar e de encaminhamento com antecedência de 24h. A programação de alta hospitalar dos indivíduos em terapia nutricional contempla a orientação sobre a transição do ambiente hospitalar para o domicílio. Dentre elas podem-se

citar a reorientação do cuidador/responsável, conferindo as boas práticas de TN. Indivíduos em nutrição enteral por sonda deverão ser orientados sobre a melhor forma de administração da dieta no domicílio. Os que tenham medicamentos prescritos para serem administrados por meio do cateter de nutrição enteral deverão receber orientação do profissional farmacêutico da EMTN. A alta programada é uma forma de melhorar a continuidade da assistência, mesmo o paciente estando fora do ambiente hospitalar.

Como principais limitações dessa pesquisa destacamos: a inexperiência de alguns dos membros da EMTN com ênfase a TN, o que pode dificultar sua atuação na prática clínica. Além disso, esses profissionais exercem outras tarefas na instituição, não podendo se dedicar exclusivamente às atividades da comissão. Os ótimos resultados encontrados no trabalho obviamente são reflexo da organização e sistematização da EMTN, porém há que destacar também que os números de pacientes em TNE no hospital são pequenos quando comparados a estudos em instituições de saúde de maior complexidade, sem considerar ainda a possibilidade de não registro de alguns controles pela equipe assistencial, podendo haver subnotificações. A comissão promoveu treinamentos, porém não há estabelecido um plano anual de capacitações que possibilite o treinamento frequente da equipe assistencial quanto às práticas de TN.

Embora haja limitações, este estudo apresenta conceitos inovadores capazes de trazer avanços para a garantia da qualidade em terapia nutricional, pois apresenta metodologia de gestão de processos como uma ferramenta transformadora para instituição de EMTN em hospitais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desnutrição hospitalar é um achado comum na prática clínica, apresentando consequências irreversíveis para os pacientes, quando tratada de forma inadequada. Para os serviços de saúde, essa alteração nutricional impacta diretamente na probabilidade de alto risco de infecção, morbidade, aumento do tempo de internação, com consequente baixa rotatividade dos leitos, altas taxas de mortalidade e elevação de custos.

Nos hospitais onde a EMTN não existe ou não é atuante, as complicações gerais, infecciosas, metabólicas, gastrointestinais e mecânicas da terapia nutricional enteral ocorrem com maior frequência devido à escassez da normatização das condutas, da ausência de protocolos e controle adequado, o que pode ser facilmente observado por meio do monitoramento dos indicadores de qualidade da terapia nutricional enteral.

Nesse contexto, a presença da EMTN proporciona monitoramento diário dos pacientes, pelos membros da equipe, o que permite identificar precocemente as complicações e

melhorar a eficiência da assistência, com evidentes vantagens para o paciente e a instituição.

Assim, os resultados desse trabalho convergem para a ideia de que estratégias capazes de melhorar qualidade e efetividade das intervenções em saúde, como a implantação das EMTN, emergem como ferramentas gerenciais inovadoras, capazes de otimizar os recursos humanos e materiais na busca pela oferta de serviços hospitalares com elevados padrões de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Afonso TC, Bezerra ALQ, Brandão LGVA, Amaral RT, Teixeira CC, Souza ACS, et al. Implantação da Comissão da Qualidade e Segurança do Paciente em Instituição Hospitalar: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;11(7), e618.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 503, de 27 de maio de 2021 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. [Acesso em 27 Nov 2021]. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6278589/RDC_503_2021_.pdf/da7573d6-3885-4d8a-8de5-ee81582470dd?version=1.0
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria Nº 272, de 8 de Abril de 1998 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1988. [Acesso em 27 Nov 2021]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>
4. Borba LG, Nóbrega FJ, Oliveira FLC, Plata RG, Soares AMNGF, Santos MJ, et al. Perfil do atendimento da equipe multiprofissional em terapia nutricional nos hospitais públicos estaduais na cidade de São Paulo. *Rev Bras Nutr Clin*. 2013;28(2):71-5.
5. 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.
6. Santos AL, Alves TCHS. Terapia nutricional enteral: relação entre percentual de dieta prescrito e administrado e intercorrências associadas em hospital público de Salvador-BA. *BRASPEN J*. 2018;31(1):58-63.
7. Hyeda A, Costa ESM. Análise econômica dos custos com terapia nutricional enteral e parenteral conforme doença e desfecho. *Einstein*. 2017;15(2):192-9.
8. Campos LF, Ceniccola GD, Toledo DO, Horie LM, Piovacari SMF, Serpa Neto A, et al. Quem Nutre? Uma pesquisa sobre as EMTNs do Brasil. *BRASPEN J*. 2020;35(3):204-9.
9. Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJO. Equipe multiprofissional de terapia nutricional: EMTN em prática. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
10. Waitzberg DL. Indicadores de qualidade em terapia nutricional: 10 anos de IQTN no Brasil: resultados, desafios e propostas. 3ª ed. São Paulo: ILSI Brasil; 2018.
11. Kim SH, Bu SY. Effect of the timing of nutritional support team intervention on nutritional status on patients receiving enteral nutrition. *Clin Nutr Res*. 2021;10(1):1-13.
12. Álvarez Hernández J. Debate: healthcare professionals in nutrition support teams. *Nutr Hosp*. 2021;38(Spec No1):41-5.
13. Reber E, Strahm R, Bally L, Schuetz P, Stanga Z. Efficacy and efficiency of nutritional support teams. *J Clin Med*. 2019;8(9):1281.
14. Ceniccola GD, Araújo WMC, Brito-Ashurst I, Abreu HB, Akutsu RC. Protected time for nutrition support teams: what are the benefits? *Clin Nutr ESPEN*. 2016;16:36-41.
15. Beck AM, Knudsen AW, Østergaard TB, Rasmussen HH, Munk T. Poor performance in nutrition risk screening may have serious consequences for hospitalized patients. *Clin Nutr ESPEN*. 2021;41:365-70.

16. Taipa-Mendes AM, Amaral TF, Gregório M. Undernutrition risk and nutritional screening implementation in hospitals: barriers and time trends (2019–2020). *Clin Nutr ESPEN*. 2021;45:192-9.
17. Fontes AS, Patané AMP, Scabim VM, Evazian D. Déficit energético e proteico em pacientes críticos em uso de terapia nutricional enteral. *BRASPEN J*. 2021;36(2):192-201.
18. Macedo ABT, Assis MCS, Milioni KC, Canto DF, Souza CMB, Chaves EHB. Elaboração e validação de um protocolo para administração segura de nutrição enteral em pacientes hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(esp):1-7.
19. Eriksen MK, Crooks B, Baunwall SMD, Rud CL, Lal S, Hvas CL. Systematic review with meta-analysis: effects of implementing a nutrition support team for in-hospital parenteral nutrition. *Aliment Pharmacol Ther*. 2021;54(5):560-70.
20. Santana MMA, Vieira LL, Dias DAM, Braga CC, Costa RM. Inadequação calórica e proteica e fatores associados em pacientes graves. *Rev Nutr*. 2016;29(5):645-54.
21. Fontes SR, Henriques GS, Nahim-Safadi CMA, Souza ASB, Jansen AK. Triagem nutricional como ferramenta de organização da atenção nutricional hospitalar. *Rev Bras Nutr Clin*. 2016;31(2):124-8.

Local de realização do estudo: Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUIJB/UFCG/EBSERH, Cajazeiras, PB, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.