

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA**

**APLICAÇÃO DA FERRAMENTA AGREE-II PARA AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES
CLÍNICAS DE PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA
PRÁTICA PROFISSIONAL DE NUTRICIONISTAS**

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO PINTO DO NASCIMENTO

Manaus

2024

**APLICAÇÃO DA FERRAMENTA AGREE-II PARA AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES
CLÍNICAS DE PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA
PRÁTICA PROFISSIONAL DE NUTRICIONISTAS**

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO PINTO DO NASCIMENTO

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional
apresentado ao Programa de Pós-graduação em
Cirurgia para obtenção do título de Mestre em
Cirurgia.

Orientador: Prof. Dr. André Bento Chaves Santana

Manaus

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

N244a Nascimento, Maria do Perpétuo Socorro Pinto do
Aplicação da ferramenta AGREE-II para avaliação das diretrizes clínicas de protocolos de terapia nutricional enteral na prática profissional de nutricionistas / Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento . 2024
161 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: André Bento Chaves Santana
Dissertação (Mestrado Profissional em Cirurgia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Guia de Prática Clínica. 2. Nutrição Enteral. 3. Protocolos Clínicos. 4. Prática Profissional. I. Santana, André Bento Chaves. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO PINTO DO NASCIMENTO

**APLICAÇÃO DA FERRAMENTA AGREE-II PARA AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES
CLÍNICAS DE PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA
PRÁTICA PROFISSIONAL DE NUTRICIONISTAS**

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional
apresentado ao Programa de Pós-graduação em
Cirurgia para obtenção do título de Mestre em
Cirurgia.

Orientador: Prof. Dr. André Bento Chaves Santana

Aprovada em: ____/____ 2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Bento Chaves Santana – Presidente – PPGRACI/UFAM

Prof. Dra. Sylvania da Conceicao Furtado – Membro Interno – PPGRACI/UFAM

Profa. Dra. Danielle Cristina Guimarães da Silva – Membro Externo –
PMBqBM/UFOB

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (UFAM) e especialmente ao Serviço de Nutrição e Dietética desta instituição, local onde realizei minha pesquisa e que me proporcionou todas as ferramentas necessárias para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao professor Dr. André Bento Chaves Santana, por ter sido meu orientador e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

Aos meus pais Maria Lúcia e Nazário, e ao meu esposo Charles que sempre estiveram ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória.

RESUMO

JUSTIFICATIVA: No âmbito da saúde, uma prática de rotina é a utilização de protocolos para padronizar e uniformizar os procedimentos e informações do atendimento ao paciente, contribuindo para uma tomada de decisão mais segura e eficaz. Isto requer que o protocolo contribua para a captação e armazenamento de dados, possibilitando controle, análise e acompanhamento do paciente. No contexto da Terapia Nutricional Enteral (TNE) protocolos são usados para orientar a prática profissional de nutricionistas em equipes multiprofissionais, ao apresentar rotinas e apontar caminhos para melhorias nos processos assistenciais. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade das diretrizes clínicas do protocolo de TNE para a prática profissional de nutricionistas no Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas (HUGV/UFAM). **MÉTODO:** Para atender ao objetivo proposto, a avaliação foi realizada por meio da aplicação da ferramenta AGREE-II adaptada, tornando possível avaliar a abordagem a qualidade, o rigor metodológico e a transparência com que o protocolo de TNE foi desenvolvido. A ferramenta AGREE-II avalia o conjunto de 6 domínios: Escopo e finalidade; Envolvimento das partes interessadas; Rigor do desenvolvimento; Clareza da apresentação; Aplicabilidade; e Independência editorial. Para a aplicação da ferramenta AGREE-II, quatro nutricionistas avaliadores treinados utilizaram o questionário estruturado com vinte e três perguntas para a avaliação do protocolo de TNE. Em uma segunda etapa, foi realizada a análise documental e da literatura científica disponível de forma a corroborar os dados encontrados com a aplicação do instrumento. Com base nos resultados da pesquisa foi elaborado um *e-book* sobre aplicação da ferramenta AGREE-II para avaliação de protocolos de TNE. O conteúdo do *e-book* foi organizado a partir do levantamento de informações publicadas na literatura sobre a ferramenta AGREE-II e sua aplicação em protocolos da área de Nutrição Clínica e Saúde, por meio da busca em guias, artigos científicos, documentos governamentais, documentos de associações da área de saúde e materiais similares. **RESULTADOS:** Na avaliação do protocolo de TNE verificou-se que os domínios 3 “Rigor no desenvolvimento”, 5 “Aplicabilidade” e 6 “Independência editorial” receberam menores pontuações. Por outro lado, o domínio 4 “Clareza da Apresentação” recebeu a maior pontuação. A adequação da avaliação global das diretrizes clínicas do protocolo de TNE foi de 66,7%. A elaboração do *e-book* resultou na escrita de quatro capítulos sobre os seguintes tópicos: Atuação profissional do nutricionista na padronização de protocolos de terapia nutricional enteral; A ferramenta AGREE-II; Domínios da ferramenta AGREE-II; Aplicando a ferramenta AGREE-II na área de Nutrição Clínica. **CONCLUSÃO:** Pela aplicação da ferramenta AGREE-II na avaliação do protocolo de TNE utilizado no HUGV/UFAM, constatou-se 66,7% de adequação na avaliação global das diretrizes clínicas, evidenciando que a ferramenta é capaz de contribuir para a sistematização e a aferição da qualidade de tais documentos, possibilitando identificar pontos de fragilidade que podem ser corrigidos para a melhoria do cuidado nutricional do paciente. Entretanto, isto requer o engajamento de nutricionistas da equipe multiprofissional na avaliação e revisão do protocolo de TNE.

Palavras-chave: Guia de Prática Clínica. Nutrição Enteral. Protocolos Clínicos. Prática Profissional.

ABSTRACT

RATIONALE: In the healthcare sector, protocols are routinely used to standardize and standardize patient care procedures and information, contributing to safer and more effective decision-making. This requires the protocol to help capture and store data, enabling control, analysis and monitoring of the patient. In the context of Enteral Nutritional Therapy (ENT), protocols are used to guide the professional practice of nutritionists in multi-professional teams, by presenting routines and pointing out ways to improve care processes. **OBJECTIVE:** To assess the quality of the clinical guidelines of the ENT protocol for the professional practice of nutritionists at the Getúlio Vargas University Hospital of the Federal University of Amazonas (HUGV/UFAM). **METHOD:** In order to meet the proposed objective, the evaluation was carried out using the adapted AGREE-II tool, making it possible to assess the quality, methodological rigor and transparency with which the ENT protocol was developed. The AGREE-II tool evaluates a set of 6 domains: Scope and purpose; Stakeholder involvement; Rigor of development; Clarity of presentation; Applicability; and Editorial independence. To apply the AGREE-II tool, four trained nutritionist evaluators used the structured questionnaire with twenty-three questions to evaluate the ENT protocol. In a second stage, an analysis of documents and available scientific literature was carried out in order to corroborate the data found with the application of the tool. Based on the results of the research, an e-book was produced on the application of the AGREE-II tool for evaluating ENT protocols. The content of the e-book was organized based on a survey of information published in the literature on the AGREE-II tool and its application in protocols in the area of Clinical Nutrition and Health, by searching guides, scientific articles, government documents, documents from health associations and similar materials. **RESULTS:** In the evaluation of the ENT protocol, it was verified that domains 3 “Rigour in development”, 5 “Applicability” and 6 “Editorial independence” received lower scores. On the other hand, domain 4 “Clarity of Presentation” received the highest score. The overall assessment of the ENT protocol clinical guidelines was 66.7%. The development of the e-book resulted in the writing of four chapters on the following topics: Professional role of the nutritionist in the standardisation of enteral nutrition therapy protocols; The AGREE-II tool; Domains of the AGREE-II tool; Applying the AGREE-II tool in the area of Clinical Nutrition. **CONCLUSION:** Using the AGREE-II tool to evaluate the ENT protocol used at the HUGV/UFAM, 66.7% of the overall evaluation of the clinical guidelines was adequate, showing that the tool is capable of contributing to systematizing and measuring the quality of these documents, making it possible to identify points of weakness that can be corrected in order to improve the patient's nutritional care. However, this requires the engagement of nutritionists from the multi-professional team in the evaluation and revision of the ENT protocol.

Keywords: Clinical Practice Guide. Enteral Nutrition. Clinical Protocols. Professional Practice

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atribuições de cada membro da EMTN.....	23
Quadro 2 – Atribuições do Nutricionista na EMTN.....	27
Quadro 3 – Estrutura de governança da EBSEH.....	39
Quadro 4 – Domínios da ferramenta AGREE-II	53
Quadro 5 – Critérios para seleção dos avaliadores do protocolo de Terapia Nutricional Enteral do HUGV/UFAM.....	62
Quadro 6– Comentários dos Entrevistados na avaliação das diretrizes clínicas do protocolo de terapia nutricional enteral do HUGV/Ufam.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Principais metas estabelecidas pela EBSEH para o HUGV separadas por categorias	42
Tabela 2 – Resultados obtidos na avaliação das diretrizes clínicas do protocolo de terapia nutricional enteral do HUGV/Ufam	65
Tabela 3 – Percentuais obtidos por domínio na avaliação das diretrizes clínicas do protocolo de terapia nutricional enteral do HUGV/Ufam.....	69
Tabela 4 – Escala de classificação	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – IFES com Hospitais Universitários Federais	38
Figura 2 – Hospitais vinculados a EBSEH.....	40
Figura 3 - Formulário de prescrição dietética para terapia nutricional enteral	47
Figura 4 - Formulário de prescrição dietética para terapia nutricional enteral	48
Figura 5 - Organograma do fluxo de assistência do nutricionista na TN	49
Figura 6 - Organograma do fluxo de desmame da Terapia Nutricional Enteral.....	51
Figura 7 – Cálculo da pontuação dos domínios avaliados na ferramenta AGREE-II	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACERTO	Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation</i>
BM	Banco Mundial
BPANE	Boas Práticas de Administração da Nutrição Enteral
BPPNE	Boas Práticas de Preparação de Nutrição Enteral
CCIP	Cateter Central de Inserção Periférica
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CRN	Conselho Regional de Nutricionistas
DPC	Diretrizes de Prática Clínica
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMTN	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional
ERAS	<i>Enhanced Recovery After Surgery</i>
HCB	Hospital da Criança de Brasília José Alencar
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HEJSN	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves
HESVV	Hospital Estadual de Vila Velha Dr. Nilton de Barros
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
HUF's	Hospitais Universitários Federais
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
ILSI	<i>International Institute of Life Sciences</i>
IMIP	Instituto de Medicina Integral
MEC	Ministério da Educação
NE	Nutrição Enteral
NP	Nutrição Parenteral
OMS	Organização Mundial da Saúde
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PPGRACI	Programa de Pós-graduação em Cirurgia
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SBNPE-BRASPEN	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
SINPE©	Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TN	Terapia Nutricional
TNE	Terapia Nutricional Enteral
TNED	Terapia Nutricional Enteral Domiciliar
TNP	Terapia Nutricional Parenteral
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNC
UNIFESP
UTI
VET

Unidade de Nutrição Clínica
Universidade Federal de São Paulo
Unidades de Terapia Intensiva
Valor Energético Total

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivo Geral	19
1.2	Objetivos Específicos	19
1.3	Justificativa	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	Conceitos e normativas sobre TNE	21
2.2	Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN)	22
2.2.1	Atribuições do nutricionista na EMTN	26
2.3	Procedimentos operacionais padronizados para o cuidado nutricional em TNE	29
2.4	EBSERH	33
2.4.1	Instituições que fazem parte da EBSERH	39
2.4.2	Protocolos utilizados no Hospital Universitário Getúlio Vargas	43
2.4.3	Protocolo de Nutrição	44
2.5	Ferramenta AGREE-II: visão geral e aplicação na área de nutrição clínica	51
2.5.1	Preparação para o uso do AGREE-II	51
2.6	Estrutura e conteúdo do AGREE-II	53
2.6.1	Domínio 1: Escopo e finalidade	55
2.6.2	Domínio 2: Envolvimento das partes interessadas	55
2.6.3	Domínio 3: Rigor do desenvolvimento	56
2.6.4	Domínio 4: Clareza da apresentação	56
2.6.5	Domínio 5: Aplicabilidade	57
2.6.6	Domínio 6: Independência editorial	58
2.6.7	Avaliação global da diretriz clínica	59
3	METODOLOGIA	61
3.1	Pesquisa para avaliação de diretrizes clínicas do protocolo de TNE	61
3.1.1	Período de realização dos estudos e de seleção dos avaliadores	61
3.1.2	Critérios de inclusão e exclusão	62
3.1.3	Instrumentos de coleta de dados	62
3.2	Elaboração do <i>e-book</i> sobre aplicação da ferramenta AGREE-II para avaliação de protocolos de TNE	63
4	RESULTADOS	65
5	DISCUSSÃO	74

6 CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICE 01	92
APÊNDICE 02.....	95
APÊNDICE 03	96
APÊNDICE 04.....	97
APÊNDICE 05.....	107
APÊNDICE 06.....	108

1 INTRODUÇÃO

A aplicação de instrumentos de gestão representa uma estratégia para elevar a qualidade e a eficiência organizacional. No contexto dos sistemas de saúde, a modernização de modelos gerenciais é um desdobramento relativamente recente, ocorrido a partir da década de 1980. Desde então, foi publicada uma série de normas e portarias, formadas por diretrizes que objetivam a melhora da gestão hospitalar (Sarmiento *et al.*, 2023).

Neste sentido, é possível mencionar como exemplo de instrumento de gestão o Procedimento Operacional Padronizados (POP), cujo propósito é garantir pela via da padronização, os resultados esperados por cada tarefa executada (Pinheiro; Santos, 2020). Os POP's são empregados para descrever de forma clara e objetiva ações específicas e rotineiras, almejando a uniformidade na execução de uma função específica (Teixeira *et al.*, 2020).

O POP conta com uma descrição pormenorizada de todas as atividades inerentes a uma determinada tarefa, e como elas devem ser executadas pelos funcionários cabíveis (Pinheiro; Santos, 2020). No caso de uma Unidade de Nutrição Clínica (UNC), o POP pode ser usado para guiar a tomada de decisão em relação ao diagnóstico, conduta, gestão e tratamento de situações clínicas específicas (Teixeira *et al.*, 2020). Ao aplicar um questionário junto a 147 médicos acerca do cenário atual da terapia nutricional, Toledo *et al.* (2023) identificaram que a maioria recorre a protocolos relacionados a terapia nutricional enteral e parenteral, correspondendo a 62,6% da amostra.

Entretanto, em 21,3% dos casos não haviam protocolos disponíveis. Toledo *et al.* (2023) também constataram que a nutrição enteral precoce é realizada em 84% dos pacientes, e em 51,3% dos casos a nutrição enteral tem início em 24 horas após o paciente dar entrada. Pinheiro e Santos (2020) reconhecem como vantagens da utilização de um POP, a oportunidade de padronizar uma rotina, efetivar procedimentos, minimizar atritos funcionais entre usuários e executivos, e também representa uma oportunidade de uniformizar linguagens e terminologias e ampliar o controle sobre uma rotina.

Novos protocolos de cuidados ao paciente cirúrgico têm sido criados, e mencionam como exemplo o *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), criado por

cirurgias colorretais em 2001 na Europa. Afirma-se que a medicina baseada em evidências mais a utilização do protocolo tem a capacidade de favorecer o retorno precoce da função intestinal e promover a melhora das funções fisiológicas dos pacientes (Feijó *et al.*, 2023).

O protocolo Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória (ACERTO) criado no Brasil em 2005, sendo inspirado pelo ERAS, apresentando como característica propôr rotinas de prescrição perioperatória, redução do período de jejum, realimentação precoce no pós-operatório e redução da hidratação venosa, de forma a contribuir para recuperação do paciente, reduzir o tempo de internação e os custos hospitalares (Feijó *et al.*, 2023).

Pacientes hospitalizados frequentemente experimentam perdas de peso significativas, o que se explica pelo aumento da taxa metabólica ou à inadequação da terapia nutricional, sendo esse cenário ainda mais pronunciado em pacientes críticos, como aqueles internados em unidades de terapia intensiva (UTI) (Amaral; Poll; Antunes, 2023). Atualmente, o suporte nutricional representa um componente essencial no cuidado de pacientes críticos (Gama *et al.*, 2023).

No que diz respeito a terapia nutricional enteral, o nutricionista desempenha um papel importante na avaliação de necessidades nutricionais e estado nutricional do paciente, além de suas atribuições de promover acompanhamento, educação e aconselhamento dietético conforme a necessidade. Este trabalho de acompanhamento e verificação da adesão a dieta prescrita ao paciente representam uma das principais causas de sucesso na redução do tempo de internação, e para a recuperação do paciente (Azevedo *et al.*, 2023).

A avaliação nutricional nas primeiras horas de internação torna-se imperativa, uma vez que a identificação precoce do risco nutricional é crucial para orientar a conduta dietoterápica em relação às necessidades nutricionais, avaliação que engloba anamnese, exames físicos, medidas antropométricas, instrumentos de triagem nutricional e outros elementos. Compreende-se que essas medidas, aliadas ao diagnóstico médico precoce, contribuem para um prognóstico clínico dos pacientes (Amaral; Poll; Antunes, 2023).

O suporte nutricional enteral precoce é considerado uma estratégia terapêutica proativa, capaz de reduzir a gravidade de uma doença e suas complicações, além de contribuir para a redução do tempo de permanência hospitalar e o uso da ventilação

mecânica, exercendo um impacto positivo no prognóstico dos pacientes (Gama *et al.*, 2023).

Entre pacientes críticos que estão em UTI, destinadas ao cuidado de pacientes clinicamente comprometidos, nos quais o uso da via oral é inviável ou quando ela precisa ser complementada, a via enteral é a preferencial para melhor atender às necessidades nutricionais desses pacientes (Amaral; Poll; Antunes, 2023; Mendes *et al.*, 2022).

De acordo com dados de Mendes *et al.* (2022), cerca de 50% dos pacientes podem apresentar desnutrição em algum momento da hospitalização. Nas UTIs, essa prevalência pode atingir até 54%, aumentando o risco de infecções, prejudicando a cicatrização de feridas, prolongando a permanência hospitalar, elevando os custos de assistência à saúde e aumentando as taxas de morbidade e mortalidade, além de ampliar os níveis de dor (Mendes *et al.*, 2022).

A terapia nutricional é uma prática complexa que demanda o envolvimento de uma série de profissionais, além disso, trata-se de um fluxo de cuidado longo que tem início com a identificação precoce das necessidades nutricionais do paciente e a implementação da terapêutica (Matsuba, 2019). A excelência em terapia nutricional entre pacientes hospitalizados só pode ser alcançada com a existência de uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), onde especialistas de formações distintas trabalham de forma integrada (Campos *et al.*, 2020).

O conceito de equipe de suporte nutricional foi introduzido no final de do século XX, primeiramente nos Estados Unidos e Europa. A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE-BRASPEN) foi fundada em 1975 tendo como missão assegurar uma terapia nutricional adequada e de qualidade para todos os pacientes (Campos *et al.* 2020). Além disso, portarias e resoluções foram publicadas para regulamentar as práticas de Terapia Nutricional Parenteral (TNP) e Terapia Nutricional Enteral (TNE) (Matsuba, 2019).

A BRASPEN também buscou certificar os profissionais em suas respectivas áreas a fim de que estivessem devidamente habilitados a integrar as EMTN, o que é feito por meio de educação continuada, congressos, plataformas de aula e integração multiprofissional entre comitês (Campos *et al.*, 2020). Atualmente existe a obrigatoriedade de todos os hospitais possuírem uma EMTN (Matsuba, 2019).

As atividades exercidas pela EMTN são benéficas tanto para o paciente quanto ao nível institucional, pela sua participação na racionalização das etapas da cadeia de

terapia nutricional, independente da via alimentar, oportunizando maior oferta calórica e protéica ao longo da estadia hospitalar (Freires *et al.* 2023). A terapia nutricional se mostra mais eficaz em instituições que contam uma EMTN, pela sua atuação em favor da redução dos custos, melhora da qualidade no tratamento, redução das complicações e melhora no aporte nutricional, o que é alcançado pela racionalização dos processos de gestão (Sarmiento *et al.*, 2023).

Além disso, a atuação da EMTN também se faz presente pela redução das taxas de complicação metabólica, ao corrigir ou evitar anormalidades eletrolíticas e até mesmo na redução de custos hospitalares e tempo de internação (Freires *et al.*, 2023). Entretanto, a EMTN ainda não é uma realidade em todos os hospitais em decorrência de indisponibilidade de recursos, questões de política hospitalar e falta de informação (Sarmiento *et al.*, 2023).

Dessa forma, compreende-se que o Serviço de Nutrição desempenha um papel de fundamental importância juntamente a pacientes com condições crônicas e agudas, atuando no sentido de detectar, prevenir ou minimizar a desnutrição, melhorar a recuperação e reduzir as complicações metabólicas (Mendes *et al.*, 2022). O nutricionista atua no sentido de garantir aos pacientes graves uma adequada assistência nutricional, por meio de métodos e técnicas específicas (Luiz; Carpenedo; Contini, 2018).

Diante das diversas condições que levam ao déficit de calorias e proteínas, o nutricionista deve adotar uma abordagem proativa, realizando avaliações diárias à beira do leito, desde a internação até o momento da alta hospitalar (Dock-Nascimento *et al.*, 2023). Este profissional também participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e educação continuada (Matsuba, 2019).

Considerando a importância da terapia nutricional no tratamento dos pacientes hospitalizados, Santos (2023) argumenta que os protocolos de cuidado nutricional podem trazer benefícios na atuação do nutricionista, direcionando condutas, procedimentos clínicos e fluxos, além de tornar o serviço de terapia nutricional sistemático.

Como consequência, a elaboração de protocolos traz implicações teóricas para os estabelecimentos de saúde, a partir da orientação das práticas a serem realizadas nos serviços, da busca pela adoção de diretrizes clínicas construídas e desassociação da literatura científica à realidade das instituições (Santos, 2023). É essencial ressaltar que na avaliação do estado nutricional, é de extrema importância que os parâmetros

selecionados para estabelecer o diagnóstico nutricional sejam contrastados com padrões de referência confiáveis (Santos *et al.*, 2021).

O instrumento de Avaliação de Diretrizes para Pesquisa e Avaliação (AGREE), desenvolvido pela *AGREE Enterprise*, é um método quantitativo para avaliar diretrizes de prática clínica (DPCs) (Seto *et al.*, 2017). Seus objetivos são avaliar a qualidade das DPCs; fornecer uma estratégia metodológica para o desenvolvimento de diretrizes; e recomendar como e que informações devem ser relatadas nas diretrizes (Dans; Dans, 2010).

Este instrumento determina critérios que devem ser atendidos por DPCs e espera-se que facilite o desenvolvimento eficaz e aprimore a qualidade das DPCs. Em 2010, a versão original (AGREE-I) foi revisada e publicada como AGREE-II (Seto *et al.*, 2017). A grande vantagem do AGREE-II é que os autores continuam submetendo-o a uma avaliação rigorosa e sistemática, garantindo sua evolução na direção mais útil para os usuários reais (A. Dans; L. Dans, 2010).

De acordo com Seto *et al.* (2017), o AGREE-II é baseado no AGREE-I, incorporando quatro mudanças distintas. Primeiramente, a escala de avaliação foi alterada de uma escala Likert de 4 pontos para uma escala de 7 pontos (1 = "Discordo Totalmente" a 7 = "Concordo Totalmente"). Em segundo lugar, foi adicionado um item como segundo item geral de avaliação da diretriz: "Avalie a qualidade geral desta diretriz". Terceiro, a redação ou expressão de vários itens foi alterada, embora o significado dos itens tenha sido preservado. Por fim, a questão Q7 (AGREE-I) "A diretriz foi testada entre os usuários finais" foi removida e incorporada na questão Q19 (AGREE II) "A diretriz descreve facilitadores e barreiras para sua aplicação", e um novo item Q9 (AGREE II) "As forças e limitações do corpo de evidências são claramente descritas" foi adicionado (Seto *et al.*, 2017).

O AGREE-II avalia DPCs com base em seis domínios: 1) Escopo e propósito, 2) Envolvimento das partes interessadas; 3) Rigor do desenvolvimento; 4) Clareza e apresentação; 5) Aplicabilidade; 6) Independência editorial. Cada domínio é pontuado usando vários itens, totalizando 23 itens ao todo - a serem pontuados em uma escala

Likert de 7 pontos por pelo menos 2, sendo preferencialmente, avaliado por quatro observadores independentes (A. Dans; L. Dans, 2010).

1.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade das diretrizes clínicas do protocolo de TNE para a prática profissional de nutricionistas no Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas.

1.2 Objetivos Específicos

- Aplicar a ferramenta AGREE-II para avaliação de diretrizes clínicas presentes no protocolo de TNE;
- Realizar o treinamento de nutricionistas para a aplicação da ferramenta AGREE-II;
- Mensurar a adequação das diretrizes clínicas do protocolo de TNE;
- Desenvolver o material instrutivo no formato de *e-book* para auxiliar nutricionistas na avaliação das diretrizes clínicas de protocolos de TNE.

1.3 Justificativa

Atualmente, o serviço de TNE no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) é promovido pela EMTN, formada por nutricionistas, enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistente social e fonoaudiólogos. Entretanto, o serviço é pouco padronizado, considerando que o protocolo direcionado a TNE começou a ser aplicado em Maio de 2021, e que os dados contidos no protocolo ainda não são plenamente acompanhados pelos profissionais do HUGV. Ademais, ainda não foram elaborados outros POPs para a assistência nutricional para uso pelas equipes de saúde que poderiam se beneficiar destes documentos.

Tais pontos dificultam o estabelecimento de processos uniformes no serviço prestado, bem como o diagnóstico de algumas não conformidades que os pacientes apresentam em decorrência da nutrição enteral. Compreende-se que a oferta de uma assistência livre de danos deveria ao menos ser um compromisso de qualquer

profissional de saúde. Entretanto, é necessário admitir que todo ser humano é passível de erros (De Melo; Rached, 2018).

Portanto, a prestação de um cuidado seguro requer a capacidade de identificar erros e avaliar os fatores relacionados, e criar medidas para a prevenção destes erros, contribuindo assim para aprimorar a assistência (De Melo; Rached, 2018). A falta de padronização de protocolos voltados para a continuidade dos cuidados representa um grande risco para segurança do paciente, ao elevar a possibilidade de eventos adversos (Hermida *et al.*, 2022).

A ausência de padronização de POPs poderia levar ao esquecimento de informações, potencializando o erro. Pena e Melleiro (2018) acreditam que a falta de comunicação entre as equipes representa um dos principais fatores que favorecem eventos adversos no atendimento a pacientes. De Melo e Rached (2018) reconhecem a importância da existência de um registro escrito que auxilie entre outras coisas, na transmissão adequada e em tempo hábil de informações.

No que diz respeito a terapia nutricional (TN), Barreto et al. (2023) afirmam que a introdução de protocolos de TN favorecem o início mais breve da nutrição enteral e melhor adequação da infusão da dieta. Nas UTI's que seguiram protocolo de alimentação baseado em evidências, a NE teve início mais precocemente, comparativamente a UTI's que não contavam com a existência de um protocolo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a segurança dos pacientes como um princípio fundamental dos cuidados de saúde, considerando que cada etapa do processo de prestação de cuidados está atrelado a um grau de insegurança, justificando a importância da discussão sobre medidas que podem ser tomadas para reduzir os riscos de quem recorre a cuidados médicos e hospitalares (De Melo; Rached, 2018). Com base no contexto apresentado, faz-se necessário o estudo sobre avaliação do protocolo de TNE que possa orientar a prática profissional de nutricionistas, dada a importância dessa documentação para direcionar os procedimentos para o cuidado nutricional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceitos e normativas sobre TNE

A Terapia Nutricional Enteral (TNE) é uma alternativa terapêutica que pode ser utilizada em pacientes com impossibilidade parcial ou total de manter a alimentação por via oral, sendo adotada apenas quando o trato gastrointestinal está funcionando (Melo, 2017). A Nutrição Enteral (NE) é uma terapia indicada para indivíduos com dificuldades em deglutir, que estão em fases agudas e crônicas, quando não conseguem atingir pelo menos 70,0% de suas necessidades nutricionais diárias por via oral (Rocha *et al.*, 2018).

Primeiramente é necessário um planejamento nutricional, oportunidade de estimar a oferta de macro e micronutrientes a ser administrada a cada paciente, de acordo com sua condição clínica (Vargas *et al.*, 2018). Quando se considera especificamente pacientes críticos, a NE é fundamental na recuperação do estado clínico, pois contribui para a redução da desnutrição e do estresse fisiológico, e também para a manutenção dos tecidos e a modulação da resposta imunológica (Rocha *et al.*, 2018).

De acordo com Santos *et al.* (2017) o conhecimento do perfil nutricional dos indivíduos previamente ao início da terapia permite o planejamento dietoterápico adequado, que vise, além de corrigir os distúrbios nutricionais preexistentes, a atender às demandas nutricionais atuais. É necessário, também, investigar as variáveis que se associam à maior frequência de desnutrição e óbito, uma vez que podem identificar grupos mais vulneráveis a desfechos desfavoráveis.

O uso da TNE tem indicação centrada em sua segurança e tolerabilidade, além de, em razão do menor custo, ser opção mais fisiológica com benefícios locais e sistêmicos e com menor incidência de complicações infecciosas (Lobato; Garla, 2020). Sua utilização tem demonstrado inúmeras vantagens para o paciente hospitalizado, à exemplo de melhora na resposta imunológica, diminuição de complicações clínicas, assim como reduções de custos e do tempo de internação (Vargas *et al.*, 2018).

Para o sucesso desse cuidado, o monitoramento rotineiro deve acontecer em todos os pacientes em TN, e tem como objetivo principal assegurar que a intervenção nutricional seja escolhida e fornecida conforme planejado e prescrito, que as

necessidades estimadas de energia e de proteína sejam conhecidas, e também visa garantir acesso ao melhor que a dietoterapia pode oferecer a custos baixos, resultando em recuperação clínica mais ágil (Lobato; Garla, 2020).

Com base em dados do *International Institute of Life Sciences* (ILSI) do Brasil, Lobato e Garla (2020) afirmam que indicadores de volume de prescrições e infusões recebidas por pacientes otorrinolaringológicos representam um dos principais indicadores da qualidade da terapia nutricional, a fim de permitir que os pacientes obtenham tratamento ideal e melhorem a saúde, além de reduzir drasticamente o tempo de tratamento e os custos.

A assistência ao paciente em uso de TNE é considerada de alta complexidade, pois, além dos protocolos clínicos, o manejo de equipamentos e dispositivos para sua administração é essencial para sua efetividade (Matsuba; Ciosak, 2017). Apesar de a literatura sobre a ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso da TN ser incipiente, relatórios governamentais mostram falhas na administração de dietas como a sexta causa de eventos adversos, com 1713 ocorrências (Barbosa *et al.*, 2020).

Por fim, considera-se ainda os riscos referentes à administração desse tipo de nutrição. De acordo com Corrêa *et al.* (2020) os cuidados relacionados à administração da TNE envolvem uma equipe de enfermagem formada pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, tendo cada profissional suas atribuições particulares conforme regulamentação. Portanto, a segurança do paciente em uso de dieta enteral depende do processo da vigilância e da avaliação contínua desses profissionais, demandando competências específicas para que o cuidado nutricional ocorra livre de incidentes e de eventos adversos.

2.2 Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN)

O Conselho Federal de Nutricionistas, em sua Resolução nº 600, de 25 de fevereiro de 2018 define a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) como um grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional das seguintes especialidades: médico; nutricionista; enfermeiro; e farmacêutico, que devem estar devidamente habilitados e com treinamento específico para a prática da terapia nutricional.

Faz-se necessário, pois, que toda a equipe de saúde e, em especial a equipe de enfermagem, compreendam o uso dessa terapêutica, não só quanto aos cuidados

com o paciente, mas também quanto a sua finalidade, indicações e riscos envolvidos, a fim de que suas práticas assistenciais sejam executadas de forma refletida e efetiva (Barbosa *et al.*, 2020). O objetivo principal da EMTN segundo Ferraz e Campos (2012) é identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional e orientar sobre a melhor via a ser utilizada: oral, enteral ou parenteral.

Além disso, a equipe tem diversas atribuições, tais como definir metas técnicas e administrativas, realizar triagem e vigilância nutricional, avaliar o estado nutricional dos pacientes, garantir condições ideais para a indicação, a prescrição, a preparação, o armazenamento, o transporte, a administração e o controle da terapia. Também é responsabilidade da equipe educar e capacitar seus membros, desenvolver protocolos, analisar os custos e benefícios envolvidos e estabelecer metas operacionais para a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) (Ferraz; Campos, 2012). O Quadro 1 apresenta as atribuições de cada membro.

Quadro 1 – Atribuições de cada membro da EMTN.

Profissional	Atribuições
Coordenador técnico-administrativo	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente a qualidade e eficácia da TNE. - Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da EMTN. - Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionais envolvidos na TNE, devidamente registrados. - Padronizar indicadores da qualidade para TNE para aplicação pela EMTN. - Gerenciar os aspectos técnicos e administrativos das atividades de TNE. - Analisar o custo e o benefício da TNE no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar.
Atribuições do coordenador clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE. - Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas Boas Práticas de Preparação de Nutrição Enteral (BPPNE) e Boas Práticas de Administração da Nutrição Enteral (BPANE). - Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a TNE e a sua aplicação. - Garantir que a qualidade dos procedimentos de TNE, prevaleçam sobre quaisquer outros aspectos.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar o paciente e materiais e assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica, punção venosa periférica, incluindo a inserção do cateter central de inserção periférica (CCIP).

	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar e avaliar o recebimento da NE e nutrição parenteral (NP) e a manutenção das vias de administração com segurança até a completa administração. - Prescrever e sistematizar os cuidados de enfermagem na TN nos diferentes níveis assistenciais, procurando garantir a efetividade no volume prescrito e avaliar as necessidades de infusão. - Desenvolver educação permanente com a equipe de enfermagem. - Aplicar indicadores de qualidade que, em conjunto com o nutricionista, permitam identificar risco nutricional. - Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TN. - Aplicar sistemas de controle que permitam detectar, registrar e comunicar as intercorrências de qualquer ordem técnica e ou administrativa, procurando minimizar interações droga-nutrientes, riscos ao paciente e ou profissional da área da saúde. - Zelar pelo bom funcionamento dos dispositivos e equipamentos relacionados. - Garantir o registro claro e preciso de informações relacionada à administração e à evolução do paciente quanto ao peso, sinais vitais, tolerância digestiva e orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TN.
Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Para NE industrializada, avaliar, armazenar e distribuir, quando estas atribuições, por razões técnicas e ou operacionais, não forem da responsabilidade do nutricionista. - Para NP, selecionar, armazenar, preparar e distribuir, criteriosamente, as soluções de NP. - Avaliar a formulação da prescrição médica quanto a sua adequação, concentração e compatibilidade físico-química dos componentes e dosagem de administração. - Participar de estudos para o desenvolvimento de novas formulações para NP. - Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química, droga-nutriente e nutriente-nutriente. - Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutriente e nutriente-nutriente. - Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia. - Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização da equipe do setor de Farmácia.

Fonte: Adaptado de Matsuba (2019) e Ministério da Saúde (2000).

O enfermeiro dentro da EMTN atua de forma cuidadosa e diligente, garantindo a administração correta dos nutrientes e monitorando de perto os níveis adequados. Ele também desempenha um papel importante na avaliação contínua do paciente, identificando possíveis problemas ou complicações e tomando medidas para preveni-

los ou tratá-los prontamente (Padilha *et al.*, 2010).

O fisioterapeuta desempenha um papel fundamental na equipe multidisciplinar de saúde, proporcionando cuidados especializados e personalizados para melhorar a saúde física e a qualidade de vida dos pacientes. Seu trabalho abrange desde a reabilitação de lesões até a prevenção de problemas de saúde, promovendo uma abordagem holística para o bem-estar do paciente (Nascimento *et al.*, 2020).

A função primária do médico na equipe multidisciplinar é a avaliação clínica, diagnóstico e tratamento de condições médicas. Isso envolve a aplicação de conhecimento médico e habilidades técnicas para identificar doenças, prescrever tratamentos, procedimentos e medicações, monitorar a resposta do paciente e ajustar o plano de tratamento conforme necessário (Costa *et al.*, 2019).

Segundo Costa *et al.*, 2019), pode-se citar também que os médicos atuam como ponto de contato principal e colaboram com outros membros da equipe, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, para garantir que o paciente receba um cuidado contínuo e integrado. Ao investigar por meio de revisão sistemática o papel do farmacêutico em equipes multidisciplinares, Fernandes (2019) pôde observar que a atuação deste profissional tem efeitos positivos no cuidado direto ao paciente, considerando que sua atuação abrange aspectos terapêuticos, humanísticos e de segurança.

A intervenção do farmacêutico na promoção do uso racional de medicamentos por parte dos pacientes e sua integração efetiva em equipes multidisciplinares contribuem significativamente para otimizar a farmacoterapia dos pacientes e aprimorar a qualidade e segurança do cuidado (Fernandes, 2019). Por sua vez, o psicólogo desempenha uma função central na promoção do bem-estar emocional e mental dos pacientes, contribuindo significativamente para uma abordagem holística no cuidado à saúde (Oliveira; Faria, 2020).

Suas responsabilidades abrangem a avaliação psicológica, a prestação de suporte emocional, a intervenção terapêutica e a colaboração eficaz com outros profissionais de saúde (Oliveira; Faria, 2020). Por fim, considera-se o papel do assistente social que atua como um agente de mudança, promovendo a justiça social, facilitando o acesso aos cuidados de saúde e oferecendo apoio emocional e prático aos pacientes (Silva; Costa, 2017).

Suas responsabilidades incluem a avaliação das necessidades sociais, a coordenação de recursos e a promoção de uma abordagem holística para o cuidado

à saúde. A colaboração eficaz com outros profissionais de saúde é um aspecto fundamental do trabalho do assistente social em equipes multidisciplinares. Eles compartilham informações relevantes sobre os pacientes, coordenam esforços para abordar questões sociais complexas e garantem que o cuidado seja abrangente e centrado no paciente (Silva; Costa, 2017).

A pesquisa realizada por Campos et al. (2020) apresenta uma análise abrangente sobre a situação das Equipes Multidisciplinares de Terapia Nutricional (EMTN) nos hospitais brasileiros. De acordo com os autores, a presença de EMTN não é uma realidade universal em todos os hospitais do país, e mesmo nas instituições onde essas equipes existem, é comum que os profissionais desempenhem essa função apenas em parte do seu tempo de trabalho.

Com base no levantamento realizado por Campos et al. (2020) é possível constatar que as EMTN estão presentes em todas as regiões do Brasil, embora sua prevalência seja maior na região sudeste e em hospitais de grande porte. Dos 115 hospitais que responderam ao questionário, 20% declararam não possuir EMTN, uma proporção que já havia sido observada em pesquisas anteriores. Segundo os autores, em 2013, um estudo envolvendo 17 hospitais públicos na cidade de São Paulo evidenciou que 88,2% dessas instituições tinham EMTN instituídas.

De acordo com Campos et al. (2020) a situação é ainda mais preocupante em municípios menores, pois apenas 11% dos hospitais possuíam EMTN na região do Alto Tietê e Mogi das Cruzes apesar de todas as instituições incluídas relatarem o uso de Nutrição Enteral (NE), o que aponta para uma disparidade significativa na implementação de EMTN entre grandes centros urbanos e regiões menores.

Adicionalmente, o estudo de Campos et al. (2020) observa que hospitais com EMTN tendem a ter um número maior de leitos de UTI em comparação aos que não possuem essas equipes. Isso indica que as EMTN estão concentradas em instituições de maior porte, com mais infraestrutura e capacidade de atendimento intensivo. No entanto, não foram encontrados dados comparativos na literatura que corroborem essa observação.

2.2.1 Atribuições do nutricionista na EMTN

No ano de 1995, demonstrou-se que pacientes oncológicos quando atendidos por serviços especializados apresentaram melhor prognóstico e número menor de

complicações, levando ao surgimento da noção de equipe multidisciplinar, a qual pode ser definida como grupo de pessoas, de diferentes disciplinas de saúde que se reúnem para discutir sobre o caso de um paciente em específico e como cada membro da equipe pode contribuir para seu bem-estar (Pereira; Chaves; De Podestá, 2022).

Portanto, o objetivo principal da equipe multidisciplinar é promover um cuidado pautado pelo melhor, respeitando as preferências do paciente (Pereira; Chaves; De Podestá, 2022). Corrêa e Rocha (2021) afirmam que o empenho de nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e médicos nesse contexto é fundamental, sempre se pautando por aspectos éticos e psicológicos, o que consideram ser de grande valia para o paciente e seus familiares. O Quadro 2 apresenta as atribuições do Nutricionista.

Quadro 2 – Atribuições do Nutricionista na EMTN.

Profissional	Atribuições
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado nutricional do paciente. - Elaborar a prescrição dietética e formular a NE. - Acompanhar a evolução nutricional do paciente e adequar à prescrição dietética de acordo com a condição clínica. - Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional compartilhando com os profissionais da EMTN. - Selecionar, adquirir, armazenar e distribuir os insumos necessários ao preparo da dieta enteral. - Qualificar fornecedores. - Assegurar a correta amostragem da NE preparada para análise microbiológica, organizar e atividades de preparação. - Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada. - Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da preparação da NE, supervisionar e promover auto-inspeção nas rotinas operacionais da preparação da NE e avaliar qualitativa e quantitativamente as necessidades de nutrientes baseadas na avaliação do estado nutricional do paciente juntamente com o enfermeiro da EMTN, orientá-lo, a família ou o responsável legal quanto à preparação e à utilização da dieta enteral prescrita para o período após a alta hospitalar.

Fonte: Adaptado de Matsuba (2019) e Ministério da Saúde (2000).

Quando esta equipe se mostra capaz de agir de forma organizada, eficiente e coesa, existe a oportunidade de um melhor entendimento do plano terapêutico e maior empatia, o que como resultado leva a uma maior satisfação e adesão ao tratamento

por parte do paciente (Pereira; Chaves; De Podestá, 2022). De acordo com a Resolução nº 663 do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), de 28 de agosto de 2020 (CFN, 2020), é responsabilidade do nutricionista, como profissional de saúde, cuidar da preservação, promoção e recuperação da saúde.

O art. 2º estipula que, para desempenhar as funções de Nutrição Clínica em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o nutricionista deve realizar atividades à exemplo de estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, sempre pautado pela legislação vigente e as diretrizes atuais relacionadas à assistência nutricional. Além disso, o nutricionista é incumbido de prescrever a dieta para terapia nutricional enteral e oral, e realizar avaliações diárias, ajustando-as conforme metas nutricionais e protocolos técnicos preestabelecidos (CFN, 2020).

Conforme descrito por Amaral, Poll e Antunes (2023), pacientes hospitalizados frequentemente experimentam perdas de peso significativas, devido a um aumento da taxa metabólica ou à inadequação da TN, sendo esse cenário ainda mais pronunciado em pacientes críticos, com internação em UTI. Nesse contexto, o profissional nutricionista tem papel fundamental na evolução favorável do paciente, ao auxiliar a equipe a propor o melhor plano terapêutico em relação a nutrição, com seu conhecimento técnico e informações relevantes sobre hábitos alimentares prévios e o significado do alimento para o paciente (Corrêa; Rocha, 2021).

Toda avaliação nutricional é fundamentada em protocolos padrão dedicados a identificar e classificar o risco nutricional, e com base nestes dados, cabe à equipe multidisciplinar discutir o suporte nutricional à luz de diferentes modalidades de tratamento, contribuindo assim para melhorar a qualidade do cuidado, os resultados do tratamento e a qualidade de vida do paciente (Pereira; Chaves; De Podestá, 2022). Na atualidade, o suporte nutricional representa um componente essencial no cuidado de pacientes críticos (Gama *et al.*, 2023).

Dentro desse contexto a avaliação nutricional nas primeiras horas de internação torna-se imperativa, uma vez que a identificação precoce do risco nutricional é crucial para orientar a conduta dietoterápica em relação às necessidades nutricionais, avaliação que engloba anamnese, exames físicos, medidas antropométricas, instrumentos de triagem nutricional e outros elementos (Gama *et al.*, 2023). Compreende-se que essas medidas, aliadas ao diagnóstico médico precoce, contribuirão para um prognóstico clínico dos pacientes (Amaral; Poll; Antunes, 2023).

A prescrição dietética deve atender às necessidades e às restrições específicas

do paciente, levando em consideração o tipo e a quantidade de nutrientes necessários e/ou recomendados (carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas e minerais), bem como o estado patológico e as condições digestivas e de absorção do paciente (Silva; Oliveira, 2016).

O nutricionista realiza uma avaliação minuciosa do paciente, considerando seu histórico médico, suas condições clínicas e suas preferências alimentares, a fim de desenvolver uma prescrição dietética personalizada e eficaz. Este profissional utiliza seu conhecimento especializado para garantir que a dieta seja balanceada, atendendo às necessidades nutricionais específicas do paciente e promovendo sua recuperação e bem-estar (Silva; Oliveira, 2016).

Em nome da BRASPEN, afirma-se que a prescrição dietética é atividade privativa do nutricionista, que compõe a assistência individualizada prestada aos pacientes na prevenção, manutenção e promoção da saúde em ambiente hospitalar, ambulatorial, consultório e à domicílio, no que diz respeito ao plano alimentar, sendo que esta prescrição dietética deve ser elaborada com base em diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional (Alvite; Piovacari; Dock-Nascimento, 2019).

Este diagnóstico nutricional deve ficar registrado com data, valor energético total (VET), consistência, macro e micronutrientes, fracionamento e assinatura do nutricionista responsável pela prescrição, seguida de carimbo, número e região de sua inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas (CRN) (Alvite; Piovacari; Dock-Nascimento, 2019). Entretanto, a negligência com a atuação dos serviços do nutricionista é algo frequentemente visto no setor hospitalar, a despeito do que diz a legislação, evidenciando uma falta de valorização desse profissional (Noronha; Da Silva; Patrício, 2021).

2.3 Procedimentos operacionais padronizados para o cuidado nutricional em TNE

A TNE está diretamente ligada à qualidade de vida, à gestão da saúde, às doenças e às questões relacionadas a esses aspectos. A implementação de protocolos padronizados, como destacado por Campos *et al.* (2016), desempenha um

papel significativo não apenas na melhoria dos cuidados, mas também no aumento da qualidade de vida dos indivíduos sob cuidados.

A utilização de protocolos pode ser uma estratégia importante para garantir a segurança do paciente durante a nutrição enteral, ao padronizar as práticas entre os profissionais de saúde (Campos *et al.*, 2016). Conforme observado por Macedo *et al.* (2021), os protocolos representam uma ferramenta simples e eficaz que auxilia na prevenção e redução dos riscos associados à assistência em saúde.

O uso de protocolos é uma prática comum em diversas instituições, podendo ser elaborados em formato impresso ou por meio de recursos computacionais. Na área da Saúde, esses protocolos são empregados para padronizar e uniformizar procedimentos e informações no atendimento aos pacientes, devendo ser capazes de coletar e armazenar dados, possibilitando controle, análise, acompanhamento e contribuindo para uma tomada de decisão mais segura e eficaz (Schieferdecker *et al.*, 2013).

Os protocolos eletrônicos, conforme destacado por Schieferdecker *et al.* (2013), desempenham um papel importante na redução de erros na coleta de dados, na diminuição do uso de papel e seus custos associados, além de possibilitarem o uso em múltiplos centros. Feitosa *et al.* (2023) argumentam que a necessidade de desenvolver protocolos nutricionais em ambientes hospitalares é influenciada por dois fatores principais: variações nas práticas nutricionais e a presença de desnutrição hospitalar.

Behrmann e Lima (2019) afirmam que a implementação de protocolos específicos, por meio de uma abordagem multidisciplinar, pode ser fundamental para alcançar uma nutrição adequada e uma gestão de cuidados eficaz para os pacientes hospitalizados. Compreende-se que avaliar os pacientes com base em protocolos nutricionais não apenas representa uma oportunidade de racionalizar o tratamento medicamentoso, mas também assegura a qualidade desse tratamento.

A ausência de protocolos de nutrição, juntamente com fatores físicos como deficiência de motilidade gástrica, diarreia ou a realização de procedimentos, pode contribuir para o déficit energético em pacientes hospitalizados. Entre pacientes com alto risco nutricional, mesmo quando há a implementação de protocolos nutricionais

em unidades hospitalares, ainda persistem divergências na equipe multiprofissional (Behrmann; Lima, 2019).

Essa falta de consenso geralmente decorre da ausência de embasamento teórico adequado para analisar problemas alimentares, identificar parâmetros e discernir tais problemas. Também há conflitos entre conhecimento teórico e experiência prática, desconhecimento do papel do nutricionista, má gestão de protocolos compatíveis com a rotina hospitalar, falta de capacitação para a equipe multiprofissional, fragmentação de ações e dificuldade de interação entre profissionais de saúde. Desafios que dificultam a sistematização das ações de cuidado nutricional integradas aos protocolos (Behrmann; Lima, 2019).

A eficácia de um protocolo de nutrição enteral (NE) em melhorar desfechos como mortalidade, infecções nosocomiais, duração da ventilação mecânica e tempo de permanência na UTI permanece controversa (Feitosa *et al.*, 2023). A construção de protocolos tem implicações teóricas para a academia e práticas para os serviços de saúde, destacando a importância de diretrizes construídas com base na literatura e alinhadas à realidade das instituições. Segundo Campos *et al.* (2016) isto reforça a necessidade de criar, validar e aprimorar protocolos de assistência que sejam operacionais e capazes de promover mudanças nas práticas de cuidado.

As principais vantagens sobre do uso de protocolos, de acordo com Brandão *et al.* (2020) e Sartor e Alves (2019) são:

- **Garantia de segurança do paciente:** Os Protocolos na TNE são desenvolvidos para garantir a segurança do paciente durante todo o processo de terapia nutricional enteral. Eles abordam aspectos críticos, como higiene das mãos, preparação estéril de fórmulas, verificação adequada da posição do tubo de alimentação e prevenção de complicações, como refluxo ou obstrução. Ao seguir os procedimentos corretos, os profissionais de saúde podem minimizar os riscos associados à TNE e proteger a saúde do paciente;
- **Consistência e qualidade:** Os Protocolos estabelecem um padrão consistente de cuidado nutricional em TNE, garantindo que todos os profissionais de saúde envolvidos sigam as mesmas diretrizes e práticas. Isso ajuda a evitar variações na prestação de cuidados, promovendo uma abordagem padronizada e de alta qualidade. A consistência também é essencial para a comparação de resultados, o monitoramento e a avaliação eficazes;
- **Eficiência e produtividade:** Ao fornecer instruções detalhadas e passo a passo, os protocolos na TNE permitem que os profissionais de saúde realizem suas tarefas de maneira eficiente e produtiva. Eles eliminam a necessidade de repetidas discussões e decisões sobre procedimentos, economizando tempo e

recursos. Além disso, a padronização dos processos reduz erros e retrabalho, contribuindo para uma prestação de cuidados mais eficiente;

- **Orientação e capacitação:** Os protocolos atuam como uma ferramenta essencial para a orientação e a capacitação de profissionais de saúde envolvidos na TNE. Eles fornecem diretrizes claras e específicas, auxiliando na formação de equipes e na educação continuada. Os novos membros da equipe podem se familiarizar rapidamente com os procedimentos e as práticas, enquanto os profissionais experientes podem atualizar e reforçar seu conhecimento;
- **Auditoria e garantia de qualidade:** Os protocolos facilitam a auditoria e a avaliação da conformidade com as diretrizes e os padrões estabelecidos. Ao serem seguidos, torna-se mais fácil identificar lacunas ou áreas que precisam ser aprimoradas. Por meio da revisão regular dos POPs e da avaliação da adesão aos mesmos, os gestores de qualidade podem implementar medidas corretivas e garantir a melhoria contínua da prestação de cuidados em TNE.

O Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©) foi desenvolvido para abordar deficiências comuns em pesquisas, como a falta de padronização de termos, não reutilização de dados entre pesquisas, dificuldades em realizar pesquisas multicêntricas e multidisciplinares. Esse sistema oferece informações automáticas, instantâneas e ágeis, com armazenamento estruturado de dados clínicos para facilitar sua utilização (Schieferdecker *et al.*, 2013).

Este sistema visa conferir maior confiabilidade aos bancos de dados clínicos prospectivos, permitindo o resgate e cruzamento das informações, além de contribuir para a produção de estudos científicos de alta qualidade com credibilidade e eficiência. O desenvolvimento do protocolo eletrônico em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED), passou por três etapas.

Inicialmente, realizou-se uma revisão da literatura sobre TNED, resultando na criação da base teórica de dados dessa terapia. Em seguida, essa base teórica foi transferida para a forma de um protocolo eletrônico geral, denominado Protocolo Mestre Informatizado de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar. A terceira etapa envolveu a criação de um protocolo específico a partir do protocolo mestre, permitindo a seleção dos itens relevantes para a pesquisa pretendida (Schieferdecker *et al.*, 2013).

Os protocolos em nutrição devem ser elaborados em formulários de evolução, padronizado pela unidade hospitalar em que será aplicado. Tais formulários devem abranger elementos como a identificação do paciente, diagnóstico médico, motivo da

internação, história da doença atual e pregressa, avaliação bioquímica, exame físico, antropometria, diagnóstico nutricional, necessidades nutricionais, metas/objetivos do cuidado nutricional e conduta nutricional. Isso possibilita que a equipe multiprofissional tenha acesso a todas as informações no prontuário do paciente, permitindo a intervenção de cada profissional de maneira direcionada para a integralidade do cuidado (Behrmann; Lima, 2019).

Por fim, ressalta-se que é essencial a revisão e atualização regular dos protocolos de forma que sejam um reflexo das melhores práticas e diretrizes. Além disso, a capacitação adequada dos profissionais de saúde e a supervisão contínua são fundamentais para garantir a implementação efetiva dos protocolos e para a qualidade do cuidado nutricional em TNE (Texeira *et al.*, 2020).

2.4 EBSERH

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido pela Lei nº 8.080/1990, constitui um conjunto de iniciativas e atendimentos providos por entidades públicas federais, estaduais e municipais, em conformidade com as exigências da Constituição Federal de 1988. Dentro desse contexto, encontram-se os Hospitais Universitários Federais (HUF's), incumbidos da capacitação de profissionais de saúde e do avanço de tecnologias voltadas para a saúde da população, com o objetivo constante de aprimorar os padrões de eficiência no âmbito do SUS (Sansone; Winckler; Dasso Júnior, 2020).

Os HUF's são entidades públicas vinculadas às universidades, podendo ser considerados o maior complexo hospitalar do país. Estas entidades desempenham seu papel em duas frentes: educacional, responsável pela formação de profissionais de saúde e pela produção de pesquisas biomédicas, e em saúde, ao prestar assistência à população, integrando-se à rede de serviços do SUS como referência para média e alta complexidade (Pinheiro; Borges, 2019; Mesquita, 2019).

Conforme Sansone, Winckler e Dasso Júnior (2020), os HUF's estão associados às faculdades de medicina e, dada sua natureza centrada em tratamentos de alta tecnologia, bem como foco ensino e pesquisa, enfrentam uma situação de recursos insuficientes em face de elevados custos. Mesquita (2019) afirma que apesar de sua relevância na formação profissional e no atendimento à população, desde os anos 1980, os HUF's se encontram em crise devido à falta de investimento nessas

instituições, resultando em déficits de profissionais devido à ausência de concursos públicos, e precarização dos serviços.

Pinheiro e Borges (2019) acreditam que os HUF's vêm sendo negligenciados e prejudicados pela falta de investimentos e restrições orçamentárias desde a década de 1990, resultando em uma crise evidente de recursos financeiros, tecnológicos e de recursos humanos, com impactos negativos na quantidade e qualidade dos serviços oferecidos à comunidade.

Essa crise, além de afetar a infraestrutura e reduzir o número de leitos, levou a um endividamento elevado e à falta de pessoal devido à não realização de concursos públicos, considerando também o aumento do atendimento pelo SUS para suprir as deficiências na rede de saúde pública (Mesquita, 2019). Na interpretação de Pinheiro e Borges (2019) uma explicação para esse cenário está na Lei de Responsabilidade Fiscal de 2000, que estabeleceu limitações nas despesas com pessoal como um dos principais mecanismos de controle das contas públicas.

Diante desse cenário, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, com o intuito de financiar de forma colaborativa entre os setores da educação e da saúde, a reestruturação e revitalização dos HUF's que fazem parte do SUS (Sansone; Winckler; Dasso Júnior, 2020).

O REHUF, um programa elaborado e financiado pelo Banco Mundial (BM), concedeu um empréstimo no valor de 756 milhões de reais, a ser distribuído entre os HUFs existentes. Em contrapartida, esses hospitais deveriam atender às condicionalidades estabelecidas pelo BM, dentre eles a adoção de um novo modelo de gestão (Pinheiro; Borges, 2019), o que ocorreu por intermédio da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Sansone; Winckler; Dasso Júnior, 2020).

No último dia do segundo mandato do então presidente Lula, em 31 de dezembro de 2010, foi assinada a Medida Provisória 520/2010, o primeiro passo para aprovar a criação da EBSERH. No entanto, após uma intensa mobilização universitária, a medida provisória não foi aprovada (Afonso; Benevides, 2020). Sansone, Winckler e Dasso Júnior (2020) destacam que o processo legislativo que resultou na criação da EBSERH foi tumultuado, tendo sido observadas discussões nas universidades, sindicatos e conselhos de saúde, entre outros, em razão das

disposições inicialmente apresentadas na Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010, e posteriormente no Projeto de Lei nº 1.749/2011.

A EBSEH seria financiada pela União, Ministério da Educação (MEC) e convênios com o SUS, além da possibilidade de incorporação de bens e direitos, como a venda de cursos e aluguel de instalações, aplicações financeiras, dividendos e até mesmo a participação como sócia em empresas lucrativas, como laboratórios farmacêuticos (Afonso; Benevides, 2020), sendo estabelecida como uma empresa pública de direito privado, integrante da Administração Indireta, com patrimônio próprio e vinculada ao MEC, e prazo de duração era indeterminado (Pinheiro; Borges, 2019).

Dentre os principais temas dessas discussões, destacaram-se a conseqüente perda de autonomia administrativa das universidades em relação a seus hospitais, a possibilidade de privatização dos HUF's, uma vez que passariam a ser geridos por uma entidade empresarial, e a pressão exercida pelo Governo Federal para que os HUFs aderissem à EBSEH, a despeito da adesão ser facultativa (Sansone; Winckler; Dasso Júnior, 2020).

Defendendo a necessidade de racionalização da gestão dos HUF's, para conferir maior agilidade, flexibilidade e dinamismo, resultando na possibilidade de maior controle de gastos e foco em resultados, e considerando o dado de 40 milhões de procedimentos nos HUs e da necessidade de regularização do trabalho de 26.556 profissionais submetidos a contratos precários, propôs-se uma alteração no regime jurídico dessas instituições. Na interpretação do então deputado Roberto Requião, a iniciativa resultaria em um comprometimento da autonomia das universidades, favoritismo e desperdício de recursos públicos (Mesquita, 2019).

O então deputado Roberto Requião argumentava que, apesar dos esforços da Câmara dos Deputados para afastar a alegação de privatização da saúde por meio da EBSEH, ao evitar a forma de sociedade anônima, existiam problemas jurídicos e pedagógicos na proposta, dentre eles o desrespeito à autonomia universitária e a ausência de garantia da permanência da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (Pinto, 2020).

Afonso e Benevides (2020) afirmam que a criação da EBSEH apresentou desafios para os analistas de políticas públicas, e para aqueles que decidiram estabelecer ou não contratos de gestão com ela. Compreender o contexto em que a empresa surgiu, a quem ela serve e quais perspectivas ela aponta seria essencial

para entender o papel da EBSEERH em termos de descentralização e privatização do serviço público, assim como o papel do Estado como regulador e financiador dos serviços de saúde.

De acordo com Pinto (2020) ao longo de 2011, o projeto de criação da EBSEERH tramitou na Câmara e no Senado até que a Lei 12.550/11 fosse sancionada pela então Presidente Dilma Rousseff. A empresa é uma entidade pública de direito privado que atua nas três esferas do governo, desempenhando um papel direto no SUS. Com capital integral da União, foi criada com a previsão de se tornar a quarta maior estatal do país (Afonso; Benevides, 2020).

Seu propósito principal é oferecer serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à sociedade, bem como prestar serviços relacionados a ensino, pesquisa e extensão às instituições públicas federais de ensino, respeitando a autonomia universitária (Sansone; Winckler; Dasso Júnior, 2020).

A atuação da EBSEERH abrange duas áreas desafiadoras no contexto brasileiro: educação e saúde. Suas competências são definidas pela Lei nº 12.550/2011, especialmente no artigo 4º, cujo inciso I estabelece a gestão das unidades hospitalares, com a prestação de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico para a comunidade atendida pelo SUS, enquanto que o inciso II aborda as instituições federais de ensino superior e os contornos da prestação de serviços de apoio ao ensino, pesquisa e extensão, ensino-aprendizagem e formação de profissionais na área da saúde (Sansone; Winckler; Dasso Júnior, 2020).

Conforme Aredes, Coelho e Gatto (2022), a EBSEERH possui objetivos estratégicos que envolvem a organização de processos e métricas para racionalizar as unidades de saúde, considerando os tetos orçamentários de média e alta complexidade nas regiões de saúde em que estão inseridas. Organização que deve ser realizada em parceria com os gestores de saúde locais, mantendo as características de hospitais de ensino. Além disso, a empresa busca identificar, incorporar e avaliar novas tecnologias de saúde, promover a formação de novos profissionais de saúde e gerar conhecimento.

Por ser uma Empresa Pública, a EBSEERH deve manter toda a prestação de serviços de saúde integral e exclusivamente no âmbito do SUS, sem excluir a possibilidade de atender indivíduos com planos privados de assistência à saúde,

desde que as despesas sejam ressarcidas. A integralização de seu capital social é realizada com recursos do orçamento da União, bem como pela incorporação de bens e direitos avaliáveis em dinheiro, sendo integralmente propriedade da União (Pinheiro; Borges, 2019).

Sansonove, Winckler e Dasso Júnior (2020) destacam como particularidade da EBSEH a descentralização organizacional. Nesse contexto, a entidade é considerada o órgão central, enquanto que os HUF's que aderiram à sua gestão são considerados agências descentralizadas. No entanto, reconhecem haver uma distorção no conceito de descentralização, uma vez que na EBSEH ocorre apenas a transferência do poder de administrar.

Segundo Sansonove, Winckler e Dasso Júnior (2020), a descentralização se deve ao fato de não haver uma distribuição de competências, uma vez que as universidades federais, às quais os HUF's estavam vinculados, eram responsáveis pela gestão, e a EBSEH assume apenas essa função. Atualmente, a empresa tem sua sede administrativa em Brasília-DF, sendo responsável por organizar as atividades em rede das instituições. Além disso, é encarregada de definir todas as diretrizes administrativas e financeiras, bem como de planejar a infraestrutura e a tecnologia da informação e comunicação (TIC) da rede (Aredes; Coelho; Gatto, 2022).

Em 2019, existiam 50 HUF's no Brasil, vinculados a 35 universidades federais. 10 HUFs não firmaram contrato com a EBSEH, dentre elas a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (com 8 hospitais) (Sansonove; Winckler; Dasso Júnior, 2020).

De acordo com Mesquita (2019) para que um hospital universitário seja vinculado à EBSEH, é necessário obter a manifestação favorável da universidade por meio do Conselho Universitário. Entretanto, das 40 filiais existentes (Figura 1), poucas implementaram um processo democrático de consulta e debate, tendo prevalecido arbitrariedades, decisões monocráticas dos Reitores, e até mesmo incidentes envolvendo violência física em atos de protesto.

Figura 1 – IFES com Hospitais Universitários Federais.



Fonte: Mesquita (2019).

Aredes, Coelho e Gatto (2022) destacam que durante o ano de 2020 e o início de 2021, com o aumento da procura da população por serviços de saúde devido ao agravamento dos casos de complicações respiratórias causadas pela Covid-19 e os crescentes índices de transmissão do SARS-CoV-2, a rede de hospitais universitários federais registrou um acréscimo no número de leitos de 2,6%.

Esse aumento elevou o total de leitos hospitalares de 8.970 para 9.199 em um período de dez meses, considerando as competências de março de 2020 a janeiro de 2021. Com a integração da gestão, profissionais de saúde, pesquisadores e professores das universidades vinculados à assistência nos hospitais da rede, a dinâmica hospitalar foi adaptada para atender à nova demanda (Aredes; Coelho; Gatto, 2022).

Em resposta a essa nova realidade, cirurgias eletivas foram suspensas, a oferta de educação permanente para as equipes em controle de infecção foi reforçada, tendo sido realizadas adaptações nos protocolos de biossegurança, vigilância epidemiológica e manejo clínico. Além disso, leitos foram realocados para respeitar o

isolamento de casos suspeitos e confirmados, entre outras medidas (Aredes; Coelho; Gatto, 2022). O Quadro 3 apresenta a estrutura de governança da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Quadro 3 – Estrutura de governança da EBSEH.

Órgão	Composição
Órgãos de Administração	Conselho de Administração; Diretoria Executiva; Conselho Consultivo.
Órgãos de Fiscalização	Conselho Fiscal; Auditoria Interna.
Comissões e Comitês	Comissão de Ética; Comitê Interno de Gestão do REHUF; Comissão de Controle Interno; Comitê de Gestão de Riscos e Crise; Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas da Sede; Comitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicação; Comitê de Governança de Tecnologia da Informação e Comunicação; Comitê de Governança do Aplicativo para Gestão dos Hospitais Universitários; Outras comissões e comitês constituídos pela Presidência ou pela Diretoria Executiva.

Fonte: Mesquita (2019).

2.4.1 Instituições que fazem parte da EBSEH

De acordo com o site institucional da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) a rede de hospitais universitários federais é formada por 51 hospitais vinculados a 36 universidades federais. Destes, 41 hospitais são vinculados à Rede EBSEH (Figura 2). Os HUF's que optaram não por não estabelecer contato com a empresa foram mencionados anteriormente.

Figura 2 – Hospitais vinculados a EBSERH.



Fonte: EBSERH (2024).

Aredes, Coelho e Gatto (2022) mencionam como exemplos de instituições fazem parte da EBSERH:

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA);
- Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição;
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP/USP);
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP);
- Complexo Hospitalar do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná;
- Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB);
- Hospital Eduardo Campos da Pessoa Idosa Recife/PE (SMS Recife);
- Hospital Getúlio Vargas (SES PI);
- Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA-SES-ES);
- Hospital Estadual de Vila Velha Dr. Nilton de Barros (HESVV);
- Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN);
- Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna (SES Pará);

- Rede Hospitalar do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (SES CE);
- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP (SES PE);
- Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV).

No que diz respeito ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), o contrato de gestão entre o hospital e a EBSERH, celebrado em Brasília/DF, em 6 de novembro de 2013, estabelece uma parceria regulada pelo gênero contrato de gestão, submetendo-se às cláusulas e preceitos de direito público, notadamente a Lei nº 12.550, de 2011, e, subsidiariamente, a Lei nº 8.666, de 1993, além dos princípios da Teoria Geral dos Contratos (EBSERH, 2021).

O Plano de Reestruturação, mencionado na Cláusula Terceira, delinea ações estratégicas e metas a serem implementadas pela Contratada, no caso a EBSERH, ao longo de no máximo 12 meses, abrangendo todas as áreas de atuação do hospital. Destaca-se a ênfase na gestão ética e transparente do Hospital Universitário, o zelo pelo patrimônio cedido, a implementação de uma gestão hospitalar informatizada e a aplicação dos recursos arrecadados na prestação de serviços de excelência (EBSERH, 2021).

A Cláusula Sétima enumera as obrigações e responsabilidades da Contratada, incluindo a manutenção de uma força de trabalho adequada, a publicação mensal do Boletim de Pessoal relacionado à gestão de recursos humanos, a preservação de espaços para ensino e pesquisa, e o estímulo à produção de conhecimento científico e tecnológico (EBSERH, 2021).

O contrato, com vigência inicial de vinte anos, conforme estabelecido no plano de metas, está sujeito a prorrogações mediante Termo Aditivo, condicionadas ao cumprimento de um novo plano de metas aprovado pelas partes. A validade e eficácia do contrato dependem da publicação resumida pela Contratante no Diário Oficial da União e na íntegra pela Contratada em sítio próprio na rede mundial de computadores (EBSERH, 2021).

A EBSERH estabeleceu um quadro abrangente de metas para o período de vigência do contrato com o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV). Entre as prioridades, destaca-se o compromisso de acompanhar o atendimento das recomendações e Acórdãos do TCU e CGU, assim como as orientações da AUGGE e dos Conselhos de Administração e Fiscal, visando assegurar a conformidade e aprimoramento das práticas de gestão (EBSERH, 2021).

Outra meta relevante é a realização de auditorias em diferentes áreas, envolvendo o Sistema de Controle e Execução de Obras do REHUF, no Sistema Contábil e controladoria contábil, nos processos de aquisições de bens e serviços, e no Sistema de Gestão de Pessoas, buscando desta forma conferir maior transparência e eficiência nos processos internos do hospital (EBSERH, 2021).

No âmbito assistencial, foram delineadas estratégias para qualificar a atenção à saúde, ampliar a segurança do paciente e adequar o perfil assistencial, considerando o caráter formador, as necessidades da população e o papel na rede de atenção à saúde. A reorganização dos ambulatórios e serviços especializados, a regulação do acesso pelo gestor do SUS e a busca por certificações de qualidade também são metas destacadas (EBSERH, 2021).

Na esfera de gestão, o HUGV busca racionalizar a alocação da força de trabalho, investir em educação corporativa e realizar programas de pesquisa de satisfação do público interno e externo. A capacitação da equipe de governança e a implantação de um modelo de gestão sustentável também são metas importantes. O hospital reconhece a importância da inovação e pesquisa, promovendo estudos sobre o perfil das pesquisas desenvolvidas, fortalecendo a participação no Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, e implantando sistemas de apropriação, gestão e monitoramento de custos hospitalares. Além disso, há um foco significativo na atualização de planejamentos estratégicos (EBSERH, 2021).

Tabela 1 – Principais metas estabelecidas pela EBSERH para o HUGV separadas por categorias.

1. Governança e Conformidade	- Acompanhar e atender Acórdãos e Recomendações do TCU e CGU, AUGÉ e Conselhos de Administração e Fiscal.
	- Avaliar os controles internos administrativos do HU.
2. Auditoria e Transparência	- Realizar Auditoria no Sistema de Controle e execução de Obras do REHUF.
	- Realizar Auditoria no Sistema Contábil e controladoria contábil.
	- Realizar Auditoria nos processos de aquisições de bens e serviços por dispensa e inexigibilidade.
	- Realizar Auditoria no Sistema de Gestão de Pessoas.
3. Qualidade Assistencial e Humanização	- Desenvolver estratégias, projetos e atividades para qualificar a atenção à saúde e ampliar as ações de segurança do paciente.
	- Definir modelos de referência para gestão da qualidade e acreditação hospitalar.
	- Reorganizar os ambulatórios e serviços especializados, agregando-os por linha de cuidado.
	- Adotar diretrizes da Política Nacional de Humanização.

4.Gestão Sustentável e Infraestrutura	- Desenvolver e implantar modelo de gestão sustentável, abordando intervenção física nas instalações, uso racional de recursos, coleta, tratamento e destinação de resíduos.
	- Regularizar a gestão imobiliária.
	- Expandir a utilização do Sistema de Gestão Hospital (AGHU) e intensificar o uso de tecnologia da informação.
	- Implantar sistema de apropriação, gestão e monitoramento de custos hospitalares.
5.Educação, Pesquisa e Inovação	- Desenvolver ações permanentes para educação corporativa em gestão administrativa e financeira, atenção à saúde e gestão do conhecimento.
	- Realizar estudos sobre o perfil das pesquisas desenvolvidas no Hospital e integrá-las ao modelo de atenção à saúde.
	- Desenvolver estratégias, programas e projetos que fortaleçam a participação do Hospital no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação.
	- Implantar programa habitual e continuado de pesquisa de satisfação do público interno e externo.

Fonte: Autoria própria (2024).

2.4.2 Protocolos utilizados no Hospital Universitário Getúlio Vargas

Os POP's representam um conjunto essencial de diretrizes e normas que regulamentam as atividades no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), sendo disponibilizados pelo site institucional da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Como discutido em momento anterior, POP's são instrumentos fundamentais para a padronização e qualidade dos serviços prestados, assegurando a eficiência e a segurança nos procedimentos hospitalares.

Dentre os diversos POP's adotados pelo HUGV, destaca-se o procedimento intitulado "Busca Ativa dos Incidentes Transfusoriais," cuja última modificação ocorreu em 17 de dezembro de 2020 às 18h07. Este POP estabelece diretrizes específicas para a identificação, registro e acompanhamento dos incidentes relacionados à transfusão de sangue, visando à prevenção e correção de eventuais adversidades (EBSERH, 2021).

Outro procedimento registrado é o "Investigação e Conclusão de Incidentes Transfusoriais," modificado pela última vez em 17/12/2020 às 18h07. Este POP delinea os passos a serem seguidos na apuração detalhada de incidentes transfusoriais, com o intuito de identificar suas causas, responsabilidades e propor medidas corretivas para evitar recorrências (EBSERH, 2021).

O "Notificação dos Incidentes Transfusionais", cuja última atualização foi em 17/12/2020 às 18h07, delinea os critérios e prazos para a comunicação oficial de incidentes transfusionais às autoridades competentes, garantindo a transparência e a cooperação com os órgãos reguladores. Além dos POP's relacionados à transfusão sanguínea, o HUGV também implementa diretrizes específicas para o "Transporte de paciente Intra e Extra Hospitalar," com última modificação em 17/12/2020 às 18h07. Este POP estabelece protocolos seguros e eficazes para o deslocamento de pacientes, assegurando a continuidade do cuidado e minimizando os riscos associados a essa fase crítica do tratamento (EBSERH, 2021).

Por fim, o POP "Atendimento", cuja última modificação foi registrada em 30/09/2021 às 12h03, detalha as diretrizes gerais para o atendimento prestado no HUGV, abordando desde a triagem inicial até a alta hospitalar, garantindo a uniformidade na abordagem aos pacientes e promovendo a excelência nos cuidados médicos (EBSERH, 2021).

2.4.3 Protocolo de Nutrição

O procedimento operacional padrão (POP) para a prescrição dietética no Hospital Universitário Getúlio Vargas, estabelecido em 03 de setembro de 2021, é essencial para garantir a eficácia e a individualização da terapia nutricional enteral aos pacientes internados. Este POP tem como objetivo principal proporcionar ajustes dietéticos precisos e personalizados, atendendo às necessidades específicas de cada indivíduo, seja para promover a recuperação ou manter um estado nutricional adequado durante o período de internação.

Pontos principais:

- **Prescrição Diária em Formulário Específico:** As prescrições devem ser realizadas diariamente em um formulário específico, após a liberação da prescrição médica;
- **Registro Detalhado por Paciente:** Todas as prescrições realizadas para um paciente devem ser registradas diariamente em um arquivo de acompanhamento individual, com cada prescrição feita em uma nova planilha nomeada com a data correspondente e registrada com o nome do nutricionista prescritor;
- **Documentação e Distribuição das Prescrições:** A primeira folha da prescrição, contendo duas folhas no total, deve ser impressa, carimbada, e assinada pelo nutricionista prescritor, sendo alocada junto à prescrição médica

até as 11h do dia corrente. A segunda folha, preenchida automaticamente a partir dos dados inseridos na primeira, exceto as etiquetas que devem ser preenchidas diariamente, deve ser impressa, carimbada, assinada pelo nutricionista e entregue na sala de produção de Terapia Nutricional Enteral;

- **Entrega Padrão das Prescrições:** As prescrições devem ser entregues à produção de TNE logo que estejam prontas, respeitando o limite de 10h30, para evitar atrasos no início do horário padrão de entrega da TNE, às 11h. Exceções são permitidas em casos justificados, como falta de prescrição médica ou intercorrências que impeçam o início da dieta no horário padrão;
- **Horários das Fases de Dieta:** Os horários das fases de dieta devem seguir preferencialmente os horários pré-definidos, salvo em casos em que não seja possível devido à necessidade do paciente;
- **Padrão de Nutrição Enteral e Módulos:** A prescrição de TNE deve dar preferência ao padrão em sistema fechado, a menos que não seja possível ou haja justificativa pertinente para uso do sistema aberto. Os horários de infusão devem seguir o intervalo padrão, iniciando às 11h e finalizando às 05h do dia seguinte;
- **Nome Comercial da Dieta e Fase de Água:** A dieta deve ser prescrita com seu nome comercial para minimizar erros relacionados à troca de produtos. O paciente deve receber no mínimo uma fase de água às 05h para lavagem, reduzindo o risco de obstrução;
- **Responsabilidade da Nutrição na Hidratação:** A água de hidratação dos pacientes em TNE deve ser parte da prescrição da TNE de acordo com a necessidade do paciente, sendo a nutrição responsável por essa provisão.

Um ponto importante que precisa ser frisado é a necessidade de preencher manualmente na folha que foi entregue na sala de produção de TNE o desfecho do paciente, seguido de data e assinatura do nutricionista responsável pela última prescrição, sendo que o formulário de prescrição de TNE está disponível com a planilha “TNE 01.01” no arquivo individual do paciente no seguinte caminho da rede:

Computador \\server03 + “enter” → Unidade de Nutrição Clínica → “ano atual” TNE e TNP PRESCRIÇÕES.

Para melhor organização todos os pacientes que se encontrem em terapia nutricional enteral e ou parenteral deverão ter seus arquivos recortados das clínicas de origem e colados na pasta “ano atual” TNE e TNP PRESCRIÇÕES, com a seguinte sequência de nomeação: CLINICA – LEITO – PACIENTE - VIA DE ALIMENTAÇÃO,

não devendo ser excluído a clínica e leito por qual o paciente passou. A prescrição deverá estar com o preenchimento dos campos o mais completo quanto possível.

Após a finalização do acompanhamento do paciente pela EMTN, o arquivo deverá receber o desfecho (ALTA/DESMAME/TRANSFERÊNCIA/ÓBITO) no nome, colocado antes das informações anteriores, em seguida o arquivo deverá ser transferido para a pasta ALTA E OBITOS, caso desmame recortar o arquivo do paciente e colocar na pasta da clínica para qual o paciente faça parte. O nome do formulário deve ser modificado para a data da prescrição. A Figura 1 ilustra o Formulário de prescrição dietética para terapia nutricional enteral –TNE.

Figura 3 - Formulário de prescrição dietética para terapia nutricional enteral.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITAIS HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA												UFAM		HUGV		EBSERH		HOSPITALS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS					
CLÍNICA			0			LEITO			0			DATA INICIAL:		00/00		ENTERAL							
PACIENTE											0					REGISTRO:		0					
DIAGNÓSTICO/ PROCEDIMENTO			0													DI							
SEXO		0		IDADE		0		PA		0,00		PI		0,00		ALTURA		0,00		IMC: #DM/O:			
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL							00/01/00							VET (FB)		0,00							
VIA DE ACESSO			SNE			NE			EXCLUSIVA			MISTA:			PTN (g)			0,00					
VELOCIDADE DE ADMINISTRAÇÃO																							
PRESCRIÇÃO											ADAPTADOR												
DATA		QUANTIDADE		HORÁRIO		INSUMOS							NUTRICIONISTA/ONV										
		PRESCRITA		INFUNDIR																			
						ÁGUA (ADMINISTRAR EM FRASCO DISPONIBILIZADO PELA NUTRIÇÃO)																	
INFORMAÇÃO NUTRICIONAL																							
Kcal/mL		#DM/O:		Ptn/kg		#DM/O:		Kcal/dia		0,00		%HC		#DM/O:		%PTN		#DM/O:		%L		#DM/O:	
Kcal/Kg		#DM/O:		Kcal/gN		#DM/O:		%adeq.		#DM/O:		H2O(g)		0,00		Pn(g)		0,00		L/dia(g)		0,00	
								K(mg)		0,00		P(mg)		0,00		Na(mg)		0,00					
NOME						0						CLÍNICA		0		LEITO		0					
		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA		DATA				DATA		DATA					
ALTA																							
DESMADE																							
OBITO																							
ZERO																							
RUBRICA																							
HORÁRIO PADRÃO DE FINALIZAÇÃO DA DIETA: 05H - DESLIGAR A BOMBA E DESPREZAR O RESÍDUO																							
ATENÇÃO: INFUNDIR A ÁGUA DO HORÁRIO DAS 5H APÓS FINALIZAR A DIETA, PARA LAVAGEM DA SONDA.																							
<i>EVOLUÇÃO DA EQUIPE DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)</i>																							
ULTIMA ATUALIZAÇÃO		2/6/21 7:48		Prescrição Válida		2/6/21 7:48		ATÉ		03/06/2021		11:00hs											

Fonte: HUGV (2021).

Figura 4 - Formulário de prescrição dietética para terapia nutricional enteral.

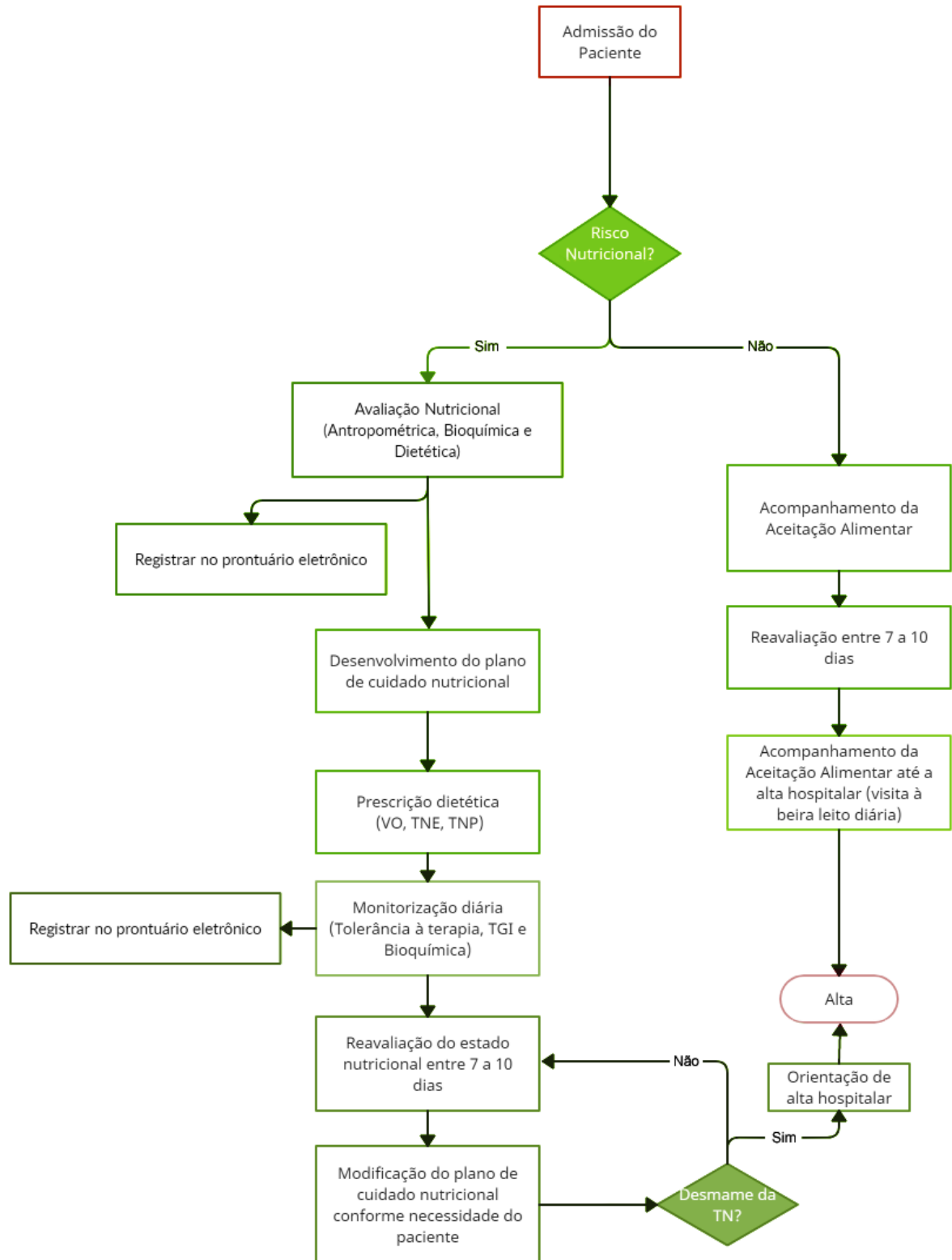
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITAIS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS
UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

UFAM HUGV EBSERH

CLÍNICA	0	LEITO	0	DATA INICIAL:	00/jan	ENTERAL	
PACIENTE	0					REGISTRO:	0
VIA DE ACESSO	SNE	NE EXCLUSIVA:	S	N	MISTA:	#REF!	TNP
VELOCIDADE DE ADMINISTRAÇÃO					0	Nº	
PRESCRIÇÃO					ADAPTADOR		
DATA	QUANTIDADE		HORÁRIO	INSUMOS	NUTRICIONISTA/CRN		
	PRESCRITA	INFUNDIDA					
00/jan	0		00:00	0	0		
	0		00:00	0			
	0		00:00	0			
	0		00:00	ÁGUA			
	0		0	0			
OBSERVAÇÃO							
DATA	ALTA	ÓBITO	ZERO	SUPENSO	DESMAME	Responsável	
REQUISIÇÃO DE MATERIAL							
CLÍNICA	0	LEITO	0	DATA INICIAL:	00/jan	ENTERAL	
PACIENTE	0					REGISTRO:	0
					DI	00/jan	
DATA	QUANTIDADE		HORÁRIO	INSUMOS	NUTRICIONISTA/CRN		
	PRESCRITA	INFUNDIDA					
00/jan	0		00:00	0	0		
	0		00:00	0			
	0		00:00	0			
	0		00:00	ÁGUA			
	0		0	0			
Solicitado por:				Liberado por:			
ETIQUETA FASE 1				ETIQUETA FASE 2 (QUANDO HOUVER)			
CLÍNICA	0	LEITO	0	CLÍNICA	0	LEITO	0
PACIENTE	0			PACIENTE	0		
REGISTRO	0	VOLUME	0	REGISTRO	0	VOLUME	0
DIETA	0	VAZÃO	0	DIETA	0	VAZÃO	0
INÍCIO		TÉRMINO		INÍCIO		TÉRMINO	
DATA	HORÁRIO	DATA	HORÁRIO	DATA	HORÁRIO	DATA	HORÁRIO
00/jan	00:00				00:00		
NUTRICIONISTA/CRN 7				NUTRICIONISTA/CRN 7			

Fonte: HUGV (2021).

Figura 5 - Organograma do fluxo de assistência do nutricionista na TN.



Fonte: HUGV (2021).

O organograma do fluxo de assistência do nutricionista na TN é uma ferramenta importante para garantir a qualidade do atendimento aos pacientes. As etapas descritas no fluxograma (Figura 5) contribuem para a identificação precoce de problemas nutricionais, a implementação de intervenções individualizadas e o acompanhamento da evolução do paciente.

1. Triagem de Risco Nutricional:

- **Avaliação do NRS-2002:** É realizado um questionário para identificar o risco de desnutrição do paciente.
- **Se o paciente for considerado de risco:**
 - **Avaliação Nutricional Completa:**
 - **Antropométrica:** Medição de peso, altura, circunferência da cintura e dobras cutâneas.
 - **Bioquímica:** Análise de sangue para avaliar parâmetros como albumina, proteínas e eletrólitos.
 - **Dietética:** Avaliação da dieta habitual do paciente.
 - **Desenvolvimento do Plano de Cuidado Nutricional:**
 - Elaboração de um plano alimentar individualizado para atender às necessidades do paciente.
 - **Prescrição Dietética:**
 - Definição do tipo de dieta (oral, enteral ou parenteral) e dos nutrientes necessários.
 - **Monitorização Diária:**
 - Acompanhamento da tolerância do paciente à dieta, do sistema gastrointestinal e dos parâmetros bioquímicos.
 - **Reavaliação do Estado Nutricional:**
 - Repetição da avaliação nutricional a cada 7-10 dias para verificar a evolução do paciente.
 - **Modificação do Plano de Cuidado Nutricional:**
 - Adaptação do plano alimentar conforme a necessidade do paciente.
- **Se o paciente não for considerado de risco:**
 - **Acompanhamento da Aceitação Alimentar:**

- Orientação sobre alimentação saudável.
- Reavaliação em 7-10 dias.
-

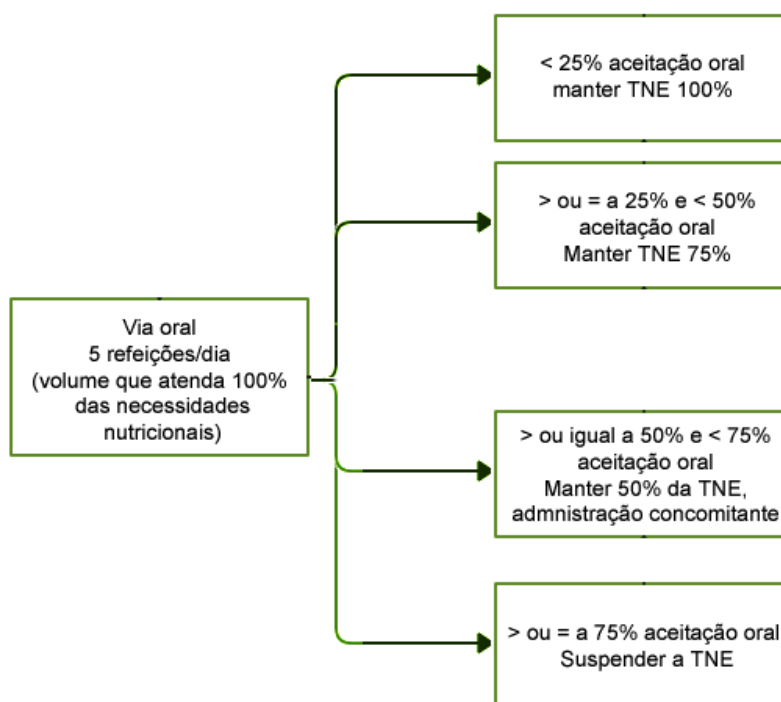
3. Alta Hospitalar:

- **Orientação de Alta Hospitalar:**

- Fornecimento de informações sobre alimentação saudável e acompanhamento ambulatorial com nutricionista.

4. Procedimento de Desmame

Figura 6 - Organograma do fluxo de desmame da Terapia Nutricional Enteral.



Fonte: HUGV (2021).

2.5 Ferramenta AGREE-II: visão geral e aplicação na área de nutrição clínica

2.5.1 Preparação para o uso do AGREE-II

A preparação para o uso do questionário AGREE-II envolve diversas etapas relevantes. Primeiramente, é necessário que a pessoa responsável se familiarize com o questionário AGREE-II. Aqui, serão apresentadas as proposições de acordo com o

Consórcio AGREE (2009), sendo recomendada segundo a documentação, a leitura minuciosa do manual do usuário do AGREE-II, que disponibiliza informações detalhadas sobre o propósito do questionário, sua estrutura e a forma correta de aplicação. Compreender os conceitos e as diretrizes do AGREE-II é um passo fundamental antes de iniciar a utilização.

É importante identificar o contexto de aplicação específico em que o questionário AGREE-II será utilizado. Embora tenha sido desenvolvido para avaliar a qualidade de diretrizes de prática clínica, é possível adaptá-lo para outros contextos, como políticas de saúde ou diretrizes de pesquisa. Compreender o contexto auxiliará na adaptação da aplicação do questionário conforme as necessidades pertinentes.

Recomenda-se a formação de uma equipe de avaliadores composta por indivíduos familiarizados com o tema das diretrizes a serem avaliadas. Esses avaliadores podem ser profissionais de saúde, pesquisadores ou especialistas na área específica das diretrizes. É crucial que os avaliadores possuam conhecimento e experiência relevantes para a realização de uma avaliação precisa.

Antes de iniciar a avaliação, é recomendável realizar um treinamento com a equipe de avaliadores. Durante esse treinamento, é aconselhável discutir o manual do usuário, revisar as instruções de preenchimento do questionário AGREE-II e esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir. A promoção de uma discussão em grupo auxiliará na garantia de um entendimento comum das diretrizes e dos critérios de avaliação.

Outra etapa importante é a definição de critérios claros para selecionar as diretrizes que serão avaliadas. Por exemplo, pode-se optar por avaliar apenas as diretrizes publicadas nos últimos cinco anos ou aquelas relevantes para uma determinada condição médica. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão auxiliará na manutenção da consistência durante a avaliação.

Uma vez que a preparação adequada tenha sido realizada, pode-se dar início à avaliação das diretrizes utilizando o questionário AGREE-II. É necessário que cada avaliador preencha o questionário individualmente para cada diretriz. Recomenda-se que os avaliadores analisem independentemente cada diretriz e, posteriormente, se reúnam para discutir suas pontuações e para chegar a um consenso final.

Após a conclusão da avaliação, é necessário calcular as pontuações de cada domínio do questionário AGREE-II para cada diretriz. Para tanto, é recomendável utilizar as instruções fornecidas no manual do usuário a fim de realizar os cálculos

corretamente. Em seguida, é importante interpretar os resultados, identificando os pontos fortes e fracos das diretrizes avaliadas.

2.6 Estrutura e conteúdo do AGREE-II

O AGREE-II é composto por 23 itens-chave organizados em 6 domínios seguidos por dois itens de classificação global ("avaliação global"). Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da diretriz (Consórcio AGREE, 2009). Os domínios são apresentados no Quadro 4:

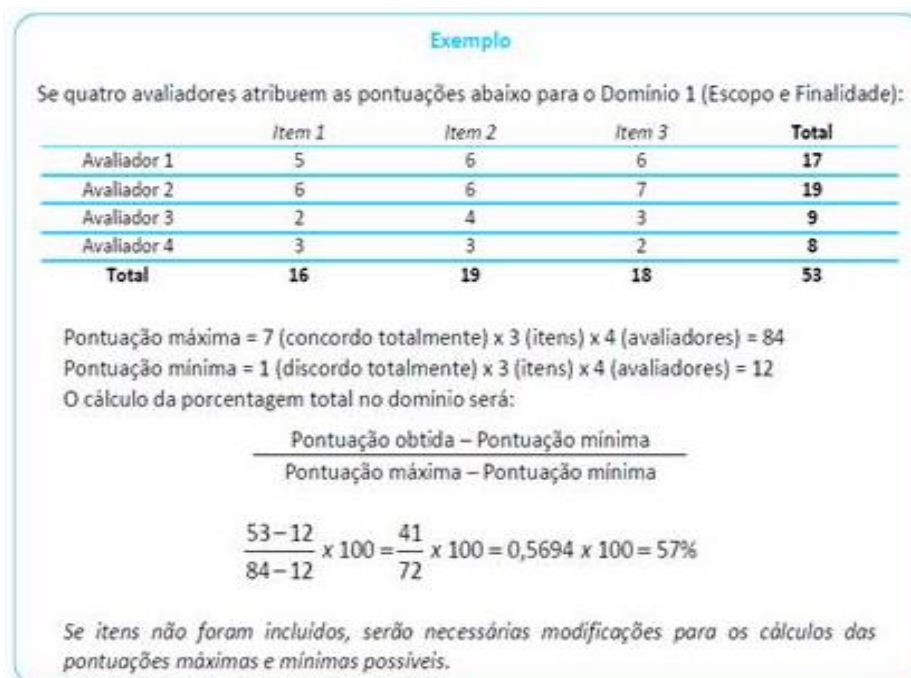
Quadro 4 – Domínios da ferramenta AGREE-II.

Domínios	Descritivo
Domínio 1. Escopo e Finalidade	Diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1-3).
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas	Focaliza em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos (itens 4-6).
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento	Diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas (itens 7-14).
Domínio 4. Clareza da apresentação	Diz respeito à linguagem, estrutura e o formato da diretriz (itens 15-17).
Domínio 5. Aplicabilidade	Diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz (itens 18-21).
Domínio 6. Independência editorial	Diz respeito à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes (itens 22-23).
Avaliação global da diretriz clínica	Inclui a classificação da qualidade geral da diretriz e se a mesma pode ser recomendada para o uso na prática.

Fonte: Adaptado de Consórcio AGREE-II (2009).

Para cada um dos domínios apresentados no Quadro 4, são distribuídos questionamentos que podem ter pontuação de 1 a 7, onde 1 equivale a discordo totalmente e 7, concordo totalmente. A Figura 7 apresenta como é realizado cálculo para os domínios propostos pelo instrumento. No que diz respeito à interpretação dos resultados, é importante destacar que o instrumento não estabelece pontuações mínimas para os diferentes domínios, nem define padrões de pontuação para avaliar a qualidade da literatura. Portanto, a interpretação dos resultados fica a critério do avaliador, desde que leve em consideração o contexto em que a ferramenta está sendo aplicada (Lima, 2020).

Figura 7 – Cálculo da pontuação dos domínios avaliados na ferramenta AGREE-II.



Fonte: Consórcio AGREE-II (2009).

Para simplificar a avaliação, seguindo as recomendações de alguns autores na literatura, os avaliadores utilizarão os seguintes parâmetros: "recomendado", "recomendado com alterações" e "não recomendado". Com base nessa abordagem, as diretrizes serão classificadas da seguinte forma (Ribeiro, 2023):

- "Recomendado": Diretrizes que obtiverem uma pontuação de pelo menos 50% no domínio "rigor de desenvolvimento" e em outros dois domínios serão consideradas "recomendadas";
- "Recomendado com modificações": Diretrizes que pontuarem entre 30% e 50% no domínio "rigor de desenvolvimento" e obtiverem uma pontuação superior a 50% em dois outros domínios serão consideradas "recomendadas, com modificações";
- "Não recomendado": Diretrizes que obtiverem uma pontuação inferior a 30% no domínio "rigor de desenvolvimento" serão classificadas como "não recomendadas".

Esses critérios de classificação auxiliam na avaliação das diretrizes de forma mais simplificada, proporcionando uma orientação clara sobre sua qualidade e necessidade de eventuais ajustes (Ribeiro, 2023).

2.6.1 Domínio 1: Escopo e finalidade

No domínio do escopo, ela aborda os seguintes aspectos:

a) Objetivo(s) geral(is): A ferramenta avalia se o(s) objetivo(s) geral(is) das diretrizes está(ão) claramente descrito(s). Isso significa que as metas e as finalidades das diretrizes devem ser explicitamente definidas para orientar o seu uso.

b) Questão(ões) de saúde: A ferramenta verifica se a(s) questão(ões) de saúde abordada(s) pelas diretrizes está(ão) claramente descrita(s). Isso implica que os problemas ou as condições de saúde que as diretrizes visam a abordar devem ser devidamente especificados para garantir a sua relevância e aplicabilidade.

c) População-alvo: A ferramenta verifica se a população-alvo para a qual as diretrizes são destinadas está especificamente descrita. Isso inclui a identificação clara dos pacientes, público ou grupo específico para o qual as diretrizes foram desenvolvidas, visando a fornecer orientações direcionadas e relevantes.

Esses critérios no domínio do escopo da ferramenta AGREE-II são importantes para garantir que as diretrizes sejam claras em relação aos seus objetivos, às questões de saúde abordadas e à população-alvo, facilitando sua compreensão e a aplicação adequada na prática clínica (Coutinho, 2022).

2.6.2 Domínio 2: Envolvimento das partes interessadas

De acordo com o domínio "envolvimento das partes interessadas" da ferramenta AGREE-II, são avaliados os seguintes aspectos relacionados à representação dos pontos de vista dos usuários e à inclusão de diferentes grupos profissionais:

a) Equipe de desenvolvimento: A ferramenta avalia se a equipe responsável pelo desenvolvimento das diretrizes incluiu indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes. Isso implica a participação de profissionais de diferentes áreas relacionadas à saúde, de forma a garantir uma abordagem abrangente e multidisciplinar na elaboração das diretrizes.

b) Opiniões e preferências da população-alvo: A ferramenta avalia se houve uma busca ativa para conhecer as opiniões e as preferências da população-alvo das diretrizes, incluindo pacientes, público e outros grupos relevantes. Isso demonstra a importância de considerar as perspectivas dos usuários para garantir a relevância e a adequação das diretrizes às suas necessidades e preferências.

c) Definição clara dos usuários-alvo: A ferramenta avalia se os usuários-alvo das diretrizes foram claramente definidos. Isso envolve identificar de forma precisa e específica o grupo de profissionais de saúde ou outros indivíduos para os quais as diretrizes se destinam, para garantir que as orientações sejam aplicáveis e úteis para esses usuários.

Esses critérios no domínio da ferramenta AGREE-II garantem que as diretrizes considerem os pontos de vista dos usuários, a inclusão de diferentes grupos profissionais relevantes e a definição clara dos usuários-alvo, promovendo uma abordagem participativa e ampla na sua elaboração (Costa, 2020).

2.6.3 Domínio 3: Rigor do desenvolvimento

O domínio "rigor de desenvolvimento" é considerado a principal avaliação devido à quantidade de itens a serem avaliados nesse domínio. Portanto, é compreensível que uma pontuação elevada nesses itens possa ser interpretada como um indicativo de maior qualidade da diretriz em análise. No entanto, é importante ressaltar que a qualidade geral da diretriz não pode ser determinada exclusivamente com base nesse domínio, sendo necessário considerar outros aspectos e domínios avaliados para obter uma avaliação completa (Ribeiro, 2023).

2.6.4 Domínio 4: Clareza da apresentação

De acordo com a ferramenta AGREE-II, os seguintes critérios são avaliados para a clareza e a especificidade das recomendações:

a) Especificidade e ausência de ambiguidade: A ferramenta avalia se as recomendações são específicas e claras, sem ambiguidade. Isso implica que as orientações devem fornecer instruções precisas e detalhadas sobre ações específicas a serem tomadas, evitando termos vagos ou interpretações variáveis.

b) Apresentação de opções de abordagem: A ferramenta avalia se as diferentes opções de abordagem para a condição ou para o problema de saúde estão claramente apresentadas. Isso envolve a descrição de alternativas terapêuticas, diagnósticas ou estratégias de manejo, permitindo que os usuários das diretrizes tenham conhecimento das diferentes opções disponíveis.

c) Identificação das recomendações-chave: A ferramenta avalia se as recomendações-chave são facilmente identificadas. Isso significa que as orientações de maior relevância e impacto devem ser destacadas de forma clara e visível, permitindo que os usuários possam identificá-las prontamente e priorizá-las em sua prática clínica ou organizacional.

Esse requisito garante que as recomendações das diretrizes sejam claras, específicas e de fácil identificação, facilitando a compreensão e a implementação das ações recomendadas. Isso promove a aplicação consistente e adequada das diretrizes na prática clínica, resultando em melhores resultados para os pacientes e profissionais de saúde (Ribeiro, 2023).

2.6.5 Domínio 5: Aplicabilidade

No domínio "aplicabilidade" da ferramenta AGREE-II, são avaliadas questões relacionadas à implementação da diretriz, considerando as barreiras organizacionais e os recursos necessários para sua utilização. Os seguintes aspectos são considerados:

a) Fatores facilitadores e barreiras: A ferramenta avalia se a diretriz descreve de forma clara os fatores que podem facilitar ou dificultar a sua aplicação. Isso inclui a identificação e discussão das possíveis barreiras organizacionais e contextuais, bem como dos aspectos que podem favorecer a implementação bem-sucedida das recomendações.

b) Aconselhamento e ferramentas práticas: A ferramenta avalia se a diretriz fornece orientações e/ou ferramentas práticas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática. Isso envolve a disponibilidade de recursos, as estratégias e as abordagens concretas que ajudem os usuários a implementar efetivamente as recomendações.

c) Implicações de recursos: A ferramenta avalia se foram consideradas as implicações relacionadas aos recursos necessários para aplicar as recomendações. Isso envolve a análise dos recursos humanos, financeiros e de infraestrutura necessários, bem como a discussão sobre possíveis desafios e estratégias para lidar com essas demandas.

d) Critérios de monitoramento e auditoria: A ferramenta avalia se a diretriz apresenta critérios para o monitoramento e/ou auditoria do seu cumprimento. Isso inclui a definição de indicadores de desempenho, os métodos de coleta de dados e a avaliação periódica dos resultados, visando a garantir a qualidade e a conformidade com as recomendações ao longo do tempo.

De acordo com Vaz (2020), esses critérios garantem que a diretriz leve em consideração as questões práticas relacionadas à implementação, incluindo fatores facilitadores, barreiras, recursos necessários e mecanismos de monitoramento. Isso contribui para uma aplicação efetiva das recomendações na prática clínica e organizacional.

2.6.6 Domínio 6: Independência editorial

De acordo com a ferramenta AGREE-II, o domínio de "independência editorial" considera os conflitos de interesse na formulação das recomendações. Os seguintes aspectos são avaliados:

a) Influência do órgão financiador: A ferramenta avalia se o parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz. Isso implica que as recomendações devem ser baseadas em evidências e na avaliação imparcial dos benefícios e riscos, sem interferência de interesses financeiros ou políticos.

b) Conflitos de interesse dos membros da equipe: A ferramenta avalia se os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz foram registrados e devidamente abordados. Isso envolve a identificação e a divulgação de potenciais conflitos de interesse, como relações financeiras com a indústria farmacêutica ou outros interesses que possam influenciar negativamente a imparcialidade das recomendações. Esses conflitos devem ser gerenciados de forma adequada e transparente.

Este domínio, por fim, visa a garantir a imparcialidade e a transparência na formulação das recomendações das diretrizes, minimizando a influência de interesses conflitantes e garantindo sua confiabilidade e credibilidade. Isso promove a tomada de decisões informadas e baseadas em evidências para o benefício dos pacientes e profissionais de saúde (Coutinho, 2022).

2.6.7 Avaliação global da diretriz clínica

De acordo com Diretriz do Consórcio AGREE (2009), a avaliação global da diretriz clínica é um processo complexo e multidimensional que requer uma abordagem criteriosa e sistemática. Ao fornecer uma visão completa da qualidade, da aplicabilidade, do impacto e do alinhamento da diretriz, essa avaliação contribui para a tomada de decisão informada no cuidado clínico e para a melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde.

A avaliação global da diretriz clínica é um componente essencial do processo de desenvolvimento, implementação e atualização de diretrizes clínicas. Essa avaliação visa a fornecer uma visão abrangente e rigorosa da diretriz em questão, analisando sua qualidade metodológica, aplicabilidade prática, impacto na saúde e alinhamento com as melhores evidências disponíveis. Normalmente, é conduzida por especialistas qualificados, incluindo profissionais de saúde, pesquisadores e metodologistas clínicos. Esses especialistas aplicam uma abordagem sistemática e baseada em evidências para avaliar diversos aspectos da diretriz.

Uma das principais áreas de avaliação é a qualidade metodológica da diretriz. Isso envolve a análise crítica do processo de desenvolvimento da diretriz, incluindo a identificação e a síntese das evidências científicas relevantes, a formulação das recomendações e a consideração de potenciais conflitos de interesse. A avaliação também pode abordar a clareza e a transparência das recomendações, bem como a forma como foram formuladas.

Além da qualidade metodológica, a aplicabilidade prática da diretriz também é avaliada. Isso envolve considerar se a diretriz é adequada para uso em diferentes contextos de cuidados de saúde, levando em conta fatores como recursos disponíveis, características da população-alvo e preferências dos pacientes. A avaliação da aplicabilidade também pode incluir considerações sobre a viabilidade e a sustentabilidade da implementação da diretriz.

Outro aspecto importante da avaliação global é a análise do impacto na saúde. Isso envolve a avaliação dos potenciais benefícios, riscos e consequências da implementação da diretriz em termos de desfechos clínicos, de qualidade de vida e de utilização de recursos de saúde. Essa avaliação pode ser baseada em estudos de modelagem ou em evidências observacionais que demonstrem o impacto da diretriz em cenários reais de atendimento ao paciente.

Por fim, também pode considerar o alinhamento da diretriz com as melhores evidências disponíveis. Isso envolve uma análise crítica das fontes de evidência utilizadas na elaboração da diretriz, bem como a consideração de atualizações ou de novas evidências que possam impactar as recomendações existentes.

3 METODOLOGIA

3.1 Pesquisa para avaliação de diretrizes clínicas do protocolo de TNE

Trata-se de uma pesquisa para a avaliação de diretrizes clínicas do protocolo de TNE utilizando a ferramenta AGREE-II, abordando as atividades assistenciais do nutricionista na Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional Enteral (EMTN).

Verifica-se que a pesquisa possui características de um estudo exploratório-descritivo, visto que tal tipo de pesquisa é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, representando uma oportunidade de ampliar o campo dos conhecimentos sobre o assunto tratado ao serem descritos fatos e fenômenos de determinada realidade, o que evidencia a importância da delimitação de técnicas e métodos que orientem a coleta e a interpretação dos dados (Malta *et al.*, 2019; Yin, 2001).

O presente trabalho também se caracteriza como um estudo transversal, visto que os pesquisadores não interagem com a população amostral de modo direto senão por análise e avaliação conseguidas por meio da observação. Essa amostra de pessoas geralmente se difere na maioria de suas características e compartilha apenas o fator que está sendo estudado (Zangirolami-Raimundo; Echeimberg; Leone, 2018), como é o caso da amostra escolhida. A partir dos dados recolhidos e pelo desenvolvimento de análises interpretativas dos dados, cabe ao pesquisador a extração de conclusões (Yin, 2001).

3.1.1 Período de realização dos estudos e de seleção dos avaliadores

O presente estudo foi realizado no período de junho 2022 a julho de 2023 no Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas (HUGV/UFAM), localizado no município de Manaus, estado do Amazonas, Brasil. O HUGV trata-se de um estabelecimento de saúde de alta complexidade com atividades de ensino, assistência e pesquisa, sendo um órgão suplementar da UFAM, sob gestão da EBSERH.

A equipe de avaliadores da pesquisa foi formada por nutricionistas, sendo um grupo composto por profissionais com formação de nível superior, habilitados para desenvolver atividades de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral na EMTN, de

acordo com as legislações do Conselho Federal de Nutrição e ANVISA. A seleção dos avaliadores foi realizada a partir da equipe de 14 profissionais, formada pelos nutricionistas do quadro efetivo, nutricionistas voluntários e os nutricionistas residentes do HUGV que aceitaram participar da pesquisa.

Para a utilização do questionário da ferramenta AGREE-II, recomenda-se que cada diretriz seja avaliada por pelo menos dois, e preferencialmente, quatro avaliadores, de forma a aumentar a confiabilidade da avaliação (Latorraca *et al.*, 2018). Para este trabalho, foram recrutados quatro nutricionistas avaliadores, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão apresentados no tópico a seguir.

3.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram convidados a participar os 4 (quatro) nutricionistas mais antigos, estendendo aos demais da listagem, caso o convite não fosse aceito. O quantitativo de tempo na instituição é um critério relevante para participação como avaliador do protocolo, considerando que nutricionistas que não tiveram participação na elaboração do protocolo não possuem a mesma bagagem de conhecimentos para avaliá-lo. O Quadro 5 apresenta os critérios de inclusão e exclusão dos respondentes do questionário estabelecido pelo Consórcio AGREE.

Quadro 5 – Critérios para seleção dos avaliadores do protocolo de Terapia Nutricional Enteral do HUGV/UFAM.

Tipo de critério	Critérios
Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Ser nutricionista; • Possuir vínculo empregatício com o Hospital Universitário, ser residente multidisciplinar nutricionista ou nutricionista voluntário regulamentado no Hospital Universitário; • Atuar no Serviço de Terapia Nutricional.
Exclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional Nutricionista vinculado à Unidade de Nutrição Clínica do Hospital Universitário afastado de suas atividades laborais durante o desenvolvimento do processo de elaboração.

Fonte: Autoria própria (2022)

3.1.3 Instrumentos de coleta de dados

Os avaliadores selecionados participaram da etapa de treinamento de forma presencial para a aplicação da ferramenta AGREE-II, sendo ministrada por profissional nutricionista hospitalar, título de especialista e dezenove anos de

experiência na área de Nutrição Clínica. Para execução deste trabalho, os nutricionistas participantes avaliaram o protocolo de TNE para nutricionistas, utilizado pelo HUGV desde 19 de maio de 2021.

Essa avaliação foi realizada por meio da aplicação da ferramenta AGREE-II adaptada, de modo a abordar a qualidade, o rigor metodológico e a transparência com que o protocolo é desenvolvido, permitindo sua aplicação em protocolos direcionados a quaisquer doenças e situações de saúde, incluindo aspectos relacionados tanto para a promoção da saúde e saúde coletiva, como com diagnósticos, tratamentos ou intervenções (Consórcio AGREE, 2009).

De acordo com Brasil RFG et al. (2018), com a utilização desse instrumento, é possível estabelecer uma estratégia metodológica para a avaliação da qualidade do protocolo. Para corroborar os dados encontrados com a aplicação do instrumento, será feita uma análise documental e da literatura científica disponível. Essa etapa permite a investigação de determinada problemática não em sua interação imediata, mas de forma indireta, por meio do estudo dos documentos que são produzidos pelo homem e, por isso, revelam o seu modo de ser, de viver e de compreender um fato social.

Estudar documentos implica fazê-lo a partir do ponto de vista de quem os produziu, isso requer cuidado e perícia por parte do pesquisador para não comprometer a validade do seu estudo, como afirmam Santos e Bueno (2011). Conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016), pesquisas que objetivam o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito, não serão avaliadas pelo sistema CEP/CONEP.

3.2 Elaboração do *e-book* sobre aplicação da ferramenta AGREE-II para avaliação de protocolos de TNE

A proposta do do livro no formato de *e-book* abordou a capacitação de nutricionistas visando à aplicação da ferramenta AGREE-II para a avaliação de diretrizes clínicas de protocolos de TNE. Dessa forma, foi realizado o levantamento de informações publicadas na literatura científica, acadêmica e profissional sobre a ferramenta AGREE-II e sua aplicação em protocolos da área de Nutrição Clínica e Saúde. Desta forma, foi realizada a busca de informações em guias, artigos

científicos, documentos governamentais, documentos de associações da área de saúde e materiais afins.

Foram abordados os seguintes itens, na elaboração do *e-book*: Conceitos sobre TNE; Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN); Atribuições do nutricionista na EMTN; Procedimentos operacionais padronizados para o cuidado nutricional em TNE; Procedimento operacional padrão para prescrição dietoterápica; Ferramenta AGREE-II: visão geral e aplicação na área de nutrição clínica; Preparação para o uso do AGREE-II; Estrutura e conteúdo do AGREE-II; Domínio 1 - Escopo e finalidade; Domínio 2 - Envolvimento das partes interessadas; Domínio 3 - Rigor do desenvolvimento; Domínio 4 - Clareza da apresentação; Domínio 5 - Aplicabilidade; Domínio 6 - Independência editorial; Avaliação global da diretriz clínica; Escala de classificação dos itens do AGREE-II; Avaliação global da diretriz clínica; Aplicação da ferramenta AGREE-II; Roteiro de como aplicar a ferramenta AGREE-II em protocolos de Terapia Nutricional.

4 RESULTADOS

A ferramenta AGREE-II para a avaliação de diretrizes clínicas, como já explanado, tem o objetivo de investigar como é realizada a pontuação dos domínios pelos avaliadores e qual o principal domínio considerado para avaliação da qualidade das diretrizes, visto que este aborda o processo de construção de uma diretriz bem como a variabilidade na sua qualidade (Cattani, 2021). Sendo assim, segue na Tabela 2 as respostas encontradas com a aplicação do questionário para quatro nutricionistas atuantes no HUGV:

Tabela 2 – Resultados obtidos na avaliação das diretrizes clínicas do protocolo de terapia nutricional enteral do HUGV/UFAM.

		Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 3	Avaliador 4	Valor total
Domínio 1. Escopo e Finalidade						
1	O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente escrito(s).	7	7	7	7	28
2	A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).	6	7	6	7	26
3	A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.	7	6	5	7	25
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas						
4	A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos	6	4	7	7	24

	profissionais relevantes.					
5	5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.)	2	1	1	7	11
6	Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	7	6	7	7	26
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento						
7	Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	7	1	2	7	17
8	Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos	6	1	2	7	16
9	Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.	6	1	4	1	12
10	Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	7	1	1	7	16
11	Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	5	1	1	7	14

12	Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.	7	1	6	7	21
13	A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.	6	1	6	7	20
14	Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.	7	3	5	7	22
Domínio 4. Clareza da apresentação						
15	As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	7	7	6	7	27
16	As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	6	1	5	7	19
17	As recomendações-chave são facilmente identificadas.	6	7	5	7	25
Domínio 5. Aplicabilidade						
18	A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.	5	1	1	1	8

19	A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	7	7	5	6	35
20	Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	3	1	1	1	6
21	A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	7	1	1	6	15
Domínio 6. Independência editorial						
22	O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.	1	1	1	7	10
23	Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	1	1	1	7	10
Avaliação global da diretriz clínica						
1.	Classifique a qualidade global dessa diretriz.	6	4	5	6	21

2	Eu recomendaria o uso desta diretriz?	Sim, com modificações.	Sim, com modificações.	Sim, com modificações.		
---	---------------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	--	--

Fonte: Autoria própria (2023).

A Tabela 3 apresenta os percentuais em cada domínio na avaliação das diretrizes clínicas do protocolo de TNE:

Tabela 3 – Percentuais obtidos por domínio na avaliação das diretrizes clínicas do protocolo de terapia nutricional enteral do HUGV/UFAM.

Domínios	Percentuais (%)
Domínio 1. Escopo e Finalidade	93,1
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas	69,4
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento	55,2
Domínio 4. Clareza da apresentação	98,6
Domínio 5. Aplicabilidade	39,6
Domínio 6. Independência editorial	25,0
Avaliação global da diretriz clínica	66,7

Fonte: Autoria própria (2023)

Para um melhor detalhamento dos pontos considerados pelos avaliadores, e, portanto, um maior embasamento para a revisão do protocolo, apresenta-se o Quadro 6, com os comentários obtidos. Ressalta-se que os questionamentos não apresentados no quadro citado, não foram respondidos pelos avaliadores e que o Avaliador 1 não adicionou comentários em sua resposta. Compreende-se que este desdobramento não afeta de forma significativa os resultados da pesquisa, considerando que o manual do AGREE II (2009) recomenda que uma diretriz seja avaliada por pelo menos dois avaliadores, embora o ideal fossem quatro, o que aumentaria a confiabilidade da avaliação

Quadro 6– Comentários dos Entrevistados na avaliação das diretrizes clínicas do protocolo de terapia nutricional enteral do HUGV/UFAM.

Domínio 1 - Escopo e Finalidade		Avaliador 2	Avaliador 3	Avaliador 4
3	A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.	Talvez possa acrescentar nos objetivos a população "em pacientes hospitalizados"	Não foi encontrada população alvo e critérios de inclusão e exclusão.	
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas		Comentários		

4	A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	Não há descrições detalhadas sobre formação, vínculo, localização dos membros.	Considero este item como os membros que participaram da elaboração, revisão, validação e aprovação.	
5	Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.)	Não há referências sobre a investigação de experiências e preferências da população-alvo. Sugestão de colocar referências da literatura que tenham avaliado a experiência de usuários de terapia nutricional, como por exemplo do ponto de vista socioemocional (pacientes em cuidados paliativos, pacientes com gastrostomia, jejunostomia etc.)	Não foi observada esta ação no protocolo	
6	Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	Sugestão acrescentar "pacientes hospitalizados" nos objetivos		
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento		Comentários		
7	Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	Não há descrição a respeito do método para a seleção das referências utilizadas.	Não há descritos métodos sistemáticos de busca, somente há lista de referências onde foi embasado o protocolo.	
8	Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos	Não há descrição a	Não estão descritos os	

		respeito dos critérios para a seleção das recomendações utilizadas.	critérios de seleção das evidências.	
9	Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.	Não há descrição a respeito da avaliação da qualidade das recomendações utilizadas.	Dentre os critérios que devem estar incluídos no conteúdo, identificou-se apenas aplicabilidade no contexto clínico.	
10	Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	Não se aplica	Não foi identificado o método de formulação das recomendações no protocolo.	Desconheço se essa informação é relevante para esse item, uma vez que já foram citadas as referências
11	Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	Não se aplica	Não foi identificada descrição dos benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde na formulação das recomendações no protocolo.	
12	Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.	Não se aplica		
13	A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	Não há revisão externa descrita.	A diretriz foi revisada por todos os componentes que fazem parte da aplicabilidade do protocolo	
14	Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.	Há definida uma data para a revisão/atualização, porém não há procedimento descrito para a atualização.	Há descrito o período para a revisão do protocolo, porém não há descrição para a metodologia para o procedimento de atualização.	

Domínio 5. Aplicabilidade		Comentários		
18	A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.	Não há descrição sobre este item	Não há descrito no protocolo fatores facilitadores e barreiras para sua aplicação.	Não contemplou. Ex: frequentemente, alta hospitalar não programada dentro das 72h; número de profissionais reduzidos (fonoaudiologia)
19	A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.		As recomendações são facilmente encontradas na descrição do protocolo e evidenciadas nos anexos.	Neste serviço, na maioria das vezes os insumos de nutrição enteral são cedidos por uma central de distribuição do estado. Sugiro que essa informação possa ser contemplada neste protocolo.
20	Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	Não há descrito sobre materiais necessários para a execução das atividades	Não há descritos potenciais implicações de recursos.	Não contemplou. Ex.: precariedade de alguns insumos na rede pública de distribuição.
21	A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	Não há descrição sobre este item	Não há descrito critérios de monitoramento da implantação do protocolo	Sabemos que há critérios de revisão e atualização, mas sugiro a necessidade de ser descrito no corpo do trabalho
Domínio 6. Independência editorial		Comentários		
22	O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.	Não se aplica pois não há órgão financiador	Não há descrito no protocolo órgão financiador	

23	Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	Não se aplica pois não há conflito de interesses	Não descrito no protocolo conflitos de interesse	há no de	
----	---	--	--	----------	--

Fonte: Autoria própria (2023).

5 DISCUSSÃO

Como é possível verificar na Tabela 2, o domínio 6 referente à “Independência editorial” foi o que obteve o menor percentual, enquanto o domínio 4 “Clareza da Apresentação”, o maior, com 98,6%. Apesar de a pontuação dos domínios ser útil na comparação de diretrizes e fornecer subsídios para que uma diretriz seja ou não recomendada, a metodologia AGREE-II não definiu pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios para diferenciar diretrizes de alta e baixa qualidade.

Essas decisões deverão ser tomadas pelo usuário e orientadas pelo contexto no qual o AGREE-II está sendo utilizado (Consórcio AGREE, 2009). Considerando o primeiro domínio “Escopo e Finalidade”, os três respondentes consideram que o protocolo analisado é claro quando se trata da definição de quem fará uso deste e qual a sua finalidade.

Ronsoni (2013) afirma que isso pode vir a ser uma limitação na sua metodologia, pois não possui um sistema de classificação final ou geral da diretriz, determinando-a como “boa” ou “ruim” e tornando esse fato uma decisão dos técnicos que utilizam a ferramenta, a definição de quais serão os parâmetros para classificar a sua recomendação ou não pode vir a ser tendenciosa.

Dentro do segundo domínio “Envolvimento das partes interessadas”, o questionamento 5 foi o que obteve a menor pontuação, em que o avaliador 1 respondeu com pontuação 2, enquanto os avaliadores 2 e 3 com pontuação 1, e o último avaliador, com pontuação 7. A colaboração das partes interessadas na elaboração de um protocolo clínico se faz essencial, visto que, como afirma Peixoto e Brito (2015), alguns profissionais resistem ao uso de protocolos, por acreditarem que são dispensáveis para o exercício em sua área de atuação.

Essa barreira é quebrada quando estes são convidados a construir o instrumento a ser utilizado. Entende-se também que, na execução de um protocolo clínico, o paciente é um agente ativo que participa do processo de tomada de decisão (Braga, 2017). O domínio 3 “Rigor do desenvolvimento”, que engloba a maior parte dos questionamentos do AGREE-II, obteve pontuações lineares, se consideradas as proposições de “Discordo totalmente/Concordo totalmente”.

Para uma maior análise, ponderando as médias obtidas, os piores resultados foram nas perguntas sobre métodos sistemáticos, critérios de seleção de evidências

e benefícios e riscos do protocolo analisado. Os protocolos clínicos ou assistenciais são recomendações para as práticas assistenciais baseados em evidência científica, elaborados de forma sistemática, a partir de orientações concisas sobre diagnóstico e tratamento (Peixoto; Brito, 2015).

Entretanto, a combinação de diversas metodologias em determinados tipos de estudos pode acentuar a falta de rigor. Recomenda-se, então, que sejam seguidos padrões metodológicos de eficácia comprovada, o que representa um desafio (Catunda *et al.*, 2017), e, por isso, justificam-se as menores médias obtidas aqui neste trabalho. Segundo Silva e Sanchez (2018), o conteúdo dos protocolos deve ser escolhido a partir do conhecimento dos problemas prevalentes em uma sociedade, em conformidade com os critérios de magnitude (frequência), de transcendência (gravidade) e de vulnerabilidade (efetividade da intervenção).

Considerando esse último ponto citado pelos autores, é essencial que o protocolo fale sobre a efetividade da intervenção, ou seja, pelos benefícios que a aplicação desse protocolo pode trazer para os pacientes, se aplicado durante o seu tratamento, item esse também abordado no domínio 3. De acordo com os avaliadores, o protocolo analisado não atende em sua plenitude quando se considera os benefícios deste, de forma clara e concisa.

Por fim, da ponderação acerca do domínio 3, observa-se que os avaliadores consideraram um ponto de atenção a disposição de evidências constatando a efetividade do protocolo. A apresentação de evidências para diversos grupos de tecnologias destinados ao manuseio de condições clínicas complexas é um ponto crucial em que são formatadas as diretrizes consideradas de boa qualidade (Ribeiro, 2010).

O estudo realizado por Peixoto e Brito (2015) ainda demonstra a importância dos protocolos para o posicionamento dos profissionais no setor e perante os conflitos. Para que o domínio 5 “Aplicabilidade”, que possuiu um percentual de 39,6%, seja efetivo, é preciso que a adesão do protocolo pelos profissionais seja monitorada, além da sua eficácia, por meio de instrumentos de monitoramento que incorporem feedback para os profissionais e usuários.

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná afirma que, para ser efetiva, deve ser disseminada e implementada com materiais adicionais (documento resumido, guia de referência rápida, ferramentas educativas, panfletos para pacientes, suporte de informática) (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2020). É essencial ressaltar

a resposta ao questionamento 4 do avaliador 2, visto que um protocolo só se torna efetivo quando abrange as necessidades específicas do público atendido e quando corresponde às expectativas dos profissionais de saúde (Catunda *et al.*, 2017).

Segundo o avaliador, o protocolo não atende a esse requisito. Este pode ser considerado um enorme ponto de atenção, visto que a adesão ao protocolo assistencial, embasada em evidências científicas, impacta positivamente nos números obtidos, aumenta a sobrevida do paciente com qualidade e diminui a mortalidade, sendo condizente com o principal objetivo na assistência ao paciente, que é sua segurança (Pertsew *et al.*, 2018).

Para o questionamento 7, os avaliadores 2 e 3 consideram que no protocolo não está descrito quais os critérios selecionados para a sua construção. O instrumento não possui nenhum domínio destinado à avaliação da qualidade das evidências utilizadas na elaboração das diretrizes desde a sua primeira versão, o que é um déficit encontrado em todas as ferramentas disponíveis para avaliação de diretrizes clínicas, bem como não avalia o conteúdo clínico das recomendações contidas nos documentos (Ronsoni, 2013).

Embora se saiba que o que protocolo analisado segue a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 503, de 27 de maio de 2021, a informação não está descrita nos campos Justificativa e Atribuição da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN). Tal descritivo poderia contribuir para uma mudança na avaliação dos avaliadores referente a esse requisito.

O estudo de Oliveira *et al.* (2022) concluiu que a presença de protocolos validados para assistência nutricional é de grande importância para a saúde dos pacientes, tanto em ambiente hospitalar como pós-alta. Porém, são necessários embasamento teórico e pesquisas clínicas (se possível) para construção de um protocolo para que seu resultado cause um impacto positivo, mostrando, assim, a importância desse comentário.

Referente ao questionamento 5, presente no domínio 2 de conhecimento “Envolvimento das partes interessadas”, o avaliador 2 sugeriu que fossem incluídas pesquisas que considerassem a participação de usuários de terapia nutricional. O nutricionista ainda citou a questão de pacientes em cuidados paliativos e a sua correlação direta com a bioética. Decisões relacionadas à terapia nutricional em cuidados paliativos não são normalmente alcançadas de forma isolada; é necessário considerar o quadro clínico, os desejos dos pacientes e familiares, o prognóstico, as

opiniões de tratamento disponíveis e seus riscos-benefícios. É fundamental estabelecer um plano de cuidado envolvendo paciente, familiares e profissionais (Loyolla *et al.*, 2011).

No domínio 3 “Rigor do desenvolvimento”, para os avaliadores 2 e 3, o item 13 do questionário não é atendido, pela alegação de que não existem evidências que uma equipe externa à instituição tenha feito revisão do Protocolo. Este item verifica se o protocolo foi submetido à revisão externa antes da publicação e orienta que os avaliadores devem ser experts, e que representantes da população-alvo podem ser incluídos.

Para classificar esse item, deve-se observar se há finalidade e intenção da revisão externa, os métodos utilizados para conduzir a revisão, a descrição dos revisores externos, os desfechos e as informações obtidas na revisão externa (Brasil *et al.*, 2018). Faz-se pertinente destacar que a própria aplicação do questionário AGREE-II pode ser considerada uma revisão externa (Braga, 2017). Ressalta-se que todo o domínio 5, referente à “Aplicabilidade do protocolo”, de acordo com o avaliadores 2,3 e 4, não possui critérios bem definidos.

De acordo com Ronsoni (2013), este pode ser um grande problema, visto que a aplicabilidade dos protocolos clínicos enfrenta diversas barreiras, tais como fatores culturais, conflitos de interesse dos elaboradores, diferentes formações, opinião dos pacientes, características dos sistemas de saúde, diferentes interpretações das evidências disponíveis na literatura, influência dos conselhos profissionais e fatores socioeconômicos.

Referente, por fim, ao domínio 6 “Independência editorial”, apenas os avaliadores 2 e 3 opinaram e afirmaram que não há descrito no documento os possíveis conflitos de interesses e o seu órgão financiador, sugerindo, assim, mais uma alteração. A qualidade pode variar bastante entre esses documentos clínicos, podendo, em alguns casos, ficar muito aquém do que consideramos ideal e, dessa forma, potencialmente prejudicar as ações das equipes multiprofissionais. Sendo assim, por intermédio da aplicação do questionário AGREE-II, e considerando as respostas obtidas com os quatro avaliadores, sugere-se a alteração do protocolo com inserção de alguns itens e melhoria de outros, já descritos.

Considerando isso e o objetivo geral deste trabalho, pode-se concluir que os domínios 3 “Rigor no desenvolvimento”, 5 “Aplicabilidade” e 6 “Aplicabilidade”

editorial” foram os que receberam menores pontuações e mais observações por parte dos avaliadores. Nesse sentido, esses serão os pontos focais da revisão do protocolo.

Na avaliação global das diretrizes clínicas verificou-se que o protocolo de TNE utilizado no HUGV/UFAM apresentou 66,7% de adequação, mostrando assim possibilidades para o aprimoramento deste documento. A aplicação da ferramenta AGREE-II na avaliação das diretrizes clínicas traz benefícios para a sistematização e verificação da qualidade dos documentos, visando o aprimoramento do serviço prestado para o cuidado nutricional do paciente, de modo a apontar as fragilidades que podem comprometer as ações e procedimentos realizados pelos nutricionistas.

A aplicação da ferramenta AGREE-II apresenta algumas limitações, no que se refere a subjetividade e complexidade envolvida no processo de avaliação e atribuição de pontuações. As interpretações dos itens de cada domínio podem variar conforme o avaliador, apesar do conhecimento técnico em nutrição enteral e experiência profissional no atendimento em Nutrição Clínica.

Espera-se que os resultados obtidos neste trabalho contribuam para o aprimoramento do protocolo de TNE, além de auxiliar a validação de outros protocolos na área de nutrição clínica em outras instituições e serviços de saúde. Sugere-se assim, o desenvolvimento de estudos futuros sobre a aplicação do AGREE-II e os entraves existentes para a validação de protocolos na área de Nutrição Clínica.

O AGREE II é uma ferramenta amplamente reconhecida para a avaliação crítica de diretrizes clínicas, embora possa ocorrer de o pesquisador se deparar com algumas limitações. Primeiramente, compreende-se que a adequação das diretrizes clínicas avaliadas pelo AGREE II pode ser influenciada pela especificidade e pela complexidade do contexto clínico em que são aplicadas, o que justifica em muitos casos a adaptação de um protocolo como o AGREE para a realidade de um país.

Além disso, existe a possibilidade de haverem diferenças na interpretação dos critérios de avaliação entre os avaliadores, acarretando em possíveis discrepâncias nos resultados da avaliação global das diretrizes clínicas. No caso da presente pesquisa, um dos avaliadores optou por não inserir comentários. Embora o documento oficial do AGREE II (2009) estabeleça como ideal a participação de 4 avaliadores, propôs como mínimo a participação de dois avaliadores. Neste sentido, é possível dizer que a ausência de um comentário é mais oportuna do que o avaliador estar inseguro quanto ao que comentar, elevando a subjetividade da resposta e interferindo no resultado.

Considerando que foi identificada uma adequação de 66,7% na avaliação global das diretrizes clínicas de terapia nutricional enteral, isto significa que existe espaço para a identificação de áreas de melhoria nas diretrizes clínicas, o que passa por uma análise mais aprofundada dos aspectos específicos que contribuíram para essa pontuação. De todo modo, o AGREE II cumpriu com seu papel de dar um norte acerca do que pode ser melhorado.

Espera-se que os resultados obtidos neste trabalho contribuam para o aprimoramento do protocolo de TNE, além de auxiliar a validação de outros protocolos na área de nutrição clínica em outras instituições e serviços de saúde. Sugere-se assim, o desenvolvimento de estudos futuros sobre a aplicação do AGREE-II e os entraves existentes para a validação de protocolos na área de Nutrição Clínica.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou investigar e avaliar a qualidade das diretrizes clínicas do protocolo de TNE para a prática profissional de nutricionistas no contexto específico do HUGV. Utilizando a ferramenta AGREE-II como instrumento de análise, foram examinados uma série de aspectos que impactam a percepção dos beneficiários do protocolo, o que por consequência, pode afetar a eficácia e a segurança das intervenções nutricionais no ambiente hospitalar no HUGV. De modo geral, o protocolo de TNE utilizado no HUGV/UFAM apresentou 66,7% de adequação na avaliação global das diretrizes clínicas.

O processo de avaliação do protocolo de TNE propiciou uma compreensão aprofundada das lacunas e oportunidades de melhoria nas diretrizes clínicas, abrindo caminho para o aprimoramento da prática profissional dos nutricionistas e, por conseguinte, elevar a qualidade da assistência nutricional prestada aos pacientes no HUGV. Neste contexto, os achados deste estudo não apenas refletem sobre os resultados obtidos sobre a qualidade de diretrizes clínicas na TNE, mas também destaca a relevância dessas descobertas para o avanço da Nutrição Clínica e a promoção de melhores padrões de cuidado no âmbito hospitalar.

A importância dessa avaliação do protocolo de TNE reside no fato de que toda a EMTN pode se beneficiar do uso deste protocolo, para direcionar melhor os procedimentos para o cuidado nutricional e racionalizar o processo assistencial. Entretanto, isto requer que o protocolo seja capaz de armazenar dados, ser claro e correto, contribuindo para tomadas de decisão mais seguras e eficazes.

O estudo foi realizado por meio da aplicação da ferramenta AGREE-II adaptada, de modo a abordar a qualidade, o rigor metodológico e a transparência com que o protocolo foi desenvolvido, permitindo sua aplicação no contexto da TNE. A utilização desta ferramenta demanda uma estratégia metodológica para avaliação da qualidade do protocolo, assim, primeiramente os nutricionistas avaliadores foram convidados a participar do estudo com base em critérios de inclusão e exclusão.

A realização desta pesquisa possibilitou a organização e a realização do treinamento de nutricionistas para a aplicação da ferramenta AGREE-II. Os avaliadores selecionados participaram da etapa de treinamento de forma presencial para a aplicação, ministrada por profissional nutricionista hospitalar especializado e com dezenove anos de experiência na área de Nutrição Clínica.

Compreende-se que a participação dos principais beneficiários na construção do protocolo de TNE é um ponto fundamental, portanto, a alegação de falta de independência editorial pode representar um elemento desmotivador para o seu uso, a despeito da clareza de apresentação.

Por fim, a publicação do material instrutivo no formato de *e-book* poderá contribuir para a formação de nutricionistas capazes de avaliar as diretrizes clínicas de protocolos de TNE com o auxílio da ferramenta AGREE-II. Esta publicação incluiu o levantamento de informação na literatura científica, acadêmica e profissional sobre a ferramenta AGREE-II e sua aplicação em protocolos da área de Nutrição Clínica e Saúde, bem como a descrição de conceitos e normativas sobre TNE, o conceito de EMTN, e em específico as atribuições do nutricionista neste contexto.

A importância de procedimentos operacionais padronizados para o cuidado nutricional em TNE promove uma discussão acerca da importância da criação de ferramentas de avaliação destes procedimentos, para que ocorra um bom atendimento do paciente que depende da nutrição enteral. Como resultado, o *e-book* almeja capacitar o profissional nutricionista a utilizar o AGREE-II para o aprimoramento de protocolos operacionais padronizados, oportunizando tomadas de decisão assertivas e elevando a qualidade do atendimento de pacientes.

REFERÊNCIAS

AFONSO, É.M. de A.S.; BENEVIDES, M. G. A EBSEH como nova opção para os Hospitais Universitários. **Inovação & Tecnologia Social**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 96–105, 2020. DOI: 10.47455/2675-0090.2019.1.3.3940. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/inovacaotecnologiasocial/article/view/3940>. Acesso em: 13 mar. 2024.

ALVITE, F.L.; PIOVACARI, S.M.F.; DOCK-NASCIMENTO, D.B. Parecer da BRASPEN sobre prescrição de volume, consistência e suplemento nutricional no paciente disfágico. **BRASPEN Journal**, v. 34, n. 4, p. 418-420, 2019. Disponível em: <https://braspenjournal.org/journal/braspen/article/doi/10.37111/braspenj.AE2019344002>. Acesso em: 10 mar. 2024.

AMARAL, A. S.; POLL, F. A.; ANTUNES, C. T. Adequação entre a terapia nutricional enteral prescrita e sua administração em pacientes críticos de um hospital geral. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 17, n. 107, p. 214-222, 3 maio 2023. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2228>. Acesso em: 05 mar. 2024.

AREDES, Natália Del'Angelo; COELHO, Eduardo Barbosa; GATTO, Giuseppe Cesare. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares–EBSEH/MEC. **Iniciativa Rede Colaborativa Brasil. Estudo de caracterização clínica e manejo de pacientes hospitalizados com Covid-19: contribuindo com o SUS e a Plataforma Clínica Global da OMS**, 2022. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/9310ab17-3b01-4b3c-ba6b-b1d5a132f331/003172733.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2024.

AZEVEDO, Eliane Araújo de; FRANCO, Ellen Serrão; COSTA, Gleiciane da Silva; REIS, Jocastra Alexandra de Souza; LIRA, Linara Silva de; MACIEL, Luciana Muniz; SOUZA, Ester Vinhote de; GARCIA, Eduardo Mendes. ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE TERAPIA NUTRICIONAL DE IMUNOMODULADORES PARA PACIENTES PRÉ-CIRÚRGICOS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. 2981–3000, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i9.11439. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11439>. Acesso em: 9 mar. 2024.

BARBOSA, J. A. G.; CARLOS, C. M.; COSTA, R. F.; SIMINO, G. P. R. Conhecimento de enfermeiros acerca da terapia nutricional. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 33-40, 21 jan. 2020. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2543>.

BARRETO, Priscilla *et al.* Posicionamento BRASPEN–Manejo da disfunção trato gastrointestinal na UTI. **BRASPEN Journal**, v. 37, n. 3, p. 228-243, 2023. Disponível em: http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2022.BRASPEN_posicionamentofibras. Acesso em: 10 mar. 2024.

BEHRMANN, G.; LIMA, A. M. P. Relevância do Protocolo em Nutrição na Avaliação do Estado Nutricional do Paciente Hospitalizado: Uma Revisão Integrativa. **Revista**

da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 134–141, 2019. Disponível em: <https://rasbran.emnuvens.com.br/rasbran/article/view/1103>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRAGA, L. C. **O PROTOCOLO CLÍNICO E O CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADES**: um estudo do processo de Tratamento da Úlcera por Pressão na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. 2017. 224 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

BRANDÃO, T. B. C. *et al.* Adequação numérica de nutricionistas e condições higiênico-sanitárias de Unidades de Alimentação e Nutrição Escolares de Maceió, Alagoas. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 27, p. e020026-e020026, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Portaria nº 272 de 8 de Abril de 1998. Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Parenteral, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs1/1998/prt0272_08_04_1998.html. Acesso em: 08 mar. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RESOLUCOES/Resolucao_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf. Acesso em: 09 mar. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução Diretoria Colegiada. RDC nº 503 de 27 de maio de 2020. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf. Acesso em: 9 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Resoluções. Resolução nº 380, de 9 de dezembro de 2005: dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação. Disponível em: http://www.cfn.org.br/inicial/resolucao_380.pdf. Acesso em: 9 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Terapia Nutricional na Atenção Especializada Hospitalar**. Brasília. Ministério da Saúde. 2016.

BRASIL, R. F. G.; SILVA, M. J. da; MOURA, E. R. F. Avaliação da qualidade de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.L.], v. 52, p. 1-8, 24 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017008103335>.

CAMPOS, Francimary de Alencar; CAETANO, Joselany Áfio; ALMEIDA, Paulo

César de; SILVA, Viviane Martins da. Terapia de nutrição enteral: construção e validação de protocolo. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. e11625, 2016. DOI: 10.12957/reuerj.2016.11625. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/11625>. Acesso em: 10 mar. 2024.

CAMPOS, Leticia Fuganti et al. Quem Nutre? Uma pesquisa sobre as EMTNs do Brasil. **BRASPEN**, v. 35, n.3, 2020. Disponível em: <https://braspenjournal.org/journal/braspen/article/63e28029a95395209e643b83>. Acesso em: 9 mar. 2023.

CASTRÃO, D. L. L.; FREITAS, M. M.; ZABAN, A.L.R.S. Terapia nutricional enteral e parenteral: complicações em pacientes críticos: uma revisão de literatura. **Com. Ciênc. Saúde**. 2009;20(1):65-74.

CATUNDA, H. L. O.; BERNARDO, E. B. R.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B.; AQUINO, P. de S. Methodological approach in nursing research for constructing and validating protocols. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 1-10, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000650016>.

CATTANI, A. **CUIDADO NUTRICIONAL DO PACIENTE CRÍTICO**: Avaliação das diretrizes para a prática clínica a partir das ferramentas AGREE II e AGREE-REX. 2021. 42 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2021.

CEDERHOLM, T.; BARAZZONI, R.; AUSTIN, P.; BALLMER, P., BIOLO, G., BISCHOFF, S.C. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. **Clin Nutr**. 2017;36(1):49- 64.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução CFN nº 663, de 28 de Agosto de 2020. Dispõe sobre a definição das atribuições de Nutricionista em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e dá outras providências, 2020. Disponível em: <http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=663>. Acesso em: 05 mar. 2024.

CONSÓRCIO AGREE. **AGREE-II**: Instrumento para Avaliação De Diretrizes Clínicas. Ontário - Canadá: Canadian Institutes Of Research, 2009. 53 p.

CORRÊA, A. P. A.; NORA, C. R. D.; SOUSA, G. P. de; SANTOS, V. J. dos; VIEGAS, G. L.; AGEA, J. L. D.; OLIVEIRA, A. C. de S.; BEGHETTO, M. G. Risks of enteral nutritional therapy: a clinical simulation. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 41, n. , p. 1-10, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190159>.

CORRÊA, M.E.M.; ROCHA, J.S. O papel do nutricionista na equipe interdisciplinar em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Health Residencies Journal - HRJ**, [S. l.], v. 2, n. 11, p. 147–159, 2021. DOI: 10.51723/hrj.v2i11.148. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/148>. Acesso em: 10 mar. 2024.

COSTA, A. P. da. **Qualidade das diretrizes clínicas vigentes para cessação tabagismo segundo o Agree II e proposta de diretriz para o cuidado**. 2020. 113 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Farmácia) — Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

COSTA, I. K.; COSTA, Â. K.; RUIVO, A. C. O. O papel de cada profissional de saúde na atenção domiciliar: uma revisão da literatura. **Relatos de casos**, v. 63, n. 4, p. 455-461, 2019.

COUTINHO, S. G. B. **Avaliação crítica de diretrizes clínicas do tratamento da doença obstrutiva carotídea**. 2022. 59 f. Tese (Doutorado em Cirurgia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2022.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: clínica no adulto**. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2014. p. 527- 61.

DANS, Antonio L.; DANS, Leonila F. Appraising a tool for guideline appraisal (the AGREE II instrument). **Journal of clinical epidemiology**, v. 63, n. 12, p. 1281-1282, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.06.005>. Acesso em: 09 mar. 2024.

DAVID, M. C. Terapia nutricional no paciente grave. **Rio de Arq. Ciênc. Saúde** 2007 out- dez;14(4):220-6226 Janeiro: Revinter; 2001.

DE MELO, C. P.; RACHED, C.D.A. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: reflexão sobre o tema e suas dimensões no ambiente de unidade de terapia intensiva. **International Journal of Health Management Review**, [S. l.], v. 4, n. 2, 2018. DOI: 10.37497/ijhmreview.v4i2.142. Disponível em: <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/142>. Acesso em: 10 mar. 2024.

DOCK-NASCIMENTO, Diana Borges *et al.* Dieta oral no ambiente hospitalar: posicionamento da BRASPEN. **BRASPEN Journal**, v. 37, n. 3, p. 207-227, 2023. http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2022.BRASPEN_dietaoral.

FEIJÓ, Fernanda de Matos *et al.* Aplicação de protocolo de aceleração da recuperação pós-operatória em cirurgias de colectomia retossigmoidectomia, pancreatectomia e hepatectomia: experiência de hospital terciário. **BRASPEN Journal**, v. 34, n. 4, p. 342-345, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2019344006>. Acesso em: 09 mar. 2024.

FEITOSA, G. A. M.; E SILVA, S. P. C.; BARBOSA, J. M.; OLINTO, E. O. dos S.; DE PAIVA, G. T.; DE MOURA, R. B. B.; MONTEIRO, E. A.; CHAVES, T. R. Uso de protocolos de nutrição enteral em pacientes idosos criticamente enfermos: uma revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 3, n. 9, p. 14245–14269, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N9-042. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/1642>. Acesso em: 11 mar. 2024.

FERNANDES, L. L. A importância do farmacêutico hospitalar juntamente com a equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Revista Farol**, v. 8, n.

8, p. 5-21, 2019.

FERRAZ, L. De F.; CAMPOS, A. C. F. O papel do nutricionista na equipe multidisciplinar em terapia nutricional. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 27, n. 2, p. 119-23, 2012

FREIRES, Geovanna Gomes *et al.* Avaliação da atuação da equipe multiprofissional de terapia nutricional em nutrição enteral e parenteral. **BRASPEN Journal**, v. 37, n. 1, p. 101-108, 2023. <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2022.37.1.14>.

FUJINO, N. V. ABNS. Terapia de nutrição enteral em pacientes graves. Revisão da Literatura. **Arq. Ciênc. Saúde**. 2007; 14:220-6.

GAMA, J.C.F. *et al.* Nutrição enteral precoce e desfechos clínicos em pacientes de terapia intensiva. **Braspen Journal**, v. 35, n. 4, p. 377-383, 2023. <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2020354009>.

GIL, A. C. 1946. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOVERNO DO PARANÁ. SECRETARIA DE SAÚDE. **Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Estado do Paraná**, 2020.

HERMIDA, P. M. V. *et al.* Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210038, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0038>. Acesso em: 10 mar. 2024.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS. **Protocolo de terapia nutricional enteral e parenteral para nutricionista**. 1ª versão, 2021.

LATORRACA, C. de O. C. *et al.* AGREE II - Uma ferramenta para avaliar a qualidade e o relato de guidelines. Estudo descritivo. **Medicina Baseada em Evidências**, [S.l.], v. 4, n. 23, p. 141-6, out. 2018.

LIMA, B. F. R. **Análise das diretrizes clínicas para manejo da constipação intestinal segundo Agree II e proposta de diretriz para cuidado farmacêutico**. 2020. 124 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia)— Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

LOBATO, T. A. A.; GARLA, P. C. Monitoramento da terapia nutricional enteral em doentes críticos no Brasil: uma revisão. Abr-Jun, [S.L.], v. 2, n. 35, p. 166-170, 20 jul. 2020. **BRASPEN Journal**. <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2020352010>.

LOYOLLA, V. C. L.; PESSINI, L.; BOTTONI, A.; SERRANO, S. C.; TEODORO, A. L.; BOTTONI, A. Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: uma análise da bioética. **Saúde Ética & Justiça**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 47-59, 2011. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v16i1p47-59. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/45777>. Acesso em: 7 mar. 2023.

LUIZ, M.G.; CARPENEDO, F.B.; CONTINI, L.J. Terapia nutricional enteral em

pacientes graves: início precoce ou tardio?. **BRASPEN**, v. 33, n.1, 2018, p. 221. Disponível em: <https://braspenjournal.org/journal/braspen/article/63e28029a95395209e643b83>. Acesso em: 9 mar. 2023.

MACEDO, A. B. T. et al.. Elaboration and validation of a protocol for safe administration of enteral nutrition in hospitalized patients. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. spe, p. e20200181, 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200181>.

MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; MACHADO, Í. E.; PEREIRA, C. A.; FIGUEIREDO, A. W.; SÁ, A. C. M. G. N. de; VELASQUEZ-MELENDZ, G.; SANTOS, F. M. dos; SOUZA JUNIOR, P. B. de; STOPA, S. R. Prevalência de colesterol total e frações alterados na população adulta brasileira: pesquisa nacional de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1-15, nov. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.2>.

MATSUBA, C.S.T. **Eventos adversos em terapia nutricional**: percepção dos profissionais da equipe multiprofissional. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/T.83.2020.tde-04032020-131503. Acesso em: 2024-03-09.

MATSUBA, C. S. T. e CIOSAK, S. I. Movimento pela segurança da terapia nutricional enteral: o que há de novo com os dispositivos? **BRASPEN Journal**, v. 32, n. 2, p. 175-182, 2017Tradução. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/08/15-AA-Movimento-pela-seguran%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 11 maio 2023.

MELO, T. T. R. de. Adequação do suporte nutricional em pacientes em uso de terapia nutricional enteral. **Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria**, [S.L.], n. 1, p. 117-123, 2017. SEDCA. <http://dx.doi.org/10.12873/371thamiristhatiele>.

MENDES, Marina *et al.* Terapia nutricional na unidade de terapia intensiva: avaliação do grau de conhecimento de médicos, enfermeiros e nutricionistas. **BRASPEN Journal**, v. 37, n. 4, p. 333-339, 2022.<http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2022.34.4.02>

MESQUITA, Lucas Isaac Soares. **Mercantilização do direito constitucional à saúde no Brasil**: neoliberalismo, contrarreformas e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no caso da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). 2019. 189 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Programa de Pós Graduação em Direito, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/5617>. Acesso em: 13 mar. 2024.

NASCIMENTO, A. L.; ZAMBOM, D. de A.; GRESIK, K. R. C. O papel do fisioterapeuta dentro da equipe multidisciplinar em unidades de terapia intensiva. IN: **Fisioterapia Na Saúde Coletiva**: Perspectivas Para A Prática Profissional, v. 1, n. 1, p. 226-233, 2020.

NORONHA, J.A.R.; DA SILVA, S.C.; PATRÍCIO, D.S. O SERVIÇO DO NUTRICIONISTA NO ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM PACIENTES DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAIS. **Scientia Generalis**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 130–141, 2021. Disponível em:

<http://www.scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/179>. Acesso em: 10 mar. 2024.

OLIVEIRA, A. G. L. M. de; SOUZA, A. R. de; SANTIAGO, J. C. dos S.; FLORÊNCIO, R. S. Evidências de validade interna de protocolo de assistência nutricional ao paciente adulto hospitalizado. **Conjecturas**, [S.L.], v. 22, n. 8, p. 808-823, 12 jul. 2022. Uniao Atlantica de Pesquisadores. <http://dx.doi.org/10.53660/conj-1248-v18>.

OLIVEIRA, C. P.; FARIA, H. M. C. Contribuições do psicólogo hospitalar em um serviço de urgência e emergência do município de Juiz de Fora: concepções da equipe multidisciplinar. **Cadernos de Psicologia**, v. 1, n. 2, 2020.

PADILHA, P. de C.; SENA, A. B.; NOGUEIRA, J. L.; ARAÚJO, R. P. da S.; ALVES, P. D.; ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C. Terapia nutricional no diabetes gestacional. **Revista de Nutrição**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 95-105, fev. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732010000100011>.

PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, n. 107, p. 1053-1064, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070219>.

PENA, Mileide Moraes; MELLEIRO, Marta Maria. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado.

Revista de Enfermagem da UFSM, v. 8, n. 3, 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.5902/2179769225432>. Acesso em: 10 mar. 2024.

PEREIRA, Andrea; CHAVES, Aline Lauda Freitas; DE PODESTÁ, Olivia Galvão. A importância da equipe multidisciplinar de suporte no estado nutricional do paciente. in: CHAVES, Aline Lauda Freitas (Org.) **Guia de nutrição para o oncologista. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**, 2022, p. 61. Disponível em: <https://app.sboc.org.br/wp-content/uploads/2022/09/lg-Guia-Nutricional.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

PERTSEW, P. E.; PEROZIN, M.; CHAVES, P. L. L. Gerenciamento do protocolo de dor torácica no setor de emergência. **Rev Soc Bras Clin Med.**, Joinville, Sc, v. 2, n. 16, p. 77-79, abr. 2018.

PINHEIRO, K. de F.; BORGES, Â.M.C. OS EFEITOS DA EBSE RH NA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, [S. l.], n. 247, p. 452–477, 2019. DOI: 10.25247/2447-861X.2019.n247.p452-477. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/584>. Acesso em: 13 mar. 2024.

PINHEIRO, Francine Reis; SANTOS, Carlos Honorato Schuch. GESTÃO DOS

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO: UM ESTUDO DE CASO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR. **REA-Revista Eletrônica de Administração**, v. 18, n. 2, p. 307-321, 2020. Disponível em: <http://periodicos.unifacef.com.br/rea/article/view/1609>. Acesso em: 09 mar. 2024.

ROCHA, A. de J. S. C. et al. **Causas de interrupção de nutrição enteral em Unidades de Terapia Intensiva/Causes of interruption of enteral nutrition in Intensive Therapy Units**. 2018.

RIBEIRO, R. C. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade? **Ver. Bras. Clin. Med.**, [S.l.], v. 4, n. 8, p. 1-8, out. 2010.

RIBEIRO, M. J. **Qualidade das diretrizes clínicas para queda de cabelo segundo AGREE II e proposta de diretriz com ênfase no cuidado farmacêutico**. 2023. 55 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) — Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

RONSONI, R. de M. **Avaliação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde segundo método AGREE II (Appraisal of Guidelines for Reserach and Evaluation)**. 2013. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Modalidade Profissional em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SANCHES, F. L. F. Z.; FERREIRA, T.; GUIMARÃES, R. de C. A. Risco nutricional em pacientes hospitalizados: comparação de três protocolos de triagem nutricional. **Multitemas**, [S.L.], v. 23, n. 55, p. 245-265, 16 out. 2018. Universidade Católica Dom Bosco. <http://dx.doi.org/10.20435/multi.v23i55.1606>.

SANSONOVE, Thais Gabriele Borella; WINCKLER, Juliane Meira; DASSO JÚNIOR, Aragon Érico. O modelo de administração pública gerencial na criação da empresa brasileira de serviços hospitalares-EBSERH. **Gestão em saúde no Rio Grande do Sul: casos, análises e práticas (v. 3)**. p. 21-46, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/212230/001116404.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 mar. 2024.

SANTOS, C. A. et al. Perfil nutricional e fatores associados à desnutrição e ao óbito em pacientes com indicação de terapia nutricional. **Braspen J**, v. 32, n. 1, p. 30-5, 2017.

SANTOS, J. L. dos; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.L.], v. 45, n. 1, p. 272-276, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000100038>.

SANTOS, J. S. dos. **Adaptação de uma ferramenta de triagem nutricional para pacientes listados para transplante cardíaco**. 2023. 34 f.

SANTOS, P. dos.; PEREIRA, R.; NÉRIAS, S.; ALMEIDA, Ângelo.; COUTINHO, D. J. G. Avaliação nutricional em crianças com autismo: revisão bibliográfica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 7, n.

10, p. 921–949, 2021. DOI: 10.51891/rease.v7i10.2632.

SARMENTO, Thaise de Abreu Brasileiro et al. Implantação de equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) como ferramenta de gestão em um hospital universitário federal. **BRASPEN Journal**, v. 37, n. 3, p. 297-303, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2022.37.3.10>. Acesso em: 09 mar. 2024.

SARTOR, J.; ALVES, M. K. Percepção do perfil de liderança do nutricionista gestor em unidades de alimentação e nutrição. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 7, n. 3, p. 13-19, 2019.

SCHIEFERDECKER, M. E. M.; KURETZKI, C. H.; CAMPOS, A. C. L.; MALAFAIA, O.; PINTO, J. S. de P.; NASCIMENTO, N. C. do. Criação de protocolo eletrônico para terapia nutricional enteral domiciliar. **Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 195-199, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-67202013000300008>.

SETO, Kanako *et al.* Evaluation of clinical practice guidelines using the AGREE instrument: comparison between data obtained from AGREE I and AGREE II. **BMC research notes**, v. 10, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13104-017-3041-7>. Acesso em: 09 mar. 2024.

SILVA, M. E. A. da; SANCHEZ, H. F. Proposta de protocolo clínico para atendimento odontológico a gestantes na atenção primária à saúde. **Revista de APS**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 1-10, 1 out. 2018. Universidade Federal de Juiz de Fora. <http://dx.doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15652>.

SILVA, M. T. G. da; OLIVEIRA, M. M. A importância da terapia nutricional nas unidades de terapia intensiva. **Braspen J**, p. 347-356, 2016.

SILVA, M. G. T.; DA COSTA, M. D. H. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 16, n. 2, p. 454-469, 2017.

TEIXEIRA, S. I. N.; BARROS DE OLIVEIRA, L. M.; DOS SANTOS, I. R.; FERREIRA PINHEIRO, J. M.; DANTAS DE ARAÚJO OLIVEIRA, M. R.; DANTAS DE LIRA, N. R.; MARTINS BEZERRA FURTADO, M. C. M. B. F.; DE OLIVEIRA SILVA FERREIRO MACHADO, R. Procedimento operacional padrão na assistência nutricional ao paciente com COVID 19: relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, [S. I.], v. 6, n. 2, p. 156–169, 2020. DOI: 10.21680/2446-7286.2020v6n2ID21252. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/21252>. Acesso em: 18 jun. 2023.

TOLEDO, Diogo Oliveira et al. Avaliação do panorama atual da terapia nutricional dentro da unidade de terapia intensiva. **BRASPEN Journal**, v. 32, n. 4, p. 2997-301, 2023. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/doi/10.37111/braspenj.2017.32.4.01>. Acesso em: 09 mar. 2023.

VARGAS, P. M. *et al.* Avaliação do estado nutricional de pacientes em uso de terapia nutricional enteral. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 12, n. 75, p. 830-840, 2018.

VAZ, J. M. de A. **Qualidade das diretrizes clínicas para manejo da cefaleia segundo AGREE II e proposta de diretriz para cuidado farmacêutico**. 2020. 65 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) — Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. de O.; LEONE, C. Research methodology topics: cross-sectional studies. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 356-360, 28 nov. 2018. Faculdade de Filosofia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>.

APÊNDICE 01

Questionário

O AGREE II é composto por 23 itens-chave organizados em 6 domínios seguido por dois itens de classificação global ("avaliação global"). Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da diretriz.

Domínio 1. Escopo e finalidade diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1-3).

Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas focaliza em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários atendidos (itens 4-6).

Domínio 3. Rigor do desenvolvimento diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas (itens 7-14).

Domínio 4. Clareza da apresentação diz respeito à linguagem, à estrutura e ao formato da diretriz (itens 15-17).

Domínio 5. Aplicabilidade diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, a estratégias para melhorar a aplicação, bem como o envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz (itens 18-21).

Domínio 6. Independência editorial diz respeito à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes (itens 22-23).

A avaliação global inclui a classificação da qualidade geral da diretriz e se a mesma pode ser recomendada para o uso na prática.

Escala de classificação

Cada um dos itens do AGREE II e os dois itens de avaliação global são classificados

em uma escala de 7 pontos (de 1 - discordo totalmente a 7 - concordo totalmente).

Tabela 4 – Escala de classificação

Domínio	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliados 3	Avaliador 4
Domínio 1 – Escopo e finalidade				
1. O(s) objetivo(s) geral(is) do protocolo encontra(m)-se especificamente descrito(s).				
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).				
3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita				
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas				
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes				
5. Procurou-se conhecer os pontos de vista e preferências dos pacientes.				
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.				
7. Fez-se um teste piloto do protocolo entre os usuários finais.				
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento				
8. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.				
9. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos.				
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos				
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.				
12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.				
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação				
14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível				
Domínio 4. Clareza da apresentação				
15. As recomendações são específicas e sem ambigüidade.				
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.				
17. As recomendações -chave são facilmente identificadas.				
Domínio 5. Aplicabilidade				
18. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.				

E mudança de domínio (de Clareza da Apresentação) E renumerado para o item 19.				
19. A diretriz descreve as facilidades e barreiras para sua aplicação. E mudança na ordem – renumerado para o item 18.				
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da utilização das recomendações.				
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.				
Domínio 6. Independência editorial				
22. O parecer do órgão financiador não exerce influência sobre o conteúdo da diretriz.				
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.				

Fonte: A Autora (2024)

APÊNDICE 02

Termo de Anuência do Orientador



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do
Amazonas Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Cirurgia (PPGRACI)
Mestrado Profissional em Cirurgia



ANUÊNCIA DO ORIENTADOR

Título do Projeto: “Aplicação da ferramenta agree-ii para avaliação das diretrizes clínicas de protocolos de terapia nutricional enteral na prática profissional de nutricionistas”.

Discente: Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento.

ANUÊNCIA DO ORIENTADOR

Manaus, 01 de Junho de 2023.



Documento assinado digitalmente
ANDRE BENTO CHAVES SANTANA
Data: 02/06/2023 10:55:13 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. André Bento Chaves Santana
Pesquisador responsável
Docente do Curso de Graduação em Nutrição – ISB/UFAM
SIAPE: 3149449

APÊNDICE 03

Anuência do HUGV para coleta de dados



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
Rua Tomás de Vila Nova, número 300 - Bairro Centro
Manaus-AM, CEP 69020-545
- <http://hugv-ufam.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 69/2023/SGPITS/GEP/HUGV-UFAM-EBSERH

Manaus, data da assinatura eletrônica.

Assunto: ENCAMINHAMENTO PARA INÍCIO DA COLETA DE DADOS

O Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde da Gerência de Ensino e Pesquisa do HUGV, após aprovação do Projeto de Pesquisa 8819, encaminha a pesquisadora Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento para iniciar as atividades de coleta de dados conforme os dados do projeto a seguir:

Nº do Processo SEI: 23531.005681/2023-02

Título do Projeto: APLICAÇÃO DA FERRAMENTA AGREE-II PARA AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS DE PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA PRÁTICA PROFISSIONAL DE NUTRICIONISTAS

Pesquisador principal: MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO PINTO DO NASCIMENTO.

Objetivo: Avaliar a qualidade das diretrizes clínicas do protocolo de TNE para a prática profissional de nutricionistas no Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa avaliativa para validação de um instrumento para mensurar o conhecimento a respeito do protocolo de terapia nutricional voltado para as atividades assistenciais do nutricionista na Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional Enteral. As informações necessárias ao estudo estão contidas no documento de domínio público. E, em razão no suposto na Resolução CNS 510/2016, Artigo 1º, parágrafo único, inciso V, não há necessidade de ser submetido ao Sistema CEP/CONEP.

Trata-se de pesquisa acadêmica, sendo Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado Profissional em Cirurgia do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia (PPGRACI) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) da pesquisadora principal, sob orientação do Prof. Dr. André Bento Chaves Santana.

Período de coleta de dados: 01/07/2023 e 31/03/2024

Atenciosamente,

(assinado eletronicamente)

Maria Elizete de Almeida Araújo

Chefe do Setor de Gestão e Inovação Tecnológica em Saúde - HUGV-Ufam-EBSERH

Portaria-HUGV Nº 2638, de 11/11/2022, publicada no Boletim de Serviço Nº 1434 de 16/11/2022



Documento assinado eletronicamente por Maria Elizete de Almeida Araujo, Chefe de Setor, em 28/06/2023, às 17:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

f2

17/07/2023, 16:15

I/SEDE - 30887967 - Carta - SEI

file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/Socorro/mestrado/projeto%...



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_externo=0, informando o código verificador 30887967 e o código CRC 7DA76107.

Referência: Processo nº 23531.005681/2023-02 SEI nº 30887967

APÊNDICE 04

IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)

e-ISSN: 2320-1939, p-ISSN: 2320-1940 Volume 12, Issue 4 Ser.3 (July. – August. 2023), PP 01-10

www.iosrjournals.org

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento ¹, André Bento Chaves Santana ^{1,2}

¹(Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Cirurgia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus-AM.)

²(Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-AM.)

Resumo:

Introdução: A Terapia Nutricional Enteral abrange o conjunto de procedimentos com finalidade terapêutica para a manutenção e recuperação do estado nutricional do paciente, por meio da ingestão controlada de nutrientes via enteral, quando o indivíduo encontra-se impossibilitado de alimentar-se por via oral. A partir desse contexto, faz-se necessário o estudo sobre validação do protocolo de Terapia Nutricional Enteral que possa orientar a prática profissional de nutricionistas, dada a importância desta documentação para direcionar os procedimentos para o cuidado nutricional, visando a implementação de rotinas e melhorias nos processos assistenciais e como consequência, serão obtidos dados para pesquisas científicas futuras. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de diretrizes clínicas do protocolo de terapia nutricional enteral para orientar a prática profissional de nutricionistas no hospital universitário federal localizado no Amazonas, Brasil.

Material e Métodos: Trata-se de uma pesquisa avaliativa a partir da aplicação da ferramenta AGREE-II. A avaliação do protocolo de terapia nutricional enteral foi realizada por quatro nutricionistas da área de nutrição clínica após a etapa de treinamento.

Resultados: A adequação da avaliação global das diretrizes clínicas para a terapia nutricional enteral foi de 66,7%. O domínio 1 "Escopo e finalidade" e o domínio 4 "Clareza da apresentação" atingiram as maiores pontuações. O domínio 2 "Envolvimento das partes interessadas" e o domínio 3 "Rigor do desenvolvimento" receberam pontuações intermediárias. O domínio 5 "Aplicabilidade" e o domínio 6 "Independência editorial" receberam as menores pontuações.

Conclusão: A aplicação da ferramenta AGREE-II na avaliação das diretrizes clínicas em protocolos de terapia nutricional enteral possibilita identificar fragilidades que podem ser corrigidas para a melhoria do cuidado nutricional do paciente.

Palavras-chave: Protocolo clínico, Terapia Nutricional, AGREE-II.

Date of Submission: 15-07-2023

Date of Acceptance: 25-07-2023

I. Introdução

A terapia nutricional enteral (TNE) abrange um conjunto de procedimentos terapêuticos com a finalidade de manter ou recuperar o estado nutricional do paciente por meio da ingestão controlada de alimentos via enteral ¹. Essa terapia é indicada para pacientes com trato gastrointestinal íntegro ou com funcionamento parcial, mas que se encontram impossibilitados de alimentar-se por via oral, ou para quadros em que não é possível a ingestão da quantidade de alimentos suficiente para a nutrição adequada ². Assim, a TNE visa fornecer os nutrientes necessários ajudando o paciente na resposta metabólica ao estresse ³.

Diversos fatores contribuem para a piora do estado nutricional do paciente nos hospitais. Dentre eles, se destacam a ausência da aferição do peso e altura na admissão do paciente e a falta de triagem e, como consequência, resultam na desnutrição de forma negligenciada. Assim como a falta de verificação da aceitabilidade dos alimentos por parte dos pacientes, as intervenções cirúrgicas em pacientes desnutridos sem intervenção nutricional e a hidratação venosa prolongada associada ao jejum podem resultar na atrofia da mucosa intestinal, de modo a comprometer a capacidade de absorção de nutrientes ⁴.

O estado de hipercatabolismo do paciente hospitalizado em resposta das enfermidades, infecções e traumas geram estresse metabólico, facilitando a instalação rápida da desnutrição, principalmente se a ingestão de nutrientes é insuficiente ⁵.

Os principais objetivos da terapia nutricional são a correção da desnutrição prévia, a prevenção/diminuição do déficit calórico-proteico, a hidratação e equilíbrio eletrolítico, visando obter a diminuição da morbidade e redução do seu período de recuperação. A TNE aplicada aos pacientes considerando as suas necessidades nutricionais contribui para corrigir seus déficits metabólicos e compensar o estado de hipercatabolismo dos pacientes graves ⁶.

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

A terapia nutricional é regulamentada pela Resolução RCD nº 503/2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pela Portaria SVS/MS nº 272/1998 do Ministério da Saúde, que fixam os requisitos mínimos, estabelecem as boas práticas e definem a obrigatoriedade de uma equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN)^{7,8}.

Quando se fala sobre a importância da implantação de protocolos para o cuidado nutricional hospitalar, é incontestável que a deterioração do estado nutricional interfere na evolução clínica do paciente, aumentando a morbimortalidade, custos da hospitalização, piora da qualidade de vida e contribui para internações prolongadas, diminuindo a rotatividade dentro dos hospitais, reduzindo ainda mais as vagas disponíveis⁹.

Considerando a importância da terapia nutricional no tratamento dos pacientes hospitalizados, os protocolos de cuidado nutricional podem trazer benefícios na atuação do nutricionista, direcionando condutas, procedimentos clínicos e fluxos, tornando o serviço de terapia nutricional sistemático. Como consequência, a elaboração de protocolos traz implicações teóricas para os estabelecimentos de saúde, orientando as práticas a serem realizadas nos serviços, buscando a adoção de diretrizes clínicas construídas associando-se a literatura científica a realidade das instituições.

Com base no contexto apresentado, faz-se necessário o estudo sobre a validação dos protocolos de TNE que possam orientar a prática profissional de nutricionistas, dada a importância desta documentação para direcionar os procedimentos para no cuidado nutricional, visando a implementação de rotinas e melhorias nos processos assistenciais. Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade das diretrizes clínicas do protocolo de TNE para a prática profissional de nutricionistas em um hospital universitário federal no Estado do Amazonas, Brasil.

II. Material e Método

Trata-se de uma pesquisa avaliativa baseada na aplicação da ferramenta *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE-II), para a validação do protocolo de TNE voltado para as atividades assistenciais do nutricionista na Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional Enteral (EMTN). Os níveis exploratório e descritivo foram adotados para a realização da pesquisa foi delineada para a realização de um estudo exploratório-descritivo, visto que há pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre a validação de protocolos clínicos para TNE que auxiliem a prática profissional do nutricionista. Assim, a realização do presente estudo teve como finalidade a ampliação o campo dos conhecimentos no âmbito da área de nutrição clínica hospitalar. Após a primeira etapa exploratória, foram descritos os fatos, a partir de análises interpretativas dos dados, buscando extrair conclusões¹⁰.

Desenho do estudo: Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa baseado em análise documental.
Local de realização: Esse estudo foi realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas (HUGV/Ufam), localizado no município de Manaus, Estado do Amazonas, Brasil. O HUGV trata-se de um estabelecimento de saúde de Alta complexidade com atividades de ensino, assistência e pesquisa, sendo um órgão suplementar da Ufam, sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).
Duração do estudo: Junho de 2023 a Julho de 2023.

Numero de avaliadores: 4 nutricionistas.

Indivíduos e método de seleção: Os nutricionistas avaliadores foram convidados a participar do estudo, sendo orientados quanto ao objetivo da pesquisa, incluindo informações sobre riscos, benefícios e procedimentos a serem realizados. Desta forma, os avaliadores que concordaram em participar do estudo de forma voluntária assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Crerios de inclusão:

1. Ser nutricionista;
2. Possuir vínculo empregatício com o Hospital Universitário, ser residente multidisciplinar nutricionista ou nutricionista voluntário regulamentado no Hospital Universitário;
3. Atuar no Serviço de Terapia Nutricional.

Crerios de exclusão:

1. Profissional Nutricionista vinculado a Unidade de Nutrição Clínica do Hospital Universitário afastado de suas atividades laborais durante o desenvolvimento do processo de elaboração.
2. Nutricionistas do quadro do HUGV que não tenham disponibilidade ou não queiram participar do estudo.

Procedimento metodológico:

Para execução deste trabalho, os nutricionistas participantes avaliaram o protocolo de TNE para nutricionista, utilizado pelo HUGV desde 19 de maio de 2021. Esta avaliação foi realizada por meio da aplicação

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

da ferramenta AGREE-II adaptada, de modo a abordar a qualidade, o rigor metodológico e a transparência com que o protocolo é desenvolvido, permitindo sua aplicação em protocolos direcionados a quaisquer doenças e situações de saúde, incluindo aspectos relacionados tanto para a promoção da saúde e saúde coletiva, como com diagnósticos, tratamentos ou intervenções¹¹. A utilização desse instrumento, é possível estabelecer uma estratégia metodológica para a avaliação da qualidade do protocolo¹².

A avaliação do protocolo de TNE foi realizada por quatro nutricionistas atuantes no HUGV, com formação de nível superior, habilitados para desenvolver atividades de TNE na EMTN, de acordo com as legislações vigentes do Conselho Federal de Nutricionistas e Anvisa¹³.

Os avaliadores selecionados participaram da etapa de treinamento de forma presencial para a aplicação da ferramenta AGREE-II, sendo ministrada por profissional nutricionista hospitalar, com título de especialista e dezoito anos de experiência na área de nutrição clínica.

A ferramenta AGREE-II tem o objetivo de investigar como é realizada a pontuação dos domínios pelos revisores, destacando qual os principais domínios considerados para avaliação da qualidade das diretrizes clínicas, incluindo a análise do processo de construção das diretrizes e a variabilidade na sua qualidade¹⁴.

Para a aplicação do AGREE-II, recomenda-se que cada diretriz desta ferramenta seja avaliada por pelo menos dois e, preferencialmente, quatro avaliadores, de forma a aumentar a confiabilidade da avaliação¹⁵. O AGREE-II é composto por vinte e três itens-chave organizados em seis domínios seguido por dois itens de classificação global (avaliação global). Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da diretriz¹¹. Os domínios são apresentados no Quadro 1:

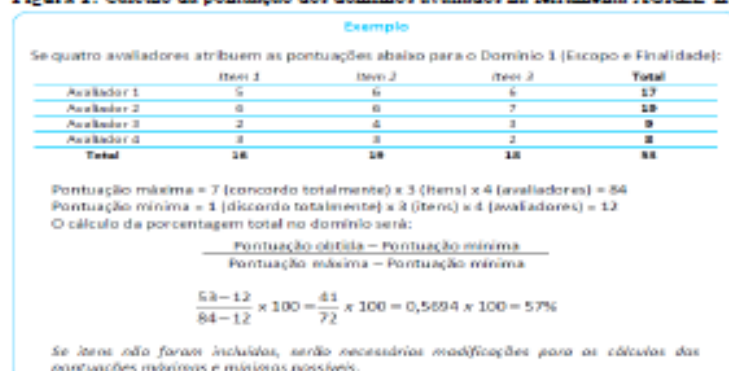
Quadro 1: Domínios da ferramenta AGREE-II.

Domínios	Descritivo
Domínio 1. Escopo e Finalidade	Diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1-3).
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas	Focaliza em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos (itens 4-6).
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento	Diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas (itens 7-14).
Domínio 4. Clareza da apresentação	Diz respeito à linguagem, estrutura e o formato da diretriz (itens 15-17).
Domínio 5. Aplicabilidade	Diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz (itens 18-21).
Domínio 6. Independência editorial	Diz respeito à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes (itens 22-23).
Avaliação global da diretriz clínica	Inclui a classificação da qualidade geral da diretriz e se a mesma pode ser recomendada para o uso na prática.

Fonte: Adaptado de Consórcio AGREE Next Steps Consortium (2009).

Para cada domínio do AGREE-II, foram distribuídos questionamentos para atribuição de pontuações na escala de 1 a 7, onde 1 equivale a "discordo totalmente" e 7 corresponde a "concordo totalmente". A Figura 1 apresenta como é realizado o cálculo para a pontuação dos domínios propostos pelo instrumento:

Figura 1: Cálculo da pontuação dos domínios avaliados na ferramenta AGREE-II.



Fonte: Consórcio AGREE-II (2009)

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

Para corroborar os dados encontrados com a aplicação do instrumento, foi realizada a análise documental e da literatura científica disponível. Esta etapa permitiu a investigação da problemática tratada na pesquisa não em sua interação imediata, mas de forma indireta, por meio do estudo dos documentos que são publicados na literatura científica, e por isso revelam o seu modo de ser, viver e compreender um fato social. O estudo de documentos implica fazê-lo a partir do ponto de vista de quem os produziu, isso requer cuidado e pericia por parte do pesquisador para não comprometer a validade do seu estudo¹⁶.

III. Resultados

A Tabela 1 apresenta as respostas realizadas pelos nutricionistas para a avaliação do protocolo de TNE. Os resultados da avaliação foram descritos conforme os seis domínios contemplados na ferramenta AGREE- II. Na avaliação geral, os domínios 1 e 4 foram os que receberam as maiores pontuações, seguidos pelos domínios 2 e 3, com pontuações intermeditárias. Já os domínios 5 e 6 receberam as menores pontuações.

Tabela 1: Pontuações dos seis domínios avaliados pela ferramenta AGREE-II no protocolo de terapia nutricional enteral do HUGV/Ufam, 2022-2023.

Item	Descrição	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 3	Avaliador 4	Valor total
Domínio 1. Escopo e Finalidade						
1	O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente escrito(s).	7	7	7	7	28
2	A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).	6	7	6	7	26
3	A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.	7	6	5	7	25
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas						
4	A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	6	4	7	7	24
5	5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.)	2	1	1	7	11
6	Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	7	6	7	7	26
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento						
7	Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	7	1	2	7	17
8	Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos.	6	1	2	7	16
9	Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.	6	1	4	1	12
10	Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	7	1	1	7	16
11	Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	5	1	1	7	14
12	Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.	7	1	6	7	21

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

13	A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.	6	1	6	7	20
14	Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.	7	3	5	7	22
Domínio 4. Clareza da apresentação						
15	As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	7	7	6	7	27
16	As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	6	1	5	7	19
17	As recomendações-chave são facilmente identificadas.	6	7	5	7	25
Domínio 5. Aplicabilidade						
18	A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.	5	1	1	1	8
19	A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	7	7	5	6	35
20	Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	3	1	1	1	6
21	A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	7	1	1	6	15
Domínio 6. Independência editorial						
22	O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.	1	1	1	7	10
23	Foram registradas e abordadas os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	1	1	1	7	10
Avaliação global da diretriz clínica						
1.	Classifique a qualidade global dessa diretriz.	6	4	5	6	21
2	Fu recomendaria o uso desta diretriz?	Sim, com modificações.	Sim, com modificações.	Sim, com modificações.		

Fonte: Nascimento MPSP e Santana ABC, 2023.

Tabela 2: Percentuais de adequação obtidos pelos seis domínios avaliados pela ferramenta AGREE-II no protocolo de terapia nutricional enteral do HUGV/Ufam, 2022-2023.

Domínios	Percentuais (%)
Domínio 1. Escopo e Finalidade	93,1
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas	69,4
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento	55,2
Domínio 4. Clareza da apresentação	98,6
Domínio 5. Aplicabilidade	39,6
Domínio 6. Independência editorial	25,0
Avaliação global da diretriz clínica	66,7

Fonte: Nascimento MPSP e Santana ABC, 2023.

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

Quadro 3: Comentários dos avaliadores sobre os seis domínios avaliados pela ferramenta AGREE-II no protocolo de Terapia Nutricional Enteral do HUGV/Ufam, 2022-2023.

Domínio 1 - Escopo e Finalidade		Avaliador 2	Avaliador 3	Avaliador 4
3	A população (pacientes, público etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.	Talvez possa acrescentar nos objetivos a população "em pacientes hospitalizados"	Não foi encontrada população alvo e critérios de inclusão e exclusão.	
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas		Comentários		
4	A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	Não há descrições detalhadas sobre formação, vínculo, localização dos membros.	Considero este item como os membros que participaram da elaboração, revisão, validação e aprovação.	
5	Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público etc.)	Não há referências sobre a investigação de experiências e preferências da população-alvo. Sugestão de colocar referências da literatura que tenham avaliado a experiência de usuários de terapia nutricional, como por exemplo do ponto de vista socioemocional (pacientes em cuidados paliativos, pacientes com gastrostomia, jejunostomia etc.)	Não foi observada esta ação no protocolo	
6	Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	Sugestão acrescentar "pacientes hospitalizados" nos objetivos		
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento		Comentários		
7	Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	Não há descrição a respeito do método para a seleção das referências utilizadas.	Não há descritos métodos sistemáticos de busca, somente há lista de referências onde foi embasado o protocolo.	
8	Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos	Não há descrição a respeito dos critérios para a seleção das recomendações utilizadas.	Não estão descritos os critérios de seleção das evidências.	
9	Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.	Não há descrição a respeito da avaliação da qualidade das recomendações utilizadas.	Dentre os critérios que devem estar incluídos no conteúdo, identificou-se apenas aplicabilidade no contexto clínico.	
10	Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	Não se aplica	Não foi identificado o	Desconheço se essa informação é

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

			método de formulação das recomendações no protocolo.	relevante para esse item, uma vez que já foram citadas as referências
11	Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	Não se aplica	Não foi identificado descrição dos benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde na formulação das recomendações no protocolo.	
12	Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.	Não se aplica		
13	A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	Não há revisão externa descrita.	A diretriz foi revisada por todos os componentes que fazem parte da aplicabilidade do protocolo	
14	Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.	Há definida uma data para a revisão/atualização, porém não há procedimento descrito para a atualização.	Há descrito o período para a revisão do protocolo, porém não há descrição para a metodologia para o procedimento de atualização.	
Domínio 5. Aplicabilidade		Comentários		
18	A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.	Não há descrição sobre este item	Não há descrito no protocolo fatores facilitadores e barreiras para sua aplicação.	Não contemplou. Ex: frequentemente, alta hospitalar não programada dentro das 72h; número de profissionais reduzidos (fononaudiologia)
19	A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.		As recomendações são facilmente encontradas na descrição do protocolo e evidenciadas nos anexos.	Neste serviço, na maioria das vezes os itens de nutrição enteral são cedidos por uma central de distribuição do estado. Sugiro que essa informação possa ser contemplada neste protocolo.
20	Foram considerados as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	Não há descrito sobre materiais necessários para a execução das atividades	Não há descritos potenciais implicações de recursos.	Não contemplou. Ex: precariedade de alguns insumos na rede pública de distribuição.
21	A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	Não há descrição sobre este item	Não há descrito critérios de monitoramento da implantação do protocolo	Sabemos que há critérios de revisão e atualização, mas sugiro a necessidade de ser descrito no corpo do trabalho
Domínio 6. Independência editorial		Comentários		
22	O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.	Não se aplica pois não há órgão financiador	Não há descrito no protocolo órgão financiador	

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

23	Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	Não se aplica pois não há conflito de interesses	Não há descrito no protocolo conflitos de interesse
----	---	--	---

Fonte: Nascimento MPSP e Santana ABC, 2023.

IV. Discussão

A Tabela 2 apresenta os percentuais de adequação em cada domínio avaliado no protocolo de TNE, onde o domínio 6 referente a "Independência editorial" foi o que obteve o menor percentual de adequação, enquanto o domínio 4 "Clareza da apresentação", apresentou o maior percentual de adequação, com 98,6%. Apesar de a pontuação dos domínios ser útil na comparação de diretrizes e dar subsídios para que uma diretriz seja ou não recomendada, a ferramenta AGREE-II não definiu pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação para diferenciar diretrizes de alta e baixa qualidade. Essas decisões deverão ser tomadas pelo usuário e orientadas pelo contexto no qual o AGREE II está sendo utilizado¹¹. Considerando o primeiro domínio "Escopo e Finalidade", os três avaliadores consideram que o protocolo analisado é claro, quando se trata da definição de quem fará uso deste e qual a sua finalidade.

A ausência da classificação final ou geral das diretrizes avaliadas no AGREE-II pode ser uma limitação na sua metodologia, não sendo possível determinar que a diretriz em questão é "boa" ou "ruim"¹⁷. Esta limitação resulta na necessidade de tomada de decisão dos técnicos que utilizam a ferramenta quanto a definição de quais serão os parâmetros para classificar a sua recomendação ou não, de modo que sua aplicação pode tornar-se tendenciosa.

A partir da revisão de literatura foi possível identificar situações que explicam as diferenças de pontuação entre cada domínio avaliado no AGREE-II. Dentro do segundo domínio "Envolvimento das partes interessadas", o item 5 foi o que obteve a menor pontuação, onde o avaliador 1 respondeu com pontuação 2, enquanto os avaliadores 2 e 3 com pontuação 1, e o último avaliador, com pontuação 7. A colaboração das partes interessadas na elaboração de um protocolo clínico se faz essencial, visto que, alguns profissionais resistem ao uso de protocolos, por acreditarem que são dispensáveis para o exercício em sua área de atuação¹⁸. Essa barreira é quebrada quando estes profissionais são convidados a construírem o instrumento a ser utilizado. Entende-se também que na execução de um protocolo clínico, o paciente é um agente ativo que participa do processo de tomada de decisão¹⁹.

O domínio 3 "Rigor do desenvolvimento", que engloba a maior parte dos questionamentos do AGREE-II, obteve pontuações lineares, se considerado as proposições de "Discordo totalmente/Concordo totalmente". Para uma análise detalhada, ponderando as médias obtidas, os piores resultados foram nas perguntas sobre métodos sistemáticos, critérios de seleção de evidências e benefícios e, riscos do protocolo analisado. Os protocolos clínicos ou assistenciais são recomendações para as práticas assistenciais baseados em evidência científica, elaborados de forma sistemática, a partir de orientações concisas sobre diagnóstico e tratamento¹⁸. Entretanto, a combinação de diversas metodologias em determinados tipos de estudos pode contribuir para a falta de rigor. Recomenda-se que sejam seguidos padrões metodológicos de eficácia comprovada²⁰, o que representa um desafio, e por isso, justifica-se as menores médias obtidas aqui neste quesito.

Segundo Silva MEA e Sanchez HF²¹ o conteúdo dos protocolos deve ser escolhido a partir do conhecimento dos problemas prevalentes em determinada sociedade, em conformidade com os critérios de magnitude (frequência), transcendência (gravidade) e vulnerabilidade (efetividade da intervenção). Considerando este último ponto citado pelos autores, é essencial que o protocolo fale sobre a efetividade da intervenção, ou seja, pelos benefícios que a aplicação deste protocolo pode trazer para os pacientes, se aplicado durante o seu tratamento, item esse também abordado no domínio 3 "Rigor do desenvolvimento". De acordo com os avaliadores, o protocolo analisado não atende em sua plenitude quando se considera os benefícios deste, de forma clara e concisa. Ainda sobre a ponderação acerca do domínio 3, observa-se que os avaliadores consideraram um ponto de atenção a disposição de evidências constatando a efetividade do protocolo. A apresentação de evidências para diversos grupos de tecnologias destinados ao manejo de condições clínicas complexas é um ponto crucial em que são formatadas as diretrizes consideradas de boa qualidade²².

Um estudo demonstra a importância dos protocolos para o posicionamento dos profissionais no setor e, perante os conflitos¹⁸. Para que o domínio 5 "Aplicabilidade", o que apresentou o percentual de adequação da ordem de 39,6%, seja efetivo faz-se necessário que a adesão do protocolo pelos profissionais deve ser monitorada, além de a sua eficácia, através de instrumentos de monitoramento que incorporem o feedback para os profissionais e usuários. A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná afirma que para ser efetivo, o protocolo deve ser disseminado e implementado com materiais adicionais (documento resumido, guia de referência rápida, ferramentas educativas, panfletos para pacientes, suporte de informática)²³.

Para o melhor detalhamento dos pontos considerados pelos avaliadores, de modo a fomentar o embasamento para a revisão do protocolo, apresenta-se o Quadro 3, com os comentários recebidos pelos

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

avaliadores. Ressalta-se que, os questionamentos não apresentados no quadro citado não foram respondidos pelo nutricionista em questão. Ademais, o avaliador 1 não adicionou comentários em suas respostas.

É essencial enfatizar que a resposta ao questionamento 4 feita pelo avaliador 2, visto que um protocolo só se torna efetivo quando abrange as necessidades específicas do público atendido e, quando corresponde às expectativas dos profissionais de saúde²⁰. Segundo este avaliador, o protocolo não atende a este requisito. Este pode ser considerado um ponto de atenção, visto que a adesão ao protocolo assistencial, embasada em evidências científicas, impacta positivamente nos números obtidos, aumenta a sobrevivência do paciente com qualidade e diminui a mortalidade, sendo condizente com o principal objetivo na assistência ao paciente, que é sua segurança²⁰.

Para o item 7, os avaliadores 2 e 3 consideram que no protocolo não há descrito quais os critérios selecionados para a sua construção. O AGREE-II não possui nenhum domínio destinado à avaliação da qualidade das evidências científicas utilizadas na elaboração das diretrizes desde a sua primeira versão, o que é um déficit encontrado em todas as ferramentas disponíveis para avaliação de diretrizes clínicas, bem como não avalia a conteúdo clínico das recomendações contidas nos documentos¹⁷. Embora se saiba que, o protocolo analisado segue a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC N° 503, de 27 de maio de 2021, a informação não está descrita nos campos justificativa e atribuição da EMTN. Este descritivo poderia contribuir para a mudança na avaliação dos nutricionistas referente a este requisito.

Um estudo concluiu que a presença de protocolos validados para assistência nutricional é de grande importância para a saúde dos pacientes, tanto em ambiente hospitalar como pós-alta²⁴. Porém, é necessário o embasamento teórico e pesquisas clínicas, se possível, para construção de protocolos que impactem positivamente, mostrando assim a importância destes comentários.

Em relação ao item 5, presente no domínio 2 referente ao "Envolvimento das partes interessadas", o avaliador 2 sugeriu que fossem incluídas pesquisas que considerassem a participação de usuários de terapia nutricional. O nutricionista ainda citou a questão de pacientes em cuidados paliativos e a sua correlação direta com a bioética. Decisões relacionadas à terapia nutricional em cuidados paliativos não são normalmente alcançadas de forma isolada; é necessário considerar o quadro clínico, os desejos dos pacientes e familiares, prognóstico, opiniões de tratamento disponíveis e a relação entre riscos e benefícios. É fundamental estabelecer um plano de cuidado envolvendo o paciente, familiares e profissionais²⁵.

Ja no domínio 3 "Rigor do desenvolvimento", para os avaliadores 2 e 3, o item 13 do AGREE-II não é atendido, visto que não existem evidências que uma equipe externa à instituição tenha feito revisão do protocolo. O item 13 verifica se o protocolo foi submetido a revisão externa antes da publicação e orienta que os avaliadores devem ser especialistas, e que representantes da população-alvo podem ser incluídos. Para classificar esse item, deve-se observar se há finalidade e intenção da revisão externa, os métodos utilizados para conduzir a revisão, a descrição dos revisores externos, os desfechos e as informações obtidas na revisão externa¹². Faz-se pertinente destacar que a própria aplicação do questionário AGREE-II pode ser considerada uma revisão externa¹⁹.

Ressalta-se que o domínio 5, referente a "Aplicabilidade do protocolo", de acordo com os avaliadores 2,3 e 4, não possui critérios bem definidos. Este pode ser um grande problema, visto que a aplicabilidade dos protocolos clínicos enfrenta diversas barreiras, tais como fatores culturais, conflitos de interesse dos elaboradores, diferentes formações, opinião dos pacientes, características dos sistemas de saúde, diferentes interpretações das evidências disponíveis na literatura, influência dos conselhos profissionais e fatores socioeconômicos¹⁷.

Por fim, na averiguação do domínio 6 "Independência editorial", apenas os avaliadores 2 e 3 afirmaram que não há descrito no documento os possíveis conflitos de interesses e o seu órgão financiador, sugerindo-se assim mais uma alteração para o aprimoramento do protocolo.

V. Conclusão

A qualidade pode variar bastante entre estes documentos clínicos, podendo em alguns casos ficar muito aquém do que consideramos ideal e assim potencialmente prejudicar as ações das equipes multiprofissionais. Sendo assim, através da aplicação do questionário AGREE-II, e considerando as respostas obtidas com os quatro entrevistados, sugere-se a alteração do protocolo com inserção de alguns itens e melhoria de outros, já descritos. Considerando isto e o objetivo geral deste trabalho, pode-se concluir que os domínios 3 "Rigor no desenvolvimento", 5 "Aplicabilidade" e 6 "Aplicabilidade" editorial foram os que receberam menores pontuações e mais observações por parte dos entrevistados. Sendo assim, estes serão os pontos focais da revisão do protocolo.

Para trabalhos futuros, espera-se que este, contribua para a validação de outros protocolos, em outras instituições, servindo assim como base acadêmica.

Referências

- [1]. David Mc. Terapia Nutricional No Paciente Grave. Rio De Arq. Ciênc. Saúde 2007 Out- Dez;14(4):220-226. Janeiro: Revinter; 2001.
- [2]. Cuppari L. Guia De Nutrição: Clínica No Adulto. 3ª Ed. São Paulo: Manole; 2014: 527- 61.
- [3]. Cederholm T, Et Al. Espen Guidelines On Definitions And Terminology Of Clinical Nutrition. Clin Nutr. 2017;36(1):49- 64.

Avaliação Da Qualidade De Diretrizes Clínicas De Um Protocolo De Terapia Nutricional Enteral

- [4] Fujino Nv, Alves. Terapia De Nutrição Enteral Em Pacientes Graves: Revisão Da Literatura. *Arq. Ciênc. Saúde*, 2007, 14:220-6.
- [5] Brasil. Ministério Da Saúde. Resolução Nº 510, De 7 De Abril De 2016. Brasília: Diário Oficial Da União, 2016.
- [6] Castro, DM, Et Al. Terapia Nutricional Enteral E Parenteral: Complicações Em Pacientes Críticos: Uma Revisão De Literatura. *Com. Ciênc. Saúde*, 2009;20(1):65-74.
- [7] Brasil. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Br). Resolução Diretoria Colegiada. Rdc Nº 503 De 27 De Maio De 2020. Dispõe Sobre Os Requisitos Mínimos Exigidos Para A Terapia De Nutrição Enteral. Brasília, Df.
- [8] Brasil. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Br). Resolução Diretoria Colegiada. Rdc Nº 272 De 8 De Abril De 1998. Dispõe Sobre Os Requisitos Mínimos Exigidos Para A Terapia De Nutrição Parenteral. Brasília, Df.
- [9] Sanchez Fff, Et Al. Risco Nutricional Em Pacientes Hospitalizados: Comparação De Três Protocolos De Triagem Nutricional. *Múltiplos*, 2018, 23(5):245-265.
- [10] Yin Rk. *Estado De Casos: Planejamento E Métodos*. 2.Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- [11]. Consórcio Agrec. Agrec-ii: Instrumento Para Avaliação De Diretrizes Clínicas. Ontário - Canadá. Canadian Institutes Of Research, 2009. 53 P.
- [12]. Brasil Rfg, Et Al. Avaliação Da Qualidade De Protocolo Clínico Para Atendimento Em Planejamento Familiar De Pessoas Vivendo Com Hiv/Aids. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Uap*, 2018, 52(1): 1-8.
- [13]. Brasil. Conselho Federal De Nutricionistas (Cfn). Resoluções. Resolução Nº 380, De 9 De Dezembro De 2005. Dispõe Sobre A Definição Das Áreas De Atuação Do Nutricionista E Suas Atribuições, Estabelece Parâmetros Numéricos De Referência, Por Área De Atuação.
- [14]. Cattani A. Cuidado Nutricional Do Paciente Crítico: Avaliação Das Diretrizes Para A Prática Clínica A Partir Das Ferramentas Agrec Ii E Agrec-Rex. 2021. Dissertação [Mestrado - Curso De Programa De Pós-Graduação Em Ciências Da Nutrição] - Universidade Federal De Ciências Da Saúde De Porto Alegre, 2021.
- [15]. Latrossa Coc. Et Al. Agrec Ii - Uma Ferramenta Para Avaliar A Qualidade E O Relato De Guielines. *Estado Descritivo. Medicina Baseada Em Evidências*, 2018, 4(23): 141-6.
- [16]. Santos J, Bueno Serv. Educação Para A Morte A Docentes E Discentes De Enfermagem: Revisão Documental Da Literatura Científica. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Uap*, 2011;45(1): 272-276.
- [17]. Romani Rm. Avaliação Dos Protocolos Clínicos E Diretrizes Terapêuticas Do Ministério Da Saúde Segundo Método Agrec Ii (Appraisal Of Guidelines For Research And Evaluation). 2013. 152 F. Dissertação [Mestrado - Modalidade Profissional Em Saúde Pública], Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
- [18]. Peixoto Tc, Brito Mjm. Protocolo Clínico Como Dispositivo Analítico Das Relações De Poder De Profissionais De Saúde. *Saúde Em Debate*, 2015, 39(107):1053-1064.
- [19]. Braga Lc. O Protocolo Clínico E O Cuidado Baseado Em Atividades: Um Estado Do Processo De Tratamento Da Úlcera Por Pressão Na Fundação Hospitalar Do Estado De Minas Gerais. 2017. 224 F. Dissertação [Mestrado - Curso De Administração] - Universidade Federal De Minas Gerais, 2017.
- [20]. Catunda Hfo, Et Al. Methodological Approach In Nursing Research For Constructing And Validating Protocols. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2017;26(2):1-10.
- [21]. Silva Mes, Sanchez, Hf. Proposta De Protocolo Clínico Para Atendimento Odontológico A Gestantes Na Atenção Primária À Saúde. *Revista De Aps*, 2018, 20(4):1-10.
- [22]. Ribeiro Rr. Diretrizes Clínicas: Como Avaliar A Qualidade? *Ver. Bras. Clin. Med.*, 2010, 4(8):1-8.
- [23]. Governo Do Paraná. Secretaria De Saúde. Programa De Apoio Aos Hospitais Públicos E Filantrópicos Do Estado Do Paraná, 2020.
- [24]. Oliveira Agim, Et Al. Evidências De Validade Interna De Protocolo De Assistência Nutricional Ao Paciente Adulto Hospitalizado. *Conjecturas*, 2022, 22(8):808-823.
- [25]. Loyolla Vcl, Et Al. Terapia Nutricional Enteral Em Pacientes Oncológicos Sob Cuidados Paliativos: Uma Análise Da Bioética. *Saúde Ética & Justiça*, 2011; 1(16):47-59.

APÊNDICE 05

Planilha de tabulação da pesquisa

TABULAÇÃO PESQUISA AGREE 2

AGREE II												
		ENTREVISTADOS				4						
DOMÍNIO 1 - ESCOPO E FINALIDADE		1	2	3	4	TOTAL	%	MIN	1	MAX	7	
1	O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente escrito(s).	7	7	7	7	28	93,1	12		84	7	
2	A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).	8	7	8	7	28						
3	A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.	7	8	6	7	26						
TOTAL						78						
DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS		1	2	3	4	TOTAL	%	MIN	1	MAX	7	
4	A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	8	4	7	7	24	69,4	12		84	7	
5	5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)	2	1	1	7	11						
6	Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.	7	8	7	7	27						
TOTAL						62						
DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO		1	2	3	4	TOTAL		MIN	1	MAX	7	
7	Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	7	1	2	7	17	55,2	32		224	7	
8	Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos	8	1	2	7	18						
9	Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.	8	1	4	1	12						
10	Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	7	1	1	7	18						
11	Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	6	1	1	7	14						
12	Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.	7	1	8	7	21						
13	A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	8	1	8	7	20						
14	Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.	7	3	6	7	22						
TOTAL						138						
DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO		1	2	3	4	TOTAL		MIN	1	MAX	7	
15	As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	7	7	8	7	27	98,6	12		84	7	
16	As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	8	1	6	7	18						
17	As recomendações-chave são facilmente identificadas.	8	7	6	7	26						
TOTAL						71						

APÊNDICE 06

**GUIA PARA AVALIAÇÃO DE
DIRETRIZES CLÍNICAS EM
PROTOCOLOS DE
TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL**



**MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO PINTO DO NASCIMENTO
ANDRÉ BENTO CHAVES SANTANA**



**GUIA PARA AVALIAÇÃO DE
DIRETRIZES CLÍNICAS EM
PROTOCOLOS DE TERAPIA
NUTRICIONAL ENTERAL**



Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s) autor(es).

Esta publicação está licenciada sob [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA
(Editor-Chefe)
Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA
Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP
Prof.^a Dr.^a. Raquel Silvano Almeida-Unespar
Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA
Prof.^a Dr.^a. Ilka Kassandra Pereira Belfort-Faculdade Laboro
Prof.^a Dr. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG
Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves-IFF
Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ
Prof. Dr. Rodrigo Luiz Fabri-UFJF
Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEMA
Prof.^a Dr.^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE
Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA
Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos-UEL
Prof.^a Dr.^a. Maria de Fatima Vilhena da Silva-UFPA
Prof.^a Dr.^a. Dayse Marinho Martins-IEMA
Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM
Prof.^a Dr.^a. Elane da Silva Barbosa-UERN
Prof. Dr. Piter Anderson Severino de Jesus-Université Aix Marseille

Nossa missão é a difusão do conhecimento gerado no âmbito acadêmico por meio da organização e da publicação de livros científicos de fácil acesso, de baixo custo financeiro e de alta qualidade!

Nossa inspiração é acreditar que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

Equipe RFB Editora



Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento
André Bento Chaves Santana

**GUIA PARA AVALIAÇÃO DE
DIRETRIZES CLÍNICAS EM
PROTOCOLOS DE TERAPIA
NUTRICIONAL ENTERAL**

1ª Edição

Belém-PA
RFB Editora
2024



© 2024 Edição brasileira
by RFB Editora
© 2024 Texto
by Autor
Todos os direitos reservados

RFB Editora
CNPJ: 39.242.488/0001-07
91985661194
www.rfbeditora.com
adm@rfbeditora.com
Tv. Quintino Bocaiúva, 2301, Sala 713, Batista Campos,
Belém - PA, CEP: 66045-315

Editor-Chefe
Prof. Dr. Ednilson Ramalho
Diagramação
Worges Editoração
Revisão de texto e capa
Autores

Bibliotecária
Janaina Karina Alves Trigo Ramos-CRB
8/9166
Produtor editorial
Nazareno Da Luz

AGRADECIMENTOS

Nossos especiais agradecimentos ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas pelo suporte para a realização da obra.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO 1	
ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO NUTRICIONISTA NA PADRONIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL.....	11
2.1 Terapia Nutricional	14
2.2 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	17
2.3 Atribuições do nutricionista na EMTN	18
2.4 Procedimentos operacionais padronizados para o cuidado nutricional em TNE.....	18
2.5 Relevância da terapia nutricional para o paciente cirúrgico.....	26
CAPÍTULO 2	
A FERRAMENTA AGREE-II.....	31
CAPÍTULO 3	
DOMÍNIOS DA FERRAMENTA AGREE-II	37
3.1 Domínio 1: Escopo e finalidade.....	38
3.2 Domínio 2: Envolvimento das partes interessadas	38
3.3 Domínio 3: Rigor do desenvolvimento	39
3.4 Domínio 4: Clareza da apresentação	39
3.5 Domínio 5: Aplicabilidade	40
3.6 Domínio 6: Independência editorial	41
3.7 Avaliação global da diretriz clínica	41
CAPÍTULO 4	
APLICANDO A FERRAMENTA NA ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA	43
4.1 Roteiro de aplicação da ferramenta AGREE-II na avaliação do protocolo de terapia nutricional enteral	45
4) Cálculo da pontuação dos domínios	47
REFERÊNCIAS.....	49
SOBRE OS AUTORES.....	52



APRESENTAÇÃO



Conforme disposto na Resolução CFN n.º 600/2018, a Nutrição Clínica compreende uma das áreas de atuação profissional do nutricionista, para a prestação de assistência nutricional e dietoterápica.

A Lei Federal n.º 8.234/1991 determina que a assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e em consultórios de nutrição e dietética são atividades privativas do nutricionista.

Conforme a Resolução CFN n.º 663/2020, é responsabilidade do nutricionista atuante em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o conjunto de atribuições da área de Nutrição Clínica que contemplam o estabelecimento e execução de protocolos técnicos do serviço, conforme a legislação vigente e diretrizes atuais atreladas à assistência nutricional.

Ademais, o nutricionista é incumbido de prescrever a dieta para terapia nutricional enteral e oral, e realizar avaliações diárias, ajustando-as conforme metas nutricionais e protocolos técnicos preestabelecidos.

Com o avanço da terapia nutricional, alguns hospitais estabeleceram equipes multiprofissionais para atender aos pacientes, compreendendo os seguintes profissionais de saúde: nutricionista, médico, enfermeiro e farmacêutico. Juntos estes profissionais buscam assegurar a qualidade da terapia nutricional, caracterizando-se como uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.

A padronização de protocolos voltados para a terapia nutricional enteral na área de Nutrição Clínica é fundamental para a tomada de decisão do nutricionista, na prática profissional, incluindo a segurança do paciente. Portanto, faz-se necessária a adoção da avaliação sistemática das diretrizes clínicas a serem utilizadas pelo nutricionista na assistência nutricional.

O AGREE-II (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*) é uma ferramenta validada com alta confiabilidade capaz de avaliar a qualidade metodológica e a transparência que uma diretriz clínica foi desenvolvida. Salienta-se a necessidade de garantir que

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

as diretrizes clínicas na área na terapia nutricional enteral sejam tomadas com base em evidências científicas com a participação de nutricionistas especialistas.

Com base neste contexto, este guia apresenta uma proposta de aplicação da ferramenta AGREE-II para avaliar a qualidade de diretrizes em Nutrição Clínica na assistência nutricional, visando auxiliar nutricionistas na avaliação de protocolos para a terapia nutricional enteral.

CAPÍTULO 1

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO NUTRICIONISTA NA PADRONIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL





A atuação profissional do nutricionista no exercício de suas funções privativas segundo a Lei n.º 8.234/1991 abrange a assistência dietoterápica em hospitais, ambulatórios e nos consultórios de nutrição e dietética, realizando a prescrição, planejamento, análise, supervisão e avaliação de dietas para enfermos (Brasil, 1991). Atribui-se ao nutricionista na área de Nutrição Clínica a prestação da assistência nutricional e dietoterápica em hospitais, ambulatórios, clínicas em geral, hospital-dia, unidades de pronto atendimento (UPA) e SPA clínicos (CFN, 2018).

No que diz respeito especificamente as atribuições no âmbito da Nutrição Clínica em UTI, a Resolução CFN 663/2020 preconiza que compete obrigatoriamente ao nutricionista as seguintes atividades:

I. Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, de acordo com a legislação vigente e as diretrizes atuais relacionadas à assistência nutricional;

II. Realizar triagem de risco nutricional e elaborar o diagnóstico nutricional, quando aplicáveis, de acordo com os protocolos técnicos do serviço, e colaborar com a implementação de técnicas de avaliação antropométrica;

III. Prescrever a dieta, o que inclui a terapia nutricional enteral e oral, e realizar sua reavaliação e adequação diariamente com base nas metas nutricionais e nos protocolos técnicos preestabelecidos, na causa de internação, nas comorbidades, na condição e achados clínicos, no diagnóstico nutricional e considerando as transições entre as vias de administração da Terapia Nutricional, assim como as interações drogas/nutrientes;

IV. Avaliar a terapia nutricional parenteral qualitativa e quantitativamente para adequação às necessidades nutricionais e à condição clínica atual do paciente;

V. participar das visitas/rounds multiprofissionais diários de discussão de casos clínicos e colaborar com a elaboração do plano terapêutico do paciente, conforme a rotina da UTI;

VI. Monitorar a evolução nutricional de clientes/pacientes/usuários, independentemente da via de administração da Terapia Nutricional, de acordo com os protocolos técnicos do serviço elaborado pela equipe de nutricionistas;

GUIA PARA AVALIAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS EM PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

VII. Registrar, diariamente, a prescrição dietética e a evolução nutricional, em prontuário de clientes/pacientes/usuários, de acordo com protocolos preestabelecidos pela equipe de nutricionistas;

VIII. Orientar a distribuição das dietas prescritas por nutricionista, independentemente da via de administração, supervisioná-las, e avaliar a infusão, a aceitação e a tolerância;

IX. Estabelecer critérios de assistência nutricional nos protocolos de transferência interna na instituição e realizar o relatório e a orientação alimentar e nutricional na alta hospitalar dos clientes/pacientes/usuários, garantindo, assim, a continuidade do cuidado nutricional;

X. Interagir com Nutricionistas responsáveis pela Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), Unidade de Nutrição e Dietética de Terapia de Nutrição Enteral, Lactário e Banco de Leite Humano, definindo procedimentos em parceria;

XI. Realizar análises críticas periódicas sobre a assistência prestada ao paciente por meio de indicadores de desempenho, de acordo com protocolos preestabelecidos pela equipe de nutricionistas, com vistas a contribuir, de maneira sistemática, para a melhoria contínua;

XII. Elaborar relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber;

XIII. Realizar análise crítica periódica das diretrizes nacionais e internacionais de terapia nutricional, aplicá-las, no que couber, e disseminar as novas recomendações científicas entre integrantes da equipe multiprofissional e assistencial em projetos de educação continuada.

Art. 3º Para realizar as atribuições de Nutrição Clínica em Unidades de Terapia Intensiva, ficam definidas como atividades complementares de nutricionista:

I. Solicitar exames laboratoriais necessários e/ou complementares ao acompanhamento dietoterápico, de acordo com os protocolos preestabelecidos pela equipe de nutricionistas;

II. Prescrever suplementos alimentares, módulos para nutrição enteral, novos alimentos e novos ingredientes, bem como fitoterápicos e alimentos para fins especiais, em conformidade com a legislação vigente, de acordo com a conduta nutricional definida;

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

III. Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico;

IV. Participar do planejamento, da supervisão e da preceptoria de estágios para estudantes de graduação em Nutrição, de cursos Técnicos em Nutrição e Dietética e de programas de pós-graduação (residências uni ou multiprofissional, especialização) para Nutricionistas na área de terapia intensiva. Em todos os cenários, devem ser preservadas as atribuições privativas de nutricionista;

V. Participar do processo de acreditação hospitalar e da avaliação da qualidade em serviços de Nutrição Clínica em Terapia Intensiva;

VI. Integrar a equipe multiprofissional da UTI nas discussões e construção de protocolos clínicos assistenciais que tenham interface com a assistência nutricional;

VII. Colaborar com o desenvolvimento das ações de humanização na assistência prestada em Terapia Intensiva;

VIII. Participar e promover atividades e projetos de ensino, pesquisa e extensão para colaboradores, estudantes, comunidade e profissionais em formação/treinamento da instituição hospitalar.

2.1 TERAPIA NUTRICIONAL

A Terapia Nutricional (TN) trata-se do conjunto de procedimentos terapêuticos voltados para a manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da nutrição parenteral (NP) ou enteral (NE), considerando que a administração da TN pode ser realizada pelas vias oral, enteral e parenteral. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA n.º 503, de 27 de maio de 2021 (Brasil, 2021), a NE consiste no alimento para fins especiais, apresentando ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, com composição definida ou estimada, sendo especialmente formulada e elaborada para o uso por sondas ou via oral.

A Resolução ANVISA n.º 503/2021 descreve que a NE pode ser industrializada ou não, e empregada exclusivamente ou de forma parcial para substituição ou complementação da alimentação por via oral em pacientes conforme suas necessidades nutricionais. Desta forma, a NE poderá ser ministrada no âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, com a finalidade de síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (Brasil, 2021).



IMPORTANTE: Segundo a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral - BRASPEN (2021) a NE é indicada quando diagnosticado o trato gastrointestinal funcional, mas com impossibilidade de alimentação por via oral. Entretanto, é obrigatória a presença de estabilidade hemodinâmica para o início desta terapia. Não é recomendada para pacientes em quadros de choque, hipoxemia e acidose persistente, sangramento de trato gastrointestinal, conteúdo gástrico maior que 500 ml no período de 6 horas, isquemia ou obstrução intestinal, síndrome compartimental abdominal e fístula de alto débito.

O Quadro 1 descreve as recomendações para a terapia nutricional enteral (TNE) com base em dados da BRASPEN relativos ao ano de 2021:

Quadro 1 – Recomendações para a terapia nutricional enteral.

Tipo de paciente	Recomendação
Paciente crítico	A NE deve ser iniciada precocemente, nas primeiras 24 a 48 horas, visando a manutenção de integridade de mucosa intestinal e modulação de resposta imune sistêmica, com evidência de redução de complicações infecciosas, tempo de permanência em UTI e hospitalar.
Paciente hospitalizado	A NE deve ser iniciada de forma precoce nos pacientes classificados com alto risco nutricional (NRS -2002 >5 ou NUTRIC score \geq 5). Pacientes de baixo risco nutricional (NRS 2002 \leq 3 or NUTRIC score \leq 5) devem ter a terapia nutricional enteral iniciada em período de 5 a 7 dias, na impossibilidade de via oral.
Paciente ambulatorial	A NE é indicada em paciente de alto risco nutricional ou desnutrido incapaz de se alimentar pela via oral ou quando a aceitação oral está abaixo de 60% de sua necessidade diária, por um período de 1 a 2 semanas.

Fonte: Adaptado de BRASPEN (2021).

A ASPEN (*American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*) atualizou em 2022 algumas das recomendações que haviam sido propostas para o contexto da provisão de suporte terapêutico nutricional direcionado para o paciente crítico adulto, cujos dados podem ser observados no Quadro 2:

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

Quadro 2 – Recomendações da ASPEN para a composição nutricional e suporte terapêutico nutricional direcionado para o paciente crítico adulto.

Perguntas Orientadoras	Recomendação	Discussão sobre Aplicação Clínica
Ingestão de energia	12-25 kcal/kg nos primeiros 7-10 dias de internação na UTI.	Depende do julgamento clínico.
Ingestão de proteína	1,2-2,0 g/kg/dia.	Individualizar a prescrição de proteína.
Ingestão de energia por NP vs. NE	Energia similar oferecida como NP durante estágio inicial de doença crítica não é superior à NE.	Menor custo e conveniência da NE vs. NP podem ajudar a determinar a via utilizada.
NP suplementar	Não há benefício clinicamente importante em fornecer NP suplementar antes do 7º dia de internação na UTI; a tolerância à NE pode melhorar durante este tempo.	Recomenda-se não iniciar NP suplementar antes do 7º dia de internação na UTI; a tolerância à NE pode melhorar durante este tempo.
ELIs de óleo misto vs. ELIs de óleo de soja 100%	Tanto ELIs de óleo misto quanto ELIs de óleo de soja 100% são apropriados para iniciar NP, inclusive durante os primeiros 7 dias de internação na UTI.	Racionalizar a administração de ELIs ajuda a evitar dextrose excessiva e hiperglicemia.
ELI contendo OP vs. ELI não contendo OP	Qualquer um pode ser fornecido a pacientes criticamente enfermos, inclusive durante os primeiros 7 dias de internação na UTI.	Importante fornecer AGE adequada para atender às necessidades se a NP ultrapassar 10 dias. O conteúdo de AGE de ELIs de óleo misto e contendo OP é menor que o de ELIs de óleo de soja.

Fonte: Adaptado de Compher et al. (2022)

Siglas: NP = nutrição parenteral; NE = nutrição enteral; ELI = emulsão lipídica intravenosa; AGE = ácidos graxos essenciais; OP = Oleo de Peixe

No que se refere aos nutrientes e às calorias, a dieta oral hospitalar padrão, que não necessita de modificações, deve fornecer uma quantidade situada entre 25 e 30 kcal por quilo de peso e 0,8 a 1,0 grama de proteína por quilo de peso atual por dia. Em termos de distribuição dos macronutrientes na dieta oral hospitalar propõem-se a seguinte divisão:

- 50% a 60% do Valor Energético Total (VET) proveniente de carboidratos (dieta normoglicídica);
- 30% a 35% do VET proveniente de lipídios (dieta normolipídica); e
- 15% a 20% do VET proveniente de proteínas (dieta normoproteica).

Além disso, a dieta oral hospitalar deve ser sistematicamente reavaliada e ajustada conforme a necessidade individual de cada paciente. Qualquer variação percentual acima ou abaixo dessa faixa recomendada demanda reajustes nas proporções de outros macronutrientes (Dock-Nascimento et al, 2023).

2.2 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) define-se como grupo formal e obrigatoriamente formado por, no mínimo, um profissional da saúde das seguintes categorias: nutricionista, enfermeiro, médico e farmacêutico. Profissionais com treinamento específico, que precisam estar devidamente habilitados para a prática de terapia nutricional. O objetivo é identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional e orientar sobre a melhor via a ser utilizada: oral, enteral ou parenteral (Ferraz; Campos, 2012).



A EMTN tem diversas atribuições (Ferraz; Campos, 2012), tais como:

- Definir metas técnicas e administrativas;
- Realizar triagem e vigilância nutricional;
- Avaliar o estado nutricional dos pacientes;
- Garantir condições ideais para a indicação, prescrição, preparação, armazenamento, transporte, administração e controle da terapia.

Também é responsabilidade da EMTN:

- Educar e capacitar seus membros;
- Desenvolver protocolos;
- Analisar os custos e benefícios envolvidos; e
- Estabelecer metas operacionais para a Equipe.

As atividades exercidas pela EMTN são benéficas tanto para o paciente quanto ao nível institucional, pela sua participação na racionalização das etapas da cadeia de terapia nutricional, independente da via alimentar, oportunizando maior oferta calórica e proteica ao longo da estadia hospitalar. Além disso, a atuação da EMTN também se faz presente pela redução das taxas de complicação metabólica, ao corrigir ou evitar anormalidades eletrolíticas e até mesmo na redução de custos hospitalares e tempo de internação (Freires et al., 2023).

2.3 ATRIBUIÇÕES DO NUTRICIONISTA NA EMTN



IMPORTANTE: O nutricionista é o profissional capacitado e encarregado de fazer a recomendação e a prescrição de uma dieta adequada e equilibrada em todas as formas e vias da terapia nutricional. A prescrição dietética deve atender às necessidades e restrições específicas do paciente, levando em consideração o tipo e quantidade de nutrientes necessários e/ou recomendados (carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas e minerais), bem como o estado patológico e as condições digestivas e de absorção do paciente (Silva; Oliveira, 2016).

O nutricionista realiza a avaliação minuciosa do paciente, considerando seu histórico do quadro de saúde, suas condições clínicas e suas preferências alimentares, a fim de desenvolver uma prescrição dietética personalizada e eficaz. Este profissional utiliza seu conhecimento especializado para garantir que a dieta seja balanceada, atendendo às necessidades nutricionais específicas do paciente e promovendo sua recuperação e bem-estar (Silva; Oliveira, 2016).

2.4 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS PARA O CUIDADO NUTRICIONAL EM TNE

O uso de protocolos é prática comum em muitas instituições. Estes documentos podem ser construídos em papel ou utilizando recursos informatizados. Na área de saúde o protocolo é utilizado para padronizar e uniformizar os procedimentos e informações do atendimento ao doente, sendo capaz de captar e armazenar dados, possibilitando controle, análise, acompanhamento, além de contribuir para tomada de decisão mais segura e eficaz (Schieferdecker *et al.*, 2013).

De acordo com Brandão *et al.* (2020) e Sartor e Alves (2019), as principais vantagens sobre o uso de protocolos incluem:



Garantia de segurança do paciente: Os protocolos na TNE são desenvolvidos para garantir a segurança do paciente durante todo o processo terapêutico. Este tipo de documento aborda aspectos críticos, como higiene das mãos, preparação estéril de fórmulas, verificação adequada da posição do tubo de alimentação

e prevenção de complicações, como refluxo ou obstrução. Ao seguir os procedimentos corretos, os profissionais de saúde podem minimizar os riscos associados à TNE e proteger a saúde do paciente.



Consistência e qualidade: Os protocolos estabelecem um padrão consistente de cuidado nutricional em TNE, garantindo que todos os profissionais de saúde envolvidos sigam as mesmas diretrizes e práticas. Isso ajuda a evitar variações na prestação de cuidados, promovendo uma abordagem padronizada e de alta qualidade. A consistência também é essencial para a comparação de resultados, monitoramento e avaliação eficazes.



Eficiência e produtividade: Ao fornecer instruções detalhadas e passo a passo, os protocolos de TNE permitem que os profissionais de saúde realizem suas tarefas de maneira eficiente e produtiva. Eles eliminam a necessidade de repetidas discussões e decisões sobre procedimentos, economizando tempo e recursos. Além disso, a padronização dos processos reduz erros e retrabalho, contribuindo para uma prestação de cuidados mais eficiente.



Orientação e capacitação: Os protocolos atuam como uma ferramenta essencial para a orientação e capacitação de profissionais de saúde envolvidos na TNE. Deve fornecer diretrizes claras e específicas, auxiliando na formação de equipes e na educação continuada. Os novos membros da equipe podem se familiarizar rapidamente com os procedimentos e práticas, enquanto os profissionais experientes podem atualizar e reforçar seu conhecimento.



Auditoria e garantia de qualidade: Os protocolos facilitam a auditoria e a avaliação da conformidade com as diretrizes e padrões estabelecidos. Ao seguir estes, torna-se mais fácil identificar lacunas ou áreas que precisam ser aprimoradas. Através da revisão regular dos procedimentos operacionais padronizados e da avaliação da adesão aos mesmos, os gestores de qualidade podem implementar medidas corretivas e garantir a melhoria contínua da prestação de cuidados em TNE.

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

Ressalta-se que é essencial que os protocolos sejam revisados e atualizados regularmente para refletir as melhores práticas e as diretrizes atualizadas, como também a capacitação adequada dos profissionais de saúde e a supervisão contínua são fundamentais para garantir a implementação efetiva dos protocolos e a qualidade do cuidado nutricional em TNE (Teixeira *et al.*, 2020).

Itens sugeridos para a elaboração do protocolo: I) Introdução; II) Siglas e conceitos; III) Objetivos, IV) Justificativa; V) Atribuições, competências, responsabilidades; VI) Avaliação nutricional; VII) Prescrição dietética; 8) Monitoramento; 9) Registro em prontuário eletrônico; 10) Desmame da TNE; 11) Orientação de alta hospitalar; Referências; Anexo; Apêndice.

2.4.1 Procedimento operacional padrão para prescrição dietética enteral

O procedimento operacional padrão (POP) para a prescrição dietética é essencial para garantir a eficácia e a individualização da TNE aos pacientes internados. Este POP pretende proporcionar ajustes dietéticos precisos e personalizados, atendendo às necessidades específicas de cada indivíduo, seja para promover a recuperação ou manter um estado nutricional adequado durante o período de internação.

Pontos principais:

Prescrição Diária em Formulário Específico: As prescrições devem ser realizadas diariamente em um formulário específico, após a liberação da prescrição médica.

Registro Detalhado por Paciente: Todas as prescrições realizadas para um paciente devem ser registradas diariamente em um arquivo de acompanhamento individual, com cada prescrição feita em uma nova planilha nomeada com a data correspondente e registrada com o nome do nutricionista prescriptor.

Documentação e Distribuição das Prescrições: A primeira folha da prescrição, contendo duas folhas no total, deve ser impressa, carimbada, e assinada pelo nutricionista prescriptor, sendo alocada junto à prescrição médica. A segunda folha, preenchida automaticamente a partir dos dados inseridos na primeira folha, exceto as etiquetas que devem ser preenchidas diariamente, deve ser impressa, carimbada, assinada pelo nutricionista e entregue na sala de produção de TNE.

Entrega Padrão das Prescrições:

Horários das Fases de Dieta: Os horários das fases de dieta devem seguir, preferencialmente, os horários pré-definidos, salvo em casos em que não seja possível devido à necessidade do paciente.

Padrão de Nutrição Enteral e Módulos: A prescrição de TNE deve dar preferência ao padrão em sistema fechado, a menos que não seja possível ou haja justificativa pertinente para uso do sistema aberto. Os horários de infusão devem seguir o intervalo padrão previamente estabelecido.

Nome Comercial da Dieta e Fase de Água: A dieta deve ser prescrita com seu nome comercial para minimizar erros relacionados à troca de produtos. O paciente deve receber, no mínimo, uma fase de água para a lavagem, reduzindo o risco de obstrução.

Responsabilidade da Nutrição na Hidratação: A água de hidratação dos pacientes em TNE deve ser parte da prescrição dietoterápica de acordo com a necessidade do paciente, sendo o nutricionista o responsável por essa provisão.

**ATENÇÃO:**

- 1) Preencher manualmente na folha que foi entregue na sala de produção de TNE o desfecho do paciente, seguido de data e assinatura do nutricionista responsável pela última prescrição;
- 2) O formulário de prescrição de TNE deve ser disponibilizado no arquivo ou prontuário do paciente;
- 3) Para melhor organização, todos os pacientes que se encontrem em TNE deverão ter o preenchimento dos campos o mais completo quanto possível.
- 4) Após a finalização do acompanhamento do paciente pela EMTN, o arquivo ou prontuário deverá receber o desfecho (ALTA/DESMAME/TRANSFERÊNCIA/ÓBITO) no nome, colocado antes das informações anteriores.

María do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

Figura 1 - Exemplo de formulário de prescrição dietética para terapia nutricional enteral.

CLÍNICA	0		LEITO	0		DATA INICIAL	00/00		ENTERAL		
PACIENTE	0							REGISTRO:	0		
DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO	0										
SEXO	0	IDADE	0	PA	0,00	PI	0,00	ALTURA	0,00	IMC (#DM/0)	
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	00/01/00							VET (FB)	0,00		
VIA DE ACESSO	SNE	NE	EXCLUSIVA	MISTA		PTN (g)	0,00				
VELOCIDADE DE ADMINISTRAÇÃO											
PRESCRIÇÃO								ADAPTADOR			
DATA	QUANTIDADE		HORÁRIO	INSUMOS					NUTRICIONADOR		
	PRESCRITA	INFUNDIR									
				ÁGUA (ADMINISTRAR EM FRASCO DISPONIBILIZADO PELA NUTRIÇÃO)							
INFORMAÇÃO NUTRICIONAL											
Kcal/mL	#DM/0/	Ptn/kg	#DM/0/	Kcal/dia	0,00	%HC	#DM/0/	%PTN	#DM/0/	%L	#DM/0/
Kcal/Kg	#DM/0/	Kcal/gN	#DM/0/	%deca.	#DM/0/	mdewg	0,00	Pn(mg)	0,00	L/dia(g)	0,00
				K(mg)	0,00	P(mg)	0,00	Na(mg)	0,00		
NOME	0					CLÍNICA	0	LEITO	0		
ALTA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA		DATA	DATA		
DESMAME											
OBITO											
ZERO											
RUBRICA											
HORÁRIO PADRÃO DE FINALIZAÇÃO DA DIETA: 05H - DESLIGAR A BOMBA E DESPREZAR O RESÍDUO											
ATENÇÃO: INFUNDIR A ÁGUA DO HORÁRIO DAS 5H APÓS FINALIZAR A DIETA, PARA LAVAGEM DA SONDA.											
EVOLUÇÃO DA EQUIPE DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)											
ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO	2/5/21 7:48	Prescrição Válida		2/5/21 7:48	ATÉ	03/06/2021	11:00hs				

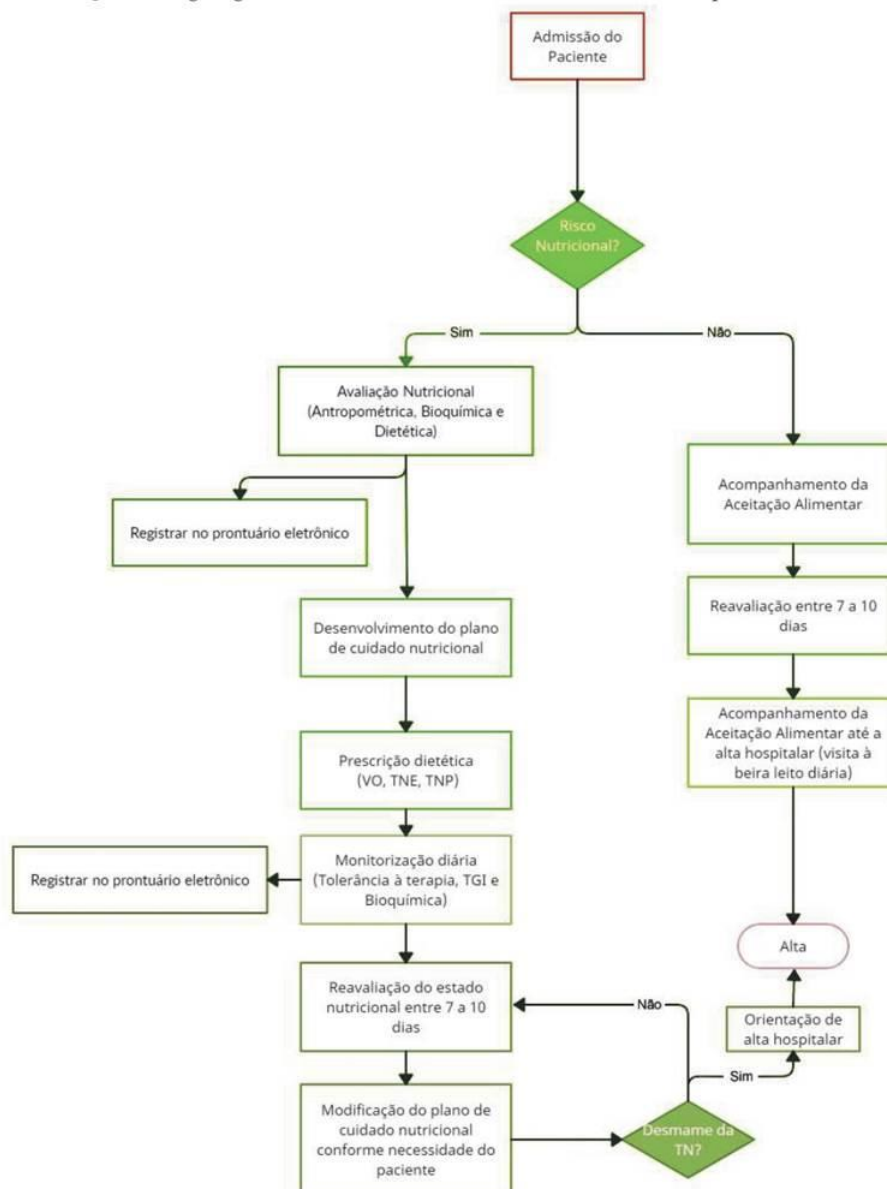
GUIA PARA AVALIAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS EM PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Figura 2 - Exemplo de formulário de prescrição dietética para terapia nutricional enteral.

CLÍNICA		LEITO		DATA INICIAL		ENTERAL	
0		0		00/jan		0	
PACIENTE						REGISTRO	
0						0	
VIA DE ACESSO		SNE		NE EXCLUSIVA: S N		MISTA: #REF: TNP	
0		0		0		0	
VELOCIDADE DE ADMINISTRAÇÃO				Nº			
0				0			
PRESCRIÇÃO				ADAPTADOR			
DATA	QUANTIDADE		HORÁRIO	INSUMOS		NUTRICIONISTA/CRN	
	PRESCRITA	INFUNDIDA					
00/jan	0		00:00	0		0	
	0		00:00	0			
	0		00:00	0			
	0		00:00	ÁGUA			
	0		0	0			
OBSERVAÇÃO							
DATA	ALTA	ÓBITO	ZERO	SUSPENSO	DESMARCHE	Responsável	
REQUISIÇÃO DE MATERIAL							
CLÍNICA		LEITO		DATA INICIAL		ENTERAL	
0		0		00/jan		0	
PACIENTE						REGISTRO	
0						DI	
						00/jan	
DATA	QUANTIDADE		HORÁRIO	INSUMOS		NUTRICIONISTA/CRN	
	PRESCRITA	INFUNDIDA					
00/jan	0		00:00	0		0	
	0		00:00	0			
	0		00:00	0			
	0		00:00	ÁGUA			
	0		0	0			
Solicitado por:				Liberado por:			
ETIQUETA FASE 1				ETIQUETA FASE 2 (QUANDO HOVER)			
CLÍNICA	LEITO	DATA INICIAL	DATA FINAL	CLÍNICA	LEITO	DATA INICIAL	DATA FINAL
0	0	00/jan		0	0	00/jan	
PACIENTE				PACIENTE			
0				0			
REGISTRO	VOLUME	VELOCIDADE		REGISTRO	VOLUME	VELOCIDADE	
0	0	0		0	0	0	
DIETA		VELOCIDADE		DIETA		VELOCIDADE	
0		0		0		0	
DATA INÍCIO		DATA TÉRMINO		DATA INÍCIO		DATA TÉRMINO	
00/jan		00:00		00:00			
NUTRICIONISTA/CRN 1				NUTRICIONISTA/CRN 2			
0				0			

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

Figura 3 - Organograma do fluxo de assistência do nutricionista na terapia nutricional.



O organograma do fluxo de assistência do nutricionista na terapia nutricional é uma ferramenta importante para garantir a qualidade do atendimento aos pacientes. As etapas descritas no fluxograma (Figura 3) contribuem para a identificação precoce de problemas nutricionais, a implementação de intervenções individualizadas e o acompanhamento da evolução do paciente.

1. Triagem de Risco Nutricional:

- **Avaliação do NRS-2002:** É realizado um questionário para identificar o risco de desnutrição do paciente.
- **Se o paciente for considerado de risco:**
 - o **Avaliação Nutricional Completa:**
 - Antropométrica:** Medição de peso, altura, circunferência da cintura e dobras cutâneas.
 - Bioquímica:** Análise de sangue para avaliar parâmetros como albumina, proteínas e eletrólitos.
 - Dietética:** Avaliação da dieta habitual do paciente.
 - o **Desenvolvimento do Plano de Cuidado Nutricional:**
 - Elaboração de um plano alimentar individualizado para atender às necessidades do paciente.
 - o **Prescrição Dietética:**
 - Definição do tipo de dieta (oral, enteral ou parenteral) e dos nutrientes necessários.
 - Monitorização Diária:**
 - Acompanhamento da tolerância do paciente à dieta, do sistema gastrointestinal e dos parâmetros bioquímicos.
 - Reavaliação do Estado Nutricional:**
 - Repetição da avaliação nutricional a cada 7-10 dias para verificar a evolução do paciente.
 - Modificação do Plano de Cuidado Nutricional:**
 - Adaptação do plano alimentar conforme a necessidade do paciente.

2. Se o paciente não for considerado de risco:

- **Acompanhamento da Aceitação Alimentar:**
 - o Orientação sobre alimentação saudável.

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

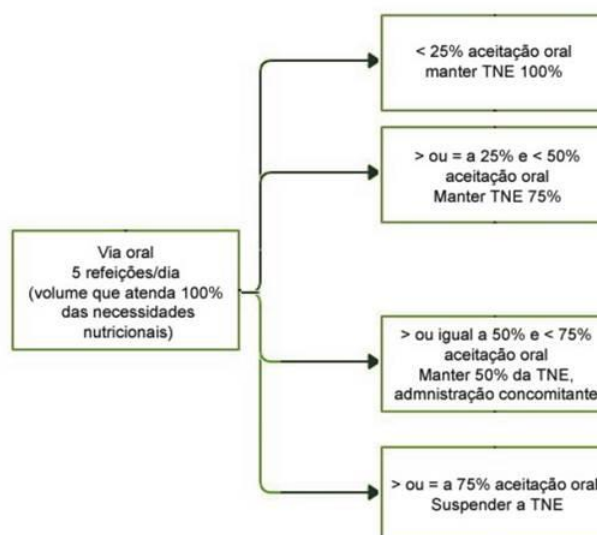
- o Reavaliação em 7-10 dias.

3. Alta Hospitalar:

- Orientação de Alta Hospitalar:
 - o Fornecimento de informações sobre alimentação saudável e acompanhamento ambulatorial com nutricionista.

4. Procedimento de Desmame da TNE

Figura 4 - Organograma do fluxo de desmame da terapia nutricional enteral.



2.5 RELEVÂNCIA DA TERAPIA NUTRICIONAL PARA O PACIENTE CIRÚRGICO

O planejamento adequado do suporte nutricional de pacientes submetidos à cirurgia e aos cuidados durante os períodos pré e pós-operatório é fundamental para a compreensão das alterações metabólicas em decorrência de lesões, condição clínica e quadro de saúde do paciente, de modo que o comprometimento do estado nutricional é um fator de risco para possíveis complicações (Weimann et al., 2017).

A TN é destinada a prevenir e tratar a desnutrição visando preparar o paciente para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos, visando a melhoria de indicadores fisiológicos e metabólicos que contribuem para a sobrevivência do indivíduo. No paciente cirúrgico, a TN é indicada para a prevenção e o tratamento do catabolismo e da desnutrição,

afetando principalmente a manutenção do estado nutricional perioperatório, a fim de prevenir complicações pós-operatórias (Weimann et al., 2017).

A história das dietas orais nos hospitais remonta a um período muito antigo e se entrelaça com a evolução da Enfermagem. Em muitos estabelecimentos hospitalares, a base da alimentação consistia em uma única refeição diária, sendo complementada pelos alimentos trazidos por familiares e amigos. Em 1860, a ilustre enfermeira Florence Nightingale reconheceu a importância do acesso às fontes de água potável e ao saneamento público, destacando assim a relevância da Nutrição e da higiene para a cura e o bem-estar (Dock-Nascimento et al, 2023).

No contexto da Guerra da Criméia, Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiros defenderam a importância de incluir vegetais frescos na dieta dos convalescentes (Dock-Nascimento et al, 2023). Essa abordagem revelou-se acertada, considerando que um estado nutricional inadequado, vinculado ao quadro clínico, está associado ao aumento da incidência de infecções, morbidade, internações prolongadas e custos hospitalares elevados (Amaral; Poll; Antunes, 2023).

Adicionalmente, propuseram e estabeleceram uma lavanderia com o objetivo de desinfetar as roupas dos pacientes acamados, seguindo a concepção de que a higiene pessoal e do ambiente, aliada a uma alimentação adequada e repouso, poderiam manter a vitalidade e contribuir para a cura, medidas estas que resultaram em uma redução significativa na taxa de mortalidade dos internados, de 40% para 2% (Dock-Nascimento et al, 2023).



IMPORTANTE: pacientes hospitalizados frequentemente experimentam perdas de peso significativas, o que se explica pelo aumento da taxa metabólica ou à inadequação da terapia nutricional. Cenário ainda mais pronunciado em pacientes críticos, como aqueles internados em unidades de UTI (Amaral; Poll; Antunes, 2023). Hoje o suporte nutricional representa um componente essencial no cuidado de pacientes críticos (Gama et al, 2023).

No ambiente hospitalar, a avaliação nutricional nas primeiras horas de internação torna-se imperativa para o bom prognóstico clínico dos pacientes, uma vez que a identificação precoce do risco nutricional é crucial para orientar a conduta dietoterápica em relação às necessidades nutricionais (Amaral; Poll; Antunes, 2023), envolvendo:

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

- Anamnese;
- Exames físicos;
- Medidas antropométricas;
- Instrumentos de triagem nutricional e outros.



IMPORTANTE: A TNE precoce representa uma estratégia terapêutica proativa, capaz de reduzir a gravidade de uma doença e suas complicações, além de contribuir para a redução do tempo de permanência hospitalar e o uso da ventilação mecânica (Gama et al, 2023).

Em diversas situações clínicas, um paciente pode necessitar combinar a dieta oral hospitalar com suplemento nutricional oral, TNE ou terapia nutricional parenteral. No que diz respeito à prescrição de TNE em pacientes que ainda consomem alimentos pela via oral, a recomendação é que, em casos de internação com risco nutricional ou desnutrição, com ingestão inferior a 60% das necessidades nutricionais diárias por três dias consecutivos, a TNE deve ser indicada em conjunto com a dieta oral hospitalar.

Entre pacientes críticos que estão em UTI, destinadas ao cuidado de pacientes clinicamente comprometidos, nos quais o uso da via oral é inviável ou quando ela precisa ser complementada, a via enteral é a preferencial para melhor atender às necessidades nutricionais desses pacientes (Amaral; Poll; Antunes, 2023; Mendes et al, 2022).

Em UTI geralmente os pacientes encontram-se debilitados, clinicamente instáveis, imunodeprimidos, com níveis de consciência reduzidos, estando sob efeito de medicamentos e sob risco de manifestar uma infecção, necessitando de cuidados especiais (Mendes et al, 2022). A recuperação do paciente é comprometida devido à administração de um volume de nutrição enteral inferior ao prescrito ou ao início tardio da terapia nutricional (Amaral; Poll; Antunes, 2023).

Aproximadamente 50% dos pacientes podem apresentar desnutrição em algum momento da hospitalização. Nas UTIs, a prevalência de desnutrição pode atingir até 54%, aumentando o risco de infecções, prejudicando a cicatrização de feridas, prolongando a permanência hospitalar, elevando os custos de assistência à saúde e aumentando as taxas de morbidade e mortalidade, além de ampliar os níveis de dor (Mendes et al, 2022).

Dessa forma, compreende-se que a Nutrição Clínica desempenha um papel de fundamental importância juntamente aos pacientes com condições crônicas e agudas,

atuando no sentido de detectar, prevenir ou minimizar a desnutrição, melhorar a recuperação e reduzir as complicações metabólicas (Mendes et al, 2022). Diante das diversas condições que levam ao déficit de calorias e proteínas, o nutricionista deve adotar uma abordagem proativa, realizando avaliações diárias à beira do leito, desde a internação até o momento da alta hospitalar (Dock-Nascimento et al., 2023).

A Diretriz ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*) para a Nutrição Clínica em cirurgia recomenda a alimentação oral precoce como a via de alimentação preferencial para pacientes cirúrgicos. A BRASPEN (2023) destaca a alimentação por via oral como a mais fisiológica e mais associada ao conforto e satisfação do paciente durante sua estadia hospitalar. Estimular a oferta de alimentos pela via oral é de fundamental importância, sendo a preferência inicial para a administração de nutrientes e calorias, enquanto parte essencial do tratamento clínico e nutricional.

Os aspectos nutricionais do conceito *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) e as necessidades nutricionais especiais de pacientes submetidos a cirurgia de grande porte e daqueles que desenvolvem complicações graves apesar dos melhores cuidados perioperatórios, incluem:

- integração da nutrição na gestão global do doente;
- evitar longos períodos de jejum pré-operatório;
- restabelecimento da alimentação por via oral o mais precocemente possível após a cirurgia;
- início da terapia nutricional precocemente, assim que um risco nutricional se torna aparente;
- controle metabólico da glicemia;
- redução de fatores que exacerbam o catabolismo relacionado ao estresse ou que prejudicam a função gastrointestinal.

O nutricionista deve sempre avaliar continuamente, e diariamente monitorar os pacientes para intervir no momento adequado, aproveitando a oportunidade ideal para prevenir e minimizar ou eliminar os prejuízos na condição nutricional e a possibilidade de desenvolvimento de desnutrição hospitalar, uma das doenças mais prevalentes globalmente (Dock-Nascimento et al, 2023). No entanto, apesar das recomendações de consensos internacionais sobre boas práticas em TN em UTI, ainda persistem inadequações na prática, com uma variação no suporte nutricional adequado de 14% a 67% (Mendes et al, 2022).



CAPÍTULO 2

A FERRAMENTA AGREE-II



Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

A ferramenta *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE-II) é composta por 23 itens-chave organizados em 6 domínios seguido por dois itens de classificação global (“avaliação global”). Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da diretriz (Consórcio AGREE, 2009). Os domínios são apresentados no Quadro 3:

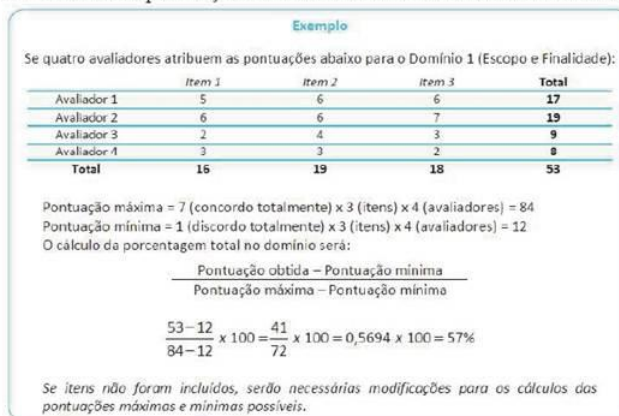
Quadro 3 – Domínios da ferramenta AGREE-II

Domínios	Descritivo
Domínio 1. Escopo e Finalidade	Diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1-3).
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas	Focaliza em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos (itens 4-6).
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento	Diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas (itens 7-14).
Domínio 4. Clareza da apresentação	Diz respeito à linguagem, estrutura e o formato da diretriz (itens 15-17).
Domínio 5. Aplicabilidade	Diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz (itens 18-21).
Domínio 6. Independência editorial	Diz respeito à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes (itens 22-23).
Avaliação global da diretriz clínica	Inclui a classificação da qualidade geral da diretriz e se a mesma pode ser recomendada para o uso na prática.

Fonte: Adaptado de Consórcio AGREE-II (2009)

Para cada um dos domínios apresentados no Quadro 3, são distribuídos questionamentos que podem ter pontuação de 1 a 7, onde 1, equivale a “discordo totalmente” e 7, “concordo totalmente”. A Figura 5, apresenta como é realizado o cálculo para os domínios propostos pelo instrumento:

Figura 5 – Cálculo da pontuação dos domínios avaliados na ferramenta AGREE-II.



Fonte: Consórcio AGREE-II (2009)

No que diz respeito à interpretação dos resultados, é importante destacar que o instrumento não estabelece pontuações mínimas para os diferentes domínios, e não define padrões de pontuação para avaliar a qualidade da literatura. Portanto, a interpretação dos resultados fica a critério do avaliador, desde que leve em consideração o contexto em que a ferramenta está sendo aplicada (Lima, 2020).

Para simplificar a avaliação os avaliadores utilizarão os seguintes parâmetros: “recomendado”, “recomendado com alterações” e “não recomendado”. Ribeiro (2023), recomenda a classificação das diretrizes da seguinte forma:

- “Recomendado”: Diretrizes que obtiverem uma pontuação de pelo menos 50% no domínio “rigor de desenvolvimento” e em outros dois domínios serão consideradas “recomendadas”.
- “Recomendado com modificações”: Diretrizes que pontuarem entre 30% e 50% no domínio “rigor de desenvolvimento” e obtiverem uma pontuação superior a 50% em dois outros domínios serão consideradas “recomendadas, com modificações”.
- “Não recomendado”: Diretrizes que obtiverem uma pontuação inferior a 30% no domínio “rigor de desenvolvimento” serão classificadas como “não recomendadas”.

Esses critérios de classificação auxiliam na avaliação das diretrizes de forma mais simplificada, proporcionando uma orientação clara sobre sua qualidade e necessidade de eventuais ajustes (Ribeiro, 2023). A preparação para o uso do questionário AGREE-II

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

envolve diversas etapas relevantes. Primeiramente, é necessário que a pessoa responsável se familiarize com o questionário AGREE-II. Aqui, será apresentado as proposições de acordo com o Consórcio AGREE-II (2009):

Recomenda-se a leitura minuciosa do manual do usuário do AGREE-II, o qual disponibiliza informações detalhadas sobre o propósito do questionário, sua estrutura e a forma correta de aplicação. Compreender os conceitos e as diretrizes do AGREE-II é um passo fundamental antes de iniciar a sua utilização.

É importante identificar o contexto de aplicação específico em que o questionário AGREE-II será utilizado. Embora tenha sido desenvolvido para avaliar a qualidade de diretrizes de prática clínica, é possível adaptá-lo para outros contextos, como políticas de saúde ou diretrizes de pesquisa. Compreender o contexto auxiliará na adaptação da aplicação do questionário conforme as necessidades pertinentes.



IMPORTANTE: Recomenda-se a formação de uma equipe de avaliadores composta por indivíduos familiarizados com o tema das diretrizes a serem avaliadas. Esses avaliadores podem ser profissionais de saúde, pesquisadores ou especialistas na área específica das diretrizes. É crucial que os avaliadores possuam conhecimento e experiência relevantes para a realização de uma avaliação precisa. Antes de iniciar a avaliação, é recomendável realizar um treinamento com a equipe de avaliadores. Durante esse treinamento, é aconselhável discutir o manual do usuário, revisar as instruções de preenchimento do questionário AGREE-II e esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir. A promoção de uma discussão em grupo auxiliará na garantia de um entendimento comum das diretrizes e dos critérios de avaliação.

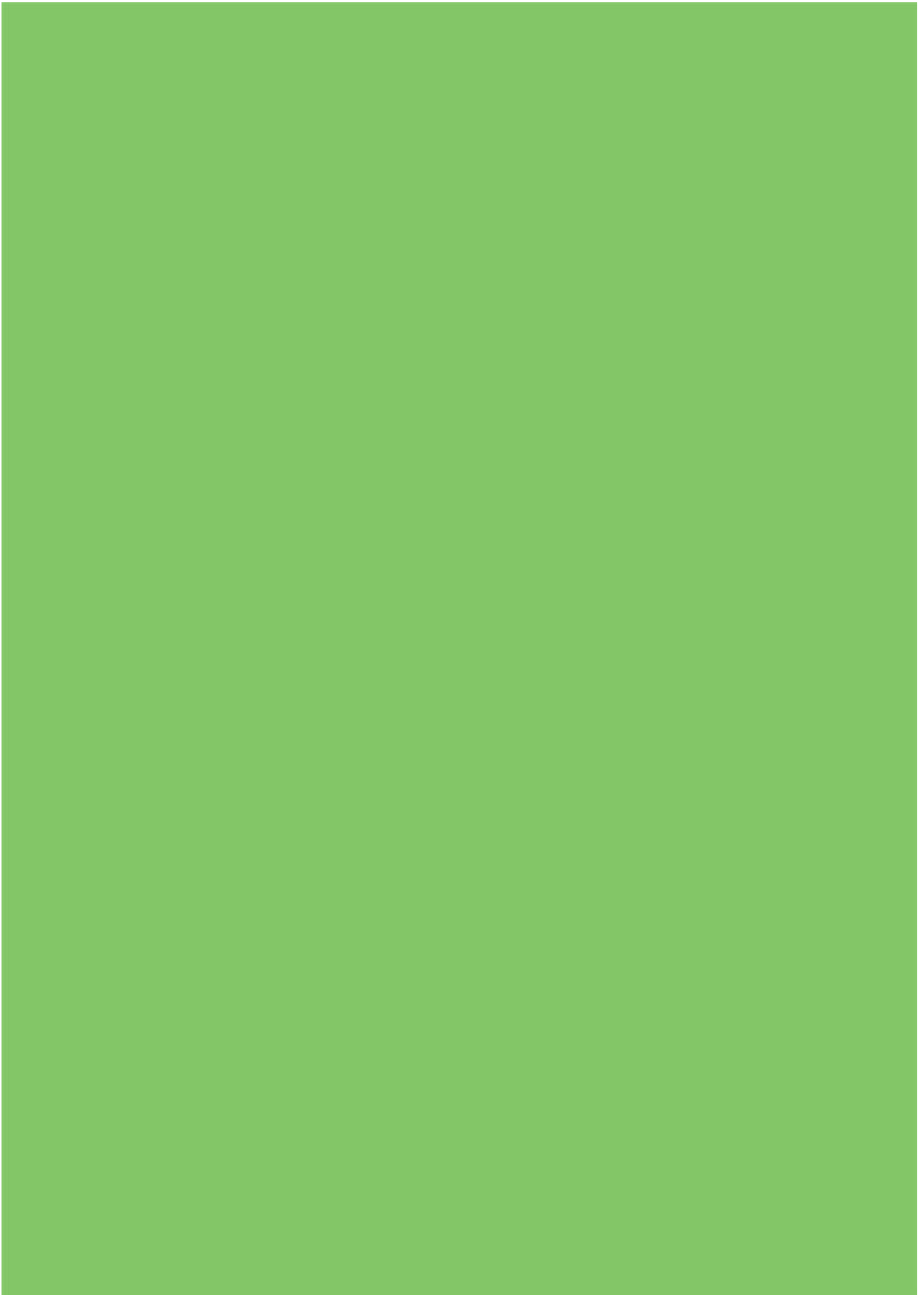
Outra etapa importante é a definição de critérios claros para selecionar as diretrizes que serão avaliadas. Por exemplo, pode-se optar por avaliar apenas as diretrizes publicadas nos últimos cinco anos, ou aquelas relevantes para uma determinada condição médica. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão auxiliará na manutenção da consistência durante a avaliação.

Uma vez que a preparação adequada tenha sido realizada, pode-se dar início à avaliação das diretrizes utilizando o questionário AGREE-II. É necessário que cada

GUIA PARA AVALIAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS EM PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

avaliador preencha o questionário individualmente para cada diretriz. Recomenda-se que os avaliadores analisem independentemente cada diretriz e, posteriormente, se reúnam para discutir suas pontuações e chegar a um consenso final.

Após a conclusão da avaliação, é necessário calcular as pontuações de cada domínio do questionário AGREE-II para cada diretriz. Para tanto, é recomendável utilizar as instruções fornecidas no manual do usuário a fim de realizar os cálculos corretamente. Em seguida, é importante interpretar os resultados, identificando os pontos fortes e fracos das diretrizes avaliadas.



CAPÍTULO 3

DOMÍNIOS DA FERRAMENTA AGREE-II



3.1 DOMÍNIO 1: ESCOPO E FINALIDADE

No domínio do escopo, a ferramenta AGREE-II aborda os seguintes aspectos:

a) Objetivo(s) geral(is): A ferramenta avalia se o(s) objetivo(s) geral(is) das diretrizes está(ão) claramente descrito(s). Isso significa que as metas e finalidades das diretrizes devem ser explicitamente definidas para orientar o seu uso.

b) Questão(ões) de saúde: A ferramenta verifica se a(s) questão(ões) de saúde abordada(s) pelas diretrizes está(ão) claramente descrita(s). Isso implica que os problemas ou condições de saúde que as diretrizes visam abordar devem ser devidamente especificados para garantir a sua relevância e aplicabilidade.

c) População-alvo: A ferramenta verifica se a população-alvo para a qual as diretrizes são destinadas está especificamente descrita. Isso inclui a identificação clara dos pacientes, público ou grupo específico para o qual as diretrizes foram desenvolvidas, visando fornecer orientações direcionadas e relevantes.

Esses critérios no domínio do escopo da ferramenta AGREE-II são importantes para garantir que as diretrizes sejam claras em relação aos seus objetivos, questões de saúde abordadas e população-alvo, facilitando sua compreensão e aplicação adequada na prática clínica (Coutinho, 2022).

3.2 DOMÍNIO 2: ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS

De acordo com o domínio “envolvimento das partes interessadas” da ferramenta AGREE-II, são avaliados os seguintes aspectos relacionados à representação dos pontos de vista dos usuários e inclusão de diferentes grupos profissionais:

a) Equipe de desenvolvimento: A ferramenta avalia se a equipe responsável pelo desenvolvimento das diretrizes incluiu indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes. Isso implica na participação de profissionais de diferentes áreas relacionadas à saúde, de forma a garantir uma abordagem abrangente e multidisciplinar na elaboração das diretrizes.

b) Opiniões e preferências da população-alvo: A ferramenta avalia se houve uma busca ativa para conhecer as opiniões e preferências da população-alvo das diretrizes, incluindo pacientes, público e outros grupos relevantes. Isso demonstra a importância de considerar as perspectivas dos usuários para garantir a relevância e adequação das diretrizes às suas necessidades e preferências.

c) Definição clara dos usuários-alvo: A ferramenta avalia se os usuários-alvo das diretrizes foram claramente definidos. Isso envolve identificar de forma precisa e específica o grupo de profissionais de saúde ou outros indivíduos para os quais as diretrizes se destinam, para garantir que as orientações sejam aplicáveis e úteis para esses usuários.

Esses critérios no domínio da ferramenta AGREE-II garantem que as diretrizes considerem os pontos de vista dos usuários, a inclusão de diferentes grupos profissionais relevantes e a definição clara dos usuários-alvo, promovendo uma abordagem participativa e ampla na sua elaboração (Costa, 2020).

3.3 DOMÍNIO 3: RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

O domínio “rigor de desenvolvimento” é considerado a principal avaliação devido à quantidade de itens a serem avaliados nesse domínio. Portanto, é compreensível que uma pontuação elevada nesses itens possa ser interpretada como um indicativo de maior qualidade da diretriz em análise. No entanto, é importante ressaltar que a qualidade geral da diretriz não pode ser determinada exclusivamente com base nesse domínio, sendo necessário considerar outros aspectos e domínios avaliados para obter uma avaliação completa (Ribeiro, 2023).

3.4 DOMÍNIO 4: CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

De acordo com a ferramenta AGREE-II, os seguintes critérios são avaliados para a clareza e especificidade das recomendações:

a) Especificidade e ausência de ambiguidade: A ferramenta avalia se as recomendações são específicas e claras, sem ambiguidade. Isso implica que as orientações devem fornecer instruções precisas e detalhadas sobre ações específicas a serem tomadas, evitando termos vagos ou interpretações variáveis.

b) Apresentação de opções de abordagem: A ferramenta avalia se as diferentes opções de abordagem para a condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas. Isso envolve a descrição de alternativas terapêuticas, diagnósticas ou estratégias de manejo, permitindo que os usuários das diretrizes tenham conhecimento das diferentes opções disponíveis.

c) Identificação das recomendações-chave: A ferramenta avalia se as recomendações-chave são facilmente identificadas. Isso significa que as orientações de maior relevância e impacto devem ser destacadas de forma clara e visível, permitindo que os usuários possam identificá-las prontamente e priorizá-las em sua prática clínica ou organizacional.

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

Este requisito garante que as recomendações das diretrizes sejam claras, específicas e de fácil identificação, facilitando a compreensão e a implementação das ações recomendadas. Isso promove a aplicação consistente e adequada das diretrizes na prática clínica, obtendo melhores resultados para os pacientes e profissionais de saúde (Ribeiro, 2023).

3.5 DOMÍNIO 5: APLICABILIDADE

No domínio “aplicabilidade” da ferramenta AGREE-II, são avaliadas questões relacionadas à implementação da diretriz, considerando as barreiras organizacionais e os recursos necessários para sua utilização. Os seguintes aspectos são considerados:

a) Fatores facilitadores e barreiras: A ferramenta avalia se a diretriz descreve de forma clara os fatores que podem facilitar ou dificultar a sua aplicação. Isso inclui a identificação e discussão das possíveis barreiras organizacionais e contextuais, bem como dos aspectos que podem favorecer a implementação bem-sucedida das recomendações.

b) Aconselhamento e ferramentas práticas: A ferramenta avalia se a diretriz fornece orientações e/ou ferramentas práticas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática. Isso envolve a disponibilidade de recursos, estratégias e abordagens concretas que ajudem os usuários a implementar efetivamente as recomendações.

c) Implicações de recursos: A ferramenta avalia se foram consideradas as implicações relacionadas aos recursos necessários para aplicar as recomendações. Isso envolve a análise dos recursos humanos, financeiros e de infraestrutura necessários, bem como a discussão sobre possíveis desafios e estratégias para lidar com essas demandas.

d) Critérios de monitoramento e auditoria: A ferramenta avalia se a diretriz apresenta critérios para o monitoramento e/ou auditoria do seu cumprimento. Isso inclui a definição de indicadores de desempenho, métodos de coleta de dados e avaliação periódica dos resultados, visando garantir a qualidade e a conformidade com as recomendações ao longo do tempo.

Esses critérios garantem que a diretriz leve em consideração as questões práticas relacionadas à implementação, incluindo fatores facilitadores, barreiras, recursos necessários e mecanismos de monitoramento. Isso contribui para uma aplicação efetiva das recomendações na prática clínica e organizacional (Vaz, 2020).

3.6 DOMÍNIO 6: INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

De acordo com a ferramenta AGREE-II, o domínio de “independência editorial” considera os conflitos de interesse na formulação das recomendações. Os seguintes aspectos são avaliados:

a) Influência do órgão financiador: A ferramenta avalia se o parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz. Isso implica que as recomendações devem ser baseadas em evidências e na avaliação imparcial dos benefícios e riscos, sem interferência de interesses financeiros ou políticos.

b) Conflitos de interesse dos membros da equipe: A ferramenta avalia se os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz foram registrados e devidamente abordados. Isso envolve a identificação e divulgação de potenciais conflitos de interesse, como relações financeiras com a indústria ou outros interesses que possam influenciar negativamente a imparcialidade das recomendações. Esses conflitos devem ser gerenciados de forma transparente e adequada.

Este, por fim, visa garantir a imparcialidade e a transparência na formulação das recomendações das diretrizes, minimizando a influência de interesses conflitantes e garantindo a confiabilidade e a credibilidade delas. Isso promove a tomada de decisões informadas e baseadas em evidências para o benefício dos pacientes e profissionais de saúde (Coutinho, 2022).

3.7 AVALIAÇÃO GLOBAL DA DIRETRIZ CLÍNICA

De acordo com Diretriz do Consórcio AGREE (2009) a avaliação global da diretriz clínica é um processo complexo e multidimensional que requer uma abordagem criteriosa e sistemática. Ao fornecer uma visão completa da qualidade, aplicabilidade, impacto e alinhamento da diretriz, essa avaliação contribui para a tomada de decisão informada no cuidado clínico e para a melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde.

A avaliação global da diretriz clínica é um componente essencial do processo de desenvolvimento, implementação e atualização de diretrizes clínicas. Essa avaliação visa fornecer uma visão abrangente e rigorosa da diretriz em questão, analisando sua qualidade metodológica, aplicabilidade prática, impacto na saúde e alinhamento com as melhores evidências disponíveis. Normalmente é conduzida por especialistas qualificados, incluindo profissionais de saúde, pesquisadores e metodologistas clínicos. Esses especialistas aplicam

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

uma abordagem sistemática e baseada em evidências para avaliar diversos aspectos da diretriz.

Uma das principais áreas de avaliação é a qualidade metodológica da diretriz. Isso envolve a análise crítica do processo de desenvolvimento da diretriz, incluindo a identificação e síntese das evidências científicas relevantes, a formulação das recomendações e a consideração de potenciais conflitos de interesse. A avaliação também pode abordar a clareza e transparência das recomendações, bem como a forma como foram formuladas.

Além da qualidade metodológica, a aplicabilidade prática da diretriz também é avaliada. Isso envolve considerar se a diretriz é adequada para uso em diferentes contextos de cuidados de saúde, levando em conta fatores como recursos disponíveis, características da população-alvo e preferências dos pacientes. A avaliação da aplicabilidade também pode incluir considerações sobre a viabilidade e sustentabilidade da implementação da diretriz.

Outro aspecto importante da avaliação global é a análise do impacto na saúde. Isso envolve a avaliação dos potenciais benefícios, riscos e consequências da implementação da diretriz em termos de desfechos clínicos, qualidade de vida e utilização de recursos de saúde. Essa avaliação pode ser baseada em estudos de modelagem ou evidências observacionais que demonstrem o impacto da diretriz em cenários reais de atendimento ao paciente.

Por fim, a avaliação global pode considerar o alinhamento da diretriz com as melhores evidências disponíveis. Isso envolve uma análise crítica das fontes de evidência utilizadas na elaboração da diretriz, bem como a consideração de atualizações ou novas evidências que possam impactar as recomendações existentes.

CAPÍTULO 4

APLICANDO A FERRAMENTA NA ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA



Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

O método empregado na pesquisa de Moura *et al.* (2023) envolveu a criação do protocolo de intervenções nutricionais por meio de uma revisão de escopo. Para avaliar sua validade, seis juízes especialistas participaram do processo de validação em maio de 2022, seguindo os critérios estabelecidos pelo AGREE-II. Os resultados obtidos são notáveis: todos os domínios do protocolo atingiram o percentual mínimo de validação de 75%, validando assim o documento perante os especialistas.

Além disso, a avaliação global do protocolo revelou que 66,7% dos especialistas atribuíram a pontuação máxima à qualidade do mesmo, enquanto 33,3% o classificaram com pontuação submáxima. Significativamente, todos os juízes especialistas recomendaram de forma positiva o uso do protocolo. Em sua conclusão, Moura *et al.* (2023) reforçam a validade da diretriz clínica proposta, considerando que a consistente recomendação dos especialistas, juntamente com a análise positiva da qualidade do protocolo, confere suporte empírico à sua eficácia.

Isso, por sua vez, oferece aos nutricionistas uma ferramenta valiosa para racionalizar suas abordagens nutricionais no contexto dos cuidados paliativos para pessoas idosas. A validação do protocolo representa um passo significativo para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desses pacientes em uma fase tão sensível de suas vidas (Moura *et al.*, 2023).

Cattani (2021) abordou o cuidado nutricional para pacientes críticos e buscou avaliar a qualidade e concordância das diretrizes de prática clínica utilizadas por profissionais da área. O objetivo principal foi revisar a literatura relacionada às diretrizes para o cuidado nutricional de pacientes críticos, avaliar sua qualidade metodológica e das recomendações, além de analisar a concordância entre as diretrizes. A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão sistemática de diretrizes relacionadas ao cuidado nutricional de pacientes críticos adultos e idosos.

De acordo com Cattani (2021) a busca por literatura ocorreu em várias bases de dados até junho de 2021, resultando na identificação de nove diretrizes de terapia nutricional para pacientes críticos, sendo que a qualidade dessas diretrizes foi avaliada utilizando ferramentas como AGREE-II e AGREE-REX. Os resultados mostraram que a maioria das diretrizes não atingiu uma qualidade global satisfatória, com apenas duas diretrizes sendo recomendadas para uso prático com base no AGREE-II. E a qualidade das recomendações das diretrizes foi considerada moderada de acordo com o AGREE-REX.

As recomendações para as diferentes etapas do cuidado nutricional foram principalmente baseadas em consenso de especialistas, e a concordância entre as diretrizes foi

geralmente baixa, com a maioria das recomendações apresentando uma concordância igual ou inferior a 50%. Ressalta-se a necessidade de melhorias na apresentação das diretrizes de cuidado nutricional para pacientes críticos, bem como a falta de estudos primários bem delineados na área de Nutrição para embasar recomendações com base em evidências científicas mais robustas, considerando que a qualidade global das diretrizes é em grande parte insatisfatória, destacando-se a importância de aprimorar a base de evidências que sustenta as decisões para o cuidado nutricional em pacientes críticos (Cattani, 2021).

A pesquisa de Feitosa *et al.* (2023) considerou que o envelhecimento da população é uma tendência global acelerada, resultando no aumento de idosos hospitalizados, inclusive em UTI. Reconhecendo que a nutrição enteral adequada beneficia pacientes críticos, este estudo visou criar e validar um protocolo de intervenções nutricionais para idosos em estado crítico e utilizando TNE. O protocolo foi desenvolvido a partir de uma revisão integrativa e validado com a contribuição de seis juízes especialistas.

A validação foi realizada de acordo com os critérios do instrumento AGREE-II. Todos os domínios do protocolo atingiram ou excederam o percentual mínimo de validação estabelecido em 75%, garantindo sua validação pelos especialistas. Na avaliação global, metade dos juízes deu a pontuação máxima (7) ao protocolo, enquanto a outra metade atribuiu uma pontuação submáxima (6), evidenciando a qualidade alta do protocolo em ambas as avaliações (FEITOSA *et al.*, 2023).

Feitosa *et al.* (2023) descrevem que quando questionados sobre a recomendação do uso do protocolo, todos os juízes responderam positivamente. Diante disto, o protocolo clínico demonstrou validade, alcançando pontuações significativas acima dos requisitos mínimos, e concluem que as recomendações positivas dos especialistas ressaltam a importância do protocolo para racionalizar as práticas nutricionais para idosos em estado crítico que dependem de nutrição enteral em uma UTI. Um material que ao ser validado pode contribuir para melhores abordagens de cuidado nutricional nesse grupo vulnerável de pacientes.

4.1 ROTEIRO DE APLICAÇÃO DA FERRAMENTA AGREE-II NA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

De acordo com a documentação do AGREE-II (Consórcio AGREE, 2009), este instrumento é genérico, portanto, pode ser aplicado para diretrizes relacionadas a qualquer doença e etapa do cuidado em saúde à exemplo de diagnóstico, tratamento e intervenções.

1) Os usuários do AGREE-II precisam estar cientes do teor do documento de orientação

A documentação do AGREE-II esclarece que os usuários devem ter plena ciência do documento de orientação (Consórcio AGREE, 2009), no caso, o protocolo de TNE.

2) Os usuários do AGREE-II precisam recolher todas as informações pertinentes ao processo de desenvolvimento do protocolo antes de se propor a avaliá-lo

A documentação do AGREE-II reconhece que embora seja de responsabilidade dos autores da diretriz, no caso o protocolo de TNE, aconselharem os leitores sobre a possível existência de documentos de apoio entre outros documentos técnicos, todos os esforços devem ser empenhados no sentido de encontrá-los e incluí-los como parte dos materiais aptos para avaliação (ConsórcioAGREE, 2009).

3) Avaliadores

Segundo o que foi estabelecido pelo AGREE-II é recomendado que cada diretriz seja avaliada por um mínimo de dois, e de preferência quatro avaliadores, a fim de se elevar a confiabilidade da avaliação (Consórcio AGREE, 2009).



ATENÇÃO: Há casos em que alguns itens do AGREE-II podem não ser aplicáveis à diretriz em análise. Por exemplo, diretrizes que sejam de escopo restrito podem não oferecer toda a gama de opções de abordagem da condição. O AGREE-II não inclui a resposta “não se aplica” em sua escala. Há diferentes estratégias para lidar com esta situação, incluindo a possibilidade dos avaliadores passarem ao próximo item diretamente no processo de avaliação ou classificarem o item como 1 (ausência de informação), contextualizando a pontuação. Independentemente da estratégia escolhida, as decisões devem ser tomadas com antecedência, descritas de forma explícita, e se os itens não forem preenchidos, devem ser implementadas modificações necessárias para o cálculo das pontuações daquele domínio. Por princípio, não se recomenda a exclusão de itens durante o processo de avaliação.

4) CÁLCULO DA PONTUAÇÃO DOS DOMÍNIOS

Conforme o que foi estabelecido pelo AGREE-II (CONSÓRCIO AGREE, 2009) as pontuações dos domínios devem ser calculadas por meio da soma de todas as pontuações de cada questionamento domínio a domínio (Figura 6), escalonando o total como uma porcentagem da pontuação máxima possível para o domínio.

Figura 6 – Pontuações dos domínios

DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE

1. O(s) objetivo(s) global(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).

1 2 3 4 5 6 7
Discordo totalmente Concordo totalmente

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).

1 2 3 4 5 6 7
Discordo totalmente Concordo totalmente

3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.

1 2 3 4 5 6 7
Discordo totalmente Concordo totalmente

Fonte: Adaptado de Consórcio AGREE (2009)

Exemplo:

Situação hipotética de cálculo da pontuação

Avaliador	Item 1	Item 2	Item 3	Total
1	5	6	6	17
2	6	6	7	19
3	2	4	3	9
4	3	3	2	8
Total	16	19	18	53

Fonte: Adaptado de Consórcio AGREE (2009)

Considerando:

Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 84

Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 12

O cálculo da porcentagem total no domínio é o seguinte:

$(\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}) / (\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima})$
x 100

No caso do exemplo, a porcentagem total é de 57%:

$(53 - 12) / (84 - 12) \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57\%$

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

ATENÇÃO: Se itens não foram incluídos, serão necessárias modificações para os cálculos das pontuações máximas e mínimas possíveis.



5) Interpretando a pontuação dos domínios

Segundo a documentação do AGREE-II embora a pontuação nos domínios seja valiosa para a comparação de diretrizes e forneça subsídios para determinar se uma diretriz é recomendada ou não, o Consórcio AGREE não estabeleceu pontuações mínimas para os domínios ou padrões de pontuação entre os domínios para distinguir diretrizes de alta e baixa qualidade. Essas decisões devem ser tomadas pelo usuário e guiadas pelo contexto em que o AGREE-II está sendo aplicado (CONSÓRCIO AGREE, 2009).

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. S.; POLL, F. A.; ANTUNES, C. T. Adequação entre a terapia nutricional enteral prescrita e sua administração em pacientes críticos de um hospital geral. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 17, n. 107, p. 214-222, 3 maio 2023. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2228>. Acesso em: 05 mar. 2024.

BARBOSA, J. A. G.; CARLOS, C. M.; COSTA, R. F.; SIMINO, G. P. R. Conhecimento de enfermeiros acerca da terapia nutricional. *Revista Enfermagem Contemporânea*, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 33-40, 21 jan. 2020. *Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública*. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2543>.

BRANDÃO, T. B. C. et al. Adequação numérica de nutricionistas e condições higiênico-sanitárias de Unidades de Alimentação e Nutrição Escolares de Maceió, Alagoas. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 27, p. e020026-e020026, 2020.

BRASIL. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/18234.htm. Acesso em: 05 mar. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução de diretoria colegiada - RDC nº 503, de 27 de Maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf. Acesso em: 05 mar. 2024.

CATTANI, A. **CUIDADO NUTRICIONAL DO PACIENTE CRÍTICO**: Avaliação das diretrizes para a prática clínica a partir das ferramentas AGREE II e AGREE-REX. Dissertação (Mestrado) - Ciências da Nutrição, pelo Programa de Pós-Graduação

em Ciências da Nutrição da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2021. 42 p.

COMPHER, Charlene et al. Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 46, n. 1, p. 12-41, 2022. <https://doi.org/10.1002/jpen.2267>.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução CFN nº 663, de 28 de Agosto de 2020. Dispõe sobre a definição das atribuições de Nutricionista em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e dá outras providências, 2020. Disponível em: <http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=663>. Acesso em: 05 mar. 2024.

CONSÓRCIO AGREE. **AGREE-II**: Instrumento para Avaliação De Diretrizes Clínicas. Ontário - Canadá: Canadian Institutes Of Research, 2009. 53 p.

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

COSTA, A. P. da. **Qualidade das diretrizes clínicas vigentes para cessação tabagismo segundo o Agree II e proposta de diretriz para o cuidado**. 2020. 113 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Farmácia) — Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

COUTINHO, S. G. B. **Avaliação crítica de diretrizes clínicas do tratamento da doença obstrutiva carotídea**. 2022. 59 f. Tese (Doutorado em Cirurgia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2022.

DOCK-NASCIMENTO, Diana Borges *et al.* Dieta oral no ambiente hospitalar: posicionamento da BRASPEN. **BRASPEN Journal**, v. 37, n. 3, p. 207-227, 2023. http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2022.BRASPEN_dietaoral.

FEITOSA, G. A. M.; MOURA, R. B. B. de; BARBOSA, J. M.; OLINTO, E. O. dos S.; PAIVA, G. T. de; SILVA, S. P. C. e. Validação de protocolo de nutrição enteral para pessoas idosas em estado crítico. **Contribuciones A Las Ciencias Sociales**, [S.L.], v. 16, n. 8, p. 8916-8935, 3 ago. 2023. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.55905/revconv.16n.8-043>.

FERRAZ, L. De F.; CAMPOS, A. C. F. O papel do nutricionista na equipe multidisciplinar em terapia nutricional. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 27, n. 2, p. 119-23, 2012.

FREIRES, Geovanna Gomes *et al.* Avaliação da atuação da equipe multiprofissional de terapia nutricional em nutrição enteral e parenteral. **BRASPEN Journal**, v. 37, n. 1, p. 101-108, 2023. <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2022.37.1.14>.

GAMA, J.C.F. *et al.* Nutrição enteral precoce e desfechos clínicos em pacientes de terapia intensiva. **Braspen Journal**, v. 35, n. 4, p. 377-383, 2023. <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2020354009>.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS. Protocolo de terapia nutricional enteral e parenteral para nutricionista. 1ª versão, 2021.

MENDES, Marina *et al.* Terapia nutricional na unidade de terapia intensiva: avaliação do grau de conhecimento de médicos, enfermeiros e nutricionistas. **BRASPEN Journal**, v. 37, n. 4, p. 333-339, 2022. <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2022.34.4.02>

MOURA, R. B. B. de; BARBOSA, J. M.; ARAÚJO, R. G.; FEITOSA, G. A. M.; ARAÚJO, P. P. A. de; BOGO, A. I. M.; MÉLO, C. B.; PIAGGE, C. S. L. D. Validação de protocolo de nutrição para idosos em cuidados paliativos. **Contribuciones A Las Ciencias Sociales**, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 3260-3276, 5 jun. 2023. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.55905/revconv.16n.6-013>.

RIBEIRO, R. C. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade? **Ver. Bras. Clin. Med.**, [S.I.], v. 4, n. 8, p. 1-8, out. 2010.

SARTOR, J.; ALVES, M. K. Percepção do perfil de liderança do nutricionista gestor em unidades de alimentação e nutrição. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 7, n. 3, p. 13-19, 2019.

SCHIEFERDECKER, M. E. M.; KURETZKI, C. H.; CAMPOS, A. C. L.; MALAFAIA, O.; PINTO, J. S. de P.; NASCIMENTO, N. C. do. Criação de protocolo eletrônico para terapia nutricional enteral domiciliar. *Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 195-199, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-67202013000300008>.

TEIXEIRA, S. I. N.; BARROS DE OLIVEIRA, L. M.; DOS SANTOS, I. R.; FERREIRA PINHEIRO, J. M.; DANTAS DE ARAÚJO OLIVEIRA, M. R.; DANTAS DE LIRA, N. R.; MARTINS BEZERRA FURTADO, M. C. M. B. F.; DE OLIVEIRA SILVA FERREIRO MACHADO, R. Procedimento operacional padrão na assistência nutricional ao paciente com COVID 19: relato de experiência. *Revista Ciência Plural*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 156-169, 2020. DOI: 10.21680/2446-7286.2020v6n2ID21252. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/21252>. Acesso em: 18 jun. 2023.

WEIMANN, Arved et al. ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery. *Clinical nutrition*, v. 36, n. 3, p. 623-650, 2017. Disponível: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561417300638?casa_token=yfy6RD0Gv-MAAAAA:z7OvJh5EOftlebqZ0A-z4_EbKUsftHIVUNOvygBMuMrX0UXWDh9jgzPQIQM70osbbbrJDAAet4d9. Acesso em: 20 mar.2024.

Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento e André Bento Chaves Santana

SOBRE OS AUTORES



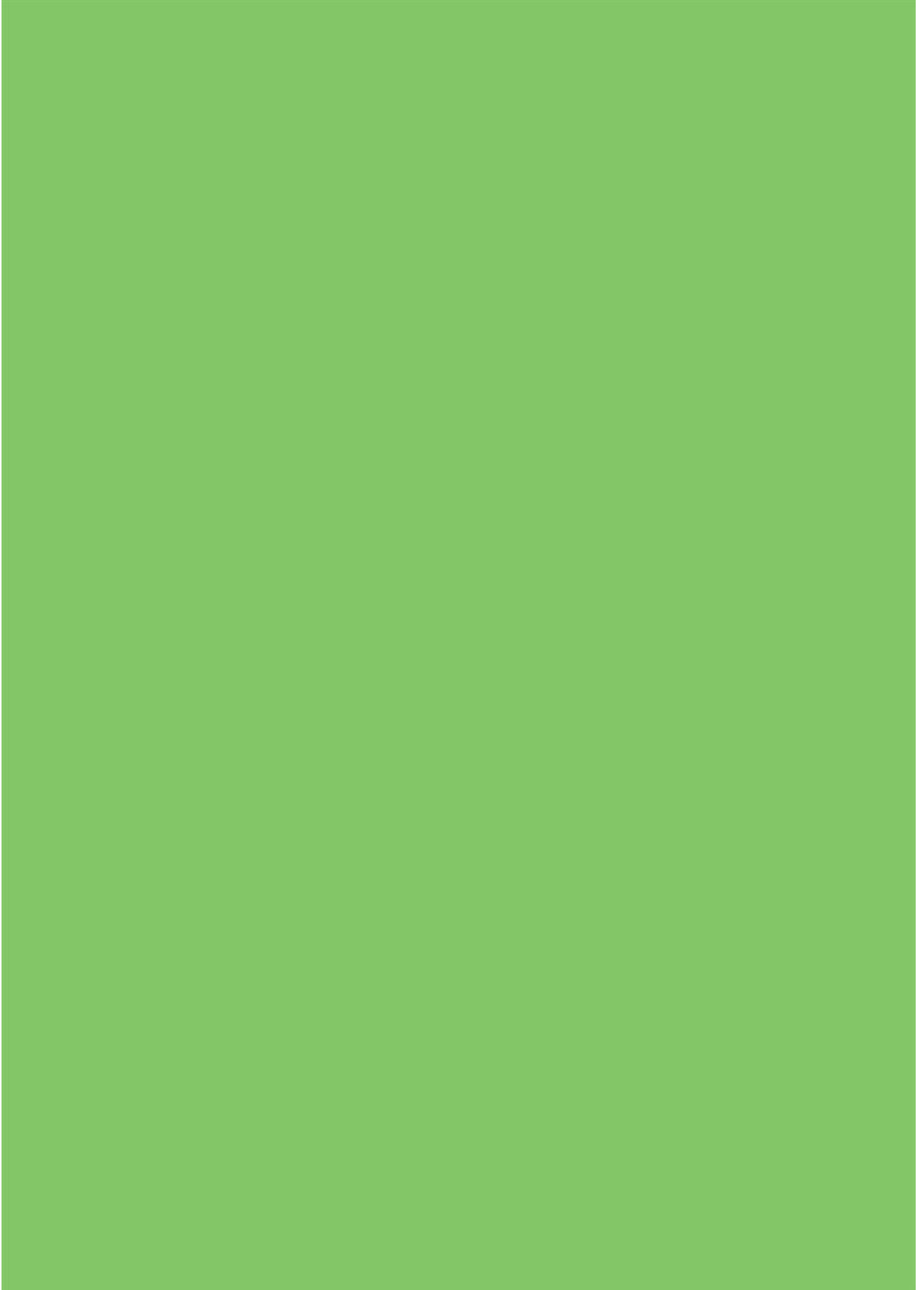
Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento

Nutricionista graduada pelo Centro Universitário Nilton Lins/ Fundação Nilton Lins (2004), pós-graduada em Obesidade e Emagrecimento pela Universidade Veiga de Almeida. Atualmente é nutricionista da Universidade Federal do Amazonas, Coordenadora Administrativa da Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral do HUGV em 2021 com experiência na área de Nutrição, com ênfase em Clínica.



André Bento Chaves Santana

Nutricionista pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Mestrado em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Morfofuncionais do Instituto de Ciências Biomédicas da USP. Doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana Aplicada da USP. Professor Adjunto na Universidade Federal do Oeste da Bahia. Orientador credenciado no Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas



GUIA PARA AVALIAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS EM PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Este guia apresenta uma proposta de aplicação da ferramenta AGREE-II para avaliar a qualidade de diretrizes em Nutrição Clínica na assistência nutricional, visando auxiliar nutricionistas na avaliação de protocolos para a terapia nutricional enteral.

O AGREE-II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) é uma ferramenta validada com alta confiabilidade capaz de avaliar a qualidade metodológica e a transparência que uma diretriz clínica foi desenvolvida.

A padronização de protocolos voltados para a terapia nutricional enteral na área de Nutrição Clínica é fundamental para a tomada de decisão do nutricionista, na prática profissional, incluindo a segurança do paciente.

RFB Editora
CNPJ: 39.242.488/0001-07
91985661194
www.rfbeditora.com
adm@rfbeditora.com
Tv. Quintino Bocaiúva, 2301, Sala 713, Batista Campos,
Belém - PA, CEP: 66045-315

