



RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GRUPO DE TRABALHO NA ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA COMUNICAÇÃO EM NUTRIÇÃO ENTERAL EM DOMICÍLIO

REPORT OF WORK GROUP EXPERIENCE IN DEVELOPMENT OF COMMUNICATION INSTRUMENT IN HOME ENTERAL NUTRITION

Rubia Daniela Thieme¹
Cíbele Pereira Kopruszynski²
Daniella Domingues Dziedicz³
Karin Luciane Will⁴
Jerosiane Nunes Marchaukoski⁵
Tatiane Winkler Marques Machado⁶
Camila Brandão Polakowski⁷
Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker⁸

Manuscrito recebido em: 19 de maio de 2023.

Aprovado em: 18 de julho de 2023.

Publicado em: 27 de dezembro de 2023.

Resumo

Objetivo: relatar a experiência de um grupo de trabalho com nutricionistas formado para elaborar um instrumento para promover a comunicação entre nutricionistas da Atenção Básica e da Atenção Especializada hospitalar quanto aos cuidados em nutrição de usuários de Nutrição Enteral em domicílio, bem como a referência e a contrarreferência. **Método:** trata-se de um relato de experiência referente à atuação de grupo de trabalho entre setembro de 2019

¹ Doutorado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9587-7275> E-mail: rubiathieme@gmail.com

² Doutora em Alimentos e Nutrição pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar da Universidade Federal do Paraná.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2287-7607> E-mail: cibele.kopruszynski@ufpr.br

³ Mestranda em Segurança Alimentar e Nutricional pela Universidade Federal do Paraná. Especialista em Terapia Nutricional em Doentes Críticos pelo Instituto Tanbrazyl,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1998-5682> E-mail: danidziedicz1@gmail.com

⁴ Especialista em Vigilância Sanitária e Controle de qualidade aplicados à produção de alimentos pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Servidora na Secretaria de Saúde Municipal de Piraquara. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4174-5335> E-mail: karinwill@yahoo.com.br

⁵ Especialização em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Nutricionista na Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6280-8561> E-mail: jerosiane@hotmail.com

⁶ Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Paraná. Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4222-3109> E-mail: tatiwinkler@gmail.com

⁷ Docente na Residência Multiprofissional em Nutrição e Oncologia do Hospital Erasto Gaertner - Brasil ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5257-2903> E-mail: camilapolakowski@hotmail.com

⁸ Doutora em Clínica Cirúrgica pela Universidade Federal do Paraná. Professora no Programa de Pós-graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná.

ORCID: E-mail:



e dezembro de 2020. **Resultados:** o grupo de trabalho permitiu o compartilhamento de experiências, determinante para elaborar estratégias de comunicação e estimular transformação das práticas em saúde. Com base nessas experiências e em publicações técnico-científicas, um instrumento foi elaborado para colaborar com as decisões e condutas de nutricionistas que atuam no cuidado aos usuários em Nutrição Enteral em domicílio e com a efetivação dos processos de referência e contrarreferência. **Conclusão:** observou-se dificuldade de incorporação das atividades no cotidiano de trabalho dos participantes, mas o instrumento foi elaborado de modo participativo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Alta Hospitalar; Nutrição Enteral; Assistência Integral à Saúde.

Abstract

Objective: to report the experience of a working group formed to develop an instrument to promote communication among nutritionists in Primary Health Care and hospital regarding the nutrition care of patients in Home Enteral Nutritional. **Method:** this is an experience report in reference to the work of the group between September 2019 and December 2020. **Results:** the group allowed the sharing of experiences of nutritionists, which is important for the development of communication strategies and to stimulate the transformation of health practices. Based on these experiences, guidelines, and scientific publications, an instrument was developed to collaborate with the decisions and conduct of nutritionists who work in the care of patients in Home Enteral Nutritional and with the effectiveness of the referral and counter-referral processes. **Conclusion:** there was difficulty in incorporating the proposed activities in the participants' daily work, but the elaboration of the instrument was done with everyone's participation.

Keywords: Primary Health Care; Patient Discharge; Enteral Nutrition; Comprehensive Health Care.

INTRODUÇÃO

A terapia nutricional consiste em um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional e pode ser realizada por meio da nutrição enteral. A administração da nutrição enteral (NE) é realizada por sonda ou cateter conectado no trato gastrointestinal funcionando de indivíduos em risco nutricional ou desnutridos que apresentam a ingestão via oral comprometida ^{1,2}.

Os critérios para indicação de suporte nutricional, como a NE, na Atenção Especializada (AE) hospitalar para pessoas em risco nutricional estão estabelecidos em protocolos internacionais e nacionais. A NE geralmente é iniciada no hospital e pode ser continuada em domicílio. Nesse sentido, os cuidados após a alta hospitalar, no domicílio, podem diminuir as reinternações ²⁻⁶.



No âmbito domiciliar, diretrizes elaboradas por entidades científicas europeias guiam a equipe nas indicações e contraindicações, bem como da implementação e monitoramento da Nutrição Enteral em domicílio (NED). No Brasil, o Ministério da Saúde apontou a necessidade de organizar e qualificar a NED como prática de cuidado ^{2,6}. Essa recomendação foi realizada em período em que foi observado aumento da frequência de indivíduos em NED em estudos realizados em diferentes municípios brasileiros. Em Curitiba, PR, a frequência de NED aumentou 425% entre 2006 e 2015 e, em inquérito nacional, realizado em 2018, também foi verificada ampliação no número de usuários em NED atendidos no Programa Melhor em Casa ⁷⁻⁹.

A NED é indicada a indivíduos que podem receber cuidados de saúde fora de um ambiente de tratamento agudo, como o hospital, e que concordam com o cuidado em nutrição no domicílio ^{2,3,6}. Nesse sentido, a Atenção Domiciliar (AD) é realizada por profissionais de saúde da Atenção Básica (AB)/Atenção Primária à Saúde aos indivíduos que apresentam problemas de saúde crônicos, controlados/compensados, com dificuldade ou impossibilidade de se deslocarem até a Unidade de Saúde ¹⁰.

Considerando que a NE pode ser realizada nos diferentes pontos de atenção à saúde da Rede da Atenção à Saúde (RAS), a formulação e a implementação de protocolos e ferramentas que possibilitem a comunicação entre profissionais de saúde da AB e da AE podem beneficiar a operacionalização do processo de cuidado em nutrição, de responsabilidade dos nutricionistas. A comunicação entre nutricionistas na RAS pode evitar internações hospitalares, promover a continuidade do cuidado e reduzir morbidades e complicações da NE em todos os pontos de atenção à saúde ^{2,12-14}.

Entre as complicações ou intercorrências da NED estão as mecânicas, relacionadas à presença de sonda, gastrointestinais, como vômito, diarreia e constipação, metabólicas, infecciosas e psicológicas. A presença de complicações pode variar devido à doença de base do indivíduo em NE, a categoria de fórmula nutricional administrada, o método utilizado na administração via sonda e a experiência do grupo assistencial ².

Assim, a recomendação de investimento na comunicação entre os profissionais de saúde, bem como com o usuário, objetiva promover qualidade contínua no cuidado em nutrição, adequar as intervenções às possibilidades terapêuticas do ponto de



atenção à saúde e favorecer a efetividade da NE. Apesar de reconhecida a importância da referência e contrarreferência entre os diferentes pontos da RAS, verifica-se a ausência de instrumentos que considerem a conduta profissional para acompanhamento e monitoramento da NED, manifestando-se como um desafio ¹³⁻¹⁵.

O monitoramento da NED é uma recomendação do Ministério da Saúde. Portanto, indica-se que a observação e o registro das atividades envolvidas no cuidado em NE devem ser realizados com um instrumento específico. Entre os aspectos a serem considerados no monitoramento estão os referentes ao estado nutricional, dados clínicos e informações acerca da fórmula nutricional ².

Dessa forma, a elaboração de protocolos e ferramentas com vistas à comunicação entre profissionais de saúde que atuam em diferentes pontos da RAS se faz necessária. Portanto, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de um grupo de trabalho com nutricionistas formado para elaborar um instrumento para promover a comunicação entre nutricionistas da AB e da AE hospitalar quanto aos cuidados em nutrição de usuários em NED, bem como a referência e a contrarreferência.

RELATO

O presente artigo trata-se de um estudo descritivo, na forma de relato de experiência. Optou-se por esse formato devido à sua possibilidade de descrever com precisão uma experiência, com vistas a contribuir para a área de atuação, alertar outros trabalhadores e indicar novos caminhos, bem como para a melhoria do cuidado na saúde ¹⁶.

O contexto de elaboração do presente relato de experiência refere-se à atuação de Grupo de Trabalho (GT) de nutricionistas que atuam na AB, na AE hospitalar e em Instituições de Ensino Superior (IES) pública e privadas de municípios de uma regional de saúde do Paraná, Brasil. O problema que motivou a formação do GT foi a dificuldade de comunicação entre os nutricionistas que atuam na AB e na AE, sobretudo hospitalar, com vistas à continuidade do cuidado em nutrição aos usuários em NED. O GT foi criado com o objetivo de construir um instrumento de comunicação entre nutricionistas dos diferentes pontos de atenção à saúde da RAS referente aos cuidados em nutrição aos usuários em NED.



A definição dos participantes do GT ocorreu no evento intitulado “Encontro intermunicipal de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS)”, realizado em uma IES localizada em Curitiba, em 13 de agosto de 2019. No referido evento, foram eleitos seis nutricionistas representantes da AB, cinco da AE hospitalar e quatro da área de ensino, pesquisa e extensão, docentes em IES públicas e privadas. Entre os meses de setembro de 2019 e dezembro de 2020, foram realizadas 12 reuniões, as quais foram registradas em ata.

As reuniões foram realizadas com intervalo de 45 dias, sendo presencialmente em IES em Curitiba, de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, e de modo remoto entre março e dezembro de 2020. Os assuntos abordados nas reuniões foram referentes à elaboração do instrumento, desde a sua concepção até a sua validação.

Assim, optou-se pela denominação “instrumento” considerando que a proposta elaborada objetiva sistematizar registros e nortear processos. Nesse sentido, quanto à classificação dos instrumentos de acordo com a finalidade, uma folha de evolução é um exemplo de instrumento para registro e um protocolo e cadernetas voltadas a grupo específico, de instrumento norteador^{17,18}.

Durante 16 meses de atuação do GT, foram abordados temas relevantes a respeito da NE e da comunicação entre nutricionistas que atuam em diferentes pontos de atenção à saúde da RAS. Como roteiro norteador das reuniões, com duração de 1h30min, foram estabelecidas três metas: 1. Apresentação de informações acerca da frequência de usuários em NED nos municípios com representação no GT e da alta hospitalar de usuários em NE, bem como de readmissão hospitalar de usuários em NED; 2. Apresentação de protocolos municipais voltados aos cuidados em NED, formulados exclusivamente para serem guias nas atividades de profissionais da AB, e de protocolos hospitalares com diretrizes para realização da NE (de municípios e hospitais com representação no GT); e 3. Elaboração do instrumento para possibilitar a comunicação entre nutricionistas da AB e da AE hospitalar quanto aos cuidados em nutrição de usuários em NED, bem como as estratégias de referência e contrarreferência.

Nos diálogos ocorridos durante as reuniões, os participantes do GT apresentavam escuta qualificada voltada à compreensão das demandas, necessidades e dificuldades vivenciadas pelos nutricionistas que atuam na AB e na AE, ao mesmo tempo em que foi possível uma autoavaliação das práticas profissionais. Dessa forma, o GT contribui como estratégia de Educação Permanente (EP) em saúde.



A EP em saúde inclui a construção de relações e processos inseridos nas equipes de atenção à saúde. Um aspecto central da EP é a possibilidade a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise. Além disso, possibilita-se a ruptura das noções pré-estabelecidas ao mesmo tempo em que se dialoga com as práticas e concepções vigentes, a fim de problematizá-las. Nesse sentido, a EP em saúde pode ser orientadora de transformação das práticas de saúde ^{19,20}.

A implementação de espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas é fundamental. As IES podem participar do processo de formação de profissionais de saúde, pois, a EP em saúde pode corresponder à Educação Formal de Profissionais, que integra o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino ^{19, 20}.

Assim, nos diálogos ocorridos em espaço físico de IES e em encontros não presenciais, foi identificada uma diversidade de percepções acerca da importância da organização do GT, como forma de EP, das contribuições desse coletivo para o fortalecimento e qualificação do cuidado em nutrição aos usuários em NED, bem como para as atividades profissionais dos nutricionistas. Para relatar a experiência referente ao GT, os resultados foram organizados em três seções, apresentadas a seguir.

- Grupo de Trabalho: o compartilhar de experiências com propósito à elaboração de estratégias de comunicação

A experiência da participação no GT permitiu a compreensão da dinâmica entre os pontos de atenção à saúde da RAS, pois mais de dois terços dos nutricionistas integrantes do GT atuam na AB ou na AE. Assim, o GT proporcionou que os nutricionistas apreendessem sobre as especificidades das atividades desenvolvidas no ponto de atenção à saúde no qual não atuam a partir da experiência do outro.

Apesar das atividades obrigatórias e complementares executadas por nutricionistas estarem regulamentadas em resolução do Conselho Federal de Nutricionistas, o relato da prática permite verificar como a norma é concretizada nas diferentes áreas de atuação, ou seja, a execução de atividades da área de Nutrição Clínica (subárea – assistência nutricional e dietoterápica em hospitais), como a realização de orientação nutricional na alta dos usuários, estendendo-a aos



cuidadores, familiares ou responsáveis, e da área de Nutrição em Saúde Coletiva (subárea – Atenção Básica em saúde), como a implantação de protocolos de atendimento nutricional adequado às características da população assistida, incluindo o atendimento nutricional individual em domicílio ²¹.

O compartilhamento de informações foi determinante para o início do desenvolvimento de estratégias para a comunicação entre os pontos de atenção à saúde da RAS voltados para o cuidado em nutrição aos usuários em NED. Os participantes do GT compartilharam experiências e ações implementadas em diferentes municípios da regional de saúde do Paraná, Brasil para o cuidado aos usuários em NED no SUS, no âmbito da AB.

Tais experiências podem influenciar a formulação de ações em outros locais, mas, sua reprodução na íntegra pode desconsiderar o contexto e a realidade em que se pretende implementar a ação. Portanto, a construção de uma ação deve considerar o problema existente no local, com a participação de todos os atores envolvidos, buscando o planejamento e procedimentos que possam obter os resultados esperados para aquele local ^{22,23}. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que cada local/município defina protocolo próprio de cuidados em nutrição para usuários em NED, bem como a organização da dispensação das fórmulas nutricionais comerciais deve ser estabelecida pela gestão local ².

Portanto, observa-se autonomia local para definição de protocolos e fluxos para o cuidado em NED, o que torna a elaboração de ações e estratégias voltadas para a comunicação de nutricionistas que atuam em pontos de atenção na RAS um desafio ainda maior quando envolve serviços pertencentes a diferentes municípios, como no caso do presente relato de experiência.

Porém, todos os locais e municípios orientam suas ações e serviços de saúde pública, incluindo os cuidados em NED no SUS, com vistas a atender aos princípios organizativos e doutrinários apresentados da Lei Orgânica da Saúde²⁴, mas devendo considerar o contexto e a realidade locais em ações, planos e programas intermediários, operacionalizando políticas públicas estruturais ²³.

A coerência à realidade local é destacada na Matriz para organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde, em que a Terapia Nutricional Enteral foi incluída como integrante do conjunto de cuidados em



Alimentação e Nutrição que compõem a Atenção Nutricional no SUS. A recomendação apresentada na Matriz se refere à identificação dos usuários com necessidade de NED para a continuidade do cuidado pela equipe da AB, se possível alinhado à AD. Na AB, as práticas em saúde devem ser orientadas pelos princípios do SUS e pelos atributos da AB, como a longitudinalidade e a integralidade, reconhecendo a individualidade e a especificidade do contexto em que as pessoas estão inseridas ^{24,25}.

Nesse sentido, o respeito ao princípio da integralidade consiste em garantir a assistência considerando o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos exigidos para cada caso, conforme a necessidades de saúde do usuário, em todos os pontos de atenção da RAS. O cuidado integral busca a desfragmentação e a resolutividade à medida que atende aos aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais envolvidos no processo de adoecimento inserido em uma contextualização social, ultrapassando a tecnização e a padronização ^{26,27}.

Em resposta à fragmentação dos cuidados, a integração dos serviços, portanto, objetiva superar os obstáculos que impedem a articulação entre os pontos de atenção à saúde, garantindo o acesso e a qualidade à toda população, por meio de oferta de ações e da adoção de mecanismos de referência e contrarreferência. Além disso, para a integração dos serviços, as ações ofertadas aos usuários ocorrem de maneira continuada ao longo do tempo, em diferentes pontos de atenção ²⁸⁻³⁰.

Estudos analisados em uma revisão integrativa abordaram a necessidade de articulação dos pontos de atenção à saúde a fim de alcançar consenso de ideias, assegurando o cuidado integral como elemento central. Dispositivos, estratégias e ferramentas utilizados por usuários, instituições e profissionais para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade foram identificados, entre os quais a AD e a alta hospitalar segura. Ainda, foi verificado avanço em dispositivos utilizados para trabalhar a desospitalização, como um protocolo sistematizado para garantia da comunicação de dentro para fora do hospital ³¹.

Dessa forma, a integração dos serviços busca atender ao princípio da integralidade do SUS. Por isso, o instrumento proposto para integrar os pontos de atenção à saúde da RAS apresenta o desafio de reconhecer e respeitar a singularidade dos usuários em NED, mas, padronizar a comunicação entre



nutricionistas da AB e da AE, o que pode impactar positivamente no cuidado em nutrição. A elaboração do instrumento de comunicação foi considerada pelos participantes do GT como uma estratégia para realização do acompanhamento dos usuários em NED de modo a atender a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, operacionalizada na AB.

O ideal é que a existência de atenção ao longo do tempo, com vínculo entre usuários e profissionais de saúde, o qual compreende o contexto familiar e social, os hábitos e os determinantes sociais do processo saúde-doença dos indivíduos e dos sujeitos coletivos, seja estabelecida antes da indicação de NED.

Contudo, a prática na RAS ainda se apresenta fragmentada e a trajetória do usuário se centra, principalmente, na busca por serviços especializados, apresentando vínculo frágil com a AB³¹. Existem, portanto, aspectos que precisam avançar para o alcance de um cuidado longitudinal. A avaliação da longitudinalidade na AB na perspectiva dos usuários em municípios do Rio Grande do Sul revelou fragilidades quanto à comunicação entre profissionais de saúde e usuários, ao reconhecimento do indivíduo em sua integralidade, considerando o seu contexto familiar/social, e à capacitação da equipe da AB para auxiliar os usuários³⁰.

Nesse sentido, é necessário que trabalhadores da AB estejam capacitados para realização do acompanhamento e monitoramento do usuário em NED. Mas, profissionais de saúde da AE hospitalar, sobretudo nutricionistas, também devem estar aptos para o cuidado de nutrição em NED.

Contudo, as capacitações por si só são ineficazes para a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas da atenção à saúde, por trabalharem de modo descontextualizado e se basearem na transmissão de conhecimentos. Portanto, a transformação das práticas em saúde é mais bem orientada pela EP em saúde, que exige participação e disposição para superar os desafios¹⁹.

- Participação dos nutricionistas no Grupo de Trabalho: dificuldade e limitações para transformação das práticas em saúde

A baixa adesão dos participantes do GT nas reuniões mensais, presenciais e remotas, foi uma das dificuldades verificadas no decorrer dos dezesseis meses. Entre as justificativas dos nutricionistas ausentes, observou-se que a demanda de



atividades nos locais de atuação profissional foi a principal motivação para não participação das reuniões, bem como para o descumprimento das metas e ações deliberadas no GT. Verificou-se, assim, dificuldade de incorporação das atividades do GT no cotidiano de trabalho desses profissionais, o que dificulta a resolução do problema que levou à formação do GT.

Entretanto, o setor da saúde apresenta a exigência ético-política de incorporar o processo educativo ao cotidiano da produção setorial ¹⁹. Há diferentes estratégias de formação profissional, mas a EP em saúde é a que responde de modo mais adequado às dificuldades enfrentadas no trabalho em saúde. Por isso, a importância da EP, que traz uma perspectiva ampla em que o aprender e o ensinar compõe o cotidiano profissional, resultando em transformação das práticas profissionais e organização do trabalho, bem como pressupõe o incentivo às capacidades inventiva e inovadora para abordar a complexidade dos processos de trabalho ^{32,33}.

Considera-se a EP em saúde um sistema complexo que começa com o processo de trabalho em saúde, que integra diferentes atores, os quais dialogam entre si, sendo, portanto, uma ação de educação interprofissional. Nesse sentido, a interprofissionalidade é central nos encontros de EP em saúde³⁴. Contudo, a exclusividade de nutricionistas para compor o GT se justifica por terem sido profissionais dessa categoria a identificar a problemática na qual se insere o instrumento proposto pelo GT.

Além disso, a responsabilidade em realizar a avaliação e o diagnóstico em nutrição, bem como a intervenção de nutrição, são atribuídas aos nutricionistas. Ainda, especialmente pelo fato de que a prescrição dietética da NE, considerada uma intervenção de nutrição, ser atividade privativa dos nutricionistas ^{12,35}. Mas, a presença de uma única categoria profissional pode ser considerada uma das limitações do GT, enquanto estratégia de EP em saúde.

Uma das dificuldades relatadas pelos participantes do GT foi ausência de padronização de comunicação referente às características da NE prescrita por nutricionistas em outro ponto de atenção em saúde. O instrumento de comunicação que foi elaborado no GT visa minimizar essa dificuldade. Entretanto, para que a comunicação seja completa, informações acerca da avaliação e do diagnóstico em nutrição também são necessárias, visto que definem a intervenção do nutricionista.



Assim, além de integrar os pontos de atenção à saúde da RAS, o instrumento de comunicação pretende aproximar os nutricionistas da realidade dos usuários em NED à medida que para a avaliação em nutrição são utilizados métodos que indicam as possibilidades de diagnósticos em nutrição, que se referem à ingestão de nutrientes, à condição clínica e ao comportamento/ambiente¹². Além disso, ao proporcionar que essas informações sejam disponibilizadas por meio do instrumento de comunicação, há a colaboração para as decisões e condutas de nutricionistas que atuam em outro ponto da RAS.

A prática profissional colaborativa é uma das principais formas para melhorar os resultados das práticas de saúde, sobretudo porque contribui positivamente para a percepção, compreensão e eficácia das relações de trabalho e dos cuidados em saúde³⁶. No cenário da saúde, a prática profissional colaborativa possibilita a reversão ao modelo de atenção hegemônico e, assim, aumenta a resolutividade e assegura a integralidade do cuidado³⁷. Assim, o instrumento elaborado no GT pode tanto acarretar melhora dos resultados em saúde, por possibilitar a comunicação e colaboração entre nutricionistas, como por ser fonte de informações para outros profissionais da saúde.

A prática interprofissional colaborativa em saúde permite influenciar de forma sinérgica sobre o cuidado e melhorar o acesso à saúde, aperfeiçoar a utilização dos recursos, aprimorar a eficiência dos serviços, apurar os resultados e racionalizar os custos no cuidado em saúde³⁸. O trabalho em equipe significa conectar diferentes pessoas em diferentes processos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente³⁹.

Isso também é válido para o alcance dos objetivos de um GT formado por profissionais de saúde, que depende do engajamento e do envolvimento de cada um dos seus integrantes. A organização dos participantes quanto ao seu cotidiano de trabalho para que possa participar de reuniões do GT e executar as atividades propostas, que podem contribuir para sua prática profissional, é fundamental.

- Instrumento padronizado para comunicação entre nutricionistas dos pontos de atenção à saúde: proposta para Nutrição Enteral em domicílio



A proposta de instrumento para comunicação entre nutricionistas que atuam na AB e na AE no cuidado aos usuários em NED foi elaborada a partir do diálogo entre os profissionais participantes do GT, bem como de suas experiências no cuidado aos usuários em NED, de protocolos, diretrizes e estudos científicos nacionais e internacionais, bem como publicações do Ministério da Saúde.

O GT propõe a divisão do instrumento em duas partes, sendo o registro dos dados do usuário em NED realizado na parte 1 (instrumento para registro) e, a parte 2, se refere ao protocolo com as recomendações para preenchimento da primeira parte do instrumento e deve estar disponível no serviço de saúde, por ser a parte norteadora do instrumento.

A parte 1 deverá permanecer em posse do usuário em NED, seus familiares e cuidadores, que realizam o itinerário na RAS à medida que as necessidades de cuidado se alteram, e são os responsáveis por mediar a comunicação entre nutricionistas da AB e da AE por meio do instrumento de comunicação, que proporcionará a referência e a contrarreferência.

A efetivação dos processos de referência e contrarreferência depende do compromisso dos profissionais de saúde em desenvolver ou em acessar os mecanismos propostos para sua execução, interligando os diferentes pontos de atenção da RAS. O resultado esperado da comunicação efetiva entre nutricionistas da AB e da AE é a melhora da qualidade da assistência prestada aos usuários em NED.

Assim, o usuário em NED, seus familiares e cuidadores são responsáveis por preservar a parte 1 do instrumento de comunicação, bem como fornecê-lo aos nutricionistas para preenchimento na AB, na AD e na AE, e aos demais profissionais das equipes de saúde para verificação das informações registradas. O formato da parte 1 do instrumento proposto é semelhante ao de cadernetas de saúde voltadas a pessoas em diferentes momentos do ciclo da vida.

A parte 1 do instrumento para comunicação entre nutricionistas de diferentes pontos de RAS foi denominado de caderneta. A caderneta foi validada nacionalmente e foi avaliada por nutricionistas como um instrumento claro e relevante para a continuidade do cuidado de usuários em NED ⁴⁰.



Entretanto, o preenchimento de cadernetas de saúde, como da Caderneta de Saúde da Criança e da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, tem sido insatisfatório pelos profissionais de saúde dos diferentes pontos de atenção na RAS, especialmente na AB. Mas, para enfrentar o desafio da precariedade nos registros nas cadernetas, são necessários formação de profissionais de saúde que saibam reconhecer a sua importância e empoderamento dos usuários, que devem portar e exigir o uso desses instrumentos nos diferentes serviços de saúde ^{41,42}.

Portanto, a conversão da comunicação em instrumento necessário à conjuntura da assistência à saúde constitui um desafio a ser respondido a partir das demandas dos usuários, do intercâmbio e da relação com outros profissionais, visando um cuidado integral ⁴³. Reconhece-se que a incorporação do instrumento de comunicação no cotidiano e no processo de trabalho pode ser desafiadora e exige mudanças culturais dos profissionais e usuários.

Assim, as limitações encontradas se referem à rotatividade e à baixa adesão de participantes do GT às reuniões devido às outras atividades a serem realizadas na área de atuação profissional, às dificuldades de incorporação das atividades propostas no cotidiano de trabalho, especialmente devido as alterações necessárias nos pontos de atenção à saúde para o enfrentamento da pandemia da Covid-19. Além disso, um regimento para formalização do funcionamento do GT foi elaborado e as ações serão continuadas. Futuramente, outras estratégias para o fortalecimento e qualificação do cuidado aos usuários em NED serão desenvolvidas.

CONCLUSÃO

A elaboração do instrumento para promover a comunicação entre nutricionistas da AB e da AE quanto aos cuidados em nutrição de usuários em NED, bem como a referência e a contrarreferência, foi concluída e o instrumento foi validado nacionalmente. Durante o processo, foram verificadas potencialidades e desafios do GT, como a sua contribuição para a EP em saúde, porém com dificuldade para participação dos integrantes do GT nas reuniões.



Um GT pode contribuir para a EP em saúde e deve estar incorporado no cotidiano de trabalho do profissional de saúde. A incorporação no processo de trabalho é justificada, também, pela intencionalidade do GT em aprimorar as práticas profissionais a partir das experiências dos participantes, em conjunto com recomendações técnico-científicas. O aprimoramento das práticas pode possibilitar benefícios para todos os atores que compõe as ações de saúde: profissionais de saúde, gestores e usuários.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem aos nutricionistas da Atenção Básica, da Atenção Especializada hospitalar e das Instituições de Ensino Superior que participaram e participam do Grupo de Trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução RDC nº 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Diário Oficial da União. 2021 maio 31. (seção) 1:p.113. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf
2. Brasil. Cuidados em terapia nutricional. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIyMQ==>
3. Brasil. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_especializ_ada.pdf
4. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, Rothenberg E, Rubin D, Siljamäki-Ojansuu U, Vaillant MF, Bischoff SC. ESPEN guideline on hospital nutrition. Clin Nutr ESPEN. 2021; 40(12):5684-5709. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.09.039>.
5. Palchaudhuri S, Mehta SJ, Snider CK, Hudson L, Wu GD, Pickett-Blakely O. Hospital Discharge on Enteral Nutrition is Associated with Increased Hospital Readmissions. J Am Nutr Assoc. 2023; 42(2):207-210. doi: <https://doi.org/10.1080/07315724.2021.2022034>.
6. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. Clin Nutr ESPEN [Internet]. 2020 [acesso em 2021 set 22]; 39:5-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.04.022>



7. Salomon Zaban AL, Garbi Novaes MR. Demographic, epidemiological and nutritional profile of elders using home enteral nutritional therapy in Distrito Federal, Brazil. *Invest Clin.* 2009; 50(3):347-57. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19961057/>
8. Mazur CE, Zago RCC, Schieferdecker MEM, Maluf EMCP. Home enteral nutrition: clinical-nutritional analysis and outcomes of 10 years of public policy. *Nutrición Hospitalaria.* 2019; 36(4): 758-763. doi: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02606>
9. van Aanholt DPJ, Niwa LMS, Dias MB, Toletto D, Ciosak SI. Inquérito brasileiro sobre terapia de nutrição domiciliar: panorama atual. *Revista de divulgação científica Sena Aires.* 2021; 10(1). Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/686>
10. Brasil. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União.* 2016 abr 26. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
11. Elia M, Stratton R.J. Calculating the cost of disease-related malnutrition in the UK in 2007 (public expenditure only). In: Elia R. *Combating malnutrition: recommendations for action. A report from the advisory group on malnutrition led.* Worcestershire: BAPEN; 2009.
12. Fidelix MSP. *Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição.* São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição; 2014, p.66.
13. Almeida DF, Gonçalves RCC, Lobato TAA. A importância da implantação de protocolos para adequação da Terapia Nutricional Enteral e indicadores de qualidade: uma revisão. *Nutrição em Pauta.* 2016; 16(139). Disponível em: https://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo_.php?cod=2934
14. Thieme RD, Pinto LM, Macedo DS, Palm RCM, Schieferdecker MEM. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. *Demetra (Rio J.).* 2014; 9(Supl.1):269-86. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10347>
15. Medeiros CRG, Gerhardt TE. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde Debate.* 2015;39:160-70.
16. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). *Instrutivo para elaboração de relato de experiência.* Governador Valadares: UFJF; 2016. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nutricaoogv/files/2016/03/Orienta%C3%A7%C3%B5es-Elabora%C3%A7%C3%A3o-de-Relato-de-Experi%C3%Aancia.pdf>.
17. Mourão Netto JJ, Dias MAS, Goyanna NF. Promoção da saúde e a produção de instrumentos para o adolescente: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line.* 2015; 9(Supl.7):9104-9110. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.8074-70954-1-SM0907supl201521>
18. Mourão Netto JJ, Dias MAS, Goyanna NF. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. *Saúde em Redes.* 2016; 2(1):65-72. doi: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p65-72>
19. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface comun. saúde educ.* 2004;9(16):161-77.



20. Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab. educ. saúde*. 2012;9(3):505-19.
21. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Brasília: CFN; 2018. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm
22. Deubel AR. Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación. Como elaborar las políticas públicas. Quién decide. Cómo realizarlas. Quién gana o pierde. 6ª edición. Bogotá: Ediciones Aurora; 2006.
23. Secchi L. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning; 2012.
24. Brasil. Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990 set 19. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
25. Brasil. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf
26. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2006 [acesso em 2021 set 24]; 59(4):532-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>
27. WHO. World Health Organization (WHO). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/155002>
28. Damaceno NA, Lima M, Pucci VR, Weiller TH. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020; 10:1-14. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769236832>
29. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Da Costa MFBNA, Andrade SR. Redes de atenção à saúde: tendências da produção do conhecimento no Brasil. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2019;23(1):e20180214.
30. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul. Enferm.* 2019; 32(2):186-93. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>
31. Belga SMMF, Jorge A de O, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Debate*. 2022; 46(133). doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>
32. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf



33. Brasil. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf
34. Figueiredo EBL de, Souza ÂC de, Abrahão A, Honorato GLT, Paquiela EO de A. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saúde debate*. 2022; 46(135). doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>
35. Brasil. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. *Diário Oficial União*. 1991 set 18. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/l8234.htm
36. Dow AW, Zhu X, Sewell D, Banas CA, Mishra V, Tu SP. Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. *J. interprof. care*. 2017; 31(6):677-8. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1344048>
37. Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface*. 2018; 22 (Supl. 2):1535-47. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>
38. Adams TL, Orchard C, Houghton P, Ogrin R. The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. *J. interprof. care*. 2014; 28(4):339-44. doi: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.891571>
39. Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *REME rev min enferm*. 2011; 15(2):196-201. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v15n2a06.pdf>
40. Uniat KC. Comunicação de nutricionistas nas Redes de Atenção à Saúde: elaboração e validação de um instrumento de nutrição enteral. Dissertação [mestrado em Alimentação e Nutrição] – Universidade Federal do Paraná; 2022.
41. Amorim L de P, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHL do, Vasconcelos M, Silva AG da, et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018; 27(1). doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100016>
42. Ramos LV, Osório NB, Sinésio Neto L. Caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: uma revisão integrativa. *Revista Humanidades e Inovação*. 2019; 6(2):272-280. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1008>
43. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc*. 2014; 23(4):1356-69. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>