UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS DA BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências de Saúde

MÁRCIA SOUZA CARVALHO

SÍNDROME DA REALIMENTAÇÃO: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR SOBRE UM QUADRO NEGLIGENCIADO E FATAL

Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann
Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Santos
2018

MÁRCIA SOUZA CARVALHO

SÍNDROME DA REALIMENTAÇÃO: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR SOBRE UM QUADRO NEGLIGENCIADO E FATAL

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - Campus Baixada Santista – para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann

Santos

2018

331C

Carvalho, Márcia Souza, 1964.
Síndrome da Realimentação: Um olhar interdisciplinar sobre um quadro negligenciado e fatal / Márcia Souza Carvalho; Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann – Santos, 2018.
n. de f. 147: il. color.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Curso de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, 2018.

1. Síndrome da Realimentação. 2. Desnutrição. 3. Terapia Nutricional. I. Zihlmann, Karina Franco. Título.

CDD 610

MÁRCIA SOUZA CARVALHO

SÍNDROME DA REALIMENTAÇÃO: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR SOBRE UM QUADRO NEGLIGENCIADO E FATAL

Presidente da banca:

Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
Universidade Federal de São Paulo
Orientadora

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Daniela Caetano Gonçalves
Universidade Federal de São Paulo
Membro titular

Profa. Dra. Luciana Pellegrini Pisani
Universidade Federal de São Paulo
Membro titular

Prof. Dr. Rogério Aparecido Dedivitis
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Membro titular

Prof. Dr. William da Costa
Universidade Metropolitana de Santos e Centro Universitário Lusíada
Membro suplente

"Que seu remédio seja seu alimento, e que seu alimento seja seu remédio". Hipócrates

Dedico esta obra ao meu filho Rodrigo, a benção mais desejada que recebi e que me ensinou o amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela saúde e energia para concluir mais esta etapa na minha carreira profissional

À Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann, por confiar em meu trabalho e estar sempre presente, me orientando com sabedoria em toda execução desta jornada.

Ao meu esposo, Benedito Júnior, companheiro por quase 30 anos, sempre apoiando e incentivando minha carreira profissional e acadêmica.

Ao meu filho Rodrigo, por seu apoio e compreensão pelas horas de dedicação a este trabalho.

Aos meu pai, Geronimo (in memoriam), minha inspiração na dedicação ao trabalho, retidão de caráter e despojamento. Amor eterno. A minha mãe, Maria Luísa, por sua dedicação e apoio em minha formação profissional.

A família Kerges Carvalho, que carinhosamente me recebeu. Especialmente aos meus sobrinhos, agradeço por poder contar sempre com vocês.

Equipe da EMTN da Pref. de Santos, em especial a Enf. Ma. Rafaella Pitol Correa, amiga de todas as horas e grande incentivadora do meu ingresso no MP. Agradeço as dicas e opiniões sobre a pesquisa.

Aos meus amigos de turma do MP 2016 da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, parceiros de todas às horas nesta jornada. Agradeço até mesmo as brincadeiras em todas as aulas sobre ‘os médicos’. Elas fizeram parte da minha ‘desconstrução’ de postura e enxergar as adversidades profissionais.

A Profa. Rosilda, por sua admirável didática em inglês, que foram de imensa valia para minha proficiência na língua inglesa e contribuição neste trabalho.

A equipe do SECAPT do PSC, gratidão por todas as indicações e incentivos.

A banca examinadora pelos apontamentos que despertaram em mim um novo olhar sobre este trabalho.

Aos chefes da Secretaria de Saúde de Santos que permitiram, autorizaram e incentivaram esta pesquisa, assim como os profissionais que participaram dos grupos focais. Sem vocês, nada disso teria sido possível.

A Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santos e aos professores Santista por todo ensinamento nesta jornada.

A Pref. Santos, através da sua secretaria de saúde de Santos pelo incentivo e valorização científica dos servidores públicos.

Aos pacientes e participantes citados nesta pesquisa, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

Introdução: Uma pessoa em privação alimentar ao receber nutrientes rapidamente ou em demasia pode apresentar alterações graves no metabolismo de gorduras, carboidratos e eletrólitos com consequências, como arritmia cardíaca, que pode levar ao óbito em poucos dias. Este quadro é conhecido como Síndrome da Realimentação (SR), cuja principal etiologia é a desnutrição e que apresenta alta prevalência hospitalar, portanto a abordagem e tratamento dos pacientes em desnutrição deve ser cuidadosa a fim de evitar a SR. **Objetivo Geral:** Caracterizar os conhecimentos e práticas de uma equipe multiprofissional de atendimento em saúde de alta complexidade quanto à Síndrome da Realimentação (SR) com o objetivo de embasar a construção de um processo de Educação Permanente (EP) sobre um quadro complexo, negligenciado e fatal. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa com dois grupos, usando a técnica do grupo focal, abordando sobre desnutrição e SR em pacientes adultos internados. Foram apresentadas imagens de pessoas desnutridas aos grupos para avaliar o conhecimento sobre desnutrição e SR. Os discursos dos participantes foram analisados a partir da análise de conteúdo temática. Os participantes assinaram um TCLE, conforme a Resolução 466/12 do CNS. **Resultados e discussão**: Embora os participantes tivessem muitos anos de experiência profissional, a maioria desconhecia o tema e nenhum havia vivenciado atendimento à SR na prática. Além disso, observou-se pouco conhecimento sobre quadros de desnutrição. A preocupação com o controle do peso, principalmente dos pacientes acamados, foi destacada, sendo que a perda de peso foi atribuída a vários fatores como o jejum prolongado, inapetência e diarréia. A perda de massa muscular foi relacionada com a preocupação com desfecho clínico ruim. Foram relatados sentimentos de angústia dos profissionais, diante de pacientes em extrema magreza, que interferem na forma como o cuidado é realizado. **Conclusão:** Observou-se um desconhecimento sobre a Síndrome da Realimentação, porém a dificuldade em reconhecer adultos desnutridos, independente da formação ou vivência do profissional, foi um achado inesperado e apontou uma lacuna nos processos de formação sobre aspectos nutricionais dos pacientes. Diante disso, podemos concluir que a SR pode ser considerada uma condição negligenciada. **Produtos:** Os resultados da pesquisa serviram de base para construir uma ação de Educação Permanente sobre a temática voltada para equipes multiprofissionais. Foi criado um Protocolo interdisciplinar de avaliação e conduta para SR.

Palavras chave: Síndrome da Realimentação; Desnutrição; Hipofosfatemia; Terapia Nutricional; Grupo focal.

ABSTRACT

Introduction: A food deprived person when receives rapidly or excessive nutrients may experience severe changes in the fat metabolism, carbohydrates and electrolytes, with consequences such as cardiac arrhythmia that can lead to death in a few days. This clinical picture is known as the Refeeding Syndrome (RFS) whose main etiology is malnutrition, which presents high hospital prevalence, therefore the approach and treatment of patients in malnutrition must be careful in order to avoid RFS. **Objective**: To characterize the knowledge and practices of a multi professional healthcare team of high complexity in relation to the Refeeding Syndrome (RFS) in order to support the construction of a Permanent Education (PE) on a complex, neglected and fatal clinical picture. **Methodology**: It was performed a qualitative research using the focal group technique, addressing malnutrition and RFS in hospitalized adult patients. It was introduced Images of undernourished people to the groups to assess knowledge about malnutrition and RFS. It was analyzed the participants' speeches based on the thematic content analysis. Participants signed a written informed consent (WIC), according to CNS Resolution 466/12. **Results and discussion**: Although the participants had many years of professional experience, most were unaware of the topic and none had practice in RFS healthcare. In addition, there was little knowledge about clinical pictures of malnutrition. It was highlighted the concern with weight control, mainly the bedridden patients, and weight loss was attributed to several factors such as long fasting period, inappetence and diarrhea. It was related the muscle mass loss to the concern with a poor clinical outcome. Feelings of anxiety of the professionals were reported when before extreme thinness patients, which interfere with the way care is performed. **Conclusion**: There was an unawareness about the Refeeding Syndrome, however the unexpected finding of the difficulty in recognizing undernourished adults, regardless of the professional training or experience, pointed to a gap in the training processes on the nutritional aspects of patients. In view of this, the conclusion is that RFS can be considered a neglected condition. **Products**: The research results served as the basis for building a Permanent Education action on the topic for multi professional teams. An interdisciplinary evaluation and conduct Protocol for RFS has been created.

Keywords: Refeeding Syndrome; Malnutrition; Hypophosphatemia; Nutritional Therapy; Focus group.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico comprovando menor custo com pacientes internados eutróficos em relação aos desnutridos, segundo um provedor de seguros de saúde do Brasil.
Figura 2 - Modelo de convite digitalizado enviado aos participantes dos grupos focais

Figura 3 - Imagem de adulto com desnutrição tipo Marasmo (Foto nº um da atividade estruturada)
Figura 4 - Imagem de adulto com desnutrição tipo Kwashiorkor (Foto nº dois da atividade estruturada)
Figura 5 - Imagem de adulto com desnutrição tipo mista (Foto nº três da atividade estruturada)

Figura 6 - Imagem de adulto com desnutrição (Foto nº quatro da atividade estruturada)

Figura 7 - Imagem de adulto com desnutrição tipo Kwashiorkor (Foto nº cinco da atividade estruturada)

Figura 8 - Imagem do indivíduo das figuras cinco e oito após três após três meses de tratamento.

Figura 9 - Imagem do paciente W., durante a internação na ocasião em que foi feito o diagnóstico pela EMTN.

Figura 10 - Imagem do paciente W. durante a internação apresentando desnutrição grave e lesão em região sacra.

Figura 11 - Imagem do paciente W. na ocasião da alta hospitalar.

Figura 12 - Imagem da paciente J. no início da internação em dezembro de 2016

Figura 13 - Imagem da paciente J. na ocasião da alta hospitalar em dezembro de 2017

Figura 14 - Imagem do paciente D. durante a internação

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sinais físicos indicativos de desnutrição

Quadro 2 - Estado nutricional conforme IMC e idade em adultos

Quadro 3 - Estado nutricional conforme IMC e idade em idosos

Quadro 4 - Fórmula para cálculo em porcentagem da perda de peso

Quadro 5 - Grau de desnutrição relacionada com o desvio padrão

Quadro 6 - Métodos práticos e acessíveis para avaliar a massa e função muscular

Quadro 7 - Primeira etapa da Triagem Nutricional

Quadro 8 - Segunda etapa da Triagem Nutricional

Quadro 9 - Classificação do nível de fósforo no sangue

Quadro 10 - Repercussões clínicas de hipofosfatemia

Quadro 11 - Repercussões clínicas de Hipomagnesemia

Quadro 12 - Repercussões clínicas de hipocalemia

Quadro 13 - Repercussões clínicas das alterações de glicose e eletrólitos

Quadro 14 - Critérios para identificação de risco para desenvolver a SR

Quadro 15 - Atuação e responsabilidades dos profissionais na EMTN

Quadro 16 - Legenda para referência dos dados sócio demográficos destacados nas descrições das trajetórias de vida dos sujeitos da pesquisa.

Quadro 17 - Legenda para as convenções utilizadas na transcrição dos discursos dos participantes dos grupos focais

Quadro 18 - Núcleos estruturadores e categorias de análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa dos grupos focais, Santos, profissionais de saúde de nível técnico e superior, que realizam atendimento direto à pacientes críticos da UTI de um PS da região da Baixada Santista.

Quadro 19 - Principais dados sociodemográficos dos participantes dos grupos focais.

Quadro 20 - Caso clínico de um paciente que desenvolveu a SR no local a pesquisa. O tema trazido espontaneamente nos diálogos dos dois grupos.

Quadro 21 - Caso clínico de uma paciente internada J., com quadro de desnutrição. Tema trazido espontaneamente por uma das participantes no primeiro grupo

Quadro 22 - Caso clínico de um adolescente internado, D., acamado por paralisia cerebral em desnutrição gravíssima na ocasião da internação.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASG - Avaliação Subjetiva Global

ASPEN - American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Código Internacional de Doenças

CRM - Conselho Regional de Medicina

CNS - Conselho Nacional de Saúde

EMTN - Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

ESPEN - European Society for Parenteral and Enteral Nutrition

IMC - Índice de Massa Corporal

NE - Nutrição Enteral

NID - Nomenclatura Internacional de Doenças

NP - Nutrição Parenteral

OMS - Organização Mundial de Saúde

PS - Pronto Socorro

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Serviço Único de Saúde

SR - Síndrome da Realimentação

TC – Tomografia computadorizada

TN - Terapia Nutricional

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UH - Unidades Hospitalares

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO..... 1
2. INTRODUÇÃO..... 3
3 - REFERENCIAL TEÓRICO..... 6
3.1 - CONCEITOS FUNDAMENTAIS: DESNUTRIÇÃO, SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO E TERAPIA NUTRICIONAL..... 6
3.1.1- Desnutrição: CID-10 E40-E46..... 7
3.1.1.1 - Desnutrição hospitalar..... 13
3.1.1.2 - Desnutrição e o SUS..... 16
3.1.2 - Síndrome da Realimentação..... 17
3.1.2.1 - Fisiopatologia da SR..... 18
3.1.2.2 - Adaptações do organismo à falta de nutrientes..... 19
3.1.2.3 - Hipofosfatemia..... 19
3.1.2.4 – Diagnóstico da SR..... 22
3.1.2.5 - Tratamento da SR..... 24
3.2 - A TERAPIA NUTRICIONAL (TN), NUTRIÇÃO PARENTERAL (NP) E NUTRIÇÃO ENTERAL (NE)..... 25
3.2.1 - O trabalho na Terapia Nutricional (TN) da EMTN e suas relações com a questão da desnutrição grave e a SR: os desafios de um trabalho complexo interdisciplinar no contexto do SUS..... 27
3.3 - O LUGAR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM TERAPIA NUTRICIONAL..... 29
4 - OBJETIVOS..... 31
4.1 - OBJETIVO GERAL..... 31
4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 31
5 - METODOLOGIA..... 32
5.1 - TIPO DE PESQUISA. 32
5.2 - LOCAL DA PESQUISA..... 32
5.3 - PARTICIPANTES DA PESQUISA..... 35
5.4 - INSTRUMENTOS..... 37
5.5 - PROCEDIMENTOS..... 37
5.6 - ANÁLISE DOS DADOS..... 43
5.7 - ASPECTOS ÉTICOS..... 46

6 - RESULTADO E DISCUSÃO..... 47
6.1 -CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS..... 47
6.2 - CATEGORIZAÇÃO DOS DISCURSOS DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS..... 50
6.3 -COMENTÁRIOS GERAIS SOBRE OS GRUPOS FOCAIS: OBSERVAÇÕES DOS ASPECTOS VERBAIS E NÃO VERBAIS DOS ENCONTROS..... 89
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS: ABRINDO NOVAS QUESTÕES SOBRE UMA SÍNDROME NEGLIGENCIADA..... 91
8 - REFERÊNCIAS..... 93
ANEXO I - Autorização da COFORM 7
ANEXO II - Parecer consubstanciado do CEP Produto Técnico..... 8
ANEXO III - Tópicos norteadores de temáticas para os grupos focais 12
ANEXO IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 14
ANEXO V – PRODUTO TÉCNICO: PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR DE AVALIAÇÃO E RISCO PARA RISCO DE SÍNDROME DA REALIMENTAÇÃO..... 11

1. APRESENTAÇÃO: SOBRE O PERCURSO DA CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

Em 2010, como médica nutróloga e com Título de Especialista na área, fui convidada a implantar e administrar o serviço de Terapia Nutricional (TN) na Secretaria de Saúde de Santos, com o cargo de Coordenadora da a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN).

O Departamento de Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar de Santos (DAPHOS), que atende os pacientes com maior gravidade, é setor da Prefeitura que gerencia as unidades de saúde onde são realizados os procedimentos mais complexos, incluindo a TN. Para este propósito, deixei o cargo de pediatra no Pronto-Socorro da Zona da Orla e Intermediária (PS ZOI) onde trabalhava desde 2004, para me dedicar exclusivamente a este ofício, atividade que realizo até este momento.

Tal atividade demandou um conhecimento acurado. Sendo assim, cabe aqui trazer um pouco sobre as peculiaridades da função, como foi realizado a implantação a TN e o local de trabalho para poder apresentar como surgiu a presente pesquisa.

Para instaurar a TN necessitei contar com profissionais de várias áreas em todas as Unidades Hospitalares (UH) para compor EMTN como exige a legislação: médico, nutricionista, enfermeira, farmacêutica, que necessitam ser capacitados ou interessados em se capacitar num tema tão específico. No decorrer deste período, foram agregando e ingressando à equipe colaboradores. Porém, este foi meu primeiro desafio: reunir estes profissionais e realizar um trabalho, direcionado ao repensar das práticas, conceitos, saberes e experiência pessoal tão diferentes, mas com um objetivo comum: o atendimento e cuidado no estado nutricional dos pacientes.

Dentre os locais a gerenciar, o de maior reponsabilidade e minha maior preocupação é a Unidade Hospitalar, onde foi realizada a pesquisa: um Pronto Socorro (PS), que possui uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esse equipamento é ímpar em sua complexidade na Baixada Santista no âmbito do SUS. No decorrer deste trabalho, ocorreram mudanças nas características desta unidade a nível de gestão pública.

Durante estes anos, a EMTN realizou capacitações sobre TN em formato tradicional, com a acumulação de conhecimentos (tipo “bancário”) com efeitos positivos e mudanças de comportamento, porém com adesão abaixo do almejado. Essa realidade trouxe questionamentos e levou uma grande inquietação. Devido ao convívio com outros profissionais que também

realizaram o Mestrado Profissional antes de mim, senti a necessidade de buscar novos métodos educacionais para aprimorar minha função de coordenadora de equipe multiprofissional.

Nas UH municipais, mesmo com profissionais dedicados, observei o desconhecimento na temática da realimentação e sobre o atendimento de uma pessoa desnutrida, que no âmbito hospitalar é muito comum e pouco notificado. Apesar das orientações da EMTN, este hiato na assistência nutricional, somado à incredulidade dos profissionais de saúde, levaram um paciente internado na UTI a desenvolver a Síndrome da Realimentação (SR), devido à oferta de nutrientes de modo inadequado, evoluindo para complicações eletrolíticas e clínicas.

Diante deste quadro percebi uma oportunidade de trabalhar conhecimentos técnicos e práticos com a equipe a fim de promover mudanças de comportamento sobre a temática SR e que não estava disponível anteriormente aos profissionais sobre um quadro grave, que pode levar ao óbito, mas que é muitas vezes negligenciado, até por causa do desconhecimento.

Quanto ao caso ocorrido na UTI, a EMTN conduziu o tratamento, de modo interdisciplinar, propiciando a regressão da SR e alta do paciente em poucos meses. Em paralelo, foram realizadas duas capacitações com programação adequada para acesso a todos funcionários do PS em plantões diferentes, os quais possuíam grande interesse no assunto. Porém, diante do caso ocorrido, houve um questionamento por parte da equipe de saúde que demandou novos processos de capacitação. Também ocorreu um convite para aplicar a capacitação em outra UH municipal, da mesma cidade.

Nas capacitações realizadas, muitas reflexões foram construídas: os participantes trouxeram vários questionamentos sobre a importância da SR, bem como o quanto estavam equivocados quanto a alguns procedimentos adotados até então (como alimentar intensamente e rapidamente uma pessoa em desnutrição). Os participantes se questionaram sobre a possibilidade de que outros pacientes também tivessem desenvolvido SR sem que a equipe de saúde estivesse preparada para identificar ou mesmo intervir a tempo. Estes encontros promoveram mudanças de comportamento mais intensas e maior interesse sobre TN por parte de profissionais que não estavam diretamente relacionados à EMTN. Também motivou maior integração entre todos os envolvidos.

Devido a estas mudanças ocorridas no serviço e, diante dessa experiência, surgiu uma proposta de nova abordagem de Educação Permanente em Saúde, a qual mostrou-se como uma estratégia viável e relevante, visando garantir a construção de uma formação adequada para os desafios atuais no cuidado de pacientes com essas características tão graves.

2. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Realimentação (SR) é, ainda hoje, pouco conhecida entre os profissionais de saúde; foi descrita inicialmente após a II Guerra Mundial, quando os sobreviventes, que passaram longos períodos em jejum, ao serem realimentados, apresentavam alterações clínicas (principalmente falência cardíaca) e evoluíam ao óbito em poucos dias (CALDAS, 2015).

Devido ao pouco conhecimento do tema, os pacientes em risco não são identificados e monitorados e, quando desenvolvem a SR, não são tratados adequadamente (VIANA, 2012). Assim, podemos entender que SR é uma condição negligenciada em saúde.

A SR é uma situação que pode ocorrer em qualquer pessoa em jejum prolongado; depleção nutricional por qualquer motivo: privação alimentar, greve de fome, refugiados, perda de peso de forma rápida, desnutridos ou outras causas (CASTRO, 2012), ou quando recebe nutrientes rapidamente ou em demasia (VIANA, 2012).

Nesta dissertação focaremos nossa atenção na SR em adultos hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), nos quais é observado um rápido agravamento do estado nutricional. Será abordada também a temática desnutrição, o que demonstra a relevância desta pesquisa. Consideramos importante, antes de desenvolver propriamente o tema da SR, abordar a desnutrição, que é a etiologia principal da SR (CASTRO, 2018).

A desnutrição é caracterizada pela perda de gordura corporal, diminuição da quantidade e função de massa muscular com consequente perda de peso. Porém algumas vezes encontramos peso normal, mascarado pelo acúmulo de líquido no corpo (edema). Alterações laboratoriais também são encontradas, porém devem ser associadas com a clínica, devido à suas variações de acordo com o estágio da desnutrição como: albumina, préalbumina, transferrina e biomarcadores (LIRKLAND, 2013).

A etiologia da desnutrição em pacientes internados se deve à alguns fatores como a ingestão insuficiente ou absorção deficiente de nutrientes e perda destes nutrientes pela doença ou trauma. O aumento do metabolismo basal durante a doença também é considerado como agravante para o déficit nutricional (CORREIA, 2016).

No mundo, muitos pacientes internados apresentam desnutrição (LIRKLAND, 2013). Na América Latina também observamos este fato, com o maior número em idosos. No Brasil,

em 2001, foi realizado um importante estudo chamado de IBRANUTRI, com 4.000 adultos hospitalizados por meio do qual foram identificados 48,1% pacientes em desnutrição, dos quais 12,5% destes estavam de desnutrição grave (WAITZERG, 2001). Novos estudos surgiram no Brasil e no mundo, apontando aumento nos índices de desnutrição hospitalar, porém o diagnóstico foi confirmado em apenas 13,9% dos pacientes internados no Brasil (CORREA, 2012). Na região da Baixada Santista podemos inferir que é possível observar os mesmos índices de pacientes em risco nutricional, mas não há dados efetivos publicados sobre esse assunto, o que revela uma lacuna que precisa ser cuidadosamente abordada, pois se trata de um assunto relevante e não suficientemente investigado.

A terapia Nutricional (TN) é considerada um procedimento terapêutico, classificado como de alta complexidade. Visa a identificação, recuperação e acompanhamento dos pacientes internados. No Brasil, todas as Unidades Hospitalares (UH) devem seguir os Regulamentos Técnicos do Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); junto ao comprometimento e a capacitação de um grupo, a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), que é composta por vários profissionais, tais como: médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, entre outros (P 272/1998; RDC 63/2000). Cabe ainda lembrar que, essa equipe, a EMTN, trabalha em conjunto com os médicos e demais profissionais de saúde na programação nutricional (CRM/SP – Parecer 14.494/00).

A atuação da EMTN envolve todos procedimentos que cercam a TN de modo técnico-administrativo, norteando a equipe de saúde, assim como averigua e intervém, quando necessário, no tratamento dos pacientes internados em uso de infusão de dieta enteral, ou seja, a administração da nutrição se faz por meio de sondas introduzidas em uma das narinas ou na boca até o trato-gastrointestinal para aqueles que não atingem 75 % das suas necessidades nutricionais com a alimentação convencional ou suplementação por via oral. (MAHAN, 2012) Um bom exemplo são os pacientes entubados, dependentes de um respirador em estado crítico (TOLEDO, 2018).

Entretanto, pacientes com quadro de desnutrição grave, independente da aparência de magreza ou peso normal, podem desenvolver SR - uma síndrome frequente e que a maioria dos profissionais desconhecem – e que, diante de uma oferta calórica em demasia, pode ser letal. Esse tipo de conduta (oferta calórica em demasia) é frequentemente observado no atendimento a pacientes internados com esse quadro de desnutrição grave. Na UTI encontramos maior prevalência de desnutrição, perda de massa muscular, complicações clínicas e maior número de pacientes em uso de dieta enteral administrada por sonda. Este risco se torna superior,

principalmente devido às infusões endovenosas de glicose, que possuem absorção mais rápida e mais potencializada em comparação aos administrados por via oral (MAHAN, 2012).

Porém, a prática clínica quotidiana com pacientes internados com graves quadros de desnutrição e aparentando extrema magreza frequentemente costuma causar forte impacto emocional nos cuidadores e equipe de saúde, levando a um empenho redobrado em alimentar rapidamente este paciente. As pessoas tendem a vivenciar sentimentos que as levam a supor que este paciente esteja com um quadro de fome intensa e, assim, com o intuito de promover uma melhora rápida de tal quadro, recorrem a uma mobilização para oferta de alimentos em grande quantidade, em uma tentativa de compensação dessa suposta “fome” com a oferta imediata e intensa de calorias.

Nesse sentido, o desconhecimento sobre a SR, somado a angústia dos profissionais de saúde diante de um paciente com quadro de desnutrição grave, são fatores cruciais a serem trabalhados em uma formação continuada e interdisciplinar de alta complexidade, a TN, na busca de um atendimento adequado às necessidades dos pacientes sob risco de desenvolver a SR. Sendo assim, há necessidade de orientação aos profissionais de saúde quanto às atitudes adequadas.

Portanto, a pesquisa foi realizada com o intuito de identificar dúvidas de conhecimento sobre as temáticas abordadas com os profissionais de saúde, neste caso, no PS, com uma atenção maior ao setor de UTI, assim como os elementos de ordem emocional e comportamental que possam vir a interferir no atendimento de pacientes nessa condição, visando a construção de um trabalho interdisciplinar adequado, focado às necessidades de cuidado integral do paciente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1- CONCEITOS FUNDAMENTAIS: DESNUTRIÇÃO, SÍNDROME DA REALIMENTAÇÃO E TERAPIA NUTRICIONAL.

Existem poucos estudos sobre a Síndrome da Realimentação, inicialmente descrita com os sobreviventes da II Guerra Mundial. Trata-se de uma situação na qual uma pessoa em jejum prolongado associado à adversidades como a desnutrição, recebe nutrientes rapidamente ou em demasia, e que por este motivo pode ir a óbito em poucos dias por complicações graves e fatais com falência cardíaca. Este fato intrigante leva os pesquisadores até hoje a estudar estas alterações (VIANA, 2012).

Porém, é importante, antes de desenvolver o tema SR, propriamente, abordar sobre a desnutrição, que é o principal fator predisponente para a SR, assim como elucidar outras questões.

A classificação de uma doença segue vários padrões e critérios pré-estabelecidos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) catalogou e publicou para consulta pública todos os tipos de doenças, complementada pela Nomenclatura Internacional de Doenças (NID) a fim de padronizar uma codificação com termo único para cada disfunção relacionada à saúde, baseada na sua causa. Várias revisões foram feitas. Neste trabalho foi usada a décima e última revisão da Classificação Internacional de Doenças, que passou a ser denominada Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, conhecida na prática como CID-10. Sua aplicabilidade é observada em pesquisas e serviços de saúde desde a atenção básica até nos serviços mais complexos públicos e privados

Atualizações da CID são aprovadas anualmente no mês de outubro nas reuniões de oito Centros Colaboradores da OMS oficiais para a Família de Classificadores Internacionais, prestando serviço aos países no avanço e uso da CID. Em 2017, a reunião da Rede WHOFIC aconteceu na Cidade do México, México. Estas atualizações podem ser consultadas no site da OMS. (WHO, 2017).

Neste trabalho, a CID foi tomada como referência por ser oficial, internacional e atualizada. Sua aplicabilidade é analisada em pesquisas e serviços de saúde desde à atenção básica e até nos serviços mais complexos públicos e privados. Como a pesquisa foi realizada em adultos, serão citados somente os conceitos selecionados para esta faixa etária. Outra exclusão foi feita com gestantes e puérperas, graças às características do local da pesquisa, que não realiza atendimento a este grupo populacional.

3.1.1 - Desnutrição: CID-10 E40-E46.

O termo “desnutrição” tem sido utilizado para definir um estado em que o indivíduo carece de quantidade adequada de calorias, proteínas ou outros nutrientes para o desenvolvimento, manutenção e recuperar as funções do organismo. A desnutrição pode ser classificada em vários parâmetros, como a perda de peso e de reservas proteicas; atrofia de órgãos e alterações de valores bioquímicos (MAHAN, 2012). Também pode ser indicador de desnutrição alguns sinais clínicos como vemos no quadro a seguir.

Quadro 1 - Sinais físicos indicativos de desnutrição

	Aparência normal	**Sinais associados a desnutrição ou deficiência de nutrientes**
Cabelo	Firme, brilhante, difícil de arrancar	Fácil de arrancar. Sem brilho, seco, fino, esparso e despigmentado Sinal da bandeira
Face	Cor da pele uniforme, lisa, rósea, sem edema	Seborreia nasolabial, pele estratificada em volta da narina Diminuição e despigmentação dos pelos das sobrancelhas Pode ocorrer edema em face
Sistema nervoso	Estabilidade psicológica e reflexos normais	Alterações psicomotoras, confusão mental Perdas: sensorial, do senso de posição da sensibilidade vibratória, da contração do punho e tornozelo Fraqueza motora, formigamento de mãos e pés (parestesia) Demência
Peso e membros	IMC: 18,5 a 24,9 kg/m^2 – adultos IMC: 23,0 a 28,0 kg/m^2 – idosos CP: 34 cm (homem) CP: 33 cm (mulher) CP: 31 cm (idoso)	Perda de peso involuntária: > 10 % do peso habitual. Pode ocorrer edema nas extremidades dos membros CP < 34 cm: homem CP < 33 cm: mulher CP < 31 cm: idoso

Fonte: Mahan, 2012.

As medidas de peso e altura de um indivíduo adulto devem seguir os critérios padronizados. No Brasil, as medidas de peso são calculadas em quilos e a altura em metros. O

padrão de referência para classificação na faixa de peso usado em adultos com mais de 20 anos e menores de 60 anos é pelo Índice de Massa Corpórea (IMC); este índice é calculado por meio de uma fórmula que divide o valor do peso, dividido pela medida da altura ao quadrado. A partir deste cálculo bruto, são utilizados três pontos de corte para classificar as diferentes faixas de peso. Um adulto é tido como peso normal quando o IMC está na faixa de 18,5 a 24,9. A classificação para adultos em baixo peso, sobrepeso e obesidade é apresentado no Quadro 2 (SISVAN, 2017).

Quadro 2 - Estado nutricional conforme IMC e idade em adultos.

Classificação	**IMC = Peso(kg) / altura(m^2)**
Baixo peso grave	abaixo de 16,0
Baixo peso moderado	16,0 a 16,9
Baixo peso leve	17,0 a 18,5
Peso normal (eutrófico)	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25,0 a 29,9
Obesidade leve (I)	30,0 a 34,9
Obesidade moderada (II)	35,0 a 39,9
Obesidade mórbida (III)	acima de 40,0

Fonte: (OMS, 1995) BRASIL, 2016.

Em idosos, ou seja, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, a categorização também é realizada pelo IMC; contudo, são encontrados níveis de corte distintos. Na cartilha do Ministério da Saúde, SISVAN de Vigilância Alimentar e Nutricional, é considerado o peso normal de um idoso aquele com IMC 22,0 a 27, (SISVAN, 2004). No Manual de Terapia Nutricional, também do Ministério de Saúde, o índice de peso normal é de 23,0 a 28,0 (BRASIL. 2016). Na presente pesquisa utilizaremos este último, por ser uma orientação mais recente.

Quadro 3 - Estado nutricional conforme IMC e idade em idosos

Classificação	IMC = Peso(kg) / altura(m^2)
Baixo peso	menor que 23,0
Peso normal (eutrófico)	23,0 a 28,0
Sobrepeso	maior ou igual a 28,0

- Fonte: BRASIL, 2016

Nota: Referência Organização Pan-Americana da Saúde, 2002

A desnutrição é uma das síndromes mais frequentes nesta faixa etária e com risco aumentado, muitas vezes, devido à institucionalização, bem como a taxa de mortalidade (LITCHFORD, 2014). Outros parâmetros são utilizados, como a circunferência da panturrilha (CP), medida da circunferência do braço (CB), dobra cutânea tricipital (DCT), circunferência muscular do braço (CMB). A circunferência da panturrilha é uma mensuração prática e sensível para avaliar a massa muscular. É considerado um idoso eutrófico quando este possui CP maior ou igual a 31 cm (BRASIL, 2016).

A perda de peso involuntária em adultos saudáveis ou enfermos constitui um dado importante para a avaliação do estado nutricional. Uma perda de mais de 10% nos últimos três a seis meses anteriores ao diagnóstico é considerada grave e representa um fator de risco (TOLEDO, 2018). A fórmula para o cálculo de perda de peso em relação ao tempo pode ser verificada no Quadro 4.

Quadro 4 - Fórmula para cálculo em porcentagem da perda de peso

$$\text{perda de peso (\%)} = \frac{(\text{peso usual} - \text{peso atual}) \times 100}{\text{peso usual}}$$

Fonte: Mahan, 2012.

Foi proposto e recomendado pela European Society for Parenteral and Enteral Nutrition “ESPEN” em 2015 dois cortes para perda de peso não intencional: maior que cinco por cento nos últimos 3 meses para doenças agudas, ou maior que dez por cento do peso habitual em condições crônicas em qualquer tempo.

A desnutrição também pode ser aferida por meio da mensuração do peso, ao ser observado que o indivíduo está abaixo do desvio-padrão da população de referência. Quando temos somente uma medida de peso e esta medida já se encontra abaixo do desvio-padrão, existe uma alta probabilidade desta pessoa estar em desnutrição (OMS, 2008). De acordo com o nível abaixo do desvio-padrão podemos classificar o grau da desnutrição em leve, moderada e grave, como veremos no Quadro 5.

Quadro 5 - Grau de desnutrição relacionada com o desvio-padrão

Grau de desnutrição	Classificação para a população de referência (normal)
Leve	1 - 2 níveis abaixo da média (desvio-padrão)
Moderada	2 - 3 níveis abaixo da média (desvio-padrão)
Grave	3 níveis ou mais abaixo da média (desvio-padrão)

Fonte: CID-10, 1989.

A desnutrição também pode ser classificada, de acordo com a deficiência de nutrientes, em: Kwashiorkor, Marasmo e a forma Mista, também conhecida por Kwashiorkor-marasmático.

O Kwashiorkor foi indicado na CID-10 com código E40. É uma desnutrição clínica grave, causada principalmente pela deficiência de proteínas, geralmente quando o primeiro filho é desmamado do leite materno, rico em proteínas. Muito comum em crianças de 1 a 3 anos durante ou após o desmame, o termo "Kwashiorkor" significa "a doença de uma criança quando nasce o irmão seguinte", palavra essa proveniente de um dos dialetos da África Ocidental (MAHAN, 2012). Também pode ocorrer em adultos. Mais comum em idosos e em pacientes hospitalizados, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Este tipo de desnutrição causa sequelas permanentes nos indivíduos. Uma pessoa com este tipo de desnutrição apresenta alguns ou todos os sinais clínicos, como: edema de face e extremidades, atrofia muscular, dermatose, alterações da pele e dos cabelos com despigmentação, aumento do fígado (esplenomegalia), diarreia, apatia e depressão psíquica. O nível de albumina sérica está baixo (CASTRO, 2012).

O Marasmo nutricional, apontado na CID-10 como código E41, também é uma desnutrição grave destacada pela deficiência, ou restrição de calorias e por tempo prolongado de vários nutrientes, adicionado por oferta insuficiente de proteínas e outros componentes alimentares. Apresenta perda de gordura subcutânea, atrofia muscular e baixo peso, mostrando

extrema magreza. Outras causas são relacionadas, tais como: infecções, processos inflamatórios. (CASTRO, 2012).

A forma Mista, Kwashiorkor-marasmático, com código E42 na CID-10, é um tipo intermediário, ou seja, uma desnutrição proteico-calórica. Encontramos além da falta calorias, a falta proteica. Neste tipo observamos os aspectos clínicos dos dois tipos anteriores mesclados e os indivíduos também são vulneráveis às infecções virais e bacterianas (PEIXOTO, 2014).

Alterações laboratoriais também são encontradas; no entanto, devem ser associadas com a clínica, devido às suas variações de acordo com o grau da desnutrição, a serem identificadas como: albumina, pré-albumina, transferrina e biomarcadores (LIRKLAND, 2013).

Estes indicadores para classificação da desnutrição podem ser aplicados em todas as faixas etárias, em pessoas hospitalizadas ou não. Porém, em pacientes internados, a escolha dos indicadores a serem utilizados para a classificação da desnutrição depende de fatores como a hipótese diagnóstica da internação, a associação ou não à reação inflamatória e a disponibilidade operacional do serviço de saúde. Alguns recursos validados são utilizados para rastrear o risco nutricional, como a Avaliação Subjetiva Global (ASG), tabela mini MAN e questionário NRS 2002. O principal responsável pela avaliação nutricional é o nutricionista. Os demais profissionais possuem qualificação para realizar a triagem de risco para desnutrição, mas somente um exame clínico detalhado, com foco no estado nutricional, consegue mensurar a gordura corporal, massa muscular e o acúmulo de líquidos (edema) (LITCHFORD, 2014).

Outra condição reconhecida, que acarreta perda de peso, é a caquexia, mencionada na CID-10 em R64, cujo termo vem do grego, “cacos” (ruim, má condição) e “hexix” (ter). Portanto, remete a algo análogo a “ter condição ruim”.

A caquexia é referida como desnutrição associada a processos inflamatórios de curso prolongado; sua origem é multifatorial, e pode afetar vários órgãos e sistemas (OKOSHI, 2016). Durante a inflamação, ocorre a liberação de substâncias endógenas, denominadas mediadores de inflamação. Nas doenças crônicas, este processo inflamatório ocorre de forma sustentada e prolongada, desencadeando a ativação em cascata dos mediadores, entre eles: fator de necrose tumoral, interleucina-1, interleucina-6, proteína C-reativa, fator de transformação, catecolaminas e ativação do fator nuclear. Esses mediadores inflamatórios desempenham efeitos deletérios tanto na composição corporal como no metabolismo energético, ao causarem degradação muscular (proteólise), diminuição da síntese proteica muscular, desmineralização óssea, aumento do gasto energético basal, entre outras. Nutricionalmente, o efeito combinado dos mediadores da inflamação acarreta anorexia, perda de peso não intencional, diminuição da massa muscular, gordura, fraqueza, diminuição da força e mobilidade, fadiga, disfunção do

sistema imunológico, alteração do processo de cicatrização, depressão, má qualidade de vida e diminuição da sobrevida (HURTADO-TORRES, 2015).

Esse quadro pode ser diagnosticado com perda (não intencional) de cinco porcento do peso corporal (livre de edema) nos últimos 12 meses ou IMC < menor que 20 kg / m^2 em pacientes com doença crônica e, pelo menos, três dos seguintes critérios clínicos e laboratoriais:

- diminuição da força muscular
- fadiga
- anorexia
- baixo índice de massa livre de gordura
- bioquímica anormal com aumento dos marcadores inflamatórios (proteína C-reativa, interleucina-6)
- anemia (nível de hemoglobina sérica menor que 12 g/dL)
- baixos níveis de albumina sérica (menor que 3,2 g/dL).

A perda de massa muscular é um importante componente da caquexia, que geralmente está relacionada às doenças como o câncer. Porém podemos encontrá-la em outras ocorrências como a insuficiência cardíaca, doença obstrutiva crônica, artrite, dente outras (HURTADO-TORRES, 2015). Quando a caquexia acomete o coração, como no caso da insuficiência cardíaca (IC), denomina-se caquexia cardíaca. Como a IC é uma doença inflamatória, o seu diagnóstico pode ser descrito quando ocorre perda de peso involuntária maior que cinco por cento, independente de outros critérios ou doenças críticas (OKOSHI, 2016).

A sarcopenia, antes descrita como uma perda musculoesquelética relacionada ao envelhecimento (MAHAN, 2012), vem sendo cada vez mais discutida. Atualmente é definida como a perda e disfunção do musculo esquelético, e pode ser encontrada em pacientes com idade inferior a 60 anos, internados em UTI por mais de 72 horas e em outras situações, como pessoas obesas com nutrição desequilibrada, inatividade, doença grave e câncer, por fim ocasionando um comprometimento contrátil, metabólico e endócrino. Como consequência, temos um comprometimento de todo o metabolismo e as respostas do sistema imunológico e inflamatório (BIOLO, 2014).

O diagnóstico de perda da massa muscular pode ser confirmado por meio de exames sofisticados como a densitometria por dupla emissão de raios-X (DEXA), que avalia a composição corporal, a TC da região abdominal, ao observar as imagens da musculatura esquelética da região da terceira vértebra lombar. Outros exames também podem aferir este quadro, como a ultrassonografia e a bioimpedância elétrica (TOLEDO, 2018).

Entretanto, métodos mais práticos e acessíveis podem ser utilizados para verificar tais informações, como as medidas da espessura do músculo adutor do polegar (MAP), a circunferência da panturrilha (CP) e o teste de caminhada. No quadro a seguir, temos sugestões de métodos para avaliação de massa e função muscular, que podem ser utilizados na maioria das pessoas. Estes valores já estão validados para a população brasileira (BRASPEN/SBNPE, 2018).

Quadro 6 - Métodos práticos e acessíveis para avaliar a massa e função muscular

Método	Valores normais de referência	Equipamento para aferição
Espessura do músculo adutor do polegar	Homens: 24,2mm (± 4,20) Mulheres 19,4mm (± 3,9)	adipômetro
Circunferência da panturrilha	Homens: 34cm Mulheres: 33cm Idosos: 31cm	Fita métrica

Fonte: BRASPEN/SBNPE, 2018

Assim, a perda de massa muscular pode ser entendida como um sinal de alerta para a identificação da sarcopenia e caquexia (OKOSHI, 2016).

3.1.1.1 Desnutrição hospitalar

A desnutrição nos pacientes hospitalizados foi oficialmente reconhecida na década de 1970 por Butterworth como um problema a ser valorizado pelos profissionais de saúde (BUTTERWORTH, 1974). Estudos semelhantes foram publicados por outros autores, como veremos a seguir, sempre salientando o desconhecimento e a pouca resolutividade dos profissionais de saúde sobre o tema.

No mundo, cerca de 20% a 50% dos pacientes internados apresentam desnutrição (KIRKLAND, 2013). De acordo com a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition "ASPEN", 62,5% dos idosos, também em nível mundial, foram considerados desnutridos, independente de internação hospitalar e sem diferença entre os gêneros (NASCIMENTO, 2017).

Na América Latina encontramos a quantidade de 40 a 60% de casos de desnutrição associados à doença no momento da admissão hospitalar. Os grupos mais vulneráveis a essa

situação, na qual prevalece a desnutrição relacionada às doenças, são os pacientes críticos, idosos e pós cirúrgicos (CORREIA, 2016).

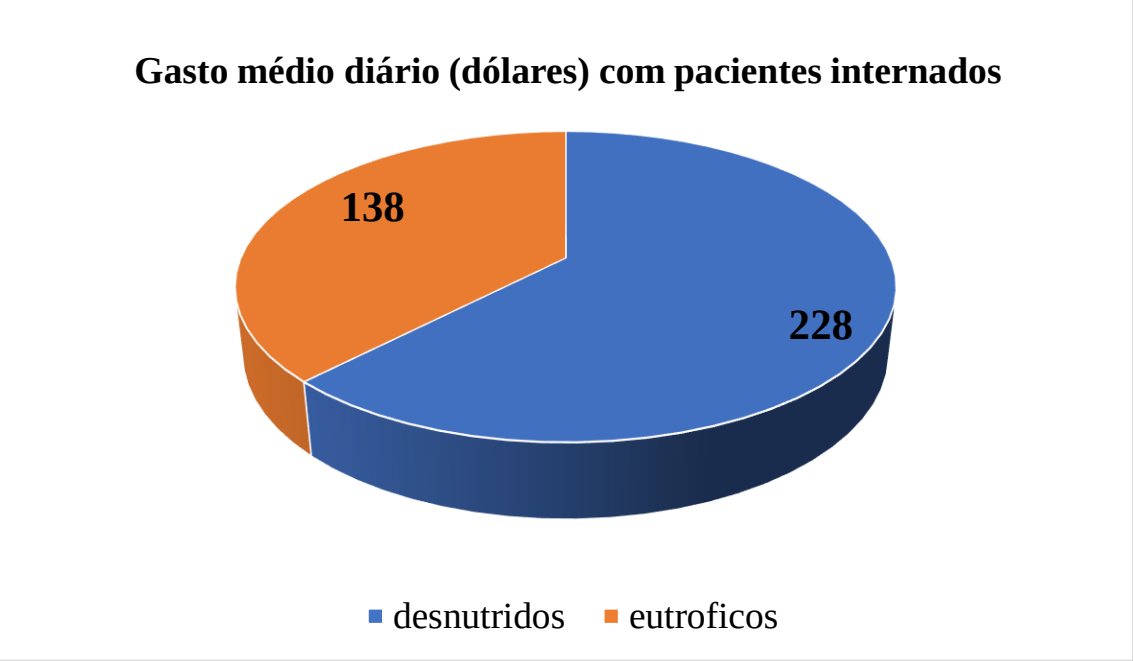
No Brasil, em 2001, o estudo IBRANUTRI, realizado com 4.000 adultos hospitalizados, identificou 48,1% pacientes com desnutrição: 12,5% deles estavam de desnutrição grave. Na mesma pesquisa foi constatado que 31,8% dos pacientes apresentavam desnutrição na internação. Após 15 dias no hospital, este índice aumentou para 61% (WAITZERG, 2001). Até o momento, este inquérito é o mais importante realizado no país sobre a desnutrição hospitalar. Outras pesquisas surgiram, comprovando a importância do quadro.

Em 2010, um novo estudo demonstrou que, no Brasil, a desnutrição hospitalar é de 69,7%; porém somente 13,9% dos pacientes internados foram diagnosticados com algum grau de desnutrição (CORREA, 2016), o que demonstra claramente que há um lapso na identificação destes pacientes.

Um estudo realizado por Borba et al. (2013), feito em 36 unidades hospitalares estaduais da cidade de São Paulo no período de novembro de 2009 a agosto de 2012 com a participação 17 instituições, mostrou que 88,2% dos serviços de saúde analisados apresentavam dificuldade na execução da triagem nutricional enquanto rotina hospitalar.

Cada vez que o tema desnutrição é abordado, inicialmente remete a países subdesenvolvidos. Porém, vários estudos demostram que a desnutrição também é um problema de saúde pública nos países industrializados e emergentes por todo o mundo (CORREIA, 2016). Sempre que temos a associação da desnutrição com alguma doença, ocorre aumento de morbidade, das complicações, infecciosas ou não. Também sucede aumento nos dias de internação, além do aumento na mortalidade e de custos da internação (CASTRO, 2018). Vários estudos comprovam igualmente o aumento do número de reinternações. Este fato não ocorre somente nos serviços públicos. Um provedor de seguros de saúde do Brasil realizou um estudo com o custo médio diário gasto por paciente, calculado em dólares, em 25 hospitais com 709 pacientes, revelando que em pacientes bem nutridos são gastos US$ 138 por dia. Quando comparado com um paciente desnutrido, este custo aumenta para US$ 228, ou seja, 61% maior (CORREIA, 2016).

Figura 1 – Gráfico apresentando menor custo com pacientes internados eutróficos em relação aos desnutridos, segundo um provedor de seguros de saúde do Brasil.



Fonte: Correia, 2016

O aumento dos gastos com estes pacientes desnutridos, além de outros fatores discutidos anteriormente, é um grande problema de saúde mundial com impacto social e político. Nos idosos, a prevalência de desnutrição é de aproximadamente 50% dos pacientes hospitalizados. (NASCIMENTO, 2017).

Na ASPEN de 2018, enfatizou-se que as complicações associadas à desnutrição estão diretamente relacionadas às alterações corporais, como por exemplo a perda de massa muscular. Neste sentido, vários métodos de avaliação da composição corporal têm sido propostos. A avaliação da perda da massa muscular pode ser feita de modo subjetivo, com a palpação dos principais grupos musculares do braço ou da perna; ou de modo objetivo, como a avaliação da espessura do músculo adutor do polegar, circunferência da panturrilha, bioimpedância elétrica, calorimetria indireta (CI), ultrassonografia (US) e a tomografia computadorizada (TC). Estes últimos, conseguem mensurar a musculatura, observando seu declínio independente do IMC, como no caso da obesidade sarcopênica (TOLEDO, 2018).

3.1.1.2 - Desnutrição no SUS

Ao refletir sobre saúde pública, logo é possível presumir que serão encontrados índices maiores de desnutrição no Serviço Único de Saúde, o SUS, em comparação com o serviço privado; porém, os indicadores revelam que esse número está diretamente relacionado com a idade (no caso, em idosos) e o tipo de patologia, ou seja, nos pacientes críticos e em estado pós-operatório. A análise realizada por Santos et al. (2017) sobre o perfil nutricional, clínico e demográfico em indivíduos hospitalizados no serviço público demonstra que a desnutrição pode estar relacionada à baixa renda, inserção social mais precária e por estar em maior condição de vulnerabilidade para a desnutrição. Nesse trabalho não foi encontrada relação entre tipo de alimentação oferecida pelo SUS e diagnóstico de déficit nutricional dos pacientes internados.

Um paciente internado, imobilizado ao leito ou com pouca mobilidade, inicia a perda de massa muscular na primeira semana, o que acarretará, consequentemente, o desenvolvimento de um quadro de fraqueza adquirida. Tal perda é mais acentuada nos pacientes críticos, principalmente naqueles com falência de vários órgãos, ou seja, naqueles internados em UTI (PUTHUCHEARY, 2013). A imobilização ao leito, mesmo em pacientes eutróficos, estimula a degradação de proteínas musculares. Esta fraqueza é caracterizada por disfunção neuromuscular com degeneração axonal, afetando os nervos motores sem desmineralização levando a uma neuropatia e miopatia que atinge principalmente os membros inferiores, de modo simétrico. Além da imobilização, outras causas da fraqueza adquirida são: doenças anteriores, inflamação e drogas. Algumas horas após o início da respiração mecânica, já ocorre perda de massa muscular diafragmática, principalmente naqueles em estado catabólico (KRESS, 2014).

A inflamação ocorre pela associação de perda de proteína, alterações na formação, desenvolvimento, maturação das células sanguíneas e diminuição da imunidade. Fatores como o suporte ventilatório e a imobilidade impulsionam o quadro inflamatório (LOFTUS, 2017).

O acompanhamento do estado nutricional do paciente grave é fundamental em todas as fases das doenças (aumento do metabolismo, estabilização e recuperação); entretanto as tradicionais ferramentas usadas para identificar a desnutrição em UTI não são adequadas, tornando a prática um grande desafio (TOLEDO e CASTRO, 2015).

O diagnóstico da fraqueza muscular também pode ser feito clinicamente por meio de uma escala de força ou por exames como ultrassonografia e tomografias de segmentos musculares do corpo. Os relatos sobre o quadro de fraqueza adquirida na UTI são de 25 a 100%. A profilaxia e o tratamento deste quadro devem ser iniciados ainda na UTI, envolvendo vários profissionais e um aporte nutricional adequado. Atualmente, com o aumento dos pacientes sobreviventes internados em UTI, foi observado um aumento de casos de disfunção

neuromuscular, com difícil retorno deste indivíduo à vida normal, com reabilitação incompleta mesmo após cinco anos da alta. Estes pacientes realizam prolongados tratamentos de reabilitação (KRESS, 2014).

3.1.2 - Síndrome da Realimentação

Mesmo com toda evolução tecnológica a desnutrição, no mundo e no Brasil, principalmente no campo hospitalar, ainda apresenta índices elevados. Entre pacientes críticos com mais de sete dias de internação, 36,8% apresentam SR, segundo a pesquisa de OLTHOF (2017). Entretanto, observamos pouco conhecimento em referência à SR e, como consequência disso, os pacientes em risco não são identificados e monitorados (CALDAS, 2015).

A também chamada de "Síndrome da Realimentação" está registrada no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como Síndrome da Realimentação sob o número 53105, identificador único DO55617, na categoria C18.654.521.687 (DeCS). Devido a isso, foi usado o termo: "Síndrome da Realimentação" neste trabalho.

Embora a CID-10 seja uma classificação oficial, internacional e atualizada anualmente, podemos observar que a SR não tem uma classificação específica. Está anexada aos "Transtornos nutricionais e metabólicos", com o código E90 em doenças classificadas "em outra parte". Assim sendo, a identificação da SR não está clara aos profissionais de saúde (OMS, 2008). A partir disso, podemos entender que a SR não tem sido caracterizada como uma ocorrência suficientemente relevante para uma descrição própria nos códigos de classificação de doenças. Somado a isso, ao avaliar o pouco conhecimento sobre o assunto, é possível considerar que a SR tem sido uma condição negligenciada em saúde.

Pacientes com triagem, avaliação e intervenção nutricional inadequada apresentam um agravamento do estado nutricional e, consequentemente, risco para desenvolver a SR (VIANA, 2012), que pode ocorrer em uma pessoa com depleção nutricional por qualquer motivo, seja por privação alimentar por greve de fome, refugiados, perda de peso de forma rápida, desnutridos ou outras causas (CASTRO, 2012). Como foi exposto anteriormente, uma pessoa pode desenvolver a SR em qualquer local. A SR pode ocorrer nas residências, enfermarias, abrigos de longa permanência para idosos, entre outros. Porém, é na UTI que encontramos pacientes mais críticos com inflamação sistêmica, em suporte ventilatório e com maior perda proteica desenvolvendo a fraqueza adquirida. Esse setor é o local onde identificamos o maior número de fatores de risco para o desenvolvimento da SR, o que aponta a relevância da presente pesquisa.

Neste trabalho a atenção é centralizada nos pacientes adultos hospitalizados, internados em um PS municipal de Santos, devido à característica desta unidade de saúde de possuir pacientes internados na UTI e nas enfermarias. A média de internação varia de alguns dias, sendo que em alguns casos há internação por até dois anos.

3.1.2.1 - Fisiopatologia da SR

Durante o jejum prolongado, como exposto anteriormente, ocorre a adaptação à restrição de nutrientes de diversas formas, a depender do estado nutricional; se é uma pessoa saudável, se possui doenças anteriores, inflamação ou o tipo de desnutrição.

Uma pessoa em desnutrição apresenta baixos níveis no sangue de glicose, eletrólitos, com perda (ou desequilíbrio) de massa muscular e gordura, assim como deficiência de vitaminas. A ausência de alimentos por um período maior, nestes indivíduos, gera alterações no metabolismo de gordura e glicose, que estimula e aumenta a captação de glicose, água e eletrólitos para dentro das células e por fim ocasiona um declínio maior dos níveis de eletrólitos no sangue (OBED, 2014).

O início dessas alterações ocorre quando uma pessoa em jejum recebe carboidrato inadvertidamente, seja por via oral (pela boca), por Nutrição Enteral (NE) (quando a alimentação é por oferecida meio de sondas fixadas nas narinas ou por orifícios feitos na pele para fixar cateteres , as ostomias); ou via endovenosa, conhecida como Nutrição Parenteral (NP) (OLTHOF, 2017). Na administração de glicose endovenosa o risco de desenvolver a SR é maior, devido a rápida e alta absorção, pois não depende da absorção intestinal (SILVA, 2013).

A alimentação (ou realimentação) com carboidratos causa aumento da insulina. (CARUSO, 2014). Entretanto, a secreção da insulina inibe a proteólise, que é a degradação das proteínas e não pode ser utilizada para produzir albumina. Com consequentemente baixa concentração sérica de albumina (albuminúria), ocorre edema pela presença de fluidos nos espaços extracelulares, motivo pelo qual o indivíduo não tem aparência emagrecida (MAHAN, 2012).

Além do que a glicólise, que é a degradação da glicose ou de outros carboidratos e a produção de energia induzida por insulina, implica em maiores exigências de fosfato e tiamina. Embora todos os indivíduos com baixo estado nutricional apresentem risco para desenvolver a SR, outros fatores de risco foram identificados, tais como a desnutrição crônica, abuso de álcool, idosos, doenças com má absorção e oncológicas (OLTHOF, 2017). Pelo exposto, a desnutrição é o principal fator predisponente da SR.

3.1.2.2 - Adaptações do organismo à falta de nutrientes

Nosso organismo em condições normais, possui uma alta capacidade de se adaptar à falta de alimentos. No estado de jejum prolongado, com taxas anormais de insulina no sangue, complexas reações bioquímicas são desencadeadas para se adaptar à fome; ocorrem alterações de hormônios, com redução da secreção de insulina e aumento da secreção de glucagon e catecolaminas. Desta forma, teremos a glicogenólise, que é a produção da glicose a partir do glicogênio presente no músculo e no fígado, assim como a obtenção de energia a partir dos triglicerídeos, por meio da oxidação dos ácidos graxos, ou seja, a lipólise. Em condições de aumento do catabolismo, ocorre a perda da massa muscular (TOLEDO, 2018). Neste caso de grande consumo muscular, o paciente pode ir ao óbito por falta de sustentação dos músculos que estão envolvidos na respiração, o que gera insuficiência respiratória (CASTRO, 2018).

Na desnutrição tipo Kwashiokor ocorre uma limitação na adaptação ao jejum prolongado, porque a ingestão de carboidrato leva ao aumento dos níveis de insulina, que é um hormônio que estoca gordura, impedindo seu uso como fonte de energia e sua transformação em cetona. Portanto, a proteína é consumida. Entretanto a insulina também impede o colapso muscular, motivo pelo qual o paciente não possui aparência emagrecida. Neste quadro não ocorre uma produção normal de albumina pelos músculos, levando à baixa concentração no sangue (hipoalbuminemia), o que ocasiona a presença de fluidos no meio extracelular, clinicamente visto como edema. Conjuntamente, as funções corporais como neural, intestinal, cardíaca e imunológica, ficam comprometidos com a falta de energia e o acúmulo de fluídos nos tecidos. Esta dificuldade de adaptação a falta de nutrientes leva às falhas nos sistemas orgânicos e, inclusive, limitação das defesas do organismo, que fica suscetível às infecções oportunistas, e leva ao óbito (MAHAN, 2012).

3.1.2.3 - Hipofosfatemia

O fósforo é um dos elementos químicos mais abundantes e importantes para o organismo. Nossas células podem armazenar e transportar a principal forma celular de energia, a adenosina trifosfato (ATP), que participa diretamente em vários sistemas orgânicos (CARUSO, 2014). O fosfato participa como componente de fosfolipídios, nucleoproteínas e ácidos nucléicos. Também tem papel importante na função nas vias metabólicas: glicólise, fosforilação oxidativa e controle de processos enzimáticos por meio da fosforilação de proteínas. Também atua como cofator da gliceraldeído-3-fosfato desidrogenase. A hipofosfatemia diminui a produção de 2,3-difosfoglicerato (2-3DPG) e ATP. A deficiência de fósforo é rara, mas pode ser encontrada em uma dieta pobre em fósforo ou longos períodos de

desnutrição, alcoolismo crônico, diarréia, vômitos entre outras causas (CASTRO, 2018). Nos idosos a hipofosfatemia pode ser mais comum, devido a uma menor concentração sérica de fosfato (MAHAN, 2012).

A hipofosfatemia quando aparece isoladamente, sem outros sintomas no início da realimentação, é denominada de hipofosfatemia da realimentação. O baixo nível sérico de fósforo foi utilizado em muitos estudos como indicativa de SR, por não ter diagnóstico com critérios bem estabelecidos. Apesar desta alteração ser frequente na SR, seu aparecimento isolado não caracteriza o diagnóstico de SR. Pacientes internados em UTI, 34% apresentam hipofosfatemia (CALDAS, 2015).

Na SR a mobilização energética resulta em perda de massa muscular e em perda intracelular dos eletrólitos; principalmente o fosfato, que pode estar com a reserva intracelular, em pacientes desnutridos, esgotada (VIANA, 2012). A hipofosfatemia surge em média próximo ao segundo dia da realimentação, o que podemos considerar um sinal de alerta precoce. (CALDAS, 2015).

O baixo nível de fósforo no sangue (hipofosfatemia), que pode ter consequências graves, é a alteração mais característica da síndrome (GRASSO, 2013). Clinicamente se manifesta por alterações nos sistemas: cardiovascular, músculo esquelético e hemato histológico. Tais manifestações ocorrem quando os níveis de fósforo estão abaixo de 1,5mg/dL (CARUSO, 2014). O nível plasmático normal é de 2,5 a 4,5 mg/dL. A hipofosfatemia é considerada grave quando esse nível está abaixo de 1,0 mg/dL e moderada de 1,0 a 2,5 mg/dL (Quadro 9).

Quadro 7 – Classificação do nível de fósforo no sangue

Nível normal	2,5 a 4,5 mg/dL
Hipofosfatemia moderada	1,0 a 2,5 mg/dL
Hipofosfatemia grave	Abaixo de 1,0 mg/dL

Fonte: Caruso, 2014

Quadro 8 – Repercussões clínicas de hipofosfatemia

Sistemas	Alterações
Cardíaco	Alteração da função do miocárdio, arritmia, morte súbita
Gastrointestinal	Disfunção hepática
Neuromuscular	Confusão, coma, parestesia, letargia, Síndrome de Guillain-Barré
Pulmonar	Insuficiência respiratória aguda

Fonte: Caruso, 2014

Minerais como potássio, magnésio e sódio também estão diminuídos e, conforme o nível e o tipo de elemento alterado, temos alterações clínicas, que podem se sobrepor. Nos Quadros de 9 a 11, a seguir, veremos essas repercussões.

Quadro 9 – Repercussões clínicas de hipomagnesemia

Sistemas	Alterações
Cardíaco	Arritmia, taquicardia
Gastrointestinal	Dor abdominal, anorexia, diarréia, obstipação
Neuromuscular	Ataxia, confusão, fasciculação, hiporeflexia, irritabilidade, tremor muscular, mudança da personalidade, convulsões, tetania, vertigem, fraqueza

Fonte: Caruso, 2014

Quadro 10 – Repercussões clínicas de hipocalemia

Sistemas	Alterações
Cardíaco	Arritmia, parada cardíaca, hipotensão ortostática, alterações no ECG
Gastrointestinal	Obstipação, agravo da encefalopatia hepática
Neuromuscular	Arreflexia, hiporeflexia parestesia, paralisia, insuficiência respiratória, fraqueza, rabdomiólise
Metabólico	Alcalose metabólica, intolerância à glicose
Renal	Diminuição da concentração urinária, poliúria, nefropatia, mioglubinúria

Fonte: Caruso, 2014

Quadro 11 – Repercussões clínicas das alterações de glicose e eletrólitos

Sistemas	Alterações
Cardíaco	ICC, morte súbita, hipotensão arterial
Gastrointestinal	Disfunção hepática (cirróticos)
Neuromuscular	Coma hiperosmolar não cetótico
Metabólico	Hiperglicemia, hipernatremia, cetoacidose metabólica, desidratação
Pulmonar	Retenção de CO_2, insuficiência respiratória
Renal	Diurese osmótica, azotemia pré-renal

Fonte: Caruso, 2014

Uma pesquisa que pode servir de subsídio para nossas reflexões documentou que 21% dos prisioneiros japoneses famintos, sobreviventes da Segunda Guerra Mundial, morreram após alimentação, mesmo após receberem suplementação (CALDAS, 2015).

Os dados sobre prevalência da SR são incertos e escassos, o que atesta que os métodos diagnósticos ainda não estão bem definidos (CALDAS, 2015).

3.1.2.4 – Diagnóstico de SR

Um estudo de corte prospectivo realizado por Rio et al. (2013) no Reino Unido, avaliou 243 pacientes que recebiam nutrição artificial, a possibilidade de ocorrência de SR. Em 133 pacientes internados em enfermarias e UTI, ou seja, 54%, possuíam risco para desenvolver a SR. Porém, apenas três pacientes, 1,2%, tiveram de fato o diagnóstico confirmado de SR, que considerou apenas três parâmetros de risco:

- Níveis de eletrólitos no sangue: alteração hidroeletrolítica grave (potássio sérico abaixo de 2,5mmol/L, fósforo abaixo de 0,32mmol/L e magnésio menor 0,5mmol/L);
- Fluidos corporais: edema periférico ou aumento de líquidos no corpo
- Disfunção de órgãos e sistemas, principalmente respiratórios (por insuficiência ou edema) e cardíacas (CALDAS, 2015).

Desta forma, conclui-se que o diagnóstico pode ser feito quando um indivíduo se enquadra nos critérios de identificação de risco para desenvolver a SR e apresenta alterações

clínicas e laboratoriais quando recebe uma administração inadequada, inadvertida e excessiva de carboidratos.

Quadro 12 – Critérios para identificação de risco para desenvolver a SR

Alterações	**Condição A (um ou mais critérios)**	**Condição B (dois ou mais critérios)**
IMC	< 16 (kg/m^2)	< 18 (kg/m^2)
Perda de peso involuntária em 3 a 6 meses anteriores	> 15%	> 10%
Número de dias com ausência ou restrição de nutrientes	> 10	> 5
Outros fatores antes da alimentação	diminuição dos níveis de potássio, fósforo, magnésio no sangue	história de abuso de drogas e álcool

Fonte: Rio, 2013

Legenda:

Condição A - o indivíduo apresenta um ou mais critérios para identificação

Condição B - o indivíduo apresenta duas ou mais critérios para identificação

Portanto, diante de todos estes dados, conclui-se que a SR se manifesta clinicamente com o encadeamento de situações clínicas comuns a qualquer doença, principalmente em pacientes críticos, com rebaixamento do nível de consciência, dificuldade na respiração, edema, alteração da glicemia, diarreia ou obstipação, arritmia cardíaca e outros sintomas. A clínica do paciente depende do eletrólito alterado que, no caso da SR, leva a um quadro grave. Pode se apresentar em indivíduos de qualquer idade, com algum tipo de desnutrição, os quais após um período de privação alimentar recebem nutrientes de forma inadequada (CARUSO, 2014).

Com este complexo de disfunções respiratórias, neurológicas e cardíacas, nesta síndrome encontramos: arritmia cardíaca, convulsões, contrações musculares involuntárias, insuficiência respiratória, falência cardíaca e até a morte (SILVA, 2013).

Nas UH da Prefeitura de Santos, foram observadas dificuldades em reconhecer uma pessoa desnutrida, mesmo com profissionais dedicados, porém sem qualificação específica na identificação desse quadro; é preciso lembrar que no âmbito hospitalar é muito comum e pouco notificada. Este hiato na assistência nutricional pode levar o paciente a desenvolver a Síndrome

da Realimentação (SR), descrita anteriormente, que é desencadeada quando são ofertados nutrientes de modo inapropriado após jejum prolongado em desnutridos, evoluindo para complicações eletrolíticas e clínicas que levam ao óbito em poucos dias. A causa mais comum de morte pela SR é a arritmia cardíaca (CASTRO, 2012).

3.1.2.5 - Tratamento da SR

O cuidado interdisciplinar se faz necessário na identificação dos pacientes em risco de desenvolver a SR, assim como o acompanhamento de todos os pacientes em jejum por mais de 48 horas. A verificação e acompanhamento do peso corporal é imprescindível a fim classificar o IMC, assim como detectar precocemente a perda de peso, auxiliar os cálculos das necessidades nutricionais e realizar o planejamento do plano terapêutico (TOLEDO, 2018).

Neste grupo de pacientes se faz necessário verificar as possíveis deficiências de vitaminas, principalmente as vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K E ácido fólico), que para serem absorvidas, necessitam de lipídios. As vitaminas do complexo B, especialmente B1 e B12 também necessitam de monitoramento (TOLEDO, 2018). Em pacientes com carência de vitaminas do complexo B, complicações neurológicas podem surgir a qualquer momento. Portanto, é possível concluir que sua reposição se faz necessária antes da implantação da TN (DIAS, 2017).

O balanço hídrico é indispensável, como em qualquer paciente crítico (TOLEDO, 2018). Os eletrólitos devem ser frequentemente monitorados e rapidamente corrigidos por via endovenosa (NEALIS, 2013).

A administração de nutrientes, em especial os carboidratos, deve conter quantidades moderadas, mas a restrição de gordura e proteína é desnecessária (NEALIS, 2013).

Portanto, toda pessoa que está cronicamente adaptada à deficiência de nutrientes, que fica em jejum prolongado, deve ser monitorada e a introdução de alimentos deve ser precoce, embora criteriosa; deve ser realizada com baixos níveis de calorias (hipocalórica) e reposição de eletrólitos, devido ao grande número de fatores predisponentes, às vezes imperceptíveis, que podem levar à SR e, consequentemente, ao óbito (CALDAS, 2015).

A equipe que realiza a assistência ao paciente e a EMTN precisa contar com um trabalho estruturado de forma a garantir o cuidado integral ao paciente (BRASIL, 2016).

3.2 - A TERAPIA NUTRICIONAL (TN), NUTRIÇÃO PARENTERAL (NP) E NUTRIÇÃO ENTERAL (NE)

É descrito como TN um processo terapêutico utilizado em pacientes criticamente enfermos, no qual se identifica que a nutrição por via oral menor que 60% do VET não será realizada em até três dias (TOLEDO, 2018). Diante desta situação, a TN deverá ser iniciada de 24 horas a 48 horas do evento, ou tão breve seja estabelecido o equilíbrio hemodinâmico, o que é denominado de Terapia Nutricional Precoce. Essa terapêutica tem como objetivos a manutenção do trofismo do trato gastrointestinal e a redução dos fatores relacionados à resposta inflamatória sistêmica (CASTRO, 2018). Assim como prevenir, recuperar ou manter o estado nutricional do indivíduo, a fim de melhorar a resposta imunológica, prevenir e auxiliar no tratamento de complicações, contribuir na cicatrização de feridas. Enfim, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, diminuir a morbidade, a mortalidade e os dias de internação e, portanto, reduzir os custos hospitalares. Este tipo de tratamento envolve, entre outros procedimentos, a Nutrição Enteral (NE) e a Nutrição Parenteral (NP) (BRASIL, 2016).

No Brasil, em abril de 1998 a Secretária de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, aprovou a Portaria de número 272, especialmente confeccionada para a Nutrição Parenteral (P 272, 1998). Em 2009, o Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria nº 120/SAS/MS, de 14 de abril, considerou como um procedimento de alta complexidade a Terapia Nutricional (TN) e fixou normas, definições e requisitos mínimos exigidos para sua realização e habilitação dos serviços no atendimento para a assistência nutricional; assim, passou a subsidiar tecnicamente os serviços de saúde e instituindo a necessidade de Protocolos de Triagem e Avaliação Nutricional e Protocolos de Indicação e Acompanhamento Nutricional (BRASIL, 2016).

Para um bom desempenho da TN, a RDC 63/2000 indica que sejam seguidos os seguintes passos:

- Triagem nutricional, que pode ser realizada por qualquer profissional com treinamento específico sobre a temática.
- Avaliação nutricional dos pacientes identificados em risco nutricional ou que estão em desnutrição.
- Cálculo das necessidades nutricionais de cada paciente, ou seja: necessidades calóricas, proteicas e hídricas, assim como a sua progressão.
- Indicação do tipo de Terapia Nutricional a ser implantada.

- Monitoramento e acompanhamento nutricional dos pacientes triados com avaliação dos resultados obtidos.
- Aplicação prática dos indicadores de qualidade na Terapia Nutricional.

A NP é descrita na Portaria 272 e publicada em 1998, como vemos a seguir:

> "A Nutrição Parenteral é um tipo de solução ou emulsão, composta basicamente de nutrientes como: carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril, que não causam reação alérgica, acondicionados em recipiente estéril para ser administrada através das veias em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, tendo em vista a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas corporais" (Portaria 272, 1998. p. 2).

No mês de julho de 2000, foi regulamentada a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) de número 63, na qual a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária adotou a resolução para NE, que é definida como:

> "Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, com uma composição definida ou estimada, elaborada para administração por sondas ou via oral. Pode ser industrializado ou não. Pode ser utilizada de forma exclusiva ou para complementar a alimentação oral, quando um paciente não consegue atingir suas necessidades nutricionais com a alimentação por via oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, com os mesmos objetivos da NP" (RDC 63, 2000. p. 2).

Dentre as exigências da legislação, toda Unidade Hospitalar (UH) Unidade de Saúde que realiza procedimentos de alta complexidade, como é o caso da TN, deve ter uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), capacitada, qualificada e composta por pelo menos um profissional das seguintes áreas: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico. Além desses profissionais, podem fazer parte desta equipe fonoaudiólogo, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, etc. (BRASIL, RCD 63, 2000). Atualmente, na Secretaria de Saúde de Santos a EMTN está formalmente constituída, porém aguarda sua publicação no Diário Oficial do município. Devido às características da unidade de saúde para cuidados intensivos e intermediários em adultos, no PS somente a NE é utilizada.

3.2.1 - O trabalho na Terapia Nutricional (TN) da EMTN e suas relações com a questão da desnutrição grave e a SR: os desafios de um trabalho complexo interdisciplinar no contexto do SUS.

A concepção de interdisciplinaridade em TN teve início na década de 1970. Cada profissional da EMTN desempenha uma função bem definida baseada nas orientações da legislação, atuando em conjunto e, se possível, diariamente. Na maioria dos hospitais, a EMTN tem atuação clínica avaliando diretamente os doentes mediante solicitação da equipe assistencial. Em outros hospitais, trabalha como uma equipe de apoio, ou seja: a equipe que realiza a assistência direta conduz o doente, e a EMTN, estabelece diretrizes gerais e protocolos de conduta nutricional (DIAS, 2015). No PS, a equipe de EMTN atua diretamente com todos os pacientes da UTI. Nas enfermarias, essa equipe realiza atendimentos naqueles que estão em risco nutricional ou desnutridos conforme indicados na triagem e quando solicitado pela equipe de profissionais do setor.

A atividade interdisciplinar e desafiadora da EMTN com todos os profissionais que prestam assistência aos pacientes internados é a chave para o sucesso terapêutico. Ela visa reunir esses profissionais e realizar um trabalho que busca identificar lacunas de conhecimento e repensar as práticas, conceitos, saberes e experiências pessoais tão diferentes, mas com um objetivo comum: o atendimento e cuidado do estado nutricional dos pacientes.

Cada profissional possui um ponto de vista diferente, conceitos e bagagem prática que podem divergir. Porém, é importante a construção de um consenso comum, baseada nas orientações teóricas. Até mesmo na preparação da alta hospitalar, este trabalho com profissionais de diferentes áreas deve ser planejado, discutido e preparado em conjunto com os familiares.

A seguir, serão expostas no Quadro 15, as ações e responsabilidades sugeridas, por meio das legislações P 272/ RCD 63, para cada profissional da EMTN. Cada membro realiza um papel distinto, importante e que culmina de maneira interdisciplinar com a finalidade de garantir a qualidade e boas práticas na TN, agregadas à equipe de saúde da unidade (CRM/SP – Parecer 14.494/00).

Quadro 13 – Atuação e responsabilidades dos profissionais na EMTN

Profissão	Funções
Médico	Indicar e realizar a prescrição médica da Terapia Nutricional, seja ela Enteral ou Parenteral
Nutricionista	Realizar a avaliação do estado nutricional dos pacientes, das necessidades nutricionais, tanto para a nutrição enteral (NE) quanto para a nutrição parenteral (NP). Também é responsável pela prescrição dietética da Terapia Nutricional Enteral (TNE)
Enfermeiro	Observar as boas práticas na TN, incluindo a prescrição, a administração e a atenção dos cuidados de enfermagem na TNE e administração da NP
Farmacêutico	Adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, não forem da responsabilidade do nutricionista. Orientar a administração de medicamentos através da sonda enteral nos pacientes em uso de NE e NP. Também deve participar do sistema de garantia da qualidade

Fonte: P 272 (1998, p. 3-4)
RDC 63 (2000, p. 3-4)

No PS, apesar da exigência da participação de nutricionista na EMTN, foi somente em dezembro de 2017 que começou o trabalho de um nutricionista no grupo. Desde 2010 foram realizadas incansáveis solicitações aos gestores do Município de Santos para que um nutricionista, o principal responsável para realizar a avaliação nutricional, pudesse completar a equipe. Durante o período de oito anos, mesmo sem nutricionista, a EMTN realizou seu trabalho, porém de forma incompleta. Dentre os membros desta equipe, somente a médica que realizou a pesquisa e uma enfermeira, trabalham exclusivamente na Terapia Nutricional (EMTN). Os demais profissionais, além de realizar suas funções laborais de assistência aos pacientes, também colaboram com as tarefas na TN.

Em virtude desta falha estrutural, o cuidado foi intensificado junto aos profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes críticos, tanto nas questões práticas e emocionais, a fim de evitar casos da SR. Esse suporte foi necessário, principalmente, por observar a angústia e urgência desses profissionais em tratar rapidamente um paciente em extrema magreza, ou sua dificuldade em identificar pacientes em desnutrição que apresentam edema ou peso normal

(como é o caso da desnutrição do tipo mista ou Kwashiokor). Não menos importante, é preciso lembrar que ações inapropriadas podem ser prejudiciais e podem levar o paciente à morte.

Ressalta-se que a desnutrição se relaciona com os fatores de risco presentes no ambiente hospitalar, principalmente nos setores de UTI e pode ser detectada se o paciente for triado precocemente, diagnosticado e tratado sistematicamente (DITEN, 2011). Em pacientes críticos ainda não se observa consenso para o diagnóstico da desnutrição. Até mesmo os biomarcadores tradicionalmente relacionados à desnutrição tais como a albumina, préalbumina e a transferrina estão alterados neste tipo de paciente devido à inflamação, entre outras causas. As medidas antropométricas também estão alteradas devido ao edema (CASTRO, 2018).

3.3 - O LUGAR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM TERAPIA NUTRICIONAL

A RDC 63 de 2000 e a Portaria 272, de 1998, atribui à EMTN a responsabilidade pelas atividades em todos os âmbitos pertinentes à TN, como os cuidados diretos aos pacientes e atuar em Educação Continuada (EC) com a equipe multiprofissional que realiza a assistência direta aos pacientes. Embora a proposta da Educação Permanente (EP) em Saúde seja um processo distinto da Educação Continuada (EC) – como proposto na legislação – atualmente, temos que considerar que a EP é uma estratégia de ações com resultados superiores em comparação aos métodos tradicionais em saúde (CECCIM, 2005).

Ao serem considerados os processos de trabalho de atendimento de pacientes hospitalizados, é inteligível, devido a rotina diária, que surjam dificuldades de identificação e intervenção diante de quadros como desnutrição, sarcopenia e caquexia, que podem parecer evidentes, mas acabam por se tornar obscurecidos pela priorização do cuidado voltado para a gravidade da situação clínica envolvida. Na prática, observa-se uma dificuldade na identificação e diagnóstico de pacientes em quadros de desnutrição grave, independente do peso, bem como o desconhecimento sobre a SR. somado à angústia dos profissionais da equipe multidisciplinar diante desse tipo de paciente. A rotina do cotidiano, executada várias vezes de modo automático pode, por muitas vezes, levar o profissional a se tornar pouco reflexivo ou crítico, tornando-o pouco efetivo em sua capacidade de questionar suas práticas (CARVALHO, 2010).

A UTI, local de atendimento aos pacientes agudos, críticos e recuperáveis, é reconhecida como o setor das US mais agressivo, angustiante e tecnológico. Pode ser considerado como causador de tensão em pacientes, assim como nos profissionais de saúde. Tais questões são fatores cruciais a serem trabalhados em uma atualização continuada e interdisciplinar, com temas que podem fazer parte de um processo problematizador e questionador a fim de transformar as práticas profissionais e contribuir para a humanização e redução das dúvidas sobre o processo de atendimento aos pacientes internados nessas condições clínicas (VILA, 2002).

Desta forma, constitui-se uma possibilidade de ações com intervenção e capacitação com atividades didáticas inovadoras voltadas aos responsáveis pela assistência aos pacientes em risco de SR. Tal formação poderá permitir a tomada de condutas preventivas e intervenções necessárias a fim de minimizar ou evitar a fraqueza adquirida, iatrogenia, cautela na reposição de vitaminas, eletrólitos e progressão na reintrodução de nutrientes (CARVALHO, 2010).

Os critérios e ações de formação a serem usados pela EMTN em processos de EP podem ser variáveis, mas uma referência fundamental a ser considerada é o consenso de desnutrição, proposto pela ASPEN, no qual se deve inicialmente classificar a doença como aguda ou crônica, para posteriormente analisar outros critérios: perda de peso, ingestão insuficiente de energia, perda de massa muscular, perda de tecido adiposo e presença de edema. Quando um indivíduo apresenta duas ou mais destas características acima, pode ser classificado com desnutrição ou risco nutricional e consequentemente, um plano de terapia nutricional deverá ser implantado para este paciente (NASCIMENTO, 2017).

4. OBJETIVOS

4.1 - OBJETIVO GERAL

Caracterizar os conhecimentos e práticas de uma equipe multiprofissional de saúde de alta complexidade quanto aos quadros de desnutrição grave e à Síndrome da Realimentação (SR) visando a construção de um processo de Educação Permanente interdisciplinar focado às necessidades de cuidado nutricional integral do paciente que apresenta um quadro complexo, negligenciado e fatal.

4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar elementos de ordem emocional e comportamental que possam vir a interferir no atendimento de pacientes nessa condição.

- Articular os dados obtidos nesta pesquisa com o trabalho dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e as estratégias da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) na Unidade de Saúde, permitindo uma intervenção mais acurada a partir das experiências da equipe multiprofissional, considerada como parceira fundamental para estruturação das estratégias interventivas e planos terapêuticos propostos pela EMTN.

- A partir da pesquisa qualitativa, estruturar um programa de capacitação/atualização em Educação Permanente sobre SR para equipes multiprofissionais que trabalham no contexto do atendimento de alta complexidade, como um produto resultante do Mestrado Profissional.

5. METODOLOGIA

5.1 – TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa tem característica qualitativa; nela foi usada como instrumento a técnica de grupos focais. A abordagem de natureza qualitativa foi utilizada a fim de compreender as angústias e ansiedades dos participantes da pesquisa no seu ambiente natural, por meio de um enquadre face a face, cuja proposta permite entender, interpretar sentidos e significações que uma pessoa dá aos fenômenos, via observação ampla e entrevistas de profundidade (TURATO, 2011).

5.2 – LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com profissionais que atuam na UTI de um PS municipal da cidade de Santos. Esta unidade de pronto-atendimento presta atendimento a pacientes mais graves, sendo a UTI, o local onde ficam internados os pacientes mais críticos e instáveis.

Cabe destacar aqui que o equipamento de saúde onde foi realizada a pesquisa possui características de atendimento em alta complexidade e, no momento da realização da pesquisa, não trabalhava em regime de “portas abertas”, recebendo apenas casos de contra referência do Plantão Controlador da região que, por sua vez, recebe pacientes de outras unidades e cidades. Esse equipamento também serve de retaguarda para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que é o Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiro. Ambos, encaminham os casos mais complexos para internação urgente.

Nessa UH são atendidos e internados pacientes adultos e não cirúrgicos pelo SUS. As internações variam desde alguns dias, meses e até mesmo anos. Possui uma sala de emergência com cinco leitos, duas enfermarias para internação com 35 leitos e uma Unidade de Terapia Tipo I, ou seja, de menor complexidade, composta por nove leitos e um leito de isolamento para doenças infectocontagiosas de pacientes graves. Em algumas situações de superlotação, ocorre a abertura de leitos extras nas enfermarias. Dentre todas as UH municipais em que se realiza a TN, o local da pesquisa é onde encontramos o maior número de pacientes e, consequentemente, maior risco de desenvolver a SR.

Em 2012, foi idealizado e executado um projeto piloto para avaliar o estado nutricional de todos os pacientes internados. Foi aplicada a triagem já validada no Brasil - "Nutritional Risk Screening 2002" (NRS-2002) - nos pacientes admitidos na unidade, realizada pela enfermeira da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN). A NRS-2002 é composta por duas etapas. A primeira etapa (Passo 1) colhe dados antropométricos, ingestão alimentar, perda de peso e gravidade da doença. Se o paciente refere alteração nestes dados, passa-se para o segundo passo, que quantifica a ingestão alimentar, correlacionando com os diferentes diagnósticos e a idade do paciente. A partir daí, temos um escore de classificação para risco nutricional como mostrado nos quadros a seguir.

Quadro 14 – Primeira etapa da Triagem Nutricional

Passo 1: Classificação de Risco Nutricional	SIM	NÃO
1. Apresenta IMC < 20,5?		
2. Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		
3. Houve redução na ingestão alimentar na última semana?		
4. Portador de doença grave, mau estado geral ou em UTI?		
SIM: se a resposta for sim para qualquer questão, o paciente está em risco nutricional, devendo ser avaliado pela EMTN.		
NÃO: se a resposta for não para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.		

Fonte: Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) - ESPEN GUIDELINES

Quadro 15 – Segunda etapa da Triagem Nutricional

Passo 2: Pesquisa Final			
Alteração do estado nutricional		Gravidade da moléstia (requerimentos aumentados)	
Ausente Escore 0	Estado nutricional normal	Ausente Escore 0	Necessidades nutricionais normais
Leve Escore 1	Perda de peso 5% em 3 meses ou Ingestão alimentar 50 a 75% do normal na semana anterior	Leve Escore 1	Fratura de colo de fêmur Pacientes crônicos, notadamente com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise crônica, diabetes e oncologia
Moderada Escore 2	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC < 18,5 + queda do estado geral ou Ingestão 25 a 50% do normal na semana anterior	Moderada Escore 2	Grande cirurgia abdominal Acidente vascular encefálico Pneumonia grave Câncer hematológico
Grave Escore 3	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 + queda do estado geral ou Ingestão de 0 a 25% do normal na semana anterior	Grave Escore 3	Traumatismo de crânio Transplante de medula óssea Paciente de terapia intensiva (APACHE > 10)

Fonte: Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)

Foi decidido pela EMTN aplicar somente a primeira parte da ferramenta devido ao grande número de pacientes e pela dificuldade inicial em conseguir abordar todos os pacientes e colher os dados em tempo hábil. Apesar da simplicidade desta ferramenta, pelo fato de poder ser realizada por qualquer profissional capacitado, foi feita a opção para que a triagem fosse realizada somente pela enfermeira da equipe, a fim de minimizar os desvios de resultado, já que a primeira etapa da NRS-2202 inclui o cálculo do IMC do paciente e em alguns setores da Unidade de Saúde não dispõem de balança. O cálculo do peso e altura utilizado é o referido ou o estimado pela profissional que realiza a triagem. A triagem foi aplicada em todos pacientes que estavam internados, sendo que a média de tempo da admissão até a triagem foi de no máximo 72 horas. O projeto-piloto foi aplicado entre os meses de janeiro e setembro de 2012 de segunda a sexta-feira e teve como resultado a informação de que 78% dos pacientes apresentavam risco nutricional. Portanto, estávamos diante de um índice maior que o

encontrado nos estudos. Ao analisar estes dados com os demais chefes da SMS, chegou-se à conclusão de que este índice poderia estar associado ao perfil da instituição e às características dos usuários do Pronto Socorro que, na ocasião, trabalhava em plena atividade, com consultas de pronto atendimento em urgência (a cidade não possuía uma Unidade de Pronto Atendimento, UPA). Portanto a unidade atendia pacientes oriundos de bairros vizinhos, onde há bolsões de pobreza e recebia muitos moradores de rua, trazidos pelas viaturas do SAMU e pelo Resgate do Corpo de Bombeiros.

5.3 – PARTICIPANTES DA PESQUISA

Neste PS trabalham servidores municipais estatutários sendo, atualmente, 35 médicos (seis intensivistas). A equipe de enfermagem é composta de 19 enfermeiras; 45 técnicas e 49 auxiliares de enfermagem; quatro fisioterapeutas; uma psicóloga que atua na seção de captação de órgãos; duas assistentes sociais; quatro ajudantes de cozinha; um nutricionista; duas farmacêuticas e outras profissões como auxiliares administrativos, de almoxarifado e limpeza. Estes dados foram coletados pelo site da Prefeitura de Santos, acessado em 14/01/2018.

Na UTI atuam equipes de saúde de várias áreas como, médicos plantonistas e diaristas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, fisioterapeutas e outros serviços de apoio. O papel da EMTN nesta unidade é desempenhar um serviço de apoio dentro desse organograma na rede.

Cabe lembrar que geralmente as pesquisas qualitativas têm um número de participantes que pode variar entre cinco e quinze entrevistados, podendo ser modificado para baixo ou para cima, de acordo com o campo e objetivos propostos pela investigação (TURATO, 2011).

No caso da presente pesquisa, foram realizados dois grupos focais com profissionais do equipamento de saúde exercendo função no local e atuando diretamente na assistência aos pacientes na UTI nas seguintes áreas: medicina, enfermagem, técnica de enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia e ajudante de cozinha. Também foram convidados profissionais que poderiam ou não fazer parte da EMTN participar de capacitações anteriores da equipe. Todos os participantes foram convidados e concordaram em participar da pesquisa assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes, optou-se por identificá-los com nomes fictícios.

Como critério de exclusão, não foram consultados os profissionais que não estivessem formalmente vinculados ao serviço público ou prestando assistência direta aos pacientes na UTI.

Os participantes dos grupos são, portanto, profissionais de saúde de um PS do município de Santos, que realizam atendimento direto à pacientes críticos da UTI. Os participantes foram classificados pela função, devido aos diferentes olhares, experiências e autonomia profissionais. Nos dois encontros foi mantida a escolha das mesmas profissões, com o propósito de manter um resultado aproximado. No primeiro grupo foram sete participantes e no segundo grupo, seis.

O Quadro 14 apresenta uma legenda para referência dos dados sociodemográficos destacados nas descrições dos participantes.

Quadro 16 – Legenda para referência dos dados sociodemográficos dos sujeitos da pesquisa apresentados nas falas destacadas dos discursos nos grupos focais.

Informações da legenda	**Dado**	**Abreviatura**
Nome do entrevistado	Ana	A.
Gênero	Feminino	fem.
	Masculino	masc.
Ocupação profissional	Técnica de enfermagem	téc. enf.
	Ajudante de cozinha	aj. coz.
	Médica	med.
	Enfermeira	enferm.
	Nutricionista	nutric.
	Fisioterapeuta	físio.
	Psicóloga	psic.
Tempo de experiência profissional	Anos	a.
UTI da unidade de saúde	Local da pesquisa	C1.
Trabalho exclusivo no local da pesquisa	Sim	trab. exclus. S.
	Não	trab. exclus. N.
Participação do 1º grupo focal	Participou do 1º grupo	GF1.
Participação do 2º grupo focal	Participou do 2º grupo	GF2.
Membro da EMTN	Participou do 1º ou 2º grupo	*

5.4 – INSTRUMENTOS

A coleta de dados da pesquisa foi obtida por meio da estratégia do grupo focal (entrevista aberta grupal), que é uma técnica qualitativa, cujo objetivo consiste em captar percepções, angústias, ansiedades e ideias, fazendo emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado (Gatti, 2005). Sendo assim, a estratégia do grupo focal possibilitou uma condução menos diretiva por parte dos pesquisadores e maior interação entre os membros, ao longo da qual se privilegiaria a expressão grupal, visando a apreensão do estado atual dos conhecimentos a partir do cotidiano de trabalho dos participantes ao lidarem com o assunto e permitir uma troca de experiências que, por si só, pode levar a uma reflexão e sensibilização sobre o risco da SR em adultos internados.

Um roteiro temático foi criado e utilizado (ANEXO IV) para motivar a discussão dos grupos focais, o que, como comenta Gatti (2005) entende-se da seguinte maneira:

> "O roteiro elaborado como forma de orientar e estimular a discussão deve ser utilizado com flexibilidade, de modo que ajustes durante o decorrer do trabalho podem ser feitos com abordagem de tópicos não previstos [...] É esse critério de flexibilidade que dá "vida" ao grupo de discussão, possibilitando ir e vir no desenvolvimento do roteiro" (Gatti, 2005, p.17).

Portanto, para a realização dos grupos focais, foi elaborado um roteiro temático composto por três temáticas norteadoras:

Temática 1 - Conhecimentos e dúvidas prévias do grupo de participantes sobre desnutrição de pacientes adultos hospitalizados e SR.

Temática 2 - Influência de fatores emocionais da equipe de saúde (ansiedades, inseguranças, preconceitos, entre outros) quanto à percepção e avaliação e condutas diante de um paciente sob risco de desenvolver a SR.

Temática 3 - Críticas e sugestões sobre o trabalho da EMTN e sugestões para um processo de capacitação em Educação Permanente.

5.5. PROCEDIMENTOS

Após a aprovação das instâncias éticas e administrativas a coleta de dados foi iniciada. Os participantes da pesquisa foram convidados a participar diretamente pela pesquisadora, por meio de convite verbal, com o propósito de verificar a disponibilidade e aceitação da

experiência. Após este passo, foi enviado aos participantes um convite digitalizado, no qual constam o teor do encontro, local e data, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 2 – Modelo de convite digitalizado enviado aos participantes dos grupos focais

Fonte: modelo criado pela pesquisadora

A fim de propiciar a presença de todos os participantes, sem que houvesse prejuízo em suas funções, foi solicitada, antecipadamente, autorização da chefia imediata para uso do local da realização dos grupos, bem como a participação dos funcionários.

O local da realização dos grupos foi uma sala isolada que é atualmente utilizada como refeitório (apenas no horário das refeições), o que garantiu privacidade durante a realização da pesquisa.

Inicialmente, a pesquisa seria feita somente com um GF, concretizada em abril de 2017, durante o horário de trabalho, para maior adesão. Porém, com o início da participação de um nutricionista nessa equipe de PS, a pesquisadora viu-se diante de uma oportunidade de realizar um novo grupo, em dezembro do mesmo ano. A proposta foi que os grupos abordassem as temáticas (do roteiro temático – Anexo IV) até esgotarem as questões pertinentes.

No primeiro GF participaram duas observadoras, também servidoras públicas do PS onde foi realizada a pesquisa, com formação na área de Humanas. As observadoras tinham a função de ajudar no registro das falas e as observações gerais do grupo, bem como permitir um suporte logístico durante o grupo focal sem que a pesquisadora principal tivesse que interromper o andamento do grupo. Para minimizar a possibilidade de interferência das observadoras, elas se posicionaram sentadas atrás dos participantes, em torno da mesa onde o grupo estava acomodado, em pontos da sala a partir de onde tinham boa visão do ambiente e poderiam sair da sala sem causar interferência no andamento do grupo. No segundo GF, tivemos a participação de apenas uma observadora que participou do primeiro grupo, também durante o horário de trabalho.

Nos dois encontros, a pesquisadora recebeu os participantes com um lanche, no intuito de permitir interação e descontração a todos. O lanche permaneceu disponível a todos durante a realização do encontro, sem qualquer intercorrência que interferisse nas discussões.

A maioria dos autores recomenda que os grupos focais sejam gravados com a concordância explícita dos participantes, com o intuito de facilitar o registro da atividade para posterior análise, que foi efetuado por meio de gravadores digitais, posicionados nas extremidades das mesas.

Nos dois grupos focais realizados os participantes sentaram ao redor de uma mesa oval, possibilitando que o grupo se posicionasse face a face e facilitando a interação. A pesquisadora foi a moderadora do encontro e se posicionou em uma das pontas da mesa com visibilidade de todos. Observadoras foram convidadas a participar e suas funções explicitadas aos participantes do grupo antecipadamente. Após a apresentação sobre a pesquisa, explicando os procedimentos envolvidos e a necessidade de gravação, foi aplicado o TCLE (APENDICE V), no qual foram esclarecidos do teor da pesquisa, recebendo, cada um, uma via do documento.

Para aprofundar e explorar melhor a Temática 1 e 2 do roteiro temático (Anexo IV), foi aplicada como recurso uma atividade estruturada utilizando cinco imagens, disponíveis na internet, de pessoas com vários tipos de desnutrição. Nesta atividade não foram empregadas fotos de pacientes. As imagens apresentadas na pesquisa (Figuras quatro a dez) foram dispostas separadamente e identificadas apenas com números de um a cinco, em papel fotográfico no tamanho de 10 por 15cm. Para cada imagem apresentada a moderadora solicitou que os participantes do grupo refletissem e registrassem silenciosamente e de forma anônima em uma folha de papel em branco, previamente disposta à frente de cada entrevistado, a respeito de sua percepção do estado nutricional da pessoa da figura, se representava uma pessoa em desnutrição e se essa pessoa tinha risco de desenvolver SR.

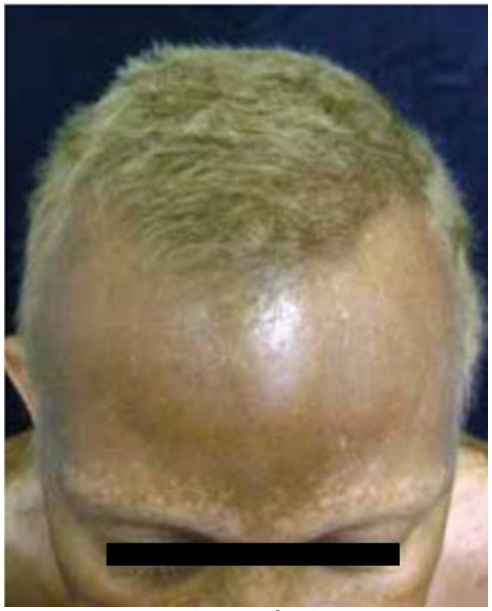
As imagens utilizadas na pesquisa foram as seguintes, na ordem em que foram apresentadas para os participantes do grupo:

Figura 3 - Imagem de adulto com desnutrição tipo Marasmo (Foto nº um da atividade estruturada)

Fonte: imagem disponível na internet

Legenda: indivíduo em extrema magreza, com perda acentuada de gordura e massa muscular

Figura 4. Imagem de adulto com desnutrição tipo Kwashiorkor (Foto nº dois da atividade estruturada)



Fonte: imagem disponível na internet

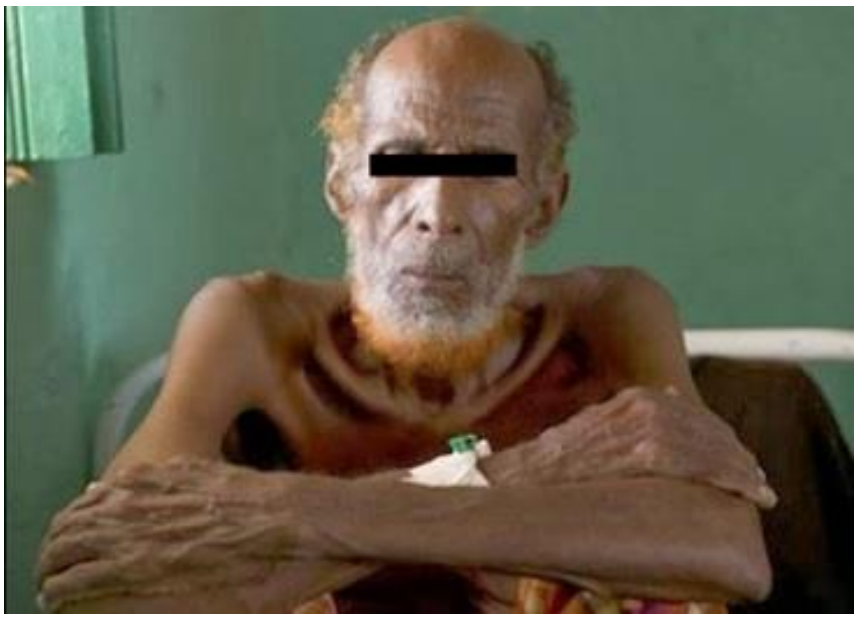
Legenda: perda da coloração de pelos e coloração da pele. Cabelos finos, ralos e opacos. O peso geralmente está normal ou aumentado devido ao edema.

Figura 5. Imagem de adulto com desnutrição tipo mista (Foto nº três da atividade estruturada)

Fonte: imagem disponível na internet

Legenda: adulto em desnutrição crônica. Na região da coxa, vemos perda de massa muscular, edema de extremidades da perna e pés. Aumento da pigmentação das áreas expostas ao sol. Edema de face e abdômen. O peso geralmente está normal ou acima, devido ao edema.

Figura 6 - Imagem de adulto com desnutrição (Foto nº quatro da atividade estruturada)



Fonte: imagem disponível na internet

Legenda: imagem de idoso provavelmente internado (pelo curativo no antebraço e o tipo de cama) com perda de gordura e massa muscular. Pelos finos, ralos e com perda da coloração.

Figura 7 - Imagem de adulto com desnutrição tipo Kwashiorkor (Foto nº cinco da atividade estruturada)

Fonte: imagem disponível na internet

Legenda: imagem do mesmo indivíduo da foto número dois, na qual se observa o edema em face, descoloração da pele e lábios. Há rarefação e despigmentação dos pelos, principalmente sobrancelha.

Figura 8 - Imagem do indivíduo das figuras cinco e oito após três meses de tratamento.

Fonte: imagem disponível na internet

Legenda: verifica-se recuperação da pigmentação da pele, cabelos e lábios. Presença de pelos da sobrancelha.

Após o registro das impressões dos participantes e discussão sobre as imagens, foi revelado que todos são desnutridos. As fotos de número dois e cinco, na realidade, são do mesmo indivíduo, cuja imagem está apresentada na Figura nove, após três meses de tratamento, e foram também reveladas aos participantes.

Posteriormente à explicitação de todas as temáticas previstas no roteiro, os grupos foram encerrados com agradecimentos. Os dois encontros tiveram aproximadamente uma hora de duração.

5.6 – ANÁLISE DOS DADOS

As gravações dos grupos realizados foram transcritas de forma literal pela pesquisadora. O Quadro 17, a seguir, contém as convenções utilizadas na transcrição das falas dos participantes dos grupos.

Quadro 17 – Legenda para as convenções utilizadas na transcrição dos discursos dos participantes dos grupos focais

Convenções	Significado
...	Pausas, silêncios prolongados ou interrupções no discurso
M	Moderadora e pesquisadora do GF
(( ))	Comentários da moderadora sobre aspectos não verbais do grupo
(...)	Interrupção do trecho transcrito
[ ]	Falas simultâneas
=	Continuação do discurso
Letra maiúscula	Entonação enfática

Os dados coletados das atividades previstas com o grupo (temáticas) foram analisados e categorizados segundo a técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por BARDIN (1977), que "é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens" (p. 42).

Após as transcrições, foi realizada uma leitura atenta dos discursos e foram construídas categorias gerais e específicas de análise a partir dos discursos dos sujeitos que apresentamos no Quadro 16, que revela os Núcleos Estruturadores do discurso e as Categorias Gerais de discurso dos sujeitos da pesquisa, profissionais de saúde de nível técnico e superior que realizam atendimento direto à pacientes críticos da UTI de um PS da região da Baixada Santista, participantes dos grupos focais.

Quadro 18 - Núcleos estruturadores e categorias de análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa participantes dos grupos focais, profissionais de saúde.

A - Concepção de Síndrome da Realimentação (SR) e Desnutrição	
Categorias gerais de análise	A.1 - O desconhecimento sobre a SR
	A.2 - A influência dos processos de formação/capacitação sobre a SR e o trabalho na EMTN
	A.3 - Percepção de perda de peso e relação com processo de desnutrição em pacientes internados
	A.4 - Desconhecimento e dúvidas sobre quadros de desnutrição em adultos e em adultos internados, bem como sua relação com o risco para desenvolvimento de SR
	A.5 - Questionamentos sobre possíveis causas para diminuição de peso e massa muscular entre pacientes internados: aspectos de vulnerabilidade programática do serviço de saúde.
	A.6 - Percepção e sentimentos de profissionais de saúde no atendimento de pacientes emagrecidos graves: expressões emocionais pessoais e compartilhadas diante de casos atendidos no serviço de saúde
B – O cuidado ao paciente desnutrido e em risco de SR: aspectos disciplinares e interdisciplinares dos profissionais da equipe de saúde que participaram da pesquisa	
	B.1 - O ponto de vista dos médicos que participaram da pesquisa
	B.2 - O ponto de vista dos nutricionistas que participaram da pesquisa
	B.3 - O ponto de vista dos enfermeiros que participaram da pesquisa
	B.4 - O ponto de vista dos técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa
	B.5 - O ponto de vista dos fisioterapeutas que participaram da pesquisa
	B.6 - O ponto de vista dos ajudantes de cozinha que participaram da pesquisa
	B.7 - O ponto de vista do psicólogo que participou da pesquisa
C. Núcleo estruturador do discurso – Pontos de vista da equipe de saúde e da EMTN sobre o trabalho da TN: críticas e sugestões sobre um processo em construção	
Categorias gerais de análise	C.1 - O ponto de vista da equipe de saúde sobre o trabalho da EMTN
	C.2 - O ponto de vista dos membros da EMTN sobre o entendimento dos participantes sobre as ações da equipe de terapia nutricional

Embora existam diferentes concepções teórico-práticas sobre grupos focais, o presente trabalho não exerceu esse instrumento de forma rígida, com procedimentos fortemente estruturados e questões fechadas. Pelo contrário, essa estratégia permitiu que fossem considerados os temas-chave a partir das trocas de ideias e interação entre os membros do grupo. Houve uma interação de saberes entre os participantes, auxiliando a uma reflexão sobre os contextos em que o grupo se insere. O grupo focal teve um potencial interventivo, estimulou os participantes a refletirem criticamente sobre suas experiências a partir do que ele trouxe de informações e o que foi recebido nas trocas durante o encontro com outros participantes.

5.7 – ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa seguiu em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma via dele (Anexo V). O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP sob o número CAAE 64690117.2.0000.5505, sob o parecer número 1.976.053 (Anexo III) e pela Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos (Anexo II).

Os encontros foram gravados com autorização expressa de todos os participantes e as transcrições foram feitas de forma a preservar o sigilo e a identidade dos sujeitos. As gravações digitalizadas foram usadas exclusivamente para os propósitos da pesquisa; ficarão sob guarda sigilosa do pesquisador principal e serão destruídas após cinco anos. No final da pesquisa, os resultados serão apresentados à equipe da Coordenadoria da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Santos, preservando o sigilo da identidade dos sujeitos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisadora selecionou os profissionais para a pesquisa de acordo com a experiência profissional de cada um e todas as pessoas convidadas aceitaram prontamente participar da pesquisa. Cabe aqui destacar que outras pesquisas já foram realizadas no equipamento de saúde, por outros funcionários que também cursaram o Mestrado Profissional da UNIFESP; portanto, esse tipo de convite não era novidade, mas a maioria das pesquisas realizadas foi feita com o uso de entrevistas individuais. A proposta desta entrevista com o uso da técnica do GF despertou curiosidade entre os profissionais, o que parece ter facilitado sua aceitação.

6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Inicialmente a pesquisa seria feita somente com um GF, que foi realizado em abril de 2017, durante o horário de trabalho, conforme autorização das chefias, o que facilitou a adesão ao convite. Porém, com a vinda de um nutricionista para o PS, a pesquisadora viu-se diante de uma oportunidade de constituir um novo grupo, que foi realizado em dezembro do mesmo ano, com as mesmas condições.

Na ocasião da realização do primeiro grupo focal, a UH não contava com profissional nutricionista. Devido a importância desse profissional em referência à temática, a solução encontrada pela pesquisadora foi estender o convite de participação para uma nutricionista que trabalha em outra unidade da prefeitura de Santos, que em 2016 prestou serviço no local de pesquisa. Sendo assim, o primeiro grupo focal, realizado em abril de 2017, teve duração de uma hora e onze minutos. Este grupo foi composto por sete pessoas, todas do sexo feminino, sendo um de cada profissão: ajudante de cozinha, técnica de enfermagem, médica, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga. O tempo médio de experiência profissional dos participantes foi de 16,71 anos.

O segundo GF, efetuado no mês de dezembro de 2017, teve a duração de uma hora e três minutos e contou com a participação de seis integrantes. Não tivemos a participação de uma psicóloga, pelo fato de que há somente um psicóloga na UH. A maioria dos participantes foi do sexo feminino (apenas um participante do sexo masculino), motivo pelo qual usaremos na identificação dos sujeitos somente a letra inicial dos nomes fictícios. A média de tempo de experiência profissional foi de 11,83 anos.

O Quadro 19 apresenta os principais dados sociodemográficos e experiência profissional dos participantes dos grupos focais.

Quadro 19 - Principais dados sociodemográficos dos participantes dos grupos focais.

GF	Abreviatura do nome do participante	Profissão	Tempo de experiência profissional (anos)	Membro da EMTN	Características relevantes de análise
PRIMEIRO GRUPO FOCAL	N.	ajudante de cozinha	16	não	Trabalha há 16 anos no local da pesquisa. Não trabalha em outro lugar
	A.	técnica de enfermagem	20	não	Trabalha há 20 anos nesta função. Trabalha no local e em outro serviço da região da Baixada Santista
	V.	médica	23	não	Formada há 23 anos. Trabalha na UTI e em outro serviço de emergência da Baixada Santista
	C.	enfermeira	5	sim	Formada há 5 anos. Trabalha no local da pesquisa
	S.	nutricionista	11	sim	Formada há 11 anos. Trabalha em outra UH. Prestou assistência aos pacientes no local da pesquisa
	R.	fisioterapeuta intensivista	15	não	Trabalha aproximadamente há 15 anos. Trabalha na unidade de terapia intensiva e emergência do local da pesquisa
	F.	psicóloga	27	não	Trabalha na sessão de Captação de órgãos, mas como psicóloga realiza algumas ações. Trabalha como psicóloga há 27 anos no consultório com adultos, adolescentes e famílias

SEGUNDO GRUPO FOCAL	E.	ajudante de cozinha	16	não	Trabalha há 16 anos no local da pesquisa
	L.	técnica de enfermagem	5	não	Enfermeira de formação que trabalha no local da pesquisa há cinco anos. Pós-graduada em cárdio - UTI
	O.	médica cardiologista	29	não	Formada há 29 anos. Trabalha neste OS há 4 anos e há 18 anos no PS de uma cidade vizinha da região. Foi por 10 anos médica militar de voo. Trabalhou no interior do estado de São Paulo
	H.	enfermeira	6	sim	Trabalha no PS há 6 anos e em um hospital da cidade na UTI de especialidades há 5 anos
	P.	nutricionista	4	sim	Formado há 4 anos. Iniciou seu trabalho no local há 1 semana. Trabalha também em um hospital municipal da região como técnico de nutrição há quase 4 anos
	B.	fisioterapeuta	9	não	Trabalha no PS desde 2008, mas está na Prefeitura desde 2006. Já trabalhou em outras Prefeituras de cidades vizinhas. No momento trabalha só no neste PS. Faz atendimento domiciliar

* Os nomes são fictícios

6.2. CATEGORIZAÇÃO DOS DISCURSOS DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS.

No tocante aos grupos focais foram criados Núcleos de Estruturadores do discurso e Categorias Gerais de discurso a partir dos discursos dos participantes dos grupos focais, nos quais foi buscado um processo de análise e comparação diante das temáticas trabalhadas e separadas por profissões. Também se privilegiou uma comparação qualitativa entre os relatos dos dois grupos realizados.

A - Concepção de Síndrome da Realimentação (SR) e Desnutrição

A.1 - O desconhecimento sobre a SR.

O desconhecimento sobre a Síndrome da Realimentação (SR) foi uma questão bastante frequente nos discursos dos participantes dos grupos, independente da profissão ou do tempo de experiência profissional do participante. Esse desconhecimento foi descrito por Viana (2012), apontou que devido ao pouco conhecimento sobre o assunto, os pacientes em risco não são identificados, monitorados e, quando desenvolvem a SR não são tratados adequadamente. Portanto, podemos considerar que a SR tem sido uma condição negligenciada em saúde.

"Desde quando a gente não percebe a síndrome? A gente não consegue correlacionar. (...) Acho que por falta de diagnóstico da gente. Não ter essa experiência, né?" (V., med., 23a. exp. prof., GF1).

"Eu não sei!" (O., med., 29a. exp. prof., GF2)

"Não! Também não conhecia. (...) Eu ainda nunca tinha vivenciado uma síndrome dessa (...) Eu nunca tinha tido essa experiência, dessa síndrome, não!" (A., téc. enf., 20a. exp. prof., GF1).

"Eu tenho uma opinião. É....Não sei se realmente. Todos tem algum grau da síndrome, né? Talvez a síndrome tenha níveis diferentes...De evolução (...) É que aqui a gente não está acostumada com este diagnóstico..." (R. físio. 15a. exp. prof., GF1)

A.2 - A influência dos processos de formação/capacitação sobre a SR e o trabalho na EMTN

Um aspecto que foi discutido nos grupos foi o fato de que o entendimento teórico dos participantes que atuam diretamente com Terapia Nutricional (TN), seja pela profissão ou por

pertencer a EMTN, foi aprimorado com os processos de capacitação anteriores; porém, suas falas reconhecem que a vivência de situações práticas foi mais relevante para tornar o conhecimento teórico mais acessível. Nesse sentido, algumas falas se reportaram a experiência anterior de um caso de um paciente que desenvolveu a SR no equipamento de saúde e que foi acompanhado pela EMTN. Tal caso chamou a atenção de todos, levantando questões sobre a dificuldade de reconhecimento da SR entre os pacientes, bem como a impressão de que, em função desse desconhecimento, muitos outros casos podem ter ocorrido sem serem identificados, como vemos nas falas de V., C.* e S.*, a seguir:

"Eu já tinha conhecimento de cursos, de aulas, de ter ouvido falar sobre... Mas vivência prática, mesmo... Eu tive com aquele paciente E.…Depois disso, ficou muito mais claro, mas, já tinha" (C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*

"Eu não tinha, tanto ... Esse olhar que a ETMN deu, de… De saber avaliar todos os aspectos clínicos associados a isso. Mas eu tinha muito...Isso, mais por causa da formação de nutricionista. A gente já tem que prestar mais atenção nisso. Mas essa clareza de alteração de exames, ela veio com a EMTN". (S., nutric., 11a. exp. prof., GF1.)*

Por outro lado, a fala de P.*, recém-chegado à equipe, ilustra que o assunto é conhecido por alguns profissionais, que estão atentos a um olhar clínico sobre o paciente:

"Já! Eu já tinha esse conhecimento e justamente essa dificuldade em realimentar o paciente quando tem fica muito tempo em jejum. Às vezes o paciente chega já debilitado, emagrecido, desidratado." (P., nutric., 4a. exp. prof., GF2.)*

Nos dois encontros, a discussão do grupo focal também trouxe a experiência que foi compartilhada por alguns participantes sobre a situação vivida a partir de um caso clínico ocorrido no local da pesquisa, quando EMTN fez o diagnóstico de SR em um dos pacientes internados. Na época, houve grande incompreensão e incredulidade por parte da maioria dos profissionais. Diante desse caso, no qual havia um quadro que apontava para um risco iminente do paciente ir à óbito em poucos dias, a equipe de Terapia Nutricional conduziu o tratamento, orientando os demais profissionais de modo interdisciplinar, com recuperação e alta em poucos meses. Os discursos dos participantes mostram que este caso foi um marco no PS, tanto para a EMTN, quanto para os profissionais. Os participantes foram unânimes em afirmar que este caso foi o primeiro em que tiveram o conhecimento da SR; inclusive um dos participantes relata que, após o caso, procurou ler a respeito, como vemos nas falas a seguir:

“A gente teve muita discussão em cima do caso daquele paciente, que teve internado conosco, o W. (...) Fizemos um trabalho no grupo, mas o conceito.... Não consegui fixar muito.”

(H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*
M: E antes daquele quadro? Você chegou a ter algum contato?
H: “Não! O W..... Foi o primeiro. Uma novidade para mim. Um fato que guardei muito. Que você falou foi o a questão da glicose. “NÃO FAÇAM GLICOSE! Nem direto, nem ‘in bolos’ acho que mais de uma vez!”*
(H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

“Eu lembro que tivemos um caso anterior. Eu li também algumas coisas.” (L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).

“Eu não entendo dessa síndrome…Que nem eu disse: só conheci o W..” (A., téc. enf., 20a. exp. prof., GF1).

“Eu lembro que tivemos um caso anterior. Eu li também algumas coisas e é isso o que a L. falou. O paciente fica muito tempo sem se alimentar e quando ele volta. Tem que voltar aos poucos, né? Quando voltar” (B., fisio. 9a. exp. prof., GF2).

As falas dos participantes mostram que a experiência com o caso de SR trouxe muitas reflexões, pois apontaram que a falta de conhecimento sobre o diagnóstico levava a não o cogitar, não havendo assim uma reflexão e cuidado sobre isso. Além disso, as falas permitem perceber que os participantes, diante dessa discussão, se questionam se outros casos poderiam ter ocorrido sem a devida intervenção.

“Você nunca nem pensou, né?”
(R. físio. 15a. exp. prof., GF1).
“É que aqui a gente não está acostumada com este diagnóstico...E eu e credito que ele tenha acontecido muitas e muitas mais vezes.”
(V., med., 23a. exp. prof., GF1).

“Até a farmacêutica falava para a gente. Olha, antes o que a gente tinha era o seguinte: “O paciente entrava com dieta enteral e com três dias ele morria! Aí o pessoal achava que era da dieta.” Mas aí a gente [EMT] fica se perguntando: será que os pacientes faziam a síndrome e ninguém sabia?”
(C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*
“Mas quando se demorava um pouquinho mais, de repente, para entrar a dieta. Talvez até por isso esse número não foi maior.”
(S.; nutric., 11a. exp. prof., GF1).*
“Porque aqui a gente atende a paciente desnutrido.”
(V., med., 23a. exp. prof., GF1).

“Talvez a gente tenha lidado com essa síndrome inúmeras vezes [e ....” =
(*R. físio. 15a. exp. prof., GF1).*
M: “[Não tenha sido feito o diagnóstico.”
“Que tenha melhorado, ou que tenha morrido… [E que a gente passou pela síndrome.”
(V., med., 23a. exp. prof., GF1).
“= E assim, nem tínhamos feito o diagnóstico.”
(R. físio. 15a. exp. prof., GF1).

Esse questionamento levou um dos participantes do segundo grupo focal a refletir o quanto o seu desconhecimento sobre o assunto pode ter levado à consequências mais graves, considerando o “perfil” dos pacientes atendidos na unidade, que são pacientes com maior complexidade e gravidade:

“Dentro de um pronto socorro (...) E vocês recebem pacientes de outros hospitais, com cuidados primários e secundários.” (P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*

Um integrante da EMTN, permite em sua fala que se levante a hipótese de que em seu trabalho na EMTN ela tinha conhecimento teórico sobre a SR. Porém a equipe não identificou nenhum paciente em risco de desencadear o quadro, provavelmente pela reintrodução de nutrientes de maneira mais cautelosa.

“Então, a gente [EMTN] já tinha essa visão da síndrome da realimentação. Mas a gente não ficava fazendo alardes e tal. Por que a gente não percebia nenhum paciente entrando em risco.” (C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*

Os comentários dos profissionais técnicos: L., técnica de enfermagem, e E. e N., ajudantes de cozinha, ilustram que houve acesso a conhecimentos sobre o assunto, porém de forma não incluída no cotidiano do trabalho da equipe. Essas profissionais atuam diretamente com os pacientes e vivenciam o cotidiano do cuidado de uma pessoa fisicamente debilitada:

“Eu lembro que tivemos um caso anterior, eu li também algumas coisas.” (L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).

O que a B. (fisioterapeuta) falou. O paciente fica muito tempo sem se alimentar e quando ele volta... Tem que voltar aos poucos, né? Quando voltar.” (E. aj. coz., 16a. exp. prof. GF2).

M: “E se um paciente desse, por exemplo, está internado? Como a senhora agiria? Por exemplo, sem estar com sonda? Alimentação mesmo, por boca, né? A senhora daria mais pão para ele? Duas marmitas? O que a senhora faria para ele?
“Não, ... Não....Não serviria mais pão, Não. (...) Eu daria, mais assim ... É, dava uma vitamina. Seria o caso de uma vitamina, mingau... (...) Eu acho que paciente assim, tem que alimentar

com MUITA CAUTELA... Não pode sair dando um monte de coisa.... Tem que ser, assim, gradativamente, eu acho. Não sei."
(N. aj. coz., 16a. exp. prof. GF1).

A.3 - Percepção de perda de peso e relação com processo de desnutrição em pacientes internados

BUTTERWORTH (1974) publicou o primeiro artigo de impacto sobre desnutrição hospitalar intitulado *The skeleton in the hospital closet*. Ainda hoje, esse artigo mostra-se atual, pois casos de desnutrição são observados no contexto hospitalar.

Os discursos dos participantes da pesquisa mostraram que eles têm percepção sobre a perda de peso e massa muscular dos pacientes internados, como vemos nos trechos a seguir:

"É... Alguns não conseguem manter" (...) "Eles perdem massa SIM!" (B., fisio. 9a. exp. prof., GF2).

As colocações das fisioterapeutas nos remetem aos achados nas pesquisas de Kress (2014) e Toledo e Castro (2015). As falas das fisioterapeutas sobre perda de massa muscular, principalmente nos pacientes críticos em respiração mecânica são destacadas a seguir:

"Especialmente diafragma" (...) Inclusive em perda de diafragma, né? Começa a criar um tipo de hipotrofia diafragmática ...Por DESUSO, porque está na ventilação mecânica" (R. fisio. 15a. exp. prof., GF1).

"A atrofia acontece por causa da imobilização. A perda de massa também. Não tem como segurar muito essa proteína. Ele não tem contração e talvez .... A SEDAÇÃO TAMBÉM INTERFERE. Como ele fica sedado e paralisado... Como ele vai ter contração muscular? NÃO TEM, entendeu? (B., fisio. 9a. exp. prof., GF2).

"É porque esses pacientes que estão em sonda. Esses pacientes de dieta enteral. Eles são mais catabólico que os pacientes com via oral." (P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*

A.4 – Desconhecimento e dúvidas sobre quadros de desnutrição em adultos e em adultos internados, bem como sua relação com o risco para desenvolvimento de SR.

A atividade estruturada, prevista para ser realizada durante o grupo focal, pretendia avaliar o conhecimento dos participantes quanto ao risco para o desenvolvimento de SR a partir de imagens de pessoas em diferentes graus de desnutrição obtidas na internet. Essa atividade acabou por revelar que o desconhecimento não é apenas quanto à SR, mas também quanto à complexidade dos processos de desnutrição. Sendo assim, na discussão sobre as imagens,

emergiram falas surpreendentes, as quais expressam dificuldade em reconhecer um adulto em desnutrição, que é a principal causa da SR.

A fala de O., que não tinha participado de capacitação anterior sobre o assunto, mostra claramente que, apesar da sua experiência profissional, manifestou a percepção de que esse tipo de situação seria plausível apenas em crianças, sugerindo incredulidade de desnutrição em adultos:

"Kwashiokor e Marasmo. Isso a gente vê só em criança isso..." (O., med., 29a. exp. Prof., GF2).

Alguns participantes se colocaram na condição de, naquele período, receberem um paciente nas mesmas condições das fotos, mas apresentaram dúvidas em afirmar se haveria hipótese diagnóstica de desnutrição ou risco para SR, como vemos nas falas de A. e J.:

"O 'cinco' [foto nº cinco] Coloquei normal. O 'primeiro' [foto nº um], achei desnutrido, porque eu achei o cabelo ralo, tal.... Aí eu risquei e coloquei normal."
(F., psic., 27a. ex. prof., GF1).

Uma das participantes relaciona as características das imagens com as características físicas de seus familiares que moram no nordeste do Brasil. Ela aponta que há sinais de desnutrição, mas tem dificuldade de conceber que esses casos, cuja imagem se parece com seus familiares, poderiam se referir a pessoas desnutridas, como vemos a seguir.

"É difícil.....À princípio, penso que está normal. Depois vejo esses cabelos mais ralinhos... Aí eu acho: deve estar desnutrido! O cabelo todo fraquinho...Mesmo os gordinhos... Será que a pigmentação do cabelo: claros e fraco, achar que está desnutrido? Mas ao mesmo tempo eu vejo uns magros.....Como a minha família são nordestinos...Pessoas muito magras... Aí eu acho que parece os meus parentes...Aí eu acho que pode ser normal."
(F., psic., 27a. ex. prof., GF1).

Esse caso breve relato da participante pode revelar que a percepção das questões envolvidas no diagnóstico da desnutrição tem como referência aspectos de ordem subjetiva e pessoal, dependendo da trajetória de vida do sujeito. Nesse sentido, se as políticas públicas consideraram apenas os aspectos objetivos, acabam por deixar de lado todo um contexto subjetivo que envolve a ação de cuidado em saúde, contexto esse, que, querendo ou não, acaba por interferir na ação de cuidado em saúde. Sendo assim, os processos de capacitação no assunto têm que ser capazes de levar em consideração esses aspectos e trabalhar com as questões subjetivas, de modo a superar entraves nos processos de diagnóstico, tanto da desnutrição, quanto da SR.

Nos dois grupos forais surgiram dúvidas quanto a classificação e os níveis de desnutrição como veremos no diálogo a seguir:

"Eu não conheço os limites...Quais são as classificações da desnutrição?"
(R. físio. 15a. exp. Prof., GF1).
"E separar também os níveis, né?"
(S.; nutric., 11a. exp. Prof., GF1).*

"Às vezes a gente vê um paciente desnutrido...E....Respondem bem a terapia [...E outros não."="
(V., med., 23a. exp. Prof., GF1).
"[É exatamente isso...Respondem bem!... Por isso eu queria saber a classificação. (...) Outro ponto que notei: a desnutrição...É uma variável, medida? É no olhar... Ou é um exame bioquímico? (...) Ou é tudo isso ao mesmo tempo?"
(R. físio. 15a. exp. Prof., GF1).
"Então, mas o tipo de doença que a gente vive. A gente vê algumas variáveis. Alguns em o mesmo tipo, parecidos de desnutrição, respondem diferentes ou iguais."
(V., med., 23a. exp. Prof., GF1).

No segundo grupo focal, a foto que mais gerou dúvida foi a de nº dois, permitindo que se levante a hipótese de que o edema é um elemento que leva a dúvida.

M: "Vocês acham que ele é um desnutrido?"
"Ele está edemaciado."
(B., fisio. 9a. exp. Prof., GF2).
"E bem Kwashiokor."
(O., med., 29a. exp. Prof., GF2).
"Para mim, ele é o mesmo do cinco."
(H., enferm. 6a. exp. Prof., GF2).*
"Sim só quem tem experiência em atender é que sabe o que é!"
(B., fisio. 9a.. exp. Prof., GF2).
"Eu tenho"
(O., med., 29a. exp. Prof., GF2).
"Grave é maior que severa?"
(H., enferm. 6a. exp. Prof., GF2).*
"Severa é maior que grave!"
(P., nutric., 4a. exp. Prof., GF2).*

CORREA (2012), em seu trabalho, destaca que há uma dificuldade generalizada no diagnóstico de desnutrição, gerando lapsos no atendimento desses pacientes. No decorrer do debate, as falas de alguns profissionais, nos dois grupos focais, revelaram várias dúvidas a respeito de pacientes em desnutrição do tipo mista, sendo que alguns apontaram equivocadamente que as imagens seriam de pacientes "normais". Nessas falas há a explicitação

da noção de que os pacientes atendidos no PS teriam um "perfil" que poderia ser um fator de confusão no processo de identificação e diagnóstico, ou seja, os pacientes graves que são acolhidos nesse equipamento, são, frequentemente, pacientes alcoolistas em estado grave, com múltiplas alterações clínicas, mas que não costumam ser relacionadas com questões de desnutrição. Nesses casos, caberia uma investigação sobre o sentido implícito que o termo "alcoolista" pode ter com fator de rotulação, que poderia levar a uma dificuldade de que a equipe inclua esses pacientes como alvo de um cuidado mais amplo. Nesse sentido, S.*, nutricionista, mostra em sua fala, que essa questão é mesmo bastante frequente e evidente, que são muitos os casos de alcoolistas que são internados em estado crítico e que acabam sendo incluídos como "normais".

"Ascítico...".
(R. físio. 15a. exp. Prof., GF1).
"Ele é alcoolista."
(F., psic., 27a. ex. prof., GF1).
"É o comum que virou normal."
(S.; nutric., 11a. exp. Prof., GF1).*

A foto de nº três também gerou dúvidas entre os sujeitos no segundo grupo focal, como vemos nas falas a seguir:

"Esse (mostrando a foto nº três) eu achei desnutrido!"
(B., fisio. 9a.. exp. Prof., GF2).
"Achei NORMAL para a nossa população."
(O., med., 29a. exp. Prof., GF2).

Após o debate sobre desnutrição foi apresentada a imagem dos indivíduos das fotos dois e cinco (Figuras sete e dez) que, na realidade, são da mesma pessoa com o intervalo de três meses após o tratamento da desnutrição do tipo Kwashiorkor (ver Figura 11). A reação generalizada foi de surpresa com as mudanças, principalmente de coloração da pele e pelos.

"NOSSA, mudou até a cor!(...)É o nego loiro."
(O., med., 29a.. exp. Prof., GF2).
"NOSSA...."
(B., fisio. 9a. exp. Prof., GF2).
"Pode ser considerado moderado?"
(H., enferm. 6a. exp. Prof., GF2).*

Outro fator relevante apontado pelos participantes, bem como por Litchford (2014), diz respeito à influência do edema como fator que interfere na mensuração do peso e medidas, além de atrapalhar no diagnóstico de desnutrição – algo frequente mesmo para profissionais

experientes que realizam triagem e avaliação nutricional – e, consequentemente, o diagnóstico da SR:

"A gente está tão habituada a ver um paciente da uti subitamente piorar, ou porque entrou muito volume, ou né? Ele ficou muito grande. Aí o paciente incha...Aí piora o bioquímico, tal. Que a gente dificilmente vai associar com a síndrome, né?" (...) "Às vezes a gente tem a impressão que ele ganhou um pouco de volume corporal, mas é edema! (...) "Aí quando ele seca a gente percebe que até uma noção de trofismo muscular diminuiu."
(R. físio. 15a.. exp. Prof., GF1).

A.5 - Questionamentos sobre possíveis causas para diminuição de peso e massa muscular entre pacientes internados: aspectos de vulnerabilidade programática do serviço de saúde.

Os participantes do primeiro grupo focal trouxeram prováveis causas para a diminuição de perda de peso em pacientes internados. Uma das causas apontadas foi o jejum prolongado dos pacientes no período da noite, por questões alheias à vontade dos profissionais, como veremos nas falas a seguir:

"Eu sou uma pessoa magra e como muitas vezes... (...) Imagina um paciente que tem escaras e precisa de um aporte proteico? Quer dizer, Ele NUNCA VAI FECHAR a escara! Porque e....Enfim, Ele precisa de coisas que a gente não oferece! (...) A gente também se ACOSTUMOU A NÃO OFERECER o que o paciente precisa.... Também virou normal para a gente. (...) Então, quando eu descobri isso, ... Numa rotina, isso já faz parte. Eu lembro que até conversei com o X: ((referindo-se ao chefe do serviço)) "X como pode.....depois das cinco, aqui as pessoas não comem, né?.... Elas têm que comer, ELAS TÊM FOME." E depois ficou normal para mim também."
(F., psic., 27a. ex. prof., GF1).
"Então, para nós, não é normal até hoje! Tanto é que a gente muda até a prescrição por conta da dieta. Porque assim, a última refeição deles é às cinco horas da tarde, cinco e meia. (...) Então, você não pode fazer insulina NPH, por exemplo, num paciente a noite. (...) Por conta da dieta. Porque o pico de ação é de seis horas e ele vai fazer uma hipoglicemia. Porque ele não vai comer nada, das cinco até as oito, entendeu? Então, até para NÓS, fica complicado essa dinâmica da medicação."
(A., téc. enf., 20a. exp. prof., GF1).
M: E o que vocês fazem na UTI? Vocês fazem outra refeição...Vocês separam? Como é que é?
"Quando o paciente tem condição, a gente PEDE pra trazer."
(A., téc. enf., 20a. exp. prof., GF1).
"É, isso já foi falado várias vezes, mas não conseguimos que colocasse, ela (responsável) sabe disso."
(N. aj. coz., 16a. exp. prof. GF1).
"Por escrito, né?"
(S.; nutric., 11a. exp. prof., GF1).*
"Não conseguimos..."
(N. aj. coz., 16a. exp. prof. GF1).

No diálogo acima, entre N. e S.* notamos que este pedido já foi realizado às chefias imediatas e registrado formalmente, por meio de documentos, porém sem atendimento.

Os participantes do segundo grupo focal expressaram as mesmas questões:

"Paciente com dieta via oral, eu acho...É assim. Na minha opinião, tem alguma coisa que precisa ser ajustada. Assim, o paciente ... a ÚLTIMA refeição dele é as dezesseis, dezessete horas. Aí ele vai ficar até as oito da manhã do outro dia para comer e assim, com isso, o paciente perde peso, SIM! Pelo menos na UTI, não tem como deixar um paciente trazer comida de casa. Entendeu? E esse tempo de jejum, eu acho, muito grande." (L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2)

Cabe destacar que todos os presentes concordaram com a fala de L., afirmando com a cabeça. Diante disso, houve a sugestão da inclusão de mais uma refeição, que foi trazida por uma das profissionais da equipe de enfermagem. Porém, alguns participantes revelaram que há um aspecto burocrático que interfere nessas decisões.

"Eu daria a sugestão, que depois do jantar, ter uma ceia. Isso é importante."
(L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).
"Isso já foi cogitado, mas até finalizar...."
(E. aj. coz., 16a. exp. prof. GF2).

Nos discursos dos participantes também se observou uma preocupação quanto à aceitação das refeições pelo paciente, bem como suas reações diante da alimentação. É percebido uma diminuição do apetite involuntária em alguns indivíduos internados. A atenção dos profissionais também é uma forma de cuidado para evitar a perda de peso, evidenciando que há um olhar voltado para como o paciente se apresenta ao chegar para a internação e no decorrer dela, como vemos nas falas de E. e H.*:

"Se já chegam debilitados, com a perda de peso, ele tende a perder mais peso, porque a vontade, o desejo de comer vai diminuindo." (H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

Um dos motivos apontados no segundo grupo focal como um dos prováveis motivos para a diminuição da ingestão de alimentos foi a administração de medicamentos, principalmente os antibióticos, que podem causar um efeito colateral, que é a diarreia, consequência causadora de maior perda nutricional. Caruso (2014) também aponta a diarreia causada por distúrbios hidroeletrolíticos, mas também pode ser uma consequência da perda destes elementos.

Outro ponto relatado foi o grande número de medicamentos prescritos, em média, para pacientes críticos, principalmente em uma UTI como causa de inapetência:

"Porque as vezes o paciente até tem boa aceitação, uma boa ingesta, fome... Depois começam os problemas e ele... (...) Se ele não tem nenhum problema de deglutição, do tubo digestório em geral... O próprio medicamento o torna inapetente. (...) E geralmente o antibiótico, não é um só, né? Fora que: quando você vai fazer a prescrição de um medicamento você solicita dez, doze, quinze medicamentos. Já peguei paciente com vinte e três medicamentos prescritos. (...) Muitos casos de diarreia nos pacientes é porque o antibiótico destrói tudo no intestino do paciente. E não por conta da dieta em si, como muitos pensam, infelizmente. Mas aí a gente tenta ajustar isso para que o paciente não tenha tanta perda por conta do que está entrando e o que está saindo... E a recuperação dele vai ser muito mais difícil." (P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*

"A gente sabe e a gente entende que antibiótico também dá diarreia." (L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).

A diminuição da ingesta, ou seja, oferta de alimentos agregada à perda como, por exemplo, a diarreia, independente da causa, pode ser apontada como um dos motivos de desnutrição hospitalar, ou do agravamento do quadro nos indivíduos mais debilitados. Portanto, podemos afirmar que o olhar destes profissionais é de suma importância na detecção antecipada da queda do estado nutricional, devendo ser valorizado pelos demais profissionais responsáveis pelo tratamento do paciente.

Os entrevistados concordam com a importância da Terapia Nutricional Precoce como uma das formas de evitar a perda de peso e massa muscular e, consequentemente, a desnutrição hospitalar. Este procedimento terapêutico pode se dar de várias maneiras, tais como ao aumento do aporte calórico e/ou proteico das refeições ofertadas ao indivíduo, administração de suplementos orais. No entanto, quando não é conseguido atingir por via oral as metas nutricionais (calórica, proteica e de outros nutrientes), a intervenção com administração de dieta enteral por meio de sonda no tubo gastrointestinal se faz necessária. Quando há contraindicação da administração por meio dessa via, é indicada a administração de nutrientes por meio da via endovenosa, que é a nutrição parenteral. Nesse sentido, as falas dos participantes vão ao encontro do que foi recomendado pelo Manual do Ministério da Saúde (2016) sobre a Terapia Nutricional precoce, que deverá ser iniciada num período de 24 horas a 48 horas, com os objetivos de prevenir, recuperar ou manter o estado nutricional do indivíduo.

Consequentemente, haverá melhora da resposta imunológica, melhora no tratamento de complicações e cicatrização de feridas. Enfim, uma melhora da qualidade de vida dos pacientes.

"Agora, quando você pega um paciente que já chega mal e já tem indicação de sonda enteral, a gente já consegue manter o peso. O controle da ingestão, depende mais do profissional e não do paciente." (...) "Uma das coisas que a gente avalia, quando o paciente já apresenta dificuldade de deglutir, de não aceitar a dieta. Tem a necessidade de nutrição enteral.... É avaliado e já entra." (H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

A.6- Percepção e sentimentos de profissionais de saúde no atendimento de pacientes emagrecidos graves: expressões emocionais pessoais e compartilhadas diante de casos atendidos no serviço de saúde.

Durante os grupos focais, alguns casos anteriormente ocorridos no serviço foram alvo de discussões por parte dos participantes dos grupos. Os casos foram espontaneamente trazidos para a discussão, pois marcaram os profissionais de saúde, alguns devido à longa permanência de internação, outros pelo desafio do tratamento. Para estes funcionários que enfrentam a todo momento regras rígidas, alta tecnologia e risco eminente de morte, um ponto em comum foi observado por todos os participantes: o impacto do estado nutricional do paciente sobre sua própria experiência (VILA, 2002).

Sendo assim, consideramos pertinente a apresentação breve de recortes clínicos de alguns dos casos de pacientes que foram discutidos pelo grupo. No que diz respeito a alguns casos discutidos, a pesquisadora teve acesso a informações e imagens dos pacientes, que serão trazidas no presente trabalho apenas como ilustração dos processos de discussão suscitados por eles, pois os casos marcaram alguns participantes a ponto de gerar diálogos muito intensos (e tensos), cheios de emoção, como apresentamos a seguir:

Quadro 20 – Caso clínico de um paciente que desenvolveu a SR no local a pesquisa. O tema trazido espontaneamente nos diálogos dos dois grupos.

Caso W.:

Paciente trazido pelo SAMU, encontrado em uma rua no centro da cidade de Santos, sem identificação pessoal. Na internação estava desacordado, provavelmente em função de um traumatismo craniano, sendo inicialmente identificado por 'homem negro'. Apresentava sinais físicos sugestivos de habitar as ruas, como falta de higiene pessoal, mas sem sinais crônicos de desnutrição (IMC: 26). Durante a internação apresentou intercorrências, como por exemplo, obstrução da sonda por áscaris lumbricoides e intolerância a vários tipos de dieta, levando a rápida perda de peso (Figura 10) evoluindo para caquexia. Foi classificado em desnutrição grave, portanto, em risco de SR pela EMTN. Porém, o paciente (como pode ser visto na Figura 11), provavelmente devido a alguns procedimentos contraindicados nesta situação, como a infusão de glicose por via endovenosa continua e administração oral de suplementos orais hipercalórico. Este último, comprado por meios próprios por uma profissional da equipe de enfermagem apesar das orientações da EMTN. A equipe referia desconhecimento do risco da SR e até mesmo incredulidade deste quadro. Diante do diagnóstico de SR (grave perda de peso, baixo IMC, agitação, diarreia, alteração dos níveis de glicemia e baixa dos níveis de eletrólitos, principalmente o fósforo), foi alertado à equipe dos riscos da SR, assim como sua evolução letal. Assim sendo, o tratamento foi conduzido pela equipe de Terapia Nutricional, de forma interdisciplinar, orientando os demais profissionais de saúde. Durante a iternação, o paciente recuperou a consciência, lembrou o seu nome, seus dados e sua família foi localizada. A SR foi revertida e a recuperação nutricional foi conseguida em alguns meses, assim como a sua alta hospitalar. A Figura 12 ilustra como o paciente se encontrava fisicamente na época de sua alta hospitalar.

Figura 10 – Imagem do paciente W., durante a internação na ocasião em que foi feito o diagnóstico pela EMTN.

Fonte: imagens do arquivo da pesquisadora, 2016

Legenda: paciente emagrecido com perda de massa muscular, apresentando edema em braços. Visualização da região abdominal e torácica de tamanho normal, sugerindo presença de edema.

Figura 11 – Imagem do paciente W. durante a internação apresentando desnutrição grave e lesão em região sacra.

Fonte: imagens do arquivo da pesquisadora, 2016

Legenda: paciente em extrema magreza, apresentando grande perda de peso, gordura e massa muscular. Em destaque lesão (úlcera) na região sacra por pressão, muito comum nos pacientes acamados por pressão do próprio corpo contra o colchão.

Figura 12 – Imagem do paciente W. na ocasião da alta hospitalar.

Fonte: imagens do arquivo da pesquisadora, 2016

Legenda: paciente no dia da alta hospitalar, três meses após diagnóstico e início do tratamento da SR. Aumento da musculatura dos membros, recuperação da pigmentação da pele.

A seguir destacamos algumas falas dos participantes no que concerne, especificamente a esse caso:

"O W. foi um grande aprendizado." (V., med., 23a. exp. prof., GF1).

"W. foi o primeiro. Uma novidade para mim. Um fato que guardei muito, que você falou foi o a questão da glicose. "NÃO FAÇAM GLICOSE! Nem direto, nem 'in bolos'". Acho que mais de uma vez!..." (H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

"Lembra? Eu até perguntei para a senhora sobre o W., né? Se eu deveria fazer a fisio motora nele ou não...Eu achava que ele estava perdendo. Ele não estava ganhando." (B., fisio. 9a. exp. prof., GF2).

A fala de F. ilustra que a experiência com o paciente W. houve uma aproximação do trabalho da EMTN com relação ao resto da equipe do equipamento de saúde, pois o caso mobilizou os profissionais e levou às discussões (aulas) teóricas que, depois da experiência compartilhada com o paciente, mostraram-se muito produtivas e bem-vindas.

"O W, eu acho que teve uma mudança muito grande da equipe, eu acho que teve uma aproximação. No curso que você deu, naquela aula...Foi muito legal. Eu senti que foi um

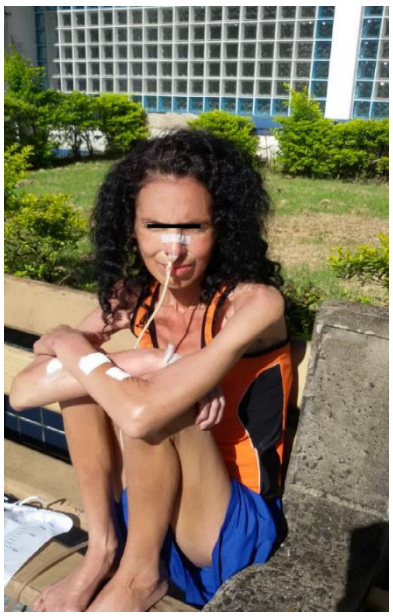
MARCO da aproximação das pessoas para a equipe de vocês. Realmente, fez diferença, fez que as pessoas conseguiram ter um conhecimento que não tinham. Tanto que a gente está falando, que é uma coisa diferente...Então foi muito bacana." (F., psic., 27a. ex. prof., GF1).

No primeiro grupo focal, sobre o caso da paciente J., no qual, além da situação de extrema magreza, foi observado que havia também um quadro psiquiátrico. Diante disso, os participantes expressaram sentimentos diversos diante desta condição, tais como dúvidas quanto ao tratamento e prognóstico, pena, raiva, desejo de ajudar, frustação e, até mesmo, indiferença.

Quadro 21 – Caso clínico de uma paciente internada J., com quadro de desnutrição. Tema trazido espontaneamente por uma das participantes no primeiro grupo.

Caso J.: Paciente de 52 anos, 1.62 cm de altura. Internada por quase um ano no do PS, neste período, alguns foram na UTI em extrema desnutrição (peso, na época, de 31 kg – IMC: 11,8), e péssimas condições de higiene devido à uma patologia psiquiátrica A paciente se recusava a se alimentar e engolir qualquer coisa, até mesmo a própria saliva. Usando de recursos como: colocar tecidos na boca até a altura do esôfago, ficava com o dedo na boca, cuspia em um copo a saliva, etc. A equipe da EMTN foi acionada e o tratamento se realizou de maneira interdisciplinar. A terapia nutricional precoce foi iniciada, com passagem de sonda para administração de dieta enteral de modo criterioso, com atuação constante da EMTN. Durante a internação, foi transferida para um hospital municipal da região, mas devido a falha do vínculo entre os profissionais de saúde e a paciente, que era recíproco, assim como lapsos no tratamento, foi solicitada o retorno da paciente à unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa. Neste período, ocorreram complicações, sendo necessário sua transferência para a UTI por duas vezes. No momento da pesquisa ela estava internada em uma das enfermarias do pronto socorro. Todos os profissionais do PS conheceram a J., devido as peculiaridades relatadas e reveladas através dos diálogos. A figura 13 ilustra a situação física da paciente J. em 2016, no início da internação e a figura 14, mostra a paciente na ocasião da alta em dezembro de 2017 ainda com sonda, mas já se alimentava com pequena quantidade de líquidos e outros alimentos, principalmente guloseimas. Foi transferida para o serviço de atendimento domiciliar municipal e mantido o tratamento psiquiátrico, de forma ambulatorial.

Figura 13 – Imagem da paciente J. no início da internação em dezembro de 2016



Fonte: Imagens do arquivo da pesquisadora, 2016

Legenda: paciente com emagrecimento importante, com perda de gordura e massa muscular, consequente de distúrbio psiquiátrico.

Figura 14 – Imagem da paciente J. na ocasião da alta hospitalar em dezembro de 2017

Fonte: Imagens do arquivo da pesquisadora, 2016

Legenda: ganho de massa muscular, gordura e melhora da autoestima da paciente.

Durante o primeiro grupo, uma médica, tornou a expor seus sentimentos referentes ao atendimento de um paciente com extrema magreza e problemas psiquiátricos:

"Voltando ao caso daquela senhora, a J.. É uma doente que não faz mais parte da nossa UTI, e tudo, mas, prá mim.... É um ponto de interrogação ENORME! (...) O que que a gente esperar dela? O que a gente vai esperar dela?"
(V., med., 23a. exp. prof., GF1).
M: E qual o sentimento em tratar ela? Se ela tivesse na UTI agora? O que você sentiria?
"A J. ... Prá mim, seria muito difícil! A parte psiquiátrica é sempre uma incógnita. Principalmente nesse caso em especial. Muitas vezes, a gente sente PENA... Às vezes sinto RAIVA.... tá? Eu falo: 'COMO É QUE ELA FAZ ISSO?' [inaudível] e a gente também não sabe o que está por vir. Eu não imagino o que vai acontecer com esta senhora (...) Ela não quer se alimentar. Ela não quer comer nada via oral. Agora não sei como ela está, mas quando ela estava na UTI"
(V., med., 23a. exp. prof., GF1).
"A [J.] está cada vez pior!"
(C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*
"Ela tenta vomitar tudo o que tem e....Só que assim..... Ela tem vários problemas. Com o marido, com o dedo. Não vejo...Nela, eu não vejo nenhum prognóstico, né? Você está vendo, e não sabe o que fazer. Se dá comida, se não oferece. Você não sabe o que fazer. Para mim é muito difícil. Nisso, eu sou muito sincera, eu largo mão!" (...) Tudo se mistura: A gente começa com um sentimento. Aí você tenta AJUDAR, teoricamente, ...Depois você passa para a RAIVA, se frustra e depois você passa para a indiferença."
(V., med., 23a. exp. prof., GF1).
"Eu passo por lá todo dia. E aí você pergunta para a equipe...E aí é muito engraçado. Um dia falam para mim: "Eu desisto, eu desisto... Eu não vou tentar mais. Ela não quer comer (...) Aí no outro dia eu passo e falam assim, foi o que aconteceu ontem.... 'Olha, eu conversei com ela.... Ela falou para mim, que ela gosta de comer maçã, que ela gosta de comer isso, aquilo. Eu acho que ela VAI COMER'. Aí no outro dia, eu passo e falam: "Não, ela não come! Ela fecha a boca, trava, não come nada!" Aí eu falo: gente, vou ficar maluca!"
(C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*
"Ela nem gosta que falem, que ofereça comida. Eu conversei com ela, falei com ela e ela ficou de falar com outra pessoa, que ela não gosta que falem que ela tem que comer, que é preciso comer. Dá pena, né?"
(N. aj. coz., 16a. exp. prof. GF1).
M: E seu ponto de vista, Julia, falando agora sobre a J.?
J: "Então, eu acho MUITO difícil." (F., psic., 27a. ex. prof., GF1).
M: "No caso, só para esclarecer: ela está praticamente neste ponto, de desnutrição." ((apresentando a foto de nº 1)).
"É quase esse."
(F., psic., 27a. ex. prof., GF1).
"Ela emagreceu mais?"
(S.; nutric., 11a. exp. prof., GF1).*

"Mais!"
(C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*
"Eu acho que a questão psiquiátrica é um fator muito importante, né? Não dá para desmembrar, né? Tem a questão nutricional, a questão do quadro físico da absorção de comida, né? Eu entendo que cada vez que ela saca a sonda.... E a recusa alimentar, são tentativas de suicídio. Então a gente tem que entender isso. Eu ENTENDO isso nessa perspectiva [ruídos] ...É eu acho que é uma paciente muito difícil... É....A relação dela com o marido é uma relação ADOECIDA. O marido não é o lobo mau e ela a boazinha.... E eles estabelecem de uma forma muito doente...E realmente, as condições que a gente tem para lidar com ela, são condições muito precárias, mesmo. Então hoje, não tem tecnologismo."
(F., psic., 27a. ex. prof., GF1).
M: Então o que você acha do sentimento dos profissionais em relação a ela?
"De impotência, Da raiva, Pena." (...) Eu acho que RAIVA, de outro lado, uns ficam com uma pena muito grande...Uns ficam do partido dela, outros do marido. (...) Essa é uma característica desses pacientes. Eles sempre provocam algo muito intenso..."
(F., psic., 27a. ex. prof., GF1).
"E até com os familiares dos outros pacientes.... Que ficam lá na enfermaria." (...) "Às vezes eu chego lá e eu vejo que tem alguém acompanhando ela. Aí eu pergunto: "Gente, está com acompanhante novo?...." Não! É familiar do outro paciente que se solidarizou com a situação e fica lá, conversando com ela. Então, até as outras pessoas ficam tocadas, né?"
(C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*

No segundo grupo focal, quando surgiu uma discussão sobre o mesmo caso, uma das participantes expressou sentimentos de grande comoção, como vemos abaixo:

M: "L., qual o sentimento que você tem com um paciente desse ((marasmático))? Como a gente teve aquele menino, de 15 anos.... Qual o sentimento que você teve? Percebi que você se emocionou com ele também, né?"
"É [choro] ((em seguida outras pessoas também se emocionaram e choraram)). Sou emotiva mesmo, né?... O paciente.... [choro]...É muito triste. Só que quando o paciente chega.... Eu acho assim... ((falando com a voz embargada)) A gente, pelo menos no meu plantão, a gente se doa mesmo na hora de comer, fica do lado. O paciente fica: "Eu não quero!" ...E a gente fica do lado, sabe? Tem que ter carinho. Não é só ir lá e fazer o serviço, entendeu?"
(L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).

B – O cuidado ao paciente desnutrido e em risco de SR: aspectos disciplinares e interdisciplinares dos profissionais da equipe de saúde que participaram da pesquisa.

Nessa categoria faremos uma distinção entre as diferentes abordagens e aproximações de cada campo profissional. Nesse sentido, consideramos que cada profissão terá um núcleo de saber específico para lidar com as questões de diagnóstico, tratamento da desnutrição e da SR, bem como o tipo de trabalho tipicamente desenvolvido (e esperado) de seu campo profissional no contexto do atendimento em alta complexidade e UTI.

B.1 - O ponto de vista dos médicos que participaram da pesquisa

As médicas que participaram da pesquisa tinham mais de 20 anos de experiência profissional em serviços de emergência, mas em sua participação nos dois grupos focais elas expressaram desconhecimento sobre o diagnóstico de SR, relatando que o caso W, que foi discutido no grupo, foi um grande aprendizado, pois esse caso foi tomado como uma situação inesperada, e assim, reflexões foram trazidas quanto à possibilidade de que outros pacientes possam ter desenvolvido esta síndrome, porém, sem o diagnóstico realizado.

"O W. (nome do paciente) foi um grande aprendizado." (V., med., 23a. exp. prof., GF1).

Em seus discursos, destaca-se que há uma percepção de perda de massa muscular, principalmente nos pacientes mais jovens quando ocorre edema, seguido de perda de peso, ocasião em que ocorre a regressão deste acúmulo de líquidos e o organismo vai sofrendo adaptações a este quadro.

"Noto. Noto que perdem, perdem MASSA...Esses 'novos' que estão internados. Alguns acabam perdendo. Depois eles edemaciam muito… Eles diminuem, mas de um modo geral...." (V., med., 23a. exp. prof., GF1).

Sobre a temática desnutrição, embora as classificações sejam claras, os participantes da área médica relacionavam essa questão como um risco apenas à infância, não em adultos. No caso de pessoas internadas, a percepção é que há grande frequência desta condição clínica, ou seja, a desnutrição é tomada como algo comum; passou a ser considerada como normal no ponto de vista desses profissionais. Por outro lado, esses profissionais colocavam a questão da desnutrição como uma condição de mau prognóstico, sem necessariamente relacioná-la à SR. Este entendimento tem afinidade com os dados da literatura, pois quando cerca de 50 % dos depósitos de proteína se esgotam, pode ocorrer uma resposta do tipo infecção renal (MAHAN. 2012).

"Difícil, né? Porque a pena é um sentimento.....Muito, muito difícil. Mas isso é uma REALIDADE. A gente tem muito aqui no nosso país, nos nossos pacientes. Outra coisa, ... É o tipo de doença que esse paciente tá naquele momento. Porque ele foi para UTI? Porque esse está assim? Será que ele está com uma doença consumptiva? Né? Faz parte do quadro e dificilmente ele vai melhorar, né? (...) Diferente de uma outra doença, metabólica...Um processo pneumônico, que você tem como! Toda vez que eu vejo esse paciente, a princípio...Eu já penso em um mau prognóstico, tá? (...) Mas o sentimento que é um paciente difícil, tá? E

que está dependendo principalmente do tipo de patologia que ele tem." (V., med., 23a. exp. prof., GF1).

No segundo grupo focal, houve a discussão de outro caso, vivido pela profissional em uma unidade de saúde de uma cidade vizinha, ocorrido fora do local da pesquisa. Um caso clínico, aqui identificado por G., de um paciente que, por falta de acesso, socorro e comida, foi definhando. Teve uma ferida na perna infectada, o que levou à perda do membro - o episódio foi descrito de forma dramática, ilustrando o quanto esse tipo de paciente é capaz de mobilizar emocionalmente os membros da equipe de saúde, principalmente em situações de grande vulnerabilidade socioeconômica, durante o qual médicos de diversas áreas, assim como outras pessoas (profissionais de uma unidade de pronto atendimento e da central de regulação de vagas hospitalares) que não estavam diretamente relacionados com o caso, ficaram extremamente comovidos, como relatamos no diálogo a seguir:

"Um paciente caiu e se machucou em casa. Só que ele morava para dentro ((referindo que era uma região sem acesso)). Então, não tinha como ele pedir ajuda para fora."
(O., med., 29a. exp. prof., GF2).
"Uhn.... Ele foi definhando...."
(P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*
"Sim! Ele foi definhando, a perna dele teve que ser amputada, porque no ferimento, ela foi destruída pelas moscas. Então, quando trouxeram ele para dentro do PS.... Ele conseguiu chamar alguém que estava fazendo uma caminhada...Aí chamou a Ecovias. A Ecovias entrou no MC. (...) O que ele entrou no PS, o cheiro era INSUPORTÁVEL, mas, o mais interessante: todo mundo que estava nos consultórios, nas enfermarias ((os profissionais de saúde)), os que estavam na pediatria. TODO MUNDO se mobilizou para aquele paciente. EU NÃO SEI quantos saíram para comprar suco, chá, pão de queijo. [risos] (...)Em volta dele tinha muita comida. (...) Era um banquete. Ele olhava pra quilo e não entendia o que estava acontecendo. Aí ele falava assim: é tudo para mim? Toda a equipe.... Até a pediatria, que não tem nada a ver com a parte clínica, saiu de onde estava para ver o estado daquele homem. Que amputou uma perna porque não tinha o que fazer, o que comer...."
(O., med., 29a. exp. prof., GF2).
M: "Qual o sentimento que você acha que levou estes profissionais de sair do PS para comprar comida, alimentos?"
"Essa briga....Eu não sei, eu acho que todo mundo ficou muito COMOVIDO com essa história de não ter conseguido pedir ajuda na pista, de ter ficado dentro de um sítio.... Uma pessoa que conversava bem, que falava bem...E que perdeu a perna. (...) É, quando a foto foi parar na regulação. Até quem nunca ligou no PS, que foram os ortopedistas, se sensibilizaram.' PODE MANDAR'! Se não tem vaga na clínica, vai ter vaga para ela na ortopedia e agente aciona a galera do hospital. Ou seja, até quem não tá nem aí, né?...Porque ortopedista é aquela história, né? (...) Se comoveram de ver aquele homem, naquela situação [incompreensível]. Foi uma das PIORES coisas que eu vi na minha vida!
(O., med., 29a. exp. prof., GF2).

No ambiente hospitalar, cada paciente possui um prontuário com vários formulários médicos e dados do paciente, assim como sua condição de saúde. Dentre eles, temos a prescrição médica, que é uma lista com todos os cuidados, medicamentos, insumos e nutrientes que este indivíduo irá receber em tempo integral. Essa prescrição também é uma ferramenta de comunicação do médico do paciente com os demais profissionais de saúde. Nesta listagem de itens que compõe a prescrição médica, a indicação do tipo de alimentação que o paciente irá receber é a primeira informação a ser preenchida pelo médico, dada sua importância. Porém, algumas vezes, esta equipe, a EMTN, se depara com equívocos desta determinação. Nos dois encontros, o reconhecimento da falta do domínio na prescrição dietética, assim como sobre a TN, foi relacionado à provável falha na formação médica. As médicas participantes relataram que, quando são questionadas pela equipe de enfermagem quanto ao tipo de dieta a prescrever para os pacientes atendidos, sentem-se pressionadas e despreparadas e, quando realizam a prescrição, acham-se inseguras, como podemos observar no diálogo a seguir entre nutricionista e uma médica.

A observação aparece no diálogo a seguir entre nutricionista e uma das médicas, ao longo do qual o problema é apontado. Desta maneira, podemos concluir que há uma concordância de que no ensino médico existe uma lacuna a ser preenchida.

"Esse é o item número um da prescrição de vocês ((do médico))"
(P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*
"Então, uma coisa que eu acho que causa perda o geral .... Como você falou O., que no caso de G., você é a nutricionista de tudo... E a minha experiência como prescrição médica, Infelizmente é que o item um de vocês, geralmente, tem muito erro. Justamente porque vocês não têm esse domínio. Porque na faculdade não ensina."
(P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*
"É verdade!"
(O., med., 29a. exp. prof., GF2).
"...Então, na graduação já existe essa deficiência, né?...Então, tendo um nutricionista é fundamental. (...) Uma coisa para evitar essa perda é um serviço de nutrição e dietética."
(P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*
"É isso que a gente quer."
(O., med., 29a. exp. prof., GF2).

A cidade de Santos possui duas faculdades de medicina e em nenhuma delas encontramos a disciplina de Nutrologia na grade curricular. Os cuidados com a nutrição são fracionados em várias disciplinas como, por exemplo, a pediatria e a clínica médica. Embora pouco conhecida até mesmo no meio médico, a Nutrologia foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1978. É a especialidade médica que estuda os nutrientes dos

alimentos, suas funções no organismo e sua fisiologia. A Nutrologia também atua na prevenção, diagnóstico e o tratamento dos distúrbios de nutricionais.

B.2 – O ponto de vista dos nutricionistas que participaram da pesquisa

Os profissionais da nutrição participantes também reconhecem que há uma falha na formação dos médicos, pois observam equívocos na prescrição dietética, assim como na terapia nutricional, quando indicada pelos médicos. Por outro lado, em seus discursos, houve o reconhecimento da importância do serviço que a EMTN realizou no local da pesquisa; mesmo sem contar com o trabalho de um nutricionista por oito anos e com recursos limitados, foi bastante atuante para o sucesso terapêutico do paciente M.

"Imagina, naquela escara cabia um punho dentro. Imagina numa estrutura mais completa até onde a gente poderia chegar?" (S., nutric., 11a. exp. prof., GF1).*

Nos dois grupos focais, foi relatado que os nutricionistas tinham algum conhecimento sobre o diagnóstico de SR, porém sem a clareza necessária. No primeiro grupo focal, a nutricionista trouxe um aspecto a ser considerado: devido à falta do diagnóstico e/ou da terapia nutricional precoce, por falta de uma EMTN completa, é preciso considerar que o número de casos identificados não foi significativo, corroborando com a opinião das médicas participantes sobre a possibilidade de que o número de pacientes com diagnóstico de SR, que passaram sem o diagnóstico, poder ter sido muito maior.

"Eu não tinha tanto esse olhar que a EMTN deu, de saber avaliar todos os aspectos clínicos associados a isso. Mas eu tinha muito isso, mais por causa da formação de nutricionista. A gente já tem que prestar mais atenção nisso. Mas essa clareza de alteração de exames, ela veio com a EMTN." (S.; nutric., 11a. exp. prof., GF1).*

Tais reflexões nos levam a considerar a importância de se ter uma equipe integralizada, com médico nutrólogo, nutricionista, como refere a RDC 63/2000, bem como um serviço de nutrição e dietética, pois, como foi mencionado, no caso da SR, há risco de morte para o paciente e não somente de intercorrências.

Outro ponto importante foi a possível relação entre a situação de perda de peso dos pacientes internados e as situações de jejum prolongado. Os profissionais relataram que, na unidade em que a pesquisa foi realizada, os pacientes ficam das 17:00 horas até as 8:00 horas do dia seguinte sem se alimentar. Outros pontos apontados como provavelmente associados à perda de peso, estão a inapetência e a diarreia, que são efeitos colaterais que podem estar relacionados ao uso de algumas medicações, como, por exemplo, antibióticos.

Litchford (2014) expôs sobre a influência do edema como fator que interfere na mensuração do peso e medidas. Este problema também foi apontado no primeiro encontro, por dificultar a aplicação de fórmulas para cálculos antropométricos e, portanto, a identificação de pacientes desnutridos.

"Eu só queria complementar, que esse edema atrapalha nas medidas de acompanhamento, né? Da avaliação nutricional deste paciente. Por mais que existam fórmulas você desconta um pouquinho esse edema, né? Ele já te atrapalha em monitorar essa perda. Pelo menos, da minha parte é isso que eu percebo: por mais que a gente desconte, que leve em consideração isso, atrapalha até na nossa percepção de mensurar, né? Essa perda."
(S.; nutric., 11ª. exp. Prof., GF1).*

Outro ponto relevante abordado pelos participantes dos grupos focais, foi a observação de que a maior parte dos pacientes que são internados no serviço já estão acamados. Os participantes lembram que os que são moradores de Santos, provavelmente, são atendidos pelo serviço de atendimento domiciliar do município (SEADOMI), o que deveria facilitar o acesso a informações sobre a evolução clínica dos pacientes, ou seja, um intercâmbio de informações sobre o prontuário do paciente, que deveria ser uma medida prática, muitas vezes, deixa de ocorrer, ou aponta para informações discordantes. O que é preciso destacar é que, nesses casos, é preciso um questionamento (e um acompanhamento) para, de fato, compreender o que ocorre com o paciente. Mas esse questionamento, entre os serviços, acaba por "se perder":

"Uma coisa que a gente tem que complementar quando faz a anamnese…Em paciente...Acamado, que se perguntando algumas coisas...Promovendo...Quando é proveniente do Serviço de Internação Domiciliar (...) Mas o que eles conhecem do acompanhamento do paciente, é outra. Então, algumas coisas eu tenho colhido também com eles." (S.; nutric., 11a. exp. prof., GF1).*

Um dos profissionais da nutrição trouxe uma fala para lembrar que, se por um lado a magreza parece despertar comoção, em muitas situações, por outro lado, o paciente obeso (e que também pode estar desnutrido) tende a ser tratado com desdém e geralmente ocorre dificuldade no reconhecimento de pacientes acima do peso em desnutrição, ou seja, aponta para situações de discriminação ou preconceito da equipe de saúde voltados ao paciente obeso. Nesse sentido, o papel do nutricionista, assim como o da psicóloga são fundamentais para trabalhar, não apenas os conceitos referentes à questão da desnutrição, mas também realizar um trabalho de desconstrução de pré-conceitos e ideologias sobre o assunto.

"Então, nesse caso...Isso acontece porque é um paciente desnutrido. Se fosse um obeso, que também está com fome e que também pode estar desnutrido, que ocorre muito dentro do hospital. O médico, o nutri, o enfermeiro vai falar: deixa passar fome porque tá gordo. Tem que emagrecer!" (P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*

No primeiro grupo, havia uma nutricionista que oferecia assistência esporádica no local pesquisado; atuante num período anterior à pesquisa, quando o pronto socorro não contava com um profissional efetivo da sua área, seus relatos refletem a ansiedade dos profissionais. Ora devido à falta de parâmetros, ora, pela falta de acompanhamento.

"Toda essa retaguarda que toda nutricionista dá para o serviço, não é só fazer as avaliações. Observar um pouco ao longo do dia.... o contato com esse paciente todos os dias. Não só fazer a avaliação e mensurar isso durante a internação. Eu acho que naturalmente é esperado que vocês consigam evoluir menos. Bate com a tua ansiedade, com a de todo mundo, talvez, porque vocês têm menos paramentos, né? Não ter um nutrólogo todos os dias, faz falta, não ter nutricionista para olhar esse todo, faz falta...não só para fazer avaliação, é?...e....é realmente um pecado a gente não ter essa avaliação." *(S.*; nutric., 11a. exp. prof., GF1).*

Em outro momento a participante destaca o risco ao nutrir um paciente e reforça a condição de risco de vida com estes pacientes críticos.

"A gente está tratando de um risco de vida, não só de...intercorrências. Então, é esperado mesmo que se tenha cuidado mesmo nessa avaliação, porque você pode estar dando muito mesmo e estar prejudicando a evolução desse paciente. Então, a gente precisa de mais parâmetros sim." (S.; nutric., 11a. exp. prof., GF1).*

B.3 - O ponto de vista dos enfermeiros que participaram da pesquisa

O controle do peso dos pacientes tem sido alvo de preocupação por parte da equipe de saúde. Muitas práticas terapêuticas necessitam desta informação, seja na administração de medicamentos, que são calculados em miligramas ou mililitro por quilograma de peso, ou para os cálculos para o aparelho de ventilação mecânica (respirador). Nas falas, observamos que há uma preocupação com essa questão, demonstrada por meio da busca de estratégias para aferição de peso. É fundamental destacar que quando uma equipe de saúde tem conhecimento sobre a importância e as consequências desse dado, há uma maior tendência de que o grupo busque construir (individualmente ou em conjunto) estratégias para lidar com este problema.

"Uma sugestão que eu teria, talvez, se tivéssemos nos impressos um espaço, um campo de PESO (...) talvez teria legal para lembrar" (C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*

Diante da troca de informações e experiências sobre desnutrição e SR, nos dois grupos focais foram abordadas preocupações quanto à necessidade de construção de estratégias para a minimização do risco de perda de peso dos pacientes, sendo que ficou evidente para todos que a dificuldade em aferir e acompanhar o peso inicial e consecutivo dos pacientes é um fator que precisaria ser suficientemente enfrentado. Sendo assim, algumas sugestões foram levantadas nos dois grupos focais, na forma de troca de experiências. Uma das enfermeiras relatou sua experiência em outro serviço, no qual é colocado no protocolo de rotina para os profissionais a necessidade de se mensurar o peso dos pacientes que não estão entubados, além de outras tarefas diárias:

"*É a primeira rotina da gente, seis horas da manhã, só não pesa os pacientes que estão entubados" (H.*, enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

A percepção da perda de peso foi uma questão destacada principalmente nos pacientes que chegam para internação debilitados e inapetentes. Porém, a terapia nutricional precoce foi assinalada como importante indicador para a recuperação dos pacientes. Outro ponto destacado foi a importância da mensuração do peso dos pacientes durante a internação e seu acompanhamento. Uma das participantes apontou a dificuldade de implantar e aplicar os protocolos já existentes, supostamente por uma resistência dos profissionais às mudanças, o que nos faz considerar a importância de um esforço conjunto com a gestão institucional para divulgação e aplicação destes protocolos.

"A gente poderia detectar mais precocemente essa perda de peso (...) Para a gente ver a perda de peso, se fosse feito na admissão, o peso do paciente, seria o ideal." (C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*

Nesse sentido, destacamos que os sentimentos em frente à compreensão dos riscos e consequências da perda de peso levam à adoção de cuidados individualizados. Logicamente, se não há conhecimento, não há prevenção possível na prática.

"Esse sentimento de incapacidade sempre ressurge, quando a gente vê um paciente assim, né? Porque a gente sabe que é um paciente que vai ter dificuldade de tolerar, né? Também... E alimentando ele, mesmo que gradativamente, nem sempre ele vai tolerar, né? Ele vai ter: diarréia, ... distensão e uma série de coisas... principalmente quando está com dieta enteral,

que são os que a gente acompanha. E aí, então, é um paciente bem difícil, mesmo. Tem que ter discussão todo dia do caso, né?" (C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*

Destacam-se nas falas desses participantes sentimentos relativos à comoção gerada pela situação de fome, que, diferente de uma doença, é considerada um estímulo potente, que afeta e sensibiliza a todos, como vemos na seguinte fala:

"Até as outras pessoas ficam tocadas" (C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*

Diante disso, uma das participantes que ocupa cargo de chefia, quando observa a equipe sensibilizada, se sente de mãos atadas, com sentimento de frustração e impotência, por não poder tratar dessa questão, sob o ponto de vista da saúde do trabalhador. A partir deste diálogo, no segundo grupo, impressões emocionais foram relatadas nos discursos das equipes de enfermagem participantes:

"Eu acho que essa coisa que mexe com FOME.... Assim... É....(...) Mexe...Lembra quando saiu na mídia, daquela criança que desmaiou na frente da escola e repercutiu na TV... Então, quando fala que é fome.... Sensibiliza muito, porque.... Passa mal PORQUE ESTÁ COM FOME? É algo externo. NÃO É UMA DOENÇA interna, que tenha dor, em que o corpo está infectado por uma bactéria. É uma coisa.... Falta estímulo externo, que é a COMIDA." (H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

Em outro momento do grupo, duas participantes reforçam esta questão da sensibilização dos profissionais de saúde, diante de pacientes nesse contexto, destacando sentimento de impotência e frustração

"Eu acho assim, só observando a equipe da enfermagem. Isso eu vejo que mobiliza mais a equipe quando lida com uma situação dessa...O exemplo maior é o A. ((referindo-se à um paciente em caquexia internado no PS), que está aqui na sala de emergência. Eu acho que eles se sensibilizam mais. Então, eu me sinto PÉSSIMA, porque a gente fica com as mãos atadas, tentando resolver o problema e às vezes o que ele precisa, nós não temos acesso na rede, na unidade. Isso causa uma sensação de frustação muito grande...Mesmo, né? (...) IMPOTENCIA. Então, eu acho que a equipe fica mais sensibilizada...MESMO aquelas pessoas que não tem muito isso, não são sensíveis, se sensibilizam mais." (H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

B.4 - O ponto de vista dos técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa

No primeiro grupo focal, os participantes se mostraram interessados com o registro do peso, inclusive mostrando propostas para realizar esta medida:

"Se a enfermagem for treinada e puder fazer...Eu acho que a gente pode, tá?...Porque os nossos pacientes são geralmente crônicos, acamados e entubados. Então a mensuração tem que ser feita com as fitas e tal e de tal jeito, que eu não sei exatamente como é! Mas aí, você teria o parâmetro da INTERNAÇÃO...E a evolução desse peso: durante a internação e durante os episódios de diarreia e dessas coisas todas. Mas aí a S. pode explicar, não se a gente" ((referindo-se as técnicas de enfermagem)) pode fazer isso" (A., téc. enf., 20a. exp. prof., GF1*.

Em outras falas também se observa uma preocupação de ordem prática, quanto à questão da aferição e controle de peso, como vemos nas falas de A. Além disso, as profissionais reconhecem que o tipo de paciente que é internado nesse equipamento muitas vezes já chega em um estado debilitado e prostrado, o que dificulta ainda mais uma ação prática na aferição do peso.

"Aí nós temos um problema: nosso público é um público acamado. Então, a família não tem mais essa noção. Os pacientes JÁ VÊM de casa com um período de.....de…de acamado. Então: há 10 anos atrás, quando ele andava, ele pesava tanto! Então eu acho que perde um pouco o parâmetro (...) Os pacientes que deambulam ficam fácil. A gente pode até perguntar, mas tem MUITOS pacientes, a maioria do nosso público; na verdade. São pacientes que JÁ SÃO DEBILITADOS e quando eles CHEGAM para nós, elas já chegam, ou acamados, ou a família só fica com ele na cadeira de rodas. Da cadeira de rodas para a cama...Essas coisas. É.…Teria que ter um plano 'B'" (A., téc. enf., 20a. exp. prof., GF1).

Na atividade proposta com as imagens, diante de fotos de indivíduos com deficiência nutricional que apresentavam edema, dúvidas surgiram quanto ao diagnóstico de desnutrição ou até mesmo a classificação de risco para a SR. Sendo assim, as profissionais técnicas em enfermagem - assim como outros profissionais - apontaram dificuldades em reconhecer perda de peso em pacientes acamados e edemaciados.

"Eu, se visse um paciente assim, não saberia dizer, porque para mim ele está edemaciado. Não saberia dizer se ele está desnutrido ou não."
(A., téc. enf., 20ª. exp. Prof., GF1).

Sobre a percepção da perda de peso, fatores como diarreia foram mencionados, assim como o jejum prolongado, enquanto fatores importantes para a diminuição da ingesta, com consequente perda de peso e interferência nas medicações. Destaca-se em seus discursos a sugestão da inclusão de mais uma refeição após o jantar.

"Paciente com dieta via oral, eu acho...É assim. Na minha opinião, tem alguma coisa que precisa ser ajustada. Assim, o paciente ... a ÚLTIMA refeição dele é as dezesseis, dezessete horas. Aí ele vai ficar até as oito da manhã do outro dia para comer e assim, com isso, o paciente perde peso, SIM! Pelo menos na UTI, não tem como deixar um paciente trazer comida de casa. Entendeu? E esse tempo de jejum, eu acho, muito grande" (L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).

Outra questão que merece destaque nos discursos desses profissionais diz respeito aos sentimentos vivenciados diante de pacientes graves no período anterior à atuação exclusiva no local da pesquisa, assim como a padronização de condutas.

"As vezes a gente não tinha médico no final de semana.... e aí...dependendo ...esse paciente que entrou na 6ª feira a noite, lá, sem dieta e não tem médico.... aí precisava de dieta enteral.... ficava sem nada. Hoje, AGORA, a gente sabe que tem uma dieta padrão e tal, mas é muito triste ter UM PACIENTE DEFINHANDO, MORRENDO POR CAUSA DE COMIDA, GENTE. É muito triste, porque assim, o antibiótico é caro, o tratamento é caro, mas COMIDA...É INACEITÁVEL. Para mim é INACEITÁVEL" (L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).

Nos dois grupos focais ficou explicitado que há dificuldades relativas à algumas situações propostas na terapia nutricional como jejum prolongado, pausas desnecessárias (nos casos de diarreia, por exemplo), o desmame da sonda enteral, introdução de alimentos por via oral, entre outros, por indicação dos médicos plantonistas, que não são especialistas em TN. Revelaram que nessas situações, há uma pressão da equipe de enfermagem sobre estes médicos, solicitando uma prescrição nutricional e, as vezes os médicos plantonistas da UTI, relutam em realizar. Por outro lado, reconhecem a importância da EMTN e a importância da nutrição na recuperação do paciente.

"Porque eles pausavam, deixavam pausada porque ele está com diarreia... E até o conceito de diarreia, porque o paciente evacuava uma vez."
(H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*
"Já era diarreia."
(L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).
"É! "Tá com diarreia? Para a dieta!". Isso não acontece mais. É ótimo!"
(H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

Em outro momento, a fala das profissionais de enfermagem nos dois grupos focais realizados reforça e reconhece equívocos na prescrição dos médicos; eles, consequentemente, acabam colaborando com essa "pressão" sobre os primeiros. Diante desse fato, os plantonistas da UTI cobram ações quanto à questão alimentar dos pacientes.

“Porque os médicos também tiveram um pouco de dificuldade de entender. Até acho que isso, até um pouco forçado da enfermagem, mesmo. “Puxa, doutor...O paciente está sem comer...”. (A., téc. enf., 20a. exp. prof., GF1).

“Avisa ao doutor, porque o ‘doutor’ não é nutrólogo. Aí ele fala: “Desliga a dieta!” Mas a gente fala: “Não doutor!” .... A gente discute com o doutor.” (L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).

B.5 - O ponto de vista das fisioterapeutas que participaram da pesquisa

Ao ser considerado o importante papel do fisioterapeuta surgiram questões relevantes sobre como deve atuar esse profissional no contexto apontado. A situação de desuso da musculatura respiratória devido à ventilação mecânica e atrofia pela imobilização e sedação (situações em que o paciente não tem contração muscular) podem ter relação importante com a questão da perda de massa muscular. Diante desta perda de massa muscular rápida e constante, como visto nas pesquisas de Kress (2014) e Toledo e Castro (2015), as profissionais dessa área relataram uma preocupação com a rápida recuperação nutricional, assim como a saída da ventilação mecânica ou, em outras palavras, o desmame do aparelho.

De acordo com as falas das fisioterapeutas que participaram da pesquisa, elas se mostraram muito preocupadas com os casos e com pressa na recuperação dos pacientes, focando em uma vertente prática e objetiva, considerando o fundamento de sua intervenção no corpo do indivíduo, ao levarem em consideração as condições efetivas para isso:

“Eu tenho pressa em tratar rápido, porque quando os pacientes chegam em insuficiência respiratória, quanto mais tempo entubados, mais perda de massa (...) *Inclusive em perda de diafragma, né? Começa a criar um tipo de hipotrofia diafragmática ...por DESUSO, porque tá na ventilação mecânica. Então, eu tenho um pouco mais de PRESSA de que eles sejam.... imediatamente desmamados*” *(R. físio. 15a. exp. prof., GF1).*

“É muito complicado! Porque.... A gente não sabe o que esperar, não saber até que ponto ele pode evoluir. (...) Porque claramente ele não tem reserva muscular.” (B., fisio. 9a. exp. prof., GF2).

As fisioterapeutas foram coerentes com as observações de Puthucheary (2013), que aponta sobre a rápida perda de massa muscular em pacientes críticos, imóveis ao leito e que respiram por meio de aparelhos. A maneira citada pelas profissionais nos dois grupos para minimizar esta perda é optar por 1 tipo de fisioterapia, motora (muscular) ou respiratória.

"Se eu faço uma fisioterapia de forma muito passiva, ele não precisa me ajudar.... Eu sei que não estou contribuindo para melhorar o trofismo dele. Então, é puramente alívio…De tempo de acamação, do imobilismo. É.....Por exemplo, uma ajuda vascular ...Para impedir estase, formação de trombo... (...) Se eu peço para ela fazer uma atividade forçada, que é que realmente vai forçar a musculatura, eu corro risco de ele fatigar e piorar o quadro dele (...) Tem que ter uma sensibilidade muito grande na hora de solicitar algum tipo de atividade com ele. (...) Principalmente respiratória. Só de trabalhar a ventilação, você está concorrendo, a musculatura diafragmática, musculatura acessória. Então, o tipo de estresse que eu produzi." (...) "Ele entra em fadiga. E a fadiga diafragmática. É tubo!.... E o tubo PIORA a condição muscular." (R. físio. 15a. exp. prof., GF1).

"EU acho, principalmente, naqueles que entram em sepse... Entram em todo processo catabólico, eles perdem massa SIM! Alguns, eu até tenho que priorizar: ou eu faço a fisio motora ou eu faço a fisio respiratória para desmamar ele da respiração ((mecânica)). Porque eles cansam muito, eles não têm capacidade de expandir. Perdem muita força motora." (B., fisio. 9a. exp. prof., GF2).

Diante disso, destaca-se nos discursos dessas participantes que há uma busca por opções de fisioterapia a serem aplicadas especificamente em pacientes com grande perda de massa muscular, sendo necessário optar entre a fisioterapia passiva e a ativa. A fisioterapia é denominada ativa, quando o paciente realiza o movimento voluntariamente. Quando não há participação do paciente no movimento, somente do profissional, a fisioterapia é passiva (SILVA, 2014). Os participantes relataram que na fisioterapia passiva há melhora do trofismo, com menor esforço do paciente, o que traz a sensação de alívio. Também é observada melhora vascular, com impedimento da estase e formação de trombos nos vasos sanguíneos. Na parte respiratória, com a fisioterapia ativa aliada à participação do paciente, ocorre significativa perda de massa muscular, com agravamento do quadro respiratório e fadiga. A musculatura torácica acessória entra em competição com a musculatura respiratória. Sendo assim, a fisioterapia passiva, respiratória, foi apontada como a mais recomendada nestes quadros, incluindo a SR.

É interessante notar que ocorre uma fala da fisioterapeuta, que também mostra, com o suporte de sua experiência, outro modo criativo de aferição do peso aproximada, no caso de pacientes acamados:

"Para a gente é mais fácil chutar a altura do que chutar o peso. Eu acho. Porque você tem como referência o tamanho da cama (...) Do colchão" (R. físio. 15a. exp. prof., GF1).
M: "Então, Só frisando. (...) A partir da altura, que você estima o peso ideal."

“Eu ...Acho o peso ideal.” (R. físio. 15a. exp. prof., GF1).

Esta fala da fisioterapeuta refere-se ao cálculo bruto do pelo Índice de Massa Corpórea (IMC), que é fundamental para determinar e classificar em que faixa de peso o paciente se encontra, sendo que esse tipo de aferição é uma conduta recomendada pelo Ministério de saúde (2017), por meio da divulgação do SISVAN. Nos pacientes acamados, o ideal é o controle do peso com o auxílio da maca balança, porém essa não é a realidade da maioria dos hospitais do Brasil, como também não é no local da pesquisa. O IMC médio, que para adultos pode ser considerado 22kg/m2 e para idosos 24,5kg/m2 (BRASPEN/SBNPE, 2018).

Em exposição à atividade com imagens, uma das profissionais também mostrou dificuldade na identificação de casos de desnutrição.

“O dois e o cinco coloquei normal” (R. físio. 15a. exp. prof., GF1).

“Eu tinha tido a impressão de normal, aí...achei um pouco edemaciado, mas eu até fiquei na dúvida ... sem palpar, achei difícil” (R. físio. 15a. exp. prof., GF1).

B.6 - O ponto de vista das ajudantes de cozinha que participaram da pesquisa

Em seu relato, demonstraram percepção e preocupação quanto à perda de peso dos pacientes internados.

“Olha, eu já vi paciente que emagreceu... Por conta que ele não conseguia comer. E já vi pacientes assim, que você olha, assim, e via que ele cada dia tava mais magrinho.” (E. aj. coz., 16a. exp. prof. GF2).

“Muitos emagrecem...A gente nota, né? ...Não sei o motivo. Porque a gente não entra na parte de...Do médico, mas a gente nota que muitos emagrecem bem. A gente nota. Bastante.” (N. aj. coz., 16a. exp. prof. GF1).

Destacou-se no discurso a seguir, a preocupação com a aceitação alimentar por parte dos pacientes como uma apreensão presente e compartilhada com a equipe de nutrição e dietética e a EMTN. No segundo grupo, este cuidado também foi apontado, porém, com críticas à equipe de enfermagem.

“Nos levam a ter olhares para pacientes desnutridos. No idoso, se precisa daquele ‘suplementinho’ nos cuidados com a alimentação.” (M. aj. coz., 16a. exp. prof. GF1).

“Olha, a gente deixa a alimentação num certo horário ... Quando você vai no outro horário com outra alimentação, a anterior está ali, no mesmo lugar e as vezes você vê que são pacientes que não tem acompanhante. NÃO TEM. Então, depende do pessoal da enfermagem...e sendo

bem sincera, tem pessoas da enfermagem que estão aqui para ajudar, mas outras.... que estão aqui por estar. Esta é aminha opinião. Estou sendo bem sincera" *(E. aj. coz., 16a. exp. prof. GF2).*

Na atividade estruturada sobre o reconhecimento de um indivíduo em desnutrição houve o reconhecimento em uma das imagens.

"Acho que está desnutrido...." (M. aj. coz., 16a. exp. prof. GF1).

"Já vimos pacientes assim .... bem magrinhos, aqui na enfermaria" (E. aj. coz., 16a. exp. prof. GF2).

B.7 - O ponto de vista da psicóloga que participou da pesquisa

Para a psicóloga, as imagens de indivíduos em desnutrição constituíram um tópico que gerou dúvidas. Uma questão interessante foi observar que a profissional que participou da pesquisa trouxe como comparação sobre os quadros de desnutrição suas memórias de parentes nordestinos, que apresentavam características físicas parecidas.

M: "Qual que você achou que foi normal…. Desses números, dessas fotos?"
"Eu acho que o três....Era normal. Parece os meus parentes." (F., psic., 27ª. ex. prof., GF1).

Um ponto polêmico foi levantado por esta profissional, quando explicitado que os pacientes internados ficam em jejum prolongado, causado pelo intervalo entre a última refeição e a próxima do dia seguinte, causando indignação na profissional.

Outro ponto importante foi a possível relação entre a situação de perda de peso dos pacientes internados em função de situações de jejum prolongado. Os profissionais relataram que, na unidade em que a pesquisa foi realizada, os pacientes ficam das 17:00 horas até as 8:00 horas do dia seguinte sem se alimentar.

"Uma coisa que eu DESCOBRI quando fiquei na UTI e que fiquei impressionada é que a cozinha fecha cedo e depois... Num horário cedo e os pacientes ficam MUITO TEMPO sem comer, né? Aí é uma questão de humanização" (F., psic., 27ª. ex. prof., GF1).

Além desse tipo de reflexão, surgiram outras, sobre a dificuldade de conceber que um indivíduo possa sobreviver com tamanha magreza e ainda, que as fotos apresentadas sejam de indivíduos em melhores condições que os pacientes encontrados no local da pesquisa.

Quadro 22 – Caso clínico de um adolescente internado, D., acamado por paralisia cerebral em desnutrição grave na ocasião da internação.

Caso D.: paciente de 15 anos de idade, com paralisia cerebral e acamado. Alimentando-se com cerca de uma xícara de chá de dieta enteral em pó por dia, administrado por via oral pela mãe no domicílio. Família com baixa renda. Internado em março de 2017 na UTI do PS por insuficiência respiratória e caquexia (figura 15). O peso referido foi de 17 kg. e altura medida, 1.08 m. Peso esperado para uma criança de 6 anos de idade. A terapia nutricional foi rapidamente estabelecida, de maneira criteriosa com administração de dieta enteral por meio de sonda. Permaneceu internado por dois meses na UTI, quando foi solicitado transferência para outro serviço para realização de gastrostomia. Infelizmente, tivemos informações que ocorreu algumas intercorrências e faleceu dias após a transferência, por complicações clínicas, sem realizar o procedimento (gastrostomia).

Figura 15 – Imagem do paciente, D. durante a internação

Fonte: imagens do arquivo da pesquisadora, 2017

Legenda: desnutrição grave, tipo marasmo, com importante perda de massa muscular e gordura.

"Pensando no paciente que está na UTI, o D, né?...É uma coisa impressionante. Eu nunca vi ninguém tão magro assim... Esses…Esses ((referindo às imagens da temática 2)), *que a gente está vendo, acho que não chega perto. Aliás, eu não sei como é possível vida em alguém tão magro. E como esta condição de magreza junto com a deformidade que ele tem, como afasta as pessoas dele. Acho que as pessoas têm dificuldade, de cuidar, acho, talvez. Que a reinternação tenha a ver um pouco com estas questões, a nutricional...Como que é POSSÍVEL esse rapaz estar vivo nesta condição? (...) Me falaram que ele pesa dezoito quilos...É isso?"*
(F., psic., 27a. ex. prof., GF1).
"Dezessete!"
(V., med., 23a. exp. prof., GF1).
"Antes, né? Durante a internação, ele perdeu, né?"
(C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*
"Ele chegou com dezessete quilos e quinze anos"
(A., téc. enf., 20a. exp. prof., GF1).
"Me diz uma [coisa ...="
(F., psic., 27a. ex. prof., GF1).
"[O organismo vai se adaptando ao mundo"
(V., med., 23a. exp. prof., GF1).
"É!"
(C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*

C. Núcleo estruturador do discurso – Pontos de vista da equipe de saúde e da EMTN sobre o trabalho da TN: críticas e sugestões sobre um processo em construção.

C.1 - O ponto de vista da equipe de saúde sobre o trabalho da EMTN.

O trabalho interdisciplinar, assim como o comprometimento dos profissionais, tanto da EMTN quanto os da UTI, foram destacados no diálogo sobre o fato de uma paciente que estava naquele momento internada e sendo transferida para a enfermaria, caso no qual a Nutrição Enteral foi uma das maneiras para recuperação nutricional, sob o ponto de vista dos entrevistados. O termo 'desmamou' é utilizado no meio hospitalar, neste caso, quando ocorre a reintrodução de alimentos pela boca, deixando gradativamente a alimentação por meio de sondas.

"A gente já chega, pega o paciente bem desnutrido, que internou para se alimentar com dieta enteral e o paciente saiu andando. (...) A dieta enteral é MUITO IMPORTANTE. MUITO. Principalmente na UTI."
(L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).
"Que nem aquela nossa paciente, que hoje foi para a enfermaria. A dona Z.. Ela chegou para a gente... ((todos concordam)) Ela chegou desnutrida..."
(B., fisio. 9a. exp. prof., GF2).
"Ela chegou bem mal."
(E. aj. coz., 16a. exp. prof. GF2).
"Ela desmamou da sonda (...) Eu lembrei, justo do caso dela, que a gente conseguiu reverter."
(P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*

Uma das questões a serem destacadas no diálogo acima é o reconhecimento do bom trabalho realizado, em um momento positivo de compartilhamento de experiências do grupo.

No primeiro grupo focal a EMTN foi alvo de críticas quanto à comunicação desta equipe com os demais indivíduos, que é falha com relação à determinados profissionais, como vemos nas falas:

"A única coisa que me chama a atenção assim, é que conforme vocês (da EMTN) fazem as mudanças, comunicar a todos os membros da equipe. Falar assim para a A.: olha, a gente vai trocar aqui essa dieta é para isso essa vai para tanto (...) Tipo dar um toque. (...) Isso, mesmo que o médico fale, vamos supor: ah, tá bom. Eles ficam preocupados com... Eles falam: "Eu acho que aumentou aqui... Nossa, mudou aqui para tal!" (...) Eu acho que isso é importante.

Falar:"olha, nós estamos mudando aqui ou nós vamos mudar essa dieta para tanto."Eu sei que para mim, você fala normalmente." (V., med., 23a. exp. prof., GF1).

Uma das participantes mostrou seu ponto de vista sobre a importância do diálogo entre as equipes e os profissionais em geral:

"Eu acho sempre legal, porque isso que a V. estava falando, poder conversar mais. (...) O que tem aqui, de uma maneira geral, é que as pessoas conversam muito pouco. Conversam entre os pares, mas no geral, tem uma falta de informação. Às vezes temos ruídos...Alguém fala uma coisa e é outra." (F., psic., 27a. ex. prof., GF1).

A maior parte dos participantes ressaltou a importância do trabalho de formação da EMTN, promovendo ações de cuidado específico às necessidades dos pacientes. Nas palavras da fisioterapeuta, vemos um reconhecimento do trabalho. Porém, a fala da psicóloga foi mais impactante:

"Quando tem um paciente que pontualmente, em que a abordagem de vocês (da EMTN) é imprescindível. Eu acho que é bem bacana. O W., eu acho que teve uma mudança muito grande da equipe, eu acho que teve uma aproximação. No curso que você deu, naquela aula... Foi muito legal. Eu senti que foi um MARCO da aproximação das pessoas para a equipe de vocês. Realmente, fez diferença, fez que as pessoas conseguiram ter um conhecimento que não tinham, tanto que a gente está falando, que é uma coisa diferente...Então foi muito bacana." (F., psic., 27a. ex. prof., GF1).

"Não cria conflito com nosso tratamento, com a nossa abordagem. A gente colhe, a gente sente um resultado positivo na intervenção da equipe…É no próprio desmame, na evolução clínica." (R. físio. 15a. exp. prof., GF1).

Diante de uma pergunta da moderadora sobre a percepção de perda de massa muscular pelos participantes, uma das médicas relatou sua dificuldade quando trabalha em um serviço que não possui EMTN, destacando a importância de poder contar com o saber desse tipo de trabalho e, além disso, relatou que se sente pressionada nesse tipo de situação na qual ela tem que assumir uma tarefa para a qual não se sente preparada e não recebeu formação específica. Este sentimento foi observado pelos demais profissionais provavelmente como uma falha na formação acadêmica na graduação em medicina.

M: "E sua opinião sobre a perda de massa muscular?"

"Eu venho de um serviço, [referindo-se a um serviço de saúde de uma cidade vizinha] que a nutricionista SOU EU, A médica! "Doutora, qual é a .... ((dieta)) (...) Que a senhora vai colocar? ... Eu não tenho serviço de nutrição lá. Eu tenho fisioterapeuta, mas não tenho nutricionista. Então, o paciente fica perdido. Então, prá mim...ISSO AQUI é outro mundo. Aqui é Estados Unidos e lá, uma Cuba. (...) Eu nunca tinha ouvido falar de uma nutróloga num serviço de emergência. (...) Aí, se perguntam: "qual a nutrição?" Gente, eu não sei! Eu vou fazer o cálculo como? EU NÃO SEI! Não sou nutricionista, não sou nutróloga! (...) ...Doutora, agora tem que mandar e-mail para vir a dieta, porque senão, como é que a gente vai fazer? (...) AQUI, eu não tenho que me preocupar com isso." (O., med., 29a. exp. prof., GF2).

Para as profissionais da cozinha o papel da EMTN não estava bem claro, certamente por não contar com um nutricionista clínico na unidade por muitos anos. De modo geral pensam que a proposta da EMTN é apenas a definição de condições especiais para alguns pacientes, mas reconhecem positivamente o trabalho feito.

"Eu acho que vocês colaboram mais na parte da UTI, né? Vocês sempre dão orientação para nós, né? Falando o que a gente pode fazer o que a gente pode dar para os pacientes." (M. aj. coz., 16a. exp. prof. GF1).

"É que vocês procuram a gente pouco. Vou ser sincera, vocês só falam daqueles pacientes que precisam de uma alimentação mais diferente, um mingau, fora do horário, etc." (E. aj. coz., 16a. exp. prof. GF2).

No segundo grupo focal foi notado uma grande diferença no comportamento da equipe a partir de novas técnicas de abordagem da EMTN com os profissionais:

"Eu acho que a equipe multiprofissional melhorou MUUUITO, porque eu venho em que teve época.... TODOS os pacientes tinham diarreia.....E as pessoas culpavam a dieta enteral. Ficavam três dias com dieta parada até não ter mais o que sair, né? E aí...isso era muito triste de ver e faz muito tempo que isso não acontece mais, né? Porque eles pausavam, deixavam pausada porque ele está com diarreia... E até o conceito de diarreia, porque o paciente evacuava uma vez."
(H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*
"Já era diarreia."
(L., téc. enf., 5a. exp. prof., GF2).
"É! "Tá com diarreia? Para a dieta!". Isso não acontece mais. É ótimo!"
(H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

Esta mesma participante reconhece as dificuldades da equipe, geradas pela falta de recursos, mas percebe que, apesar disso, quando a equipe de EMTN passou a se dedicar

exclusivamente ao serviço em que são vinculadas, tiveram uma visão interdisciplinar mais atenta às questões ligadas à TN e, consequentemente, os resultados positivos foram superiores.

"No início, a gente não tinha esse conhecimento tanto, da EMTN... Porque vocês eram responsáveis por todas as unidades. O serviço de vocês não estava tanto à mostra pra gente. Vocês não tinham 'pernas'... então, a gente não conseguia enxergar no geral. No início, foi como a B. falou: faltava o conhecimento da equipe, ver o trabalho, das capacitações. Hoje, entender que diarréia com dieta... Nem sempre dá diarréia.... Aí a gente começou a instituir horário de instalação, local de manipulação. Na uti, não tem o que se falar, em relação a nutrição enteral, mas nas enfermarias a gente ainda tem algumas dificuldades." (H., enferm. 6a. exp. prof., GF2).*

A falta de estrutura também foi destacada no primeiro grupo, mas não foi impedimento para um bom trabalho, e reflexões surgiram:

"Quando ouço falar do M. ((referindo-se a um paciente internado na UTI por mais de 2 anos)), que parei de atender aqui há 1 ano atrás...meu Deus! Eu lembro como era aquela escara...como era difícil A gente sem estrutura conseguiu fazer isso! (S., nutric., 11a. exp. prof., GF1).*

C. 2 O ponto de vista dos membros da EMTN sobre o entendimento dos participantes sobre as ações da equipe de terapia nutricional

O ponto de vista da EMTN se traduz nas falas de uma representante como uma autocrítica ao trabalho desenvolvido; afirma que há um trabalho feito, mas faltam divulgação e aplicação. No entanto, a falta de estrutura também é destacada:

"Falta de nutricionista, para começar. Eu acho que uma coisa que a gente precisa focar mesmo sem ter nutricionista… Na tentativa de implantar os protocolos, com o que dá para a gente implantar, porque eu ouço muito isso: "Não tem protocolo, não tem protocolo, cada um faz de um jeito, não tem protocolo". Estar sentando mais com as equipes, ir nas equipes e discutir: "Olha gente, isso aqui, nesse caso", ... Como vai ser feito, como vai ser a admissão, como vai ser feito para não se ter a síndrome da realimentação?"
(C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*
M: "Então, o protocolo já existe, mas...Não é aplicado."
"Sim, a implantação, porque para a equipe, muitas vezes eu ouço isso: "Não existe protocolo". Eu digo: "Existe!" Falta a gente sentar, conversar, implantar." (...) "Para ficar claro."
(C., enferm., 5a. exp. prof., GF1).*

A confiança do trabalho em equipe surgiu como um ponto a ser destacado:

"Prá mim é muito importante estar aqui com vocês desenvolvendo esse trabalho, a confiança que eu deposito em vocês e que vocês depositam em mim, porque quando a gente tem confiança

no outro, a gente consegue andar de mãos dadas com muita facilidade, né? Porque cada um sabe do seu jeito e a gente consegue aos poucos, cada um na sua especialidade, trazer o paciente de volta, que é o que a gente precisa fazer, recuperar o paciente, independente se ele come por boca, se é por sonda, se não abre o olho, se não fala, se ele respira, se não está respirando, se está respirando por aparelho, enfim. Independentemente do que for. Essa é a minha visão." (P., nutric., 4a. exp. prof., GF2).*

6.3 - COMENTÁRIOS GERAIS SOBRE OS GRUPOS FOCAIS: OBSERVAÇÕES DOS ASPECTOS VERBAIS E NÃO VERBAIS DOS ENCONTROS.

Em uma entrevista individual, não há interação entre diferentes sujeitos, além do entrevistado e o entrevistador. Consequentemente, não teríamos a oportunidade de troca de experiências e opiniões entre os participantes da pesquisa. Com o uso da estratégia dos grupos focais foi possível identificar elementos de ordem emocional e comportamental que podem vir a interferir no atendimento de pacientes em situação de desnutrição e Síndrome de Realimentação.

Os dois grupos focais ocorreram de um modo tranquilo. No início, como era esperado, alguns participantes estavam receosos em se manifestar. Porém, a pergunta disparadora sobre a temática SR a partir de um caso clínico real, que causou impacto na maioria dos profissionais, logo no início do encontro, desencadeou falas entre os participantes com pouca intervenção da moderadora.

No primeiro grupo focal, duas observadoras participaram do encontro. A fim de manter o anonimato, vamos denominar as observadoras de O1 e O2. Cabe destacar que as observações divergiram em alguns aspectos, pois a O1 se atentou mais à linguagem corporal dos participantes do grupo, enquanto O2 se ocupou mais em atentar para os discursos. Por outro lado, embora tenham olhares distintos, as observadoras, que possuem formação profissional e acadêmica diferentes, relataram pontos semelhantes como a participação de todos os sujeitos, a atenção de todos voltada para a atividade, a aceitação do tema e o fato de que a pesquisadora soube direcionar a discussão com domínio sobre os pontos discutidos.

Foi relatado que a maioria dos participantes não tinha conhecimento sobre SR. Mesmo os profissionais que tinham conhecimento não possuíam a clareza necessária. Na segunda

temática, relativa à atividade feita com imagens de pessoas desnutridas, a maioria dos participantes teve dificuldade de relacionar que uma pessoa com peso normal ou acima pode ser desnutrida. Outros pontos foram destacados, como a pressa na recuperação de peso de pacientes desnutridos. Além disso surgem preocupações quanto ao intervalo entre as refeições no período noturno, quando os pacientes ficam muito tempo sem se alimentar, o que poderia vir a interferir, inclusive, nas medicações.

O primeiro grupo trouxe, espontaneamente, circunstâncias de pacientes internados como J., D. e W., cuja situação foi impactante para a equipe de saúde.

Na terceira temática, sobre o trabalho da EMTN, foi destacada a falta da nutricionista, implantação e divulgação do protocolo. Outro ponto mencionado foi a necessidade de melhorar as discussões de casos em grupos.

No segundo grupo, contamos somente com uma observadora, que participou do primeiro grupo. O grupo iniciou de modo semelhante; os diálogos também fluíram bem. Porém, as falas foram mais intensas e comoventes, principalmente quando uma das participantes da equipe de enfermagem se emocionou quando se deparou com uma das fotos, que a fez lembrar da paciente J., falando sobre seus sentimentos no cuidado dele. Diante disso, a maioria dos participantes também se emocionou, vertendo lágrimas.

De modo geral, observou-se percepções e concepções semelhantes nos dois grupos focais e os participantes expressaram satisfação em participar da pesquisa, trazendo sugestões para futuras trocas entre os profissionais.

Um ponto destacado nas discussões foi a observação de que ações da gestão da unidade onde se realizou a pesquisa também contribuíram para transformações no relacionamento da equipe de saúde com a EMTN, propiciando capacitações durante o horário de trabalho - como encontros com discussão de casos clínicos, simpósios, aulas de yoga e relaxamento - permitindo maior aproximação entre as pessoas, assim como valorização profissional. A equipe de Terapia Nutricional também obteve melhorias, com a incorporação de novos profissionais e estruturação de mais responsabilidades na unidade em que foi realizada a pesquisa, o que a tornou mais presente e atuante.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: ABRINDO NOVAS QUESTÕES SOBRE UMA SÍNDROME NEGLIGENCIADA

Esta pesquisa qualitativa apresentou, por meio do instrumento grupo focal, informações sobre o conhecimento e práticas no cotidiano dos profissionais de saúde vividas no atendimento a pacientes desnutridos internados em uma unidade de terapia intensiva municipal na cidade de Santos.

A realização do grupo focal nos dois encontros foi uma excelente estratégia de pesquisa, na qual as opiniões foram faladas e ouvidas; sentimentos foram expostos de forma espontânea. Os participantes associaram, naturalmente, as imagens apresentadas na atividade proposta nos grupos com casos clínicos acompanhados no serviço de saúde. Diante disso, com a intensidade das falas, a moderadora e pesquisadora optou por deixar fluir os diálogos, que enriqueceram os dados colhidos.

O desconhecimento sobre a Síndrome da Realimentação, antes da capacitação da EMTN sobre a temática, era um dado esperado. Porém, a dificuldade em reconhecer adultos desnutridos, independente da formação profissional ou o tempo de experiência, foi um achado inesperado e apontou uma lacuna nos processos de formação sobre o aspecto nutricional dos pacientes. Nesse sentido, alguns participantes declararam que a desnutrição é, muitas vezes, associada somente à infância e, ainda, que a desnutrição em adultos é mais identificada quando associada com algumas doenças como o câncer ou em idosos adoecidos. Tais elementos nos levam a refletir sobre as dificuldades encontradas entre os profissionais para a identificação de um paciente em condição de risco para desenvolver a SR, ou seja, uma pessoa desnutrida.

Outro ponto a ser destacado foi o fato de que alguns dos sujeitos já tinham participado de capacitações realizadas pela EMTN sobre a temática, mas seus relatos explicitaram que, embora tivessem algum conhecimento teórico; ficou faltando conexão da teoria com a prática. Isso foi possível observar porque, mesmo com a experiência do caso clínico, os participantes tiveram dificuldade de identificar pacientes com risco para SR, nas imagens apresentadas na atividade proposta em grupo. Esse dado permite destacar a importância de estratégias de formação continuada, baseada em ações de Educação Permanente, como ferramentas potentes que podem e devem ser propagadas em outros contextos de atenção.

Também chamou a atenção nos relatos dos profissionais participantes sua comoção e angústia em lidar com um indivíduo em situação de extrema magreza. Alguns participantes relataram a tendência em reagir com distanciamento (em uma busca de autopreservação),

enquanto outros, com acolhimento e cuidado. Nas falas, a questão da fome foi apontada como um estímulo que gera apreensão por ver o outro debilitado por falta de alimento. Além disso, relataram que essa situação seria diferente de outras, nas quais a desnutrição estaria associada a outras causas, como doenças. Os relatos dos participantes revelaram que, na relação com os pacientes, surgem encontros comoventes, que fazem com que o cuidador saia de uma postura profissional "neutra" e se coloque como pessoa, para além da suposta objetividade profissional.

A mudança no relacionamento interdisciplinar entre a EMTN e os demais profissionais de saúde, também relatada, ocorreu naturalmente com as novas propostas de intervenção de Educação em Saúde concebidas a partir da construção da pesquisa realizada no Mestrado Profissional da UNIFESP e aplicadas no trabalho prático.

Os discursos dos participantes foram suficientemente enfáticos para indicar que há dúvidas de reconhecimento e falha no diagnóstico, o que nos leva a afirmar que a SR pode ser considerada uma condição negligenciada.

Sendo assim, a partir da experiência de realização deste trabalho de pesquisa, foi construído um produto técnico na forma de um protocolo interdisciplinar de assistência, visando a identificação e avaliação de pacientes em risco para SR (Anexo VI). Tal proposta de produto técnico é inédita no âmbito brasileiro e aponta a importância da consolidação desse diagnóstico e adoção de estratégia de cuidado interdisciplinar pertinentes. Além disso, reconhece-se a importância da construção de dados sobre desnutrição em adultos hospitalizados na cidade de Santos, considerando-se que há um movimento nacional na área de nutrição clínica que tem buscado o combate à desnutrição hospitalar (TOLEDO, 2018).

Por fim, o serviço onde foi realizada esta pesquisa, no qual a EMTN é coordenada pela pesquisadora, se compromete a participar da auditoria interna transversal internacional, o nDay, que, no ano de 2018, será realizado no dia 15 de novembro. Tal proposta de participação tem como finalidade obter uma imagem da situação atual sobre a desnutrição hospitalar, conhecimentos sobre o tratamento nutricional e contribuir para a segurança dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. *O que é Nutrologia?* Disponível em <http://www.abran.org.br/para-publico/nutrologia-especialidade-medica>. Acesso em 20/02/2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde. *Portaria N ° 272 / MS / SNVS*. Brasília. Of. Elet. nº 35, p. 2, abr. 1998.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução nº 63*. Brasília. Of. Elet. nº 247, p. 2, jul. 2000.

BARDIN, L. – *Análise de conteúdo.* Edições 70, LDA. Lisboa, p. 95-102. Portugal. Jan./2002

BLACKBURN, G. L. et al. *Avaliação Nutricional e metabólica do paciente hospitalizado.* Jornal de Nutrição Parenteral e Enteral. Rio de Janeiro. v. 1, ed. 1, 1977.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Descritores em Ciências da Saúde. *Síndrome da Realimentação.* Categoria C18.654.521.687, Número do Registro 53105, Identificador Único: do55677. Disponível em: < http://www.decs.bvs.br> Acesso em 22/09/2017.

BIOLO, G.; CEDERHOLM, T; MUSCARITOLI, M. *Muscle contractile and metabolic dysfunction is a common feature of sarcopenia of aging and chronic diseases: From sarcopenic obesity to cachexia.* Clinical Nutrition, v. 33, issue 5, p. 737 – 748, October 2014.

BORBA, L. G.; NÓBREGA F. J., OLIVEIRA F. L. C., et. al. *Perfil do atendimento da equipe multiprofissional em terapia nutricional nos hospitais públicos estaduais na cidade de São Paulo.* Rev Bras Nutr Clin.; 28 (2) 77-81, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Terapia Nutricional na Atenção Especializada Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.* Brasília, 2016. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em 10/12/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília, 2004. Disponível em: < www.saude.gov.br/alimentacao>. Acesso em 22/09/2017.

BRASPEN/SBNPE. *Os 11 passos importantes para combater a Desnutrição.* Material de apoio – Campanha Diga não à Desnutrição. São Paulo, 2018. Disponível em : < www.braspen.org/11passos-diga-nao-a-desnutricao>. Acesso em 29/05/2018.

BUTTERWORTH, C.E. *The skeleton in the hospital closet.* Nutrition Today., v. 9, Issue 2, p. 94 - 8, March-April 1974.

CALDAS, A. C.; ALVES, J. T. M. *Síndrome de realimentação em pacientes hospitalizados: série de casos e revisão da literatura.* International Journal of Nutrology. [S.l.] v.8, n.2, p. 22-29. Mai. / Ago., 2015.

CARUSO, L.; SOUSA, A. B. *Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN)* - Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU/USP [recurso eletrônico]. São Carlos. Editora Cubo, p. 41 – 43, 2014. Disponível em: <www.hu.usp.br/emtn-manual>. Acesso em 07/12/2017.

CARVALHO, A.P. O. et al. *Anorexia nervosa e a síndrome de realimentação em adolescente: relato de um caso.* Ver. Med. Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 128-130, 2010.

CASTRO, M. G. et al. *Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave.* 1º Suplemento Diretrizes Brasileiras de Nutrição Parenteral e Enteral. BRASPEN Journal. – vol. 33, p. 2 - 36, 2018.

CASTRO, M. A. C.; MARTINEZ, C. V. *El síndrome de realimentación. Importancia del fósfor.* Medicina Clínica. ELSEVIER. Avaliado em 12 fev. 2018. Disponivel em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775318300332>. Acesso em 20/04/2018.

CASTRO, R. C. B. *O que é e como identificar a síndrome de realimentação?* 05 out. 2012. Disponível em: <http://www.nutritotal.com.br/mod/pergres/view.php?id=13726>. Acesso em 23/06/2016.

CECCIM, R. B. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.* Interface – Cominc, Saúde, Educ, v. 9, n.16, p. 161-177, Set/2004/fev2005.

CORREIA, M. I. T. D.; PERMAN, M. I.; WAITZBERG, D. L. *Hospital malnutrition in Latin América: A systematic review.* Clinical Nutrition Jounal. v. XXX, p. 1-10, 2016. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>. Acesso em 23/06/2016.

DIAS, J. C.; FREITAS, M. R. G., *Complicações neurológicas pós-cirurgia bariátrica: uma revisão de literatura.* Revista Brasileira de Neurologia. Niterói, v. 53, n. 3, p. 5 – 13, 2017.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília. Liber Livro, v. 10, p. 17, 2005.

GRASSO, S. et al. *Hipocalemia durante a fase inicial de realimentação em pacientes com câncer.* Clinics. São Paulo, v. 68 n. 11, nov. 2013.

HURTADO-TORRES, G. F.; GONZÁLEZ-BARANDA L.L.; ABUD-MENDOZA, C.. *Rheumatoid Cachexia and Other Nutritional Alterations in Rheumatologic Diseases.* Reumatología Clínica. v. 11, n. 5, p. 316-321, 2015.

KRAAIJENBRINK B. V. ; LAMBERS W. M. ; MATHUS-VLIEGEN E. M. ; SIEGERT, C. E . *Incidence of refeeding syndrome in internal medicine patients*. Neth J Med. 74 (3): 116-21, mar., 2016.

KRESS, J. P. *ICU- acquired weakness and recovery from critical illness***.** New England Journal of Medicine. 370: 1626 – 35. DOI: 10.1056. Chicago, 2014.

LIRKLAND, L. L. et al. *Nutrition in the hospital patient*. Journal do Hospital Medicine. Minnesota. v.8, n 1, p. 52-58, 2013.

LITCHFORD, M. D.; DORNER, B.; POSTHAUER, M. E., *Malnutrition as a Precursor of Pressure Ulcers.* Advances in Wound Care, vol. 3, n. 1. Published Online: 15 Jan 2014.

MAHAN L. K.; ESCOTT-STUMP S. *Krause – Alimentos, nutrição e dietoterapia***.** 13ª ed. Rio de janeiro. Elsevier p. 55 - 56, p. 308 p. 320 - 321, 2012.

NASCIMENTO, N. C. et al. *Comparison of methods for detection of malnutrition in hospital environment.* Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria. v. 37, n. 1, p. 34 -40, 2017.

NEALIS, T. B.; BUCHMAN, A. *Nutrição enteral e parenteral.* MedicinaNET. Última revisão: 2013. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/5644/nutricao_enteral_e_parenteral_%E2%80%93_thomas_b_nealis_alan_buchman.htm Acesso em: 19/04/2017.

OBEID, A.O.; HACHEM DH; AYOUB JJ. *Refeeding and metabolic syndromes: two sides of the same coin.* Jornal Nutrition & Diabates. Beirute. v. 4, n. 6, p. 1-16, 2014.

OLTHOF, L. E. et al. *Impact of Caloric Intake in Critically Ill Patients With, and Without, Refeeding Syndrome: A Retrospective Study.* Clinical Nutricion. Elsevier. XXX, 1 – 9, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10, 2008. Disponível em:< http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em 22/09/2017.

OKOSHI, M. P. et al. *Caquexia Cardíaca: Perspectivas para a Prevenção e Tratamento.* Artigo de Revisão. Arq. Bras. Cardiol. Vol 108 nº 1 São Paulo. 2016.

RIO A.; WHELAN K.; GOFF L. et al. *Occurrence of refeeding syndrome in adults started on artificial nutrition support: prospective cohort study.* BMJ Open 2013; 3: e002173. doi: 10.1136 / bmjopen-2012-002173.

TOLEDO, D. O. et al. *The use of computed tomography images as a prognostic marker in critically ill cancer patients.* Original article. Elsevier Clinical Nutrition ESPEN**.** Available online 4 April 2018. Disponível em:
< https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S240545771730476X> Acesso em 20/04/2018.

TOLEDO, D. O. et al. *Campanha "Diga não à desnutrição": 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar.* BRASPEN JOUNAL. Rio de Janeiro. V. 33, n. 1, p. 86 – 100, 2018

TOLEDO, D.O.; CASTRO, M. *Terapia Nutricional em UTI.* 1ª edição. Rio de Janeiro. Rubio, 2015.

SANTOS, C. A., et al. *Perfil nutricional e fatores associados à desnutrição e ao óbito em pacientes com indicação de terapia nutricional.* Artigo Original. BRASPEN J, 31 (1) 30 – 35, 2017.

SILVA, J. W. M. *Síndrome de Realimentação.* International Journal of Nutrology. Ribeirão Preto, v.6, n.1, p. 28-35, jan./abr., 2013.

SILVA, D.O. et al. *Avaliação da acuidade goniométrica do movimento inversão de tornozelo: interavaliadores e intra-avaliadores.* ConScientiae Saúde 2014 13 (1). Disponível em <http://www.redalyc.org/artigo.oa?id=92930146015>. Acesso em 22/05/2018.

PEIXOTO, A. L. *Avaliação Nutricional do diagnóstico à prescrição.* 1.ed. Viçosa. A.S. Sistemas, 2014. Disponível em:
<http://www2.unifap.br/alexandresantiago/files/2012/03/Normas-da-ABNT.pdf>. Acesso em: 22/11/2016.

PUTHUCHEARY, Z. A. et. al. *Acute Skeletal Muscle Wasting in Critical Illness*. Original Investigation. *JAMA*. 2013;310(15):1591-1600. doi:10.1001/jama.2013.278481 Published on line October 9, 2013.

TURATO E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.* 5a ed, Petrópolis. Vozes. 2011, 688 páginas.

VIANA, L. A. *Qual é a importância clínica e nutricional da síndrome de realimentação?* ABCD. Arq. Bras. Cir. Dig., São Paulo, v. 25, n 1, p. 56-59, Jan./Mar., 2012.

VILA V.S.C., ROSSI, L.A. *O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido*". Revista Latinoamericana de Enfermagem. v. 10, n 2:137-44, Mar/Abr, 2002.

WAITZERG D. L., CAIAFFA W. T, CORREIA M. I. T. D. *Hospital malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A Study of 4000 Patients.* Nutrition. Elsevier. v. 17 (7-8): 573-580, 2001.

ANEXO I

Santos

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Santos, 10 de janeiro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que a pesquisadora Márcia Souza Carvalho, realize a pesquisa **"Síndrome da Realimentação: Intervenção e Capacitação Interdisciplinar sobre um quadro negligenciado e fatal"**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Luciane Picotez da Rocha Coelho Ariza
COFORM-SMS

Rua XV de Novembro nº 195 – 5º andar – Centro – Santos/SP – CEP: 11.010-151
Tel.: (13) 3201-5000 ramal: 5651

ANEXO II

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SINDROME DA REALIMENTAÇÃO:INTERVENÇÃO E CAPACITAÇÃO INTERDISCIPLINAR SOBRE UM QUADRO NEGLIGENCIADO E FATAL.

Pesquisador: MARCIA SOUZA CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64690117.2.0000.5505

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.976.053

Apresentação do Projeto:

Nº CEP UNIFESP: 0086/2017 (parecer final)

Uma pessoa em privação alimentar ao receber nutrientes rapidamente ou em demasia apresenta alterações graves que levam ao óbito em poucos dias. Este quadro é conhecido como Síndrome da Realimentação (SR), cuja principal etiologia é a desnutrição que apresenta alta prevalência hospitalar em adultos no mundo e no Brasil. A abordagem e tratamento desses pacientes deve ser cuidadosa a fim de evitar a SR, que ocorre a partir de uma realimentação inadequada que podem levar à alterações no metabolismo de gordura, açúcar e eletrólitos

com consequências fatais, como arritmia cardíaca e morte. Objetivo Geral: Caracterizar os conhecimentos e práticas de uma equipe multiprofissional de atendimento em saúde de alta complexidade quanto à Síndrome da Realimentação (SR) a fim de embasar a construção de um processo de Educação Permanente sobre um quadro complexo, negligenciado e fatal.

Objetivo da Pesquisa:

.1 - OBJETIVO GERAL Caracterizar os conhecimentos e práticas de uma equipe multiprofissional de atendimento em saúde de alta complexidade quanto à Síndrome da Realimentação (SR) a fim de embasar a construção de um processo de Educação Permanente sobre um quadro complexo,

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

negligenciado e fatal.

.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS Identificar conhecimentos, sentimentos, atitudes e necessidades na formação sobre o tema da Síndrome da Realimentação (SR) com profissionais de várias áreas de saúde em um Pronto Socorro Municipal da Baixada Santista através de grupos focais com as equipes. Articular os dados obtidos a partir dessa pesquisa com o trabalho e as estratégias da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) na Unidade de Saúde, permitindo uma intervenção mais acurada a partir das experiências da equipe multiprofissional, considerada como parceira fundamental para estruturação das estratégias interventivas e planos terapêuticos propostos pela EMTN. Analisar as informações obtidas com a pesquisa e, a partir dessa experiência, estruturar um programa de capacitação embasado na Educação Permanente sobre a temática da SR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador: Riscos: Risco mínimo, devido as perguntas, de maneira não intencional, poderem constranger o participante da pesquisa. Tal risco pode e deve ser manejado pelo pesquisador.

Benefícios: As respostas dos participantes, junto com as do grupo, poderão contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe de saúde, sendo divulgados em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Mestrado apresentada à Universidade Federal de São Paulo, como parte dos requisitos à obtenção do grau de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde., CAMPUS DA BAIXADA SANTISTA.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann

Metodologia: Será realizada uma pesquisa qualitativa, usando a técnica de

grupos focais com profissionais da equipe multiprofissional de um Pronto Socorro da região da Baixada Santista. Nos grupos focais serão abordadas as seguintes temáticas: Temática 1 - Conhecimentos e dúvidas prévios do grupo de participantes sobre desnutrição de pacientes adultos hospitalizados e SR; Temática 2 - Influência de fatores emocionais

da equipe de saúde quanto à percepção e avaliação e condutas diante de um paciente sob risco de desenvolver a SR. Para aprofundar a Temática 2, será utilizado uma atividade estruturada

não se aplicam à pesquisa.
CEP-UNIFESP: PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:
O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.
PARECER ACATADO PELO COORDENADOR "ad ref"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_857335.pdf	08/03/2017 19:09:43		Aceito
Outros	carta_resposta_ao_CEP_Marcia_Carvalho.pdf	08/03/2017 19:09:14	Karina Franco Zihlmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_Marcia_Carvalho_com_correcoes.pdf	08/03/2017 19:08:48	Karina Franco Zihlmann	Aceito
Outros	comite_de_etica_em_pesquisa_marcia_carvalho.pdf	07/02/2017 17:20:00	MARCIA SOUZA CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_marcia_carvalho.pdf	07/02/2017 17:05:15	MARCIA SOUZA CARVALHO	Aceito
Outros	anexoII_procedimento_grupo_focal.pdf	24/01/2017 15:35:32	MARCIA SOUZA CARVALHO	Aceito
Outros	carta_autorizacao_coform.pdf	24/01/2017 15:33:45	MARCIA SOUZA CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_marcia_carvalho.pdf	24/01/2017 15:31:56	MARCIA SOUZA CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Rua Botucatu, 572 1° Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

SAO PAULO, 22 de Março de 2017

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

ANEXO III

Tópicos norteadores de temáticas específicas para os grupos focais

GRUPO 1 (GF1)

- Explicação sobre o propósito e os procedimentos da pesquisa.
- Aplicação do TCLE.
- Temática principal do encontro: “Síndrome da Realimentação”.
- Principais questões norteadoras:

Temática 1 - Conhecimentos e dúvidas prévios do grupo de participantes sobre desnutrição de pacientes adultos hospitalizados e SR;

Temática 2 -Influência de fatores emocionais da equipe de saúde quanto à percepção e avaliação e condutas diante de um paciente sob risco de desenvolver a SR. Para aprofundar a Temática 2, será utilizada uma atividade estruturada intitulada "Atividade de avaliação de risco para SR a partir de imagens de adultos, disponíveis na internet, sob o ponto de vista dos participantes do grupo" por meio da qual serão apresentadas imagens de pessoas com diferentes tipos de desnutrição e será solicitado que o participante avalie qual o risco que aquela pessoa teria para desenvolver SR;

Temática 3 - Críticas e sugestões sobre os trabalhos da EMTN e sugestões para um processo de capacitação em Educação Permanente.

- Objetivo do encontro;
- Foco do trabalho.

GRUPO 2 (GF2)

- Explicação sobre o propósito e os procedimentos da pesquisa;
- Aplicação do TCLE;
- Temática principal do encontro: “Síndrome da Realimentação”;
- Principais questões norteadoras.

Temática 1 - Conhecimentos e dúvidas prévios do grupo de participantes sobre desnutrição de pacientes adultos hospitalizados e SR;

Temática 2 -Influência de fatores emocionais da equipe de saúde quanto à percepção e avaliação e condutas diante de um paciente sob risco de desenvolver a SR. Para aprofundar a Temática 2, será utilizada uma atividade estruturada intitulada "Atividade de avaliação de risco para SR a partir de imagens de adultos, disponíveis na internet, sob o ponto de vista dos participantes do grupo" por meio da qual serão apresentadas imagens de pessoas com diferentes tipos de desnutrição e será solicitado que o participante avalie qual o risco que aquela pessoa teria para desenvolver SR;

Temática 3 - Críticas e sugestões sobre os trabalhos da EMTN e sugestões para um processo de capacitação em Educação Permanente.

- Objetivo do encontro;
- Foco do trabalho.

ANEXO IV

Rubrica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE

I- Dados de Identificação dos Participantes da Pesquisa

Nome:_____

Documento de Identidade:_____ Sexo:_____

Data de nascimento:_____

Endereço:_____

Nº_____Complemento_____

Bairro:_____

Cidade:_____ Cep:_____

Telefone 1 ( ) _____ Telefone 2 ( ) _____

II- Dados sobre a Pesquisa

1. Título da Pesquisa: SINDROME DA REALIMENTAÇÃO: INTERVENÇÃO E CAPACITAÇÃO INTERDISCIPLINAR SOBRE UM QUADRO NEGLIGENCIADO E FATAL.

2. Pesquisadoras: Márcia Souza Carvalho e Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann.

3. Instituição onde se realiza a pesquisa: Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista – UNIFESP-BS e Pronto Socorro Central vinculado ao Departamento de Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar (DAPHOS) da Secretaria da Saúde do Município de Santos.

4. Avaliação do Risco da Pesquisa: Risco mínimo, devido as perguntas, de maneira não intencional, poderem constranger o participante da pesquisa. Tal risco pode e deve ser manejado pelo pesquisador.

5. Duração da Pesquisa: Aproximadamente 1 ano

III- Registro das explicações do Pesquisador ao entrevistado sobre a pesquisa

O senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa denominada "SINDROME DA REALIMENTAÇÃO: INTERVENÇÃO E CAPACITAÇÃO INTERDISCIPLINAR SOBRE UM QUADRO NEGLIGENCIADO E FATAL" O objetivo principal desta pesquisa é caracterizar os conhecimentos e práticas de uma equipe multiprofissional de atendimento em saúde de alta complexidade quanto à Síndrome da Realimentação (SR) a fim de embasar a construção de um processo de Educação Permanente sobre um

UNIFESP

Rubrica

quadro complexo, negligenciado e fatal. Para realização desta pesquisa faremos uma entrevista grupal (grupo focal) no qual serão discutidas tematicas como desnutrição e Síndrome da Realimentação. Seus dados permanecerão anônimos, garantindo o sigilo de sua participação e, além disso, caso queira desistir de participar, poderá fazer isso em qualquer momento, sem qualquer prejuizo. Nesta pesquisa não haverá qualquer procedimento invasivo como coleta de material biologico. As informações que você fornecer não serão associadas ao seu nome, portanto não haverá possibilidade de que você venha a ser identificado. Pedimos sua autorização para gravar essa entrevista, assegurando que os registros só serão usados para facilitar o nosso acesso aos dados, sendo que após o término da pesquisa, as gravações serão destruídas, ficando nesse período sob a guarda exclusiva do pesquisador, sem acesso a outras pessoas. Suas respostas, junto com as de outros participantes poderão contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe de saúde, sendo divulgados em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

IV- Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias dos participantes da pesquisa

1. Não há riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.
2. Liberdade para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos que eu possa receber.
3. Terá a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.
4. O tratamento, fornecido pela instituição, não será prejudicado em nenhum aspecto caso eu não deseje participar da pesquisa.
5. Salvaguarda de confidencialidade, sigilo e privacidade.
6. Não haverá remuneração, nem o paciente assumirá quaisquer custos para participação nesta pesquisa.

V- Informações de Nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa para contato em caso de quaisquer esclarecimentos:

Pesquisadora Executante: Márcia Souza Carvalho

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra Karina Franco Zihlmann.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – Campus São Paulo: Rua Botucatu, 740, 4° andar, Vila Clementino, São Paulo – SP. CEP: 04023-062. Fone: (11) 6676-4966.

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP: Rua Botucatu, 572, 1° andar, conjunto 14. CEP: 04023-061 São Paulo - tel: 55 (11) 5571-1062 / fax: 55 (11) 5539-7162.

Horário de atendimento: das 9:00 as 13:00hs: e-mail:cepunifesp@unifesp.br

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

Rubrica

VI- Consentimento Livre e Esclarecido:

Declaro que fui suficientemente informado sobre as informações a respeito da pesquisa, as quais descrevem o estudo. Eu conversei com _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram esclarecidos os objetivos, finalidades, riscos e garantias de sigilo e a possibilidade de esclarecer dúvidas antes, durante e depois do questionário desta pesquisa. Concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistada e para estas entrevistas serem gravadas em arquivos de áudio digitais.

São Paulo,_____ de _____ de 20__.

_____

Nome por extenso:

Assinatura do participante:

Declaro que obtive de forma adequada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido.

_____

Nome por extenso:

Assinatura do Pesquisador que obteve o TCLE:

_____

Nome por extenso:

Assinatura do Pesquisador responsável pelo estudo