

Campanha “Diga não à desnutrição”: o cenário atual na visão do nutricionista

“Say no to malnutrition” campaign: a nutritionist’s perspective on the current scenario

DOI: 10.37111/braspenj.2024.39.1.12

Erick Martinez Segui¹
Beatriz Oliveira Costa¹
Andréa Fraga Guimarães Costa²

Unitermos:

Desnutrição. Assistência hospitalar. Serviço hospitalar de nutrição. Terapia nutricional. Nutricionistas.

Keywords:

Malnutrition. Hospital care. Hospital food service. Nutrition therapy. Nutritionists.

Endereço para correspondência:

Erick Martinez Segui
Rua Dom Mateus, 55, Ap. 63b - Vila Monumento - São Paulo, SP, Brasil - CEP 01548-030
E-mail: erick_segui@hotmail.com

Submissão:

3 de junho de 2024

Aceito para publicação:

20 de agosto de 2024

Data da publicação:

3 de setembro de 2024

RESUMO

Introdução: A campanha “Diga não à desnutrição” foi encorajada visando reduzir índices de desnutrição hospitalar. O objetivo deste estudo foi descrever o cenário da aplicação do método mnemônico dos 11 passos para combate à desnutrição propostos pela campanha, na visão do nutricionista. **Método:** Estudo observacional, transversal e descritivo. Um formulário eletrônico com questões sobre ações sugeridas pela campanha foi aplicado entre nutricionistas. **Resultados:** Houve 66 respostas. Oito dos 11 passos somaram respostas consideradas positivas de implantação total ou parcial, com ou sem protocolo, para todos os pacientes ou para aqueles em risco nutricional. Esses passos foram a triagem (92,4%) e avaliação (98,4%) nutricional, monitoração semanal de peso (74,3%), cálculo das necessidades (93,9%), avaliação da adequação (81,8%), registro em prontuário (97%), atendimento humanizado (83,3%), orientação de alta (86,4%) e aplicação de indicadores de qualidade (87,7%). Um passo parece estar implantado parcialmente, pois embora a massa muscular seja avaliada pela maioria (75,7%), a força muscular não é (40,9%). Os passos com ausência de protocolo de mobilização precoce (45,3%) e ausência de protocolo de jejum ou baixa adesão ao protocolo para cirurgias (68,2%) e exames (77,3%) apresentaram respostas somadas preocupantes. Houve concordância parcial quanto à implantação dos passos da campanha (ranking médio de 3,66). **Conclusão:** Na visão dos nutricionistas, existe um cenário de concordância parcial na aplicação da campanha, onde a maior parte dos passos tem sido aplicada, ao menos parcialmente. Todavia, protocolos de abreviação de jejum, avaliação de força muscular e mobilização precoce parecem precisar de ações de fortalecimento.

ABSTRACT

Introduction: The campaign “Say no to malnutrition” was promoted aiming to reduce hospital malnutrition rates. The objective of this study was to describe the application scenario of the mnemonic method of the 11 steps proposed by the campaign to prevent malnutrition, according to the perspective of nutritionists. **Methods:** This was an observational, cross-sectional and descriptive study. An electronic form with questions about actions suggested by the campaign was applied to nutritionists. **Results:** There were 66 responses. Eight out of the 11 steps garnered responses considered positive for full or partial implementation, with or without protocol, for all patients or for those at nutritional risk. These eight steps included nutritional screening (92.4%) and assessment (98.4%), weekly weight monitoring (74.3%), calculation of needs (93.9%), adequacy assessment (81.8%), documentation record (97%), humanized care (83.3%), discharge guidance (86.4%), and application of quality indicators (87.7%). One step seems to be partially implemented, as muscle mass is evaluated by the majority (75.7%), but muscle strength is not (40.9%). The steps presenting absence of early mobilization protocol (45.3%) and absence of fasting protocol or low adherence to the protocol for surgeries (68.2%) and for exams (77.3%) presented concerning summed responses. There was partial agreement regarding the implementation of campaign steps (average ranking of 3.66). **Conclusion:** From the perspective of nutritionists, there is a scenario of partial agreement in the application of the campaign, as most steps have been applied, at least partially. However, fasting abbreviation protocols, assessment of muscle strength, and early mobilization protocols seem to require strengthening actions.

1. Discente do curso de Nutrição, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.
2. Docente do curso de Nutrição, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A desnutrição é definida como o estado resultante da deficiência de nutrientes, causada por redução na ingestão ou na absorção de nutrientes, que produz alterações na composição corporal, funcionalidade, estado mental e prejuízos no desfecho clínico dos pacientes^{1,2}.

No Brasil, ao final dos anos 90, o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI)³, uma pesquisa multicêntrica realizada em 25 hospitais da rede pública do país, distribuídos em 12 estados, constatou que 48,1% dos pacientes internados apresentavam algum grau de desnutrição. Entre esses pacientes, 12% apresentavam desnutrição grave e 35,5%, moderada. Observou-se que a prevalência de desnutrição em pacientes recém-admitidos (até dois dias) foi de 33,2%. Naqueles com mais de 15 dias de hospitalização, o índice foi de 61%. O estudo demonstrou, também, uma associação positiva entre a desnutrição e maior tempo de hospitalização³.

Desde então, esses resultados têm alertado profissionais da área da saúde, governo e população quanto à gravidade deste assunto. Contudo, após, aproximadamente, duas décadas, uma revisão sistemática que analisou a situação em países da América Latina, incluindo o Brasil, demonstrou prevalência da desnutrição entre 40% e 60% dos pacientes no momento da admissão⁴. Esse número aumenta no decorrer dos dias de hospitalização e existe uma associação positiva entre a desnutrição relacionada à doença e o aumento de complicações clínicas infecciosas e não infecciosas, tempo de internação e custos hospitalares⁴.

Assim, mesmo sendo um problema que atinge sociedades de diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico, a desnutrição relacionada à doença parece ainda não ser devidamente reconhecida. Ela é frequentemente subdiagnosticada e não tratada, provocando graves consequências individuais e coletivas, como o aumento de complicações, internações mais longas, reinternações frequentes, perda da capacidade funcional e produtiva, aumento dos custos dos cuidados e maior risco de mortalidade⁵⁻⁷.

Em consonância com ações no exterior que visam reduzir os índices de desnutrição e seus impactos, a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE/BRASPEN) organizou, em 2018, a campanha "Diga não à desnutrição", por meio de 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar². O objetivo, alinhado a ações internacionais, é auxiliar e garantir a detecção precoce da desnutrição hospitalar, bem como intervenções e monitoração adequadas. Foi criado um método mnemônico de 11 passos, utilizando um acróstico com a palavra "DESNUTRIÇÃO" (Quadro 1), incluindo pontos como procedimentos para a identificação de pacientes com risco de desnutrição na internação, diagnóstico da presença de

desnutrição por meio da avaliação nutricional e intervenção nutricional planejada e mecanismos para monitoração quanto à resposta do paciente frente à intervenção adotada, oferecendo suporte humanizado e contínuo na internação até e após a alta hospitalar².

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
Â	Acolha e engaje o paciente e/ou familiares no tratamento
O	Oriente a alta hospitalar

Fonte: Adaptado de Toledo et al. (2018)

Apesar dos esforços da SBNPE/BRASPEN, ainda não está claro até que ponto a campanha "Diga não à desnutrição" tem sido implantada nos hospitais em todo o território brasileiro. Também não está claro quais foram os resultados obtidos nos casos em que houve implementação. Portanto, ressalta-se a importância de estudos capazes de avaliar a aplicação dos 11 passos propostos pela SBNPE/BRASPEN e identificar potenciais barreiras para sua adesão na prática clínica, sobretudo na visão do nutricionista, que é um dos profissionais diretamente responsáveis pela assistência nutricional^{8,9}.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi descrever o cenário da aplicação do método mnemônico dos 11 passos para combate à desnutrição propostos pela campanha "Diga não à desnutrição" de acordo com nutricionistas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter observacional, transversal e descritivo, com coleta de dados primários. A coleta foi realizada por meio de formulário eletrônico (pela plataforma digital Google Forms[®]) com questionário próprio, autoaplicável e desenvolvido pelos pesquisadores, com perguntas que visam atender ao objetivo deste estudo (Quadro 2). O formulário ficou disponível para respostas entre os meses de maio e novembro de 2023.

Quadro 2 – Formulário de pesquisa aplicado no estudo.

Campanha "Diga não à desnutrição": o cenário atual na visão do nutricionista

Sobre você

1. Qual sua idade em anos completos? _____
2. Qual seu sexo?
() Masculino () Feminino () Prefiro não dizer
3. Em qual CRN você está inscrito?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11
4. Se seu CRN está ativo, qual o número? _____
5. Você atua em:
 - Hospital público (estadual ou municipal)
 - Hospital privado
 - Hospital-escola ou universitário

Sobre a situação da campanha "Diga não à desnutrição: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar" na unidade de internação ou andar em que você atua

6. D - *Determine o risco e realize a avaliação nutricional*
Na unidade de internação onde você atua, é realizada a triagem nutricional para avaliação de risco?
 - Sim, a realização da triagem nutricional faz parte da rotina de admissão de todos os pacientes
 - Sim, mas não temos um protocolo para sistematizar a realização da triagem nutricional
 - Não realizamos triagem nutricional de rotina
7. D - *Determine o risco e realize a avaliação nutricional*
Na unidade de internação onde você atua, há protocolo para aplicação de algum método de avaliação nutricional?
 - Sim, realizamos avaliação nutricional para todos os pacientes
 - Sim, mas somente realizamos avaliação nutricional para pacientes em risco nutricional
 - Não realizamos avaliação nutricional de rotina
8. E - *Estabeleça as necessidades calóricas e proteicas*
Na unidade de internação onde você atua, as necessidades calóricas e proteicas dos pacientes são calculadas?
 - Sim, calculamos para todos os pacientes
 - Sim, mas calculamos somente para os pacientes em risco nutricional
 - Não calculamos as metas de calorias e proteína
9. S - *Saiba a perda de peso e acompanhe o peso a cada 7 dias*
Na unidade de internação onde você atua, os pacientes tem o peso aferido ou estimado semanalmente?
 - Sim, todos os pacientes são pesados (ou tem peso estimado) semanalmente
 - Sim, mas somente os pacientes em risco nutricional são pesados (ou tem peso estimado) semanalmente
 - Não conseguimos pesar ou estimar o peso dos pacientes semanalmente
10. N - *Não negligencie o jejum*
Na unidade de internação onde você atua, há protocolo de abreviação de jejum cirúrgico?
 - Sim e temos boa adesão ao protocolo
 - Sim, mas não temos boa adesão ao protocolo
 - Não temos protocolo
11. N - *Não negligencie o jejum*
Na unidade de internação onde você atua, há protocolo de abreviação de jejum para exames?
 - Sim e temos boa adesão ao protocolo
 - Sim, mas não temos boa adesão ao protocolo
 - Não temos protocolo
12. U - *Utilize métodos para avaliar e acompanhar a adequação nutricional estimada*
Na unidade de internação onde você atua, é feito o acompanhamento da adequação calórica ingerida versus estimada?
 - Sim e temos protocolo de verificação de ingestão
 - Sim, mas não temos protocolo
 - Não conseguimos fazer esse acompanhamento

De acordo com as atribuições do nutricionista definidas pela Resolução nº600/2018 do Conselho Federal de Nutrição (CFN), foram selecionados para participar da pesquisa nutricionistas, com inscrição ativa no Conselho Regional de Nutrição (CRN) da região de atuação, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que estivessem, no momento da pesquisa, atuando na área de nutrição clínica em hospitais públicos ou privados do Brasil, sem limite de tempo de experiência na área, e que concordassem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Primeiramente, para caracterização da amostra, as variáveis de interesse foram: inscrição no CRN, sexo, idade, atuação em hospital (privado, público ou universitário). Na sequência, o instrumento apresentava 15 perguntas específicas que tinham como eixo o mnemônico dos 11 passos para o combate à desnutrição propostos pela campanha “Diga não à desnutrição”² (Quadro 2). Por fim, foi incluída uma pergunta cuja resposta seguia o modelo da conhecida escala de Likert¹¹, onde os participantes atribuíram notas de 1 a 5 considerando 1 para “os passos não estão sendo implantados em minha unidade” e 5 para “os passos estão devidamente implantados em minha unidade”.

As variáveis descritivas da caracterização dos participantes, bem como as respostas com relação à prática das diretrizes da SBNPE/BRASPEN, foram apresentadas por frequência simples, com os resultados expressos por números absolutos e percentuais. A idade, foi representada por média aritmética e desvio padrão.

As notas atribuídas pelos nutricionistas com relação à implantação da campanha em suas unidades foram analisadas por meio da abordagem quantitativa que estabelece o ranking médio (RM) da pontuação atribuída às respostas, relacionando-as à frequência de respostas correspondentes. Por conseguinte, o cálculo do RM foi realizado por meio da média ponderada com relação às notas atribuídas pelos nutricionistas, dividindo-as pelo número total de participantes que responderam ao questionário. O RM calculado pode variar de 1 a 5. Quanto mais próximo de 5, maior o nível de concordância dos participantes. Assim, como referência de análise, adotou-se que RM menor que 1,5 constitui nível de “discordância total”, RM 1,5 a 2,5, “discordância parcial”, RM 2,5 a 3,5, “indiferença”, RM 3,5 a 4,5, “concordância parcial” e RM superior a 4,5, “concordância total”¹¹.

A elaboração do projeto obedeceu aos princípios éticos inerentes a pesquisas envolvendo seres humanos, conforme determina a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (CoEP), pelo parecer consubstanciado 6.070.064.

RESULTADOS

No total, o número de respondentes foi de 75. No entanto, 9 nutricionistas não informaram o número do CRN, resultando em exclusão do estudo. Por consequência, foram validados 66 respondentes, majoritariamente do sexo feminino (95%), com faixa etária média de 29,89±6,18 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos nutricionistas respondentes do formulário eletrônico.

Características dos participantes	n	%	Média±DP
Idade (anos)			29,9 (± 6,18)
Sexo			
Masculino	3	4,5	
Feminino	63	95,5	
Região do Conselho Regional de Nutricionistas			
1	20	30,3	
3	40	60,6	
6	2	3,0	
7	1	1,5	
9	2	3,0	
11	1	1,5	
Hospital de atuação			
Privado	35	53	
Público	26	39	
Escola/universitário	5	8	

n = tamanho amostral; DP = desvio padrão.

No que se refere à aplicação dos 11 passos (Tabela 2), observou-se que a triagem nutricional foi realizada, com protocolo institucionalizado, por 92,4% dos nutricionistas, e por 7,6% sem protocolo. Sobre a avaliação nutricional, 60,6% informaram avaliar todos os pacientes, enquanto 37,8% avaliaram somente pacientes de risco nutricional (RN). Quanto ao cálculo das necessidades energéticas e proteicas, 42,4% responderam calcular para todos os pacientes, 51,5% somente para aqueles com RN, e 6,1% não calculavam nenhuma necessidade. A aferição semanal de peso era realizada por 59,1% para todos os pacientes, 15,2% para os que apresentam RN, enquanto 25,8% não monitoravam o peso corporal. O protocolo de abreviação de jejum cirúrgico tinha boa adesão em 31,8% das unidades onde os nutricionistas atuavam, baixa adesão em 42,4% e em 25,8%, não havia nenhum tipo de protocolo. Já sobre o protocolo de abreviação de jejum para exames, 48,5% informaram não apresentar protocolo, 28,8% relataram ter baixa adesão, e somente 22,7% tinham boa adesão ao protocolo. A adequação calórica

era monitorada com protocolo por 53% dos participantes, 28,8% informaram fazê-lo, porém sem protocolo, e 18,2% não realizavam a monitoramento. A avaliação de massa muscular era realizada por 22,7% dos participantes em todos os pacientes, 53% a realizavam só para aqueles com RN e 24,2%, não avaliavam. Quanto à força muscular, somente 4,5% avaliavam todos os pacientes e 36,4% somente para pacientes sob RN, mas a maioria (59,1%) não avaliam o parâmetro. A mobilização precoce era realizada em todos os pacientes por 31,3%, em pacientes com RN por 23,4% e 45,3% não realizavam a mobilização. Os indicadores de qualidade em terapia nutricional estavam implementados e eram ferramentas de gestão de qualidade

assistencial para 70,8% dos participantes, 16,9% não utilizavam os indicadores como tais ferramentas e 12,3% não possuíam indicadores. Quanto ao registro em prontuário, 71,2% dos participantes reportaram que toda a equipe o realizava, enquanto 25,8% revelou que o registro não era feito por toda a equipe e, para 3% dos nutricionistas, não havia registro. O atendimento humanizado era praticado institucionalmente por 83,3% dos respondentes, enquanto 16,7% informaram que não havia programa de assistência humanizada institucional. A orientação de alta ocorreu com protocolo durante toda a hospitalização para 47% dos profissionais participantes, apenas na alta para 39,4%, e 13,6% não possuíam protocolo para tal.

Tabela 2 – Respostas do questionário autoaplicável quanto à adesão dos hospitais aos 11 passos da campanha "Diga não à desnutrição", segundo a visão de nutricionistas participantes.

Questões do formulário	n	%
1. Triage Nutricional e Avaliação de Risco		
Triagem nutricional para avaliação de risco realizada e faz parte da rotina	61	92,4
Triagem nutricional realizada, mas sem protocolo para sistematização	5	7,6
2. Protocolo para Avaliação Nutricional		
Protocolo para avaliação nutricional em todos os pacientes	40	60,6
Protocolo para avaliação nutricional apenas em pacientes de risco	25	37,8
Sem protocolo para avaliação nutricional	1	1,5
3. Necessidades Calóricas e Proteicas		
Cálculo das necessidades energético-proteicas em todos os pacientes	28	42,4
Cálculo das necessidades energético-proteicas apenas em pacientes de risco	34	51,5
Sem cálculo das necessidades calóricas e proteicas	4	6,1
4. Aferição do Peso		
Aferição do peso semanalmente em todos os pacientes	39	59,1
Aferição do peso semanalmente apenas em pacientes de risco	10	15,2
Sem aferição do peso semanalmente	17	25,8
5. Abreviação de Jejum Cirúrgico		
Protocolo de abreviação de jejum cirúrgico com boa adesão	21	31,8
Protocolo de abreviação de jejum cirúrgico com baixa adesão	28	42,4
Sem protocolo de abreviação de jejum cirúrgico	17	25,8
6. Abreviação de Jejum para Exames		
Protocolo de abreviação de jejum para exames com boa adesão	15	22,7
Protocolo de abreviação de jejum para exames com baixa adesão	19	28,8
Sem protocolo de abreviação de jejum para exames	32	48,5
7. Acompanhamento da Adequação Calórica		
Acompanhamento da adequação calórica com protocolo	35	53,0
Acompanhamento da adequação calórica sem protocolo	19	28,8
Sem acompanhamento da adequação calórica	12	18,2

Continuação Tabela 2 – Respostas do questionário autoaplicável quanto à adesão dos hospitais aos 11 passos da campanha "Diga não à desnutrição", segundo a visão de nutricionistas participantes.

Questões do formulário	n	%
8. Avaliação da Massa Muscular		
Avaliação da massa muscular em todos os pacientes	15	22,7
Avaliação da massa muscular apenas em pacientes de risco	35	53,0
Sem avaliação da massa muscular	16	24,2
9. Avaliação da Força Muscular		
Avaliação da força muscular em todos os pacientes	3	4,5
Avaliação da força muscular apenas em pacientes de risco	24	36,4
Sem avaliação da força muscular	39	59,1
10. Mobilização e Reabilitação Precoce (n=64)!		
Mobilização e reabilitação precoce em todos os pacientes	20	31,3
Mobilização e reabilitação precoce apenas em pacientes de risco	15	23,4
Sem protocolo ou programa de mobilização e reabilitação precoce	29	45,3
11. Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional (n=65)!		
Implementação de indicadores de qualidade e utilização como ferramenta de gestão de monitoração	46	70,8
Implementação de indicadores de qualidade sem utilização como ferramenta de gestão de monitoração	11	16,9
Sem implementação de indicadores de qualidade	8	12,3
12. Registro em Prontuário		
Registro em prontuário por toda equipe	47	71,2
Registro em prontuário não realizado por toda equipe	17	25,8
Informações não registradas adequadamente	2	3,0
13. Atendimento Humanizado		
Atendimento humanizado institucional	55	83,3
Sem programa de assistência humanizada institucional	11	16,7
14. Orientação de Alta		
Protocolo de orientação de alta durante toda hospitalização	31	47,0
Protocolo de orientação de alta apenas na alta	26	39,4
Sem protocolo de orientação de alta	9	13,6

n = tamanho amostral; ! = dados faltantes. Em situação que não há dados faltando, n = 66.

Oito dos 11 passos foram implementados de forma total ou parcial, com ou sem protocolos, para todos os pacientes ou aqueles sob RN. Esses passos foram a triagem (92,4%) e avaliação (98,4%) nutricional, monitoração semanal de peso (74,3%), cálculo das necessidades (93,9%), avaliação da adequação (81,8%), registro em prontuário (97%), atendimento humanizado (83,3%), orientação de alta (86,4%) e aplicação de indicadores de qualidade (87,7%). Um passo parece ter sido implantado parcialmente, pois embora a massa muscular tenha

sido avaliada pela maioria dos participantes (75,7%), a força muscular não foi (40,9%). O formulário indicou ausência de protocolos de mobilização precoce (45,3%) e baixa adesão ou ausência de protocolos de jejum para cirurgias (68,2%) e exames (77,3%). Na visão geral dos nutricionistas respondentes, em uma escala de 1 a 5, a implementação dos 11 passos da SBNPE/BRASPEN apresentou um ranking médio de 3,66, que representa uma concordância parcial quanto à implantação dos passos da campanha (Figura 1)¹¹.

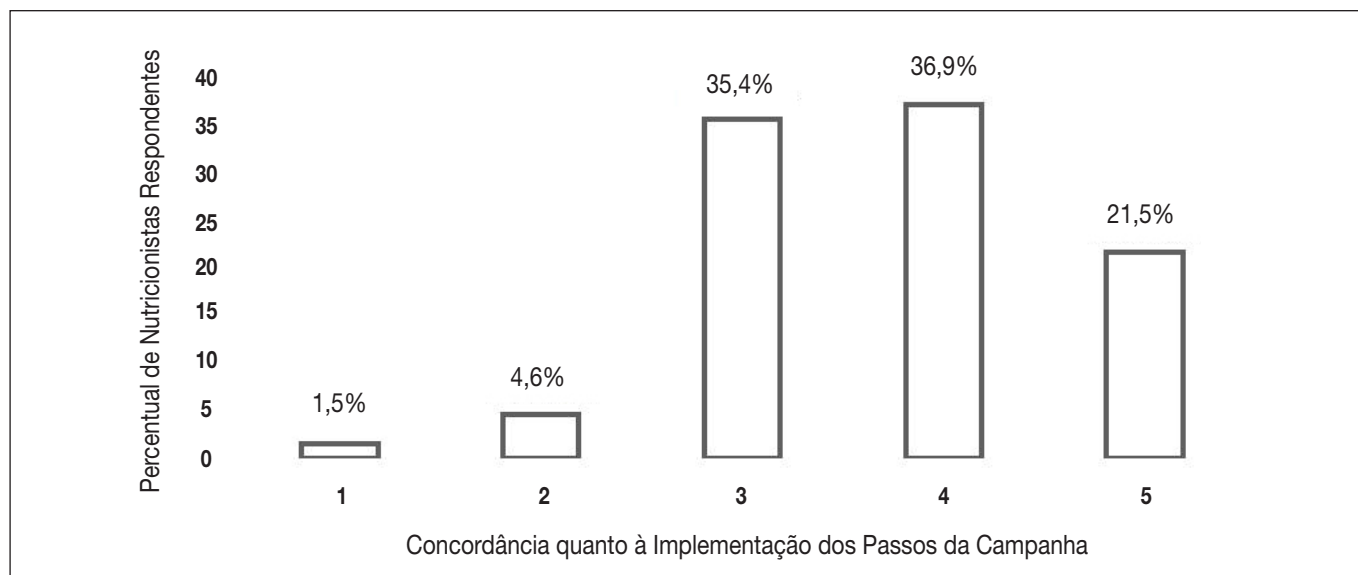


Figura 1 - Nota dada à implantação dos 11 passos para o combate à desnutrição propostos pela SBNPE/BRASPEN, segundo a visão de nutricionistas quanto a sua unidade. Números mais próximos de 1 representam que os passos não estão implementados nas instituições, enquanto números mais próximos de 5 representam que os passos estão devidamente implementados.

DISCUSSÃO

Os nutricionistas participantes deste estudo têm características semelhantes de sexo e idade aos dados sociodemográficos do último levantamento disponível na página do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN)¹², reforçando o perfil do profissional em questão.

Para os 66 nutricionistas que participaram da pesquisa, a triagem nutricional é um passo que já está amplamente estabelecido em sua prática, uma vez que não houve respostas sobre a não realização de triagem nutricional de rotina. Isso se torna especialmente importante no combate à desnutrição, uma vez que estudos mostram que a aplicação da triagem nutricional, em diferentes cenários clínicos¹³⁻¹⁸, é capaz de evitar um pior desfecho ao identificar aqueles pacientes que estão em RN. Uma vez que um maior RN do paciente resulta em maior morbimortalidade, a triagem é um passo fundamental no cuidado nutricional para que os cuidados sejam feitos precocemente¹³⁻¹⁶.

O Processo de Cuidado de Nutrição (*Nutrition Care Process - NCP*), proposto pela Academia de Nutrição e Dietética (*Academy of Nutrition and Dietetics - AND*), pela Associação Brasileira de Nutrição (*ASBRAN*) e CFN^{19,20} recomenda a avaliação objetiva para pacientes de risco ou que sejam referenciados ao nutricionista. Este passo da campanha também parece estar sendo bem implantado pelas unidades dos participantes da pesquisa, levando em conta que 60,6% o realizavam em todos os pacientes e 37,8% realizavam a avaliação nutricional para pacientes sob RN. Contudo, os dados não demonstram em que momento a avaliação nutricional tem sido realizada ou se são feitas reavaliações periódicas. Essa informação é importante e deve ser levantada em

futuras pesquisas, visto que existem estudos que demonstram como a desnutrição pode se agravar à medida em que o tempo de internação progride²¹⁻²⁴.

O peso corporal é uma medida importante e que pode ser usada como marcador da evolução do estado nutricional, além de ser utilizado para estimar necessidades nutricionais. Por isso, sua avaliação semanal é recomendada pela SBNPE/BRASPEN². O resultado desta pesquisa mostra que mais da metade (74,3%) dos nutricionistas aferiram ou estimaram o peso de todos os pacientes ou de pacientes com RN uma vez por semana, corroborando a campanha da SBNPE/BRASPEN. O peso corpóreo deve ser monitorado ao longo do período de internação², uma vez que esse parâmetro serve para subsidiar o diagnóstico de estado nutricional, sendo importante para monitorar pacientes e planejar intervenções nutricionais^{25,26}.

A massa e a força muscular têm sido associadas com baixa funcionalidade na alta hospitalar e baixas taxas de sobrevivência²⁷, o que justifica a importância dos passos da campanha da SBNPE/BRASPEN que tratam de sua avaliação e estratégias de manutenção, como a mobilização precoce. Segundo os participantes, a massa muscular tem sido satisfatoriamente avaliada em todos os pacientes ou para aqueles com RN. Entretanto, a força muscular não é avaliada em 59,1% das respostas e a mobilização/reabilitação precoce não é protocolo em 45,3%. Isso sugere que a avaliação da força e mobilização precoce precisam de maior sensibilização da equipe de saúde e da gestão hospitalar. As complicações relacionadas à desnutrição estão muito relacionadas à função muscular, de modo que se trata de uma medida indispensável². A reabilitação e a mobilização precoce mostram-se seguras, com uma baixa incidência de possíveis eventos

adversos no manejo do paciente²⁸, evitando a ocorrência de fraqueza muscular adquirida em pacientes em cuidados intensivos²⁹ e causando efeitos positivos na saúde do paciente adulto hospitalizado, servindo como indicador de otimização de qualidade de vida³⁰.

Ressalta-se que a avaliação e a monitoração nutricional são fundamentais para que, a partir da interpretação dos dados obtidos, intervenções nutricionais apropriadas sejam precocemente planejadas e efetuadas, minimizando complicações associadas à desnutrição³¹. A avaliação nutricional é o alicerce do planejamento da intervenção nutricional, especialmente para pacientes em RN ou com desnutrição já diagnosticada^{19,20}.

Planejar uma terapia nutricional requer a estimativa das necessidades energéticas e proteicas, além da avaliação da ingestão alimentar para análise da adequação nutricional⁹. Segundo os nutricionistas participantes, o cálculo das necessidades energético-proteicas e o acompanhamento da adequação calórica foram realizados para a maior parte dos pacientes, independentemente do RN e da presença de protocolo. Tais ações fortalecem a terapia nutricional mais individualizada e adequada, sendo eficiente na redução do risco de mortalidade e na melhora dos desfechos funcionais e de qualidade de vida de pacientes, especialmente em pacientes críticos e com câncer, que apresentam maior RN^{32,33}.

Sabe-se que a inadequação nutricional pode ser agravada por prolongados períodos de jejum para exames, procedimentos e cirurgias, elevando o RN do paciente². Na visão dos nutricionistas que responderam esta pesquisa, em contraste com os demais passos propostos pela SBNPE/BRASPEN, havia ausência ou baixa adesão aos protocolos de abreviação no tempo de jejum, tanto para cirurgia (68,2%) como para exames (77,3%). Em sua campanha, a SBNPE/BRASPEN incentiva a criação de um protocolo, bem como uma boa adesão, e sugere que ele deve ser elaborado por cada instituição. Essas instituições podem contar com o apoio da literatura, que já disponibiliza diretrizes de padronização do tempo a ser abreviado, com resultados positivos no combate à desnutrição hospitalar e com melhoras do desfecho clínico, sem impacto nas taxas de readmissões^{2,34,35}. Um jejum prolongado no pós-operatório está positivamente associado ao desenvolvimento de íleo paralítico e a um aumento do tempo de internação, consequentemente aumentando custos hospitalares. Por isso, protocolos bem implementados e de fácil adesão são essenciais nas unidades hospitalares³⁵. Para garantir uma boa adesão, é necessária uma boa comunicação entre a equipe multiprofissional e os setores do hospital, para que tempos acordados se cumpram e atrasos sejam minimizados. Mesmo nas instituições que implementam essas diretrizes, a falta de comunicação e atenção da equipe de saúde é um dos fatores que levam a resultados precários na recuperação dos pacientes^{2,35}.

A documentação ou maneira de escrever ações em prontuários podem ser determinantes da qualidade do trabalho e na comunicação entre a equipe, refletindo positivamente ou negativamente nos resultados assistenciais^{2,19,20,36}. A documentação em prontuário por toda a equipe é realizada em, aproximadamente, 70% das unidades hospitalares onde os nutricionistas respondentes atuam. Embora o número possa ser considerado muito positivo, entende-se que registros não realizados ou mal registrados podem contribuir negativamente para o compartilhamento de informações e, portanto, para os processos de auditoria e gestão do cuidado nutricional, que precisam ser assumidos como parte da assistência integral do indivíduo e é de responsabilidade interprofissional^{36,37}.

Na pesquisa, 47% dos nutricionistas informaram que a cultura da orientação de alta hospitalar durante a hospitalização é padronizada. Porém, parte dos nutricionistas (39,4%) informaram que ela era realizada apenas no dia da alta ou era feita sem protocolo (13,6%). Os dados sugerem que a maior parte dos pacientes é orientada em algum momento. Mesmo assim, é preciso estimular a prática no decorrer da passagem dos indivíduos pela internação, já que pacientes, familiares e cuidadores precisam estar conscientes da relevância dos cuidados com a alimentação para que terapia nutricional tenha continuidade em domicílio². Um estudo recente³⁸ com pessoas idosas demonstrou que a orientação de alta, aliada ao acompanhamento após a alta, resultou em melhor estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional, embora não tenha demonstrado benefícios nas taxas de readmissões.

A campanha da SBNPE/BRASPEN recomenda que a equipe acolha e engaje o paciente e/ou familiares no tratamento, advertindo-os sobre a importância da assistência humanizada². Ao serem questionados sobre atendimento humanizado, mais de 80% dos profissionais que responderam à pesquisa acreditavam que suas instituições praticavam uma assistência humanizada. A humanização da assistência em saúde envolve aspectos inerentes à condição de ser humano, como proporcionar bem-estar, ser empático e afável ao lidar com as mais diversas necessidades do outro e entendendo o indivíduo como ser único e insubstituível. Na opinião de uma equipe multiprofissional entrevistada a respeito, a humanização do cuidado requer trabalho em equipe e comunicação eficaz, não podendo ser prestada somente por alguns. Nesse sentido, surgem barreiras, como a sobrecarga de trabalho e condições adequadas no ambiente de trabalho³⁹. Deste modo, mesmo com o excelente relato dos nutricionistas do presente estudo, destaca-se a importância de as instituições estarem sempre atentas a fornecerem conjunturas humanas e materiais para a prestação de serviços em nutrição e em saúde de forma adequada e humanizada.

Levando em conta a adequação dos serviços prestados, um dos instrumentos consolidados para a avaliação e análise

de qualidade da assistência nutricional prestada é o uso de indicadores de qualidade^{2,19,20,36}. Nesse levantamento, 70,8% dos nutricionistas informaram usar indicadores como ferramenta de gestão de monitoração. Um resultado semelhante foi encontrado anteriormente em pesquisa realizada com 57 hospitais, onde 8% não utilizavam nenhum indicador de qualidade, 75% utilizavam de três a nove anos, e 17%, há mais de nove anos³⁶. A partir da análise mais detalhada dos dados, o mesmo estudo concluiu que, apesar de mais de uma década da publicação dos primeiros indicadores, ainda há desafios e dificuldades para a ampla implementação desses mecanismos de gestão da terapia nutricional nas unidades hospitalares. A grande barreira está na seleção dos indicadores que melhor representam resultados e a devida análise crítica dos dados, para possíveis melhorias dos processos institucionais³⁶.

Por fim, analisando de maneira geral as respostas dos nutricionistas participantes desta pesquisa, observa-se que ainda há lacunas para a ampla e irrestrita implementação dos 11 passos da campanha. O ranking médio de 3,66 demonstra concordância parcial sobre a implementação dos passos da campanha. Como exemplo de alternativas para avaliar e aprimorar os 11 passos nas unidades hospitalares, um recente estudo analisou a conformidade da assistência de nutrição em oncologia com relação às diretrizes da campanha, por meio de um *checklist* de auditoria e identificar o nível de adesão aos requisitos preconizados⁴⁰. O trabalho demonstrou que a maioria dos passos da campanha foi aderida pelo hospital, integralmente ou parcialmente. O *checklist* proposto pode ser uma ferramenta de auditorias e acreditação hospitalar, melhorando o atendimento ao paciente, principalmente àqueles com risco ou com desnutrição já instalada.

Sobre possíveis limitações do presente trabalho, empregar mídias sociais como difusoras de questionários de pesquisas acadêmicas parece ser particularmente efetivo quando há dificuldade de acesso a grupos específicos, da mesma maneira que a estratégia por bola de neve pode ser eficaz para alcançar amplitude amostral. Porém, é preciso cuidado sobre as conclusões derivadas destas táticas¹⁰, sobretudo quando não há representatividade numérica. Nesse contexto, salienta-se a importância de maior abrangência de participantes, reconhecendo a diversidade da realidade de diferentes regiões do país, em serviços públicos e privados. Um aprofundamento e maior detalhamento das perguntas realizadas também pode ajudar a identificar as possíveis barreiras encontradas por nutricionistas e demais profissionais envolvidos na assistência nutricional. Este estudo apenas incluiu a resposta de nutricionistas, demonstrando apenas a visão desse grupo sobre a adesão dos hospitais à campanha. Futuros estudos podem incluir outros profissionais da equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN). Outra limitação está no fato de se desconhecer o número de leitos em cada hospital em que os nutricionistas atuavam, bem como a presença ou não de EMTN nessas instituições.

CONCLUSÃO

Na visão dos nutricionistas participantes, há um cenário de concordância parcial na aplicação dos passos da campanha. A maioria dos passos da campanha “Diga não à desnutrição” tem sido aplicada na prática, com respostas positivas para todos os pacientes ou, ao menos aqueles em RN, com ou sem protocolo definido. Porém, “protocolos de abreviação de jejum”, “avaliação de força muscular” e “mobilização precoce” parecem ser ações que ainda precisam de estratégias operacionais de fortalecimento na rotina das unidades hospitalares, mitigando RN e ampliando a implementação da campanha.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem enormemente a todos os nutricionistas que puderam responder ao formulário eletrônico enviado.

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. 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*. 2018;33(1):86-100.
3. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17(7–8):573–80.
4. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958–67.
5. Correia MITD, Hegazi RA, Higashiguchi T, Michel JP, Reddy BR, Tappenden KA, et al. Evidence-based recommendations for addressing malnutrition in health care: an updated strategy from the feedM.E. Global Study Group. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(8):544–50.
6. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38(1):1–9.
7. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, Gómez G, Sulo S, Gómez C, et al. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. *Clin Nutr*. 2019;38(3):1310–6.
8. BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN Nº 600/2018 (2 de fevereiro de 2018).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
10. Carlomagno MC. Conduzindo pesquisas com questionário online: uma introdução às questões metodológicas. Em: Silva T, Buckstegge J, Rogedo P, organizadores. *Estudando cultura e comunicação com mídias sociais*. Brasília: IBPAD; 2018.
11. Oliveira LH. Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert: análise dos dados [Internet]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2005 [citado em 11 de abril de 2024]. Disponível em: <https://www.feis.unesp.br/Home/DTADM/STDARH/Equipe-deDesenvolvimento/educacaosaude/documentos/pesquisa/estatistica/media%20por%20Likert.doc>.
12. Perfil das(os) nutricionistas no Brasil [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas; 2024 [citado em 11 de abril de 2024]. Disponível em: <http://pesquisa.cfn.org.br/>.

13. Can B, Durmus NS, Yıldızeli SO, Kocakaya D, İlhan B, Tufan A. Nutrition risk assessed by Nutritional Risk Screening 2002 is associated with in hospital mortality in older patients with COVID 19. *Nutr Clin Pract*. 2022;37(3):605–14.
14. Efthymiou A, Hersberger L, Reber E, Schönenberger KA, Kägi-Braun N, Tribolet P, et al. Nutritional risk is a predictor for long-term mortality: 5-Year follow-up of the EFFORT trial. *Clin Nutr*. 2021;40(4):1546–54.
15. Reber E, Schönenberger KA, Vasiloglou MF, Stanga Z. Nutritional risk screening in cancer patients: the first step toward better clinical outcome. *Front Nutr*. 2021;8:603936.
16. Bellanti F, Buglio AL, Quiete S, Vendemiale G. Malnutrition in hospitalized old patients: screening and diagnosis, clinical outcomes, and management. *Nutrients*. 2022;14(4):910.
17. Savin Z, Kupersmidt A, Phollan D, Lazarovich A, Rosenzweig B, Shashar R, et al. The role of malnutrition universal screening tool in predicting outcomes after radical cystectomy. *Surg Oncol*. 2023;49:101962.
18. Bullock AF, Greenley SL, McKenzie GAG, Paton LW, Johnson MJ. Relationship between markers of malnutrition and clinical outcomes in older adults with cancer: systematic review, narrative synthesis and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr*. 2020;74(11):1519–35.
19. Swan WI, Vivanti A, Hake-Smith NA, Hotson B, Orrevall Y, Trostler N, et al. Nutrition care process and model update: toward realizing people-centered care and outcomes management. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(12):2003–14.
20. Associação Brasileira de Nutrição. Fundamentos da padronização internacional do processo e da terminologia de cuidado em nutrição. São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição; 2023.
21. Santos JMS, Silva JHL, Alves ASS, Silva NM, Silva AM, Campos AXS, et al. Associação entre aceitação alimentar, estado nutricional e tempo de internação em pacientes hospitalizados. *Braz J Develop*. 2022;8(3):17841–60.
22. Yang W, Guo G, Cui B, Li Y, Sun M, Li C, et al. Malnutrition according to the Global Leadership Initiative on Malnutrition criteria is associated with in-hospital mortality and prolonged length of stay in patients with cirrhosis. *Nutrition*. 2023;105:111860.
23. Nigatu YD, Gebreyesus SH, Allard JP, Endris BS. The effect of malnutrition at admission on length of hospital stay among adult patients in developing country: a prospective cohort study. *Clin Nutr ESPEN*. 2021;41:217–24.
24. Lengfelder L, Mahlke S, Moore L, Zhang X, Williams G, Lee J. Prevalence and impact of malnutrition on length of stay, readmission, and discharge destination. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2022;46(6):1335–42.
25. Fidelix MSP. Manual orientativo: sistematização do cuidado de nutrição. São Paulo: Associação Brasileira de Nutricionistas; 2014.
26. Nutritional assessment [Internet]. Letchworth Garden City: Nutritional Assessment; 2022 [citado 31 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.bapen.org.uk/nutrition-support/assessment-and-planning/nutritional-assessment>
27. Jaitovich A, Dumas CL, Itty R, Chieng HC, Khan MMHS, Naqvi A, et al. ICU admission body composition: skeletal muscle, bone, and fat effects on mortality and disability at hospital discharge—a prospective, cohort study. *Crit Care*. 2020;24(1):566.
28. 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.
29. Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: a meta-analysis. *Nurs Crit Care*. 2020;25(6):360–7.
30. Souza RB, Marques LM, Gonçalves EDC, Costa GFS, Furtado MVC, Amaral AGS, et al. Efeitos da mobilização precoce em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Braz J Develop*. 2021;7(3):30427–41.
31. Serón-Arbeloa C, Labarta-Monzón L, Puzo-Foncillas J, Mallor-Bonet T, Lafita-López A, Bueno-Vidales N, et al. Malnutrition screening and assessment. *Nutrients*. 2022;14(12):2392.
32. Bargetzi L, Brack C, Herrmann J, Bargetzi A, Hersberger L, Bargetzi M, et al. Nutritional support during the hospital stay reduces mortality in patients with different types of cancers: secondary analysis of a prospective randomized trial. *Ann Oncol*. 2021;32(8):1025–33.
33. Lv C, Jiang X, Long Y, Liu Z, Lin J, Wu C, et al. Association between caloric adequacy and short-term clinical outcomes in critically ill patients using a weight-based equation: secondary analysis of a cluster-randomized controlled trial. *Front Nutr*. 2022;9:902986.
34. American Society of Anesthesiologists. 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. *Anesthesiology*. 2017;126(3):376–93.
35. Nogueira PLB, Correa ERT, Rosa LGF, Padovani ACM, Brito TS, Saretto BO. Benefits of fasting abbreviation and early refeeding of multimodal perioperative care protocols. *Braz J Hea Rev*. 2022;5(6):23748–58.
36. Waitzberg DL, Lima ALS, Gandolfo AS, Silva APA, Almeida AMM, Cassin CZ, et al. Indicadores de qualidade em terapia nutricional: 10 anos de IQTN no Brasil: resultados, desafios e propostas [Internet]. São Paulo: ILSI Brasil; 2018 [citado 21 de abril de 2024]. Disponível em: <https://ilsibrasil.org/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Fasci%CC%81culo-10-anos-de-IQTN-no-Brasil2-Final.pdf>
37. Bugshan WM, Balto MM, Almutairi MA, Al Awani ZA, Alenezi HK, Jawad FM, et al. Importance of nutritional documentation in maintaining health among the elderly. *Int J Community Med Public Health*. 2022;10(1):388.
38. Munk T, Svendsen JA, Knudsen AW, Østergaard TB, Beck AM. Effect of nutritional interventions on discharged older patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):365.
39. Barboza BC, Sousa CALSC, Morais LAS. Percepção da equipe multidisciplinar acerca da assistência humanizada no centro cirúrgico. *Rev SOBECC*. 2020;25(4):212–8.
40. Andrade TPM, Silva TFGP, Marcatto MA, Cardenas TC, Frangella VS. Conformidade da assistência de nutrição em oncologia às diretrizes da campanha “Diga não à desnutrição” da BRASPEN. *BRASPEN*. 2022;37(3):287-96.

Local de realização do estudo: Centro Universitário São Camilo

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.

Este trabalho foi apresentado no XXVIII Congresso Brasileiro de Nutrição (CONBRAN) 2024, que teve lugar em São Paulo, SP, nos dias 21, 22, 23 e 24 de maio de 2024. Outros dois resumos com resultados parciais foram aprovados e apresentados no XXV Congresso Brasileiro de Nutrição Enteral e Parenteral - BRASPEN, em Campinas, SP, nos dias 29, 30 e 31 de outubro de 2023.