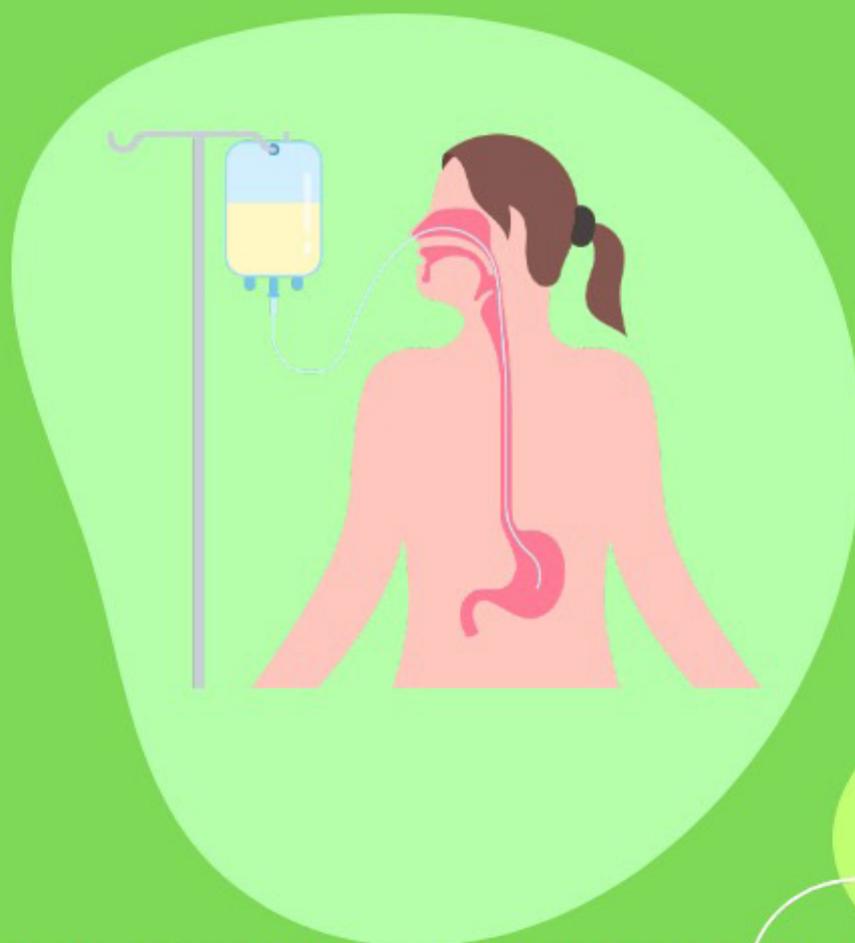


# GUIA PARA AVALIAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS EM PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL



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.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Raquel Silvano Almeida-Unespar

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ilka Kassandra Pereira Belfort-Faculdade Laboro

Prof.<sup>a</sup>. 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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos-UEL

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria de Fatima Vilhena da Silva-UFPA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Dayse Marinho Martins-IEMA

Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. 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

**Catálogo na publicação**  
**Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

G244

Guia para avaliação de diretrizes clínicas em protocolos de terapia nutricional enteral / Maria do Perpétuo Socorro Pinto do Nascimento, André Bento Chaves Santana. – Belém: RFB, 2024.

Livro em PDF

50p.

ISBN 978-65-5889-767-5

DOI 10.46898/rfb.de094753-f21a-448d-bc01-02e2b43b4590

1. Nutrição. I. Nascimento, Maria do Perpétuo Socorro Pinto do. II. Santana, André Bento Chaves. III. Título.

CDD 641

Índice para catálogo sistemático

I. Nutrição

# 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

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO NUTRICIONISTA NA PADRONIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL.....</b>	<b>9</b>
1.1 Terapia Nutricional.....	12
1.2 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional .....	15
1.3 Atribuições do nutricionista na EMTN .....	16
1.4 Procedimentos operacionais padronizados para o cuidado nutricional em TNE	16
1.5 Relevância da terapia nutricional para o paciente cirúrgico.....	24
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>A FERRAMENTA AGREE-II.....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>DOMÍNIOS DA FERRAMENTA AGREE-II .....</b>	<b>33</b>
3.1 Domínio 1: Escopo e finalidade.....	34
3.2 Domínio 2: Envolvimento das partes interessadas .....	34
3.3 Domínio 3: Rigor do desenvolvimento .....	35
3.4 Domínio 4: Clareza da apresentação .....	35
3.5 Domínio 5: Aplicabilidade .....	36
3.6 Domínio 6: Independência editorial.....	37
3.7 Avaliação global da diretriz clínica .....	37
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>APLICANDO A FERRAMENTA AGREE-LL NA ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA</b>	<b>39</b>
4.1 Roteiro de aplicação da ferramenta AGREE-II na avaliação do protocolo de terapia nutricional enteral .....	41
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>SOBRE OS AUTORES .....</b>	<b>48</b>

# 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

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;

**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;

**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 preceptorial 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.

## **1.1 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 funcionando, 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
<b>Paciente crítico</b>	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.
<b>Paciente hospitalizado</b>	A NE deve ser iniciada de forma precoce nos pacientes classificados com alto risco nutricional (NRS -2002 >5 ou NUTRIC score ≥ 5). Pacientes de baixo risco nutricional (NRS 2002 ≤ 3 or NUTRIC score ≤ 5) devem ter a terapia nutricional enteral iniciada em período de 5 a 7 dias, na impossibilidade de via oral.
<b>Paciente ambulatorial</b>	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:

**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 = Óleo 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).

## 1.2 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).

### 1.3 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).

### 1.4 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.

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 (Texeira *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.

### **1.4.1 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 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. 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.

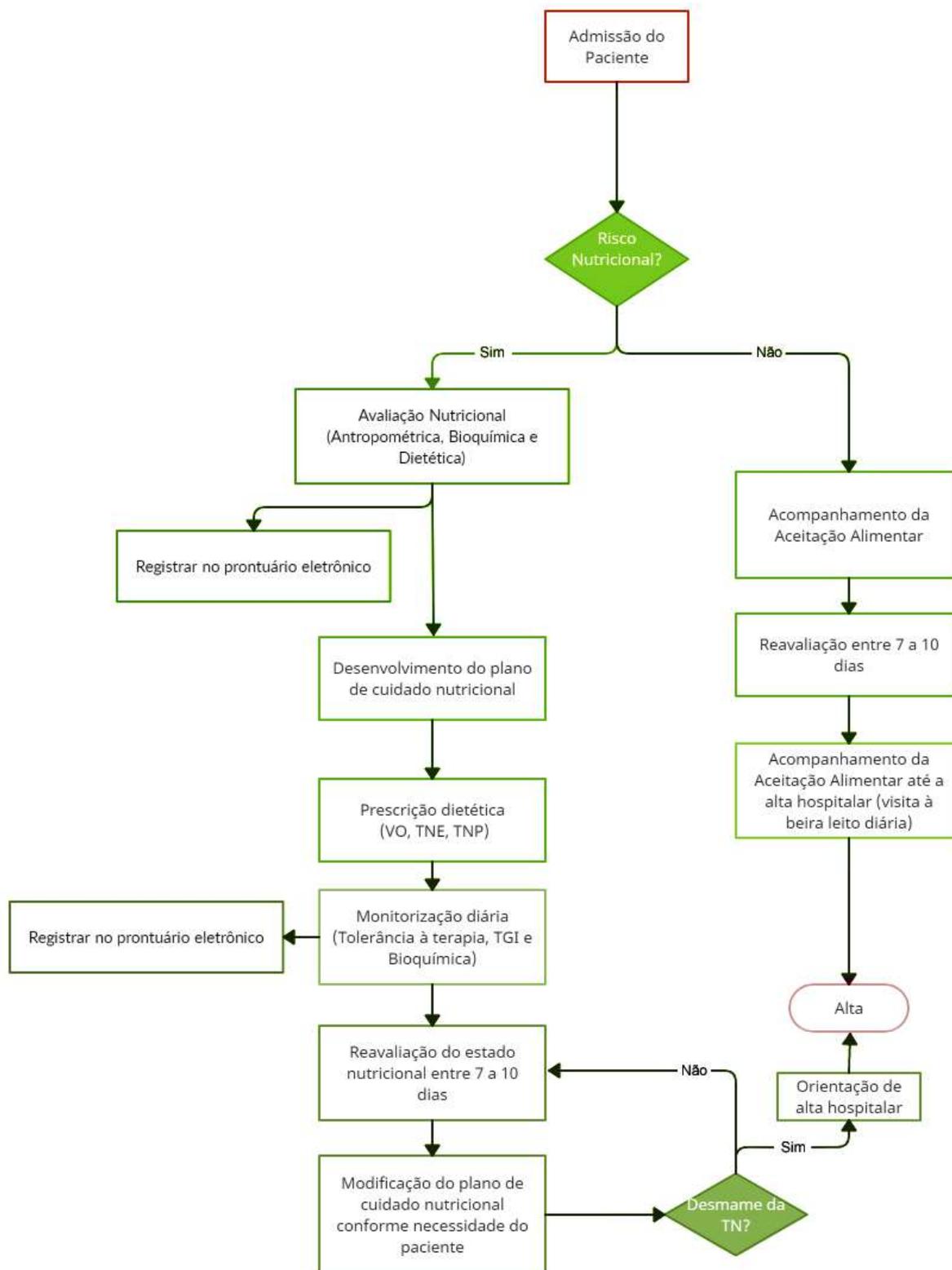
4) Após a finalização do acompanhamento do paciente pela EMTN, o arquivo ou prontuário deverá receber o desfecho (ALTA/DESMAME/TRANSFERÊNCIA/ÓBITO) no nome, colocado antes das informações anteriores.



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

CLÍNICA	0	LEITO	0	DATA INICIAL:	00/jan	<b>ENTERAL</b>	
PACIENTE	0					REGISTRO:	0
VIA DE ACESSO	SNE	NE EXCLUSIVA:	S	N	MISTA:	#REF:	TNP
VELOCIDADE DE ADMINISTRAÇÃO						0	Nº
<b>PRESCRIÇÃO</b>						<b>ADAPTADOR</b>	
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			
<b>OBSERVAÇÃO</b>							
DATA	ALTA	ÓBITO	ZERO	SUPENSO	DESMAME	Responsável	
<b>REQUISIÇÃO DE MATERIAL</b>							
CLÍNICA	0	LEITO	0	DATA INICIAL:	00/jan	<b>ENTERAL</b>	
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:			
<b>ETIQUETA FA 8 E 1</b>				<b>ETIQUETA FA 8 E 2 (QUANDO HOUVER)</b>			
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			

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.

- o Reavaliação em 7-10 dias.

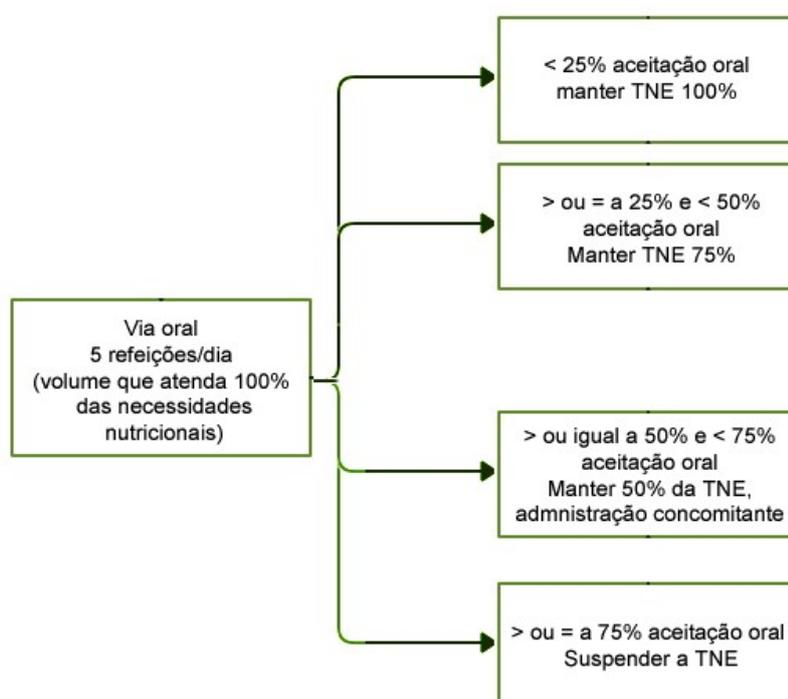
### 3. Alta Hospitalar:

- **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.



## 1.5 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:

- 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 inter-

# **CAPÍTULO 2**

---

## **A FERRAMENTA AGREE-II**

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

<b>Domínios</b>	<b>Descritivo</b>
<b>Domínio 1.</b> Escopo e Finalidade	Diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1-3).
<b>Domínio 2.</b> 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).
<b>Domínio 3.</b> 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).
<b>Domínio 4.</b> Clareza da apresentação	Diz respeito à linguagem, estrutura e o formato da diretriz (itens 15-17).
<b>Domínio 5.</b> 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).
<b>Domínio 6.</b> 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.

**Exemplo**

Se quatro avaliadores atribuem as pontuações abaixo para o Domínio 1 (Escopo e Finalidade):

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

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 será:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}}$$

$$\frac{53 - 12}{84 - 12} \times 100 = \frac{41}{72} \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57\%$$

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

**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

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

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.

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

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 AGREE-LL NA ÁREA  
DE NUTRIÇÃO CLÍNICA**

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 (Consócio 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



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
<b>Total</b>	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%:

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

**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/l8234.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/l8234.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](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.

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](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-MAAAAAA:z7OvJh5EOftlebqZ0A-z4\\_EbKUsftHIVUNOvygBMuMrX0UXWDh9jgzPQIQM70osbbbrJDAAet4d9](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561417300638?casa_token=yfy6RD0Gv-MAAAAAA:z7OvJh5EOftlebqZ0A-z4_EbKUsftHIVUNOvygBMuMrX0UXWDh9jgzPQIQM70osbbbrJDAAet4d9). Acesso em: 20 mar.2024.

## **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](http://www.rfbeditora.com)  
[adm@rfbeditora.com](mailto:adm@rfbeditora.com)

Tv. Quintino Bocaiúva, 2301, Sala 713, Batista Campos,  
Belém - PA, CEP: 66045-315

