

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KELLY CRISTINA UNIAT

COMUNICAÇÃO DE NUTRICIONISTAS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

CURITIBA

2022

KELLY CRISTINA UNIAT

COMUNICAÇÃO DE NUTRICIONISTAS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

Dissertação apresentada para defesa no Programa de Pós-graduação em Alimentação e Nutrição, do Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre em Alimentação e Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliana Madalozzo
Schieferdecker

Coorientadora: Profa. Dra. Caroline Opolski
Medeiros

CURITIBA

2022

Uniat, Kelly Cristina

Comunicação de nutricionistas nas Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico] : elaboração e validação de um instrumento de nutrição enteral / Kelly Cristina Uniat – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker

Coorientador: Profa. Dra. Caroline Opolski Medeiros

1. Terapia nutricional. 2. Alta do paciente. 3. Assistência domiciliar. 4. Assistência integral à saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Schieferdecker, Maria Eliana Madalozzo. II. Medeiros, Caroline Opolski. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 615.854

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO - 40001016074P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **KELLY CRISTINA UNIAT** intitulada: **Comunicação de Nutricionistas na Rede de Atenção em Saúde: Elaboração e Validação de um Instrumento de Nutrição Enteral?**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA ELIANA MADALOZZO SCHIEFERDECKER, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 15 de Junho de 2022.

Assinatura Eletrônica

20/06/2022 14:14:39.0

MARIA ELIANA MADALOZZO SCHIEFERDECKER

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

22/06/2022 11:55:00.0

CARYNA EURICH MAZUR

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE)

Assinatura Eletrônica

20/06/2022 10:11:54.0

LIZE STANGARLIN FIORI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela sabedoria, conhecimento e a oportunidade de alcançar novas conquistas de modo à sempre vencê-las.

À minha família, a qual sempre me apoiou e ajudou a alcançar meu objetivo, de modo que eu nunca desistisse.

Às professoras da Universidade Federal do Paraná, Marcia Beux e Lize Stangarlin Fiori por me aceitarem no início da minha jornada e que com a pandemia, houve a necessidade de partilharmos os conhecimentos na área clínica. Agradeço a professora Caroline Opolski Medeiros pelo aceite da coorientação, que com toda paciência não hesitou em me ensinar sua especialidade e auxiliar em todo o tempo do mestrado.

Em especial agradeço minha orientadora, professora Maria Eliana M. Schieferdecker pelo carinho, responsabilidade, toda paciência e acima de tudo por compartilhar todos os conhecimentos da melhor maneira possível. Agradeço ainda por ser uma pessoa humana, com ética e se sensibilizar com todo o cenário atual e com meu quadro de saúde.

E por fim, aos meus amigos, do trabalho e também meus colegas de mestrado, por todo o companheirismo, auxílio e força de ânimo em continuar a pesquisa e por me prestigiarem até o fim.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.
Marcel Proust

RESUMO

A Terapia Nutricional Enteral (TNE) pode ser utilizada em diferentes ambientes, como em domicílio, hospital, consultório e sendo acompanhada em todos os pontos das redes de atenção à saúde (RAS). Contudo, atualmente existe uma dificuldade no acompanhamento nos diferentes pontos de atendimento de pacientes em TNE o, por falta do compartilhamento de dados nutricionais de pacientes em terapia. O objetivo desse estudo foi elaborar e validar um instrumento para a comunicação dos nutricionistas entre os pontos de atendimento de pacientes em TNE. Trata-se de um estudo metodológico que consistiu em três etapas: 1 - elaboração do instrumento; 2 - análise de aplicabilidade do instrumento; e 3 - validação de conteúdo. A etapa 1 foi realizada com um grupo de trabalho com especialistas em TNE e Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED), que utilizaram a metodologia de grupo de discussão para fazer levantamento do problema, definição dos itens que fariam parte do instrumento, conjuntamente com pesquisa na literatura científica, originando a primeira versão do instrumento. Na etapa 2 foi realizada a aplicação do instrumento na atenção primária, atenção hospitalar e área clínica em saúde sendo gerado a segunda versão do instrumento. Na etapa 3 foi realizada a validação de conteúdo do instrumento, por especialistas das 5 macrorregiões do Brasil, no formato online, para se obter o Índice de Validação de Conteúdo (IVC). Foram avaliadas as propriedades clareza e relevância das categorias do instrumento, sendo considerados aceitáveis o IVC para cada categoria ($IVC \geq 0,80$). Além disso, analisou-se o cálculo do IVC-Total (IVC-T) do instrumento como um todo, obtendo um ponto de corte de IVC-T superior a 0,80 para clareza e superior a 0,90 para relevância. A primeira versão do instrumento apresentou 60 itens e 7 categorias (dados de identificação, dados clínicos, dados sobre TNE, dados antropométricos, outras avaliações, intercorrências da TNE e dados da nutrição enteral). Após a análise de aplicabilidade, a segunda versão do instrumento sofreu alterações, sendo composto por 53 itens e 7 categorias. Na validação de conteúdo, participaram 23 nutricionistas das 5 macrorregiões do país, sendo todas as especialistas do sexo feminino (100%), especialistas (56%) e com mais de 10 anos de experiência profissional (32,2%). O cálculo do IVC para clareza apresentou maior concordância na categoria dados antropométricos (IVC igual a 1,00). Para relevância, as categorias referentes aos dados de identificação, dados clínicos, dados antropométricos, intercorrências da TNE e dados da nutrição enteral atingiram o valor do IVC igual a 1,00. Além disso, todas as categoriais atingiram o corte mínimo de $IVC > 0,80$, não sendo necessário novas rodadas. O IVC-T apresentou clareza ($IVC-T=0,932$) e relevância ($IVC-T=0,988$) com escores acima dos padrões estabelecidos. O instrumento final ficou no formato de caderneta. Portanto, o instrumento validado é considerado claro e relevante, e poderá ser utilizado para a continuidade do acompanhamento de pacientes em TNE para facilitar a comunicação nas RAS.

Palavras-chave: terapia nutricional; alta do paciente; assistência domiciliar; assistência integral à saúde; atenção primária a saúde.

ABSTRACT

The Enteral Nutrition Therapy (ENT) can be used in different environments, such as at home, hospital, office and being accompanied at all points of the health care networks (RAS). However, currently there is a difficulty in monitoring the different points of care of patients in ENT, due to the lack of sharing of nutritional data of patients in therapy. The objective of this study was to develop and validate an instrument for the communication of nutritionists between the points of care of patients in ENT. This is a methodological study that consisted of three stages: 1 - elaboration of the instrument; 2 - instrument applicability analysis; and 3 - content validation. Step 1 was carried out with a working group with specialists in EN and Home Enteral Nutritional Therapy (TNED), who used the discussion group methodology to survey the problem, define the items that would be part of the instrument, together with research in the scientific literature, originating the first version of the instrument. In step 2, the instrument was applied in primary care, hospital care and clinical health area, generating the second version of the instrument. In step 3, the content validation of the instrument was carried out by specialists from the 5 macro-regions of Brazil, in online format, to obtain the Content Validation Index (CVI). The clarity and relevance properties of the instrument categories were evaluated, with the CVI for each category being considered acceptable (CVI) ≥ 0.80 . In addition, the calculation of the CVI-Total (CVI-T) of the instrument was analyzed, obtaining a CVI-T cut-off point greater than 0.80 for clarity and greater than 0.90 for relevance. The first version of the instrument had 60 items and 7 categories (identification data, clinical data, data on EN, anthropometric data, other assessments, complications of EN and enteral nutrition data). After applicability analysis, the second version of the instrument underwent changes, consisting of 53 items and 7 categories. In content validation, 23 nutritionists from the 5 macro-regions of the country participated, being all female specialists (100%), specialists (56%) and with more than 10 years of professional experience (32.2%). The CVI calculation for clarity showed greater agreement in the anthropometric data category (CVI equal to 1.00). For relevance, the categories referring to identification data, clinical data, anthropometric data, ENT complications and enteral nutrition data reached a CVI value of 1.00. In addition, all categories reached the minimum CVI cutoff > 0.80 , not requiring further rounds. The CVI-T presented clarity (CVI-T=0.932) and relevance (CVI-T=0.988) with scores above the established standards. The final instrument was in the form of a notebook. Therefore, the validated instrument is considered clear and relevant, and can be used to continue the follow-up of patients in ENT to facilitate communication in the HCN.

Keywords: nutritional therapy; patient discharge; home care; comprehensive health care; primary health care; nutritional therapy.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DAS ETAPAS DE ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	25
FIGURA 2 - ETAPAS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	27

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - COMENTÁRIO DOS ESPECIALISTAS NAS CATEGORIAS DE CLAREZA.....	37
QUADRO 2 - VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO COM OS ITENS E CATEGORIAS.....	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - VERSÕES DA ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO	32
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA GERAL E POR MACRORREGIÕES DO BRASIL	36
TABELA 3 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO POR CATEGORIAS E TOTAL DO INSTRUMENTO	37

LISTA DE SIGLAS

ACM	- <i>Averaging Calculation Method</i>
AD	- Atenção domiciliar
AJ	- Altura do Joelho
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
BAPEN	- <i>British Association for Parenteral and Enteral Nutrition</i>
CB	- Circunferência do Braço
CP	- Circunferência da Panturrilha
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBIA	- Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
GT	- Grupo de Trabalho
GTT	- Gastrostomia
IVC	- Índice de Massa Corporal
IVC-T	- Índice de Validade de Conteúdo
JJT	- Jejunostomia
NE	- Nutrição Enteral
NED	- Nutrição Enteral Domiciliar
PAN	- Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação
PCDT	- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCSE	- Prega Cutânea Subescapular
PCT	- Prega Cutânea Tricipital
PEI	- Diagnóstico de Nutrição
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
SAD	- Serviços de Atenção Domiciliar
SESA	- Secretaria da Saúde do Paraná
SNE	- Sonda Nasoentérica
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNE	- Terapia Nutricional Enteral
TNED	- Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS	16
1.1.1 Objetivo geral	16
1.1.2 Objetivos específicos.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL	17
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	17
2.3 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	19
2.4 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	20
2.5 VALIDADE DE CONTEÚDO	22
3 METODOLOGIA	24
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	24
3.2 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO PADRONIZADO	24
3.2.1 Elaboração do instrumento.....	25
3.3 ANÁLISE DE APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO	26
3.4 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO	27
3.4.1 Seleção dos especialistas	27
3.4.2 Convite aos especialistas	28
3.4.3 Validação de conteúdo.....	28
3.4.4 Cálculo do IVC	30
3.4.5 Análise dos dados dos especialistas da validação de conteúdo	31
4 RESULTADOS.....	32
4.1 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO	32
4.2 ANÁLISE DE APLICABILIDADE	34
4.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO	35
5 DISCUSSÃO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE 1- FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTOPARA COMUNICAÇÃO DE NUTRICIONISTAS QUE ATENDAM PESSOAS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR	54

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
66	
APÊNDICE 3- ROTEIRO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO	
69	
APÊNDICE 4- CADERNETA DO USUÁRIO EM TERAPIA NUTRICIONAL	
ENTERAL DOMICILIAR NAS REDES DE ATENÇÃO.....	77
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	85

1 INTRODUÇÃO

Devido às alterações na demografia mundial, atualmente tem-se observado redução nas taxas de mortalidade e aumento na expectativa de vida. Além disso, mudanças no perfil das enfermidades advindas da transição epidemiológica têm substituído a prevalência das doenças infecciosas e parasitárias por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como as cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), câncer, entre outras (HURT et al., 2015; OLIVEIRA, 2019). Segundo dados da Vigitel do ano de 2020, no Brasil, os diagnósticos mais frequentes na população são hipertensão arterial (25,2%) e diabetes (8,2%) (BRASIL, 2021).

Em indivíduos com DCNT, com comprometimento na ingestão alimentar, a Terapia Nutrição Enteral (TNE) é uma alternativa para prover nutrientes com saúde e possível melhora da qualidade de vida. A TNE é indicada para pacientes impossibilitados de alimentar-se via oral e/ou que não podem atender suas necessidades nutricionais completamente ou parcialmente via oral (VILLALBA; RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ, 2019; BISCHOFF et al., 2020).

Indivíduos que necessitam de assistência de saúde em períodos prolongados possuem a opção do uso de TNE em diversos ambientes, sendo possível o cuidado no ambiente domiciliar, clínicas, hospital-dia, ambulatorios, consultas na atenção primária e no ambiente hospitalar. Nesse sentido, o paciente poderá ser acompanhado nesses diferentes locais sendo denominado em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Para Mendes (2008), as redes de atenção à saúde seriam organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.

O principal elemento para a integração das redes de saúde é o efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; OLIVEIRA et al., 2022). Para isso ocorrer, a utilização de protocolos e cadernetas auxiliam no processo de comunicação dentro dessa rede. Atualmente, destaca-se a caderneta da gestante e da vacinação como

exemplos eficazes de comunicação da referência e contrarreferência da equipe em qualquer domínio da RAS.

No Brasil, encontra-se alguns protocolos elaborados para nutricionistas por órgãos municipais para pacientes em TNE, porém não são padronizados para as RAS (CURITIBA, 2011; BELO HORIZONTE, 2018; CURITIBA, 2019; NESTLE HEALTH SCIENCE, 2021). Contudo, a implementação das comunicações entre os nutricionistas por meio de cadernos e instrumentos nos diferentes âmbitos de atenção, pode beneficiar os pacientes por meio do processo de cuidado nutricional adequado (GONÇALVES et al., 2020; KELLER et al., 2021).

Por fim, até o momento não há um instrumento padronizado na RAS para nutricionistas que atendam pacientes em TNE. Sendo assim, é de suma importância que haja a padronização de dados de paciente em TNE para a continuidade do acompanhamento, e para a comunicação entre nutricionistas atuantes na rede de atenção em saúde ao paciente (consultórios, ambulatórios, hospitais, saúde complementar, atenção primária) com embasamento científico e validação metodológica.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Elaborar e validar um instrumento de comunicação entre nutricionistas que acompanham pacientes em Nutrição Enteral (NE) nas redes de atenção em saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

Elaborar um instrumento com os principais dados dos pacientes para dar continuidade ao cuidado na TNE.

Realizar a avaliação do instrumento com os principais dados dos pacientes para dar continuidade ao cuidado na TNE na rede de atenção à saúde.

Avaliar a relevância e clareza do instrumento para a comunicação entre nutricionistas atuantes na rede de atenção em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

A TNE é uma possibilidade terapêutica com o objetivo principal de manter ou recuperar o estado nutricional. É indicada para pacientes com o trato gastrointestinal funcionando e que não são capazes de atingir suas necessidades nutricionais via oral em no mínimo 70% (DUARTE; LÚCIA; JAPUR, 2018; DOLEY, 2022).

Diversos são os motivos para indicação da TNE, seja pelo aumento da população idosa e indivíduos com doenças crônicas, que necessitam de assistência de saúde por longos períodos (SANTOS; BOTTONI; MORAIS, 2013), assim como, para pacientes que necessitem de TNE por tempo indeterminado, como pacientes portadores de câncer, doenças neurológicas, traumas e doenças do trato gastrointestinal (FREIJER et al., 2014). Além desses, pacientes com comorbidades como deficiência proteico-calórica, disfagia severa, processos hipermetabólicos, como grandes queimaduras, ressecção intestinal e fístulas no trato gastrointestinal íntegro são candidatos a se submeter a TNE (MAZUR et al., 2014).

Se o paciente em uso de TNE apresentar estabilidade clínica em ambiente hospitalar, o mesmo já tem indicação de nutrição enteral domiciliar (NED) – uma prática que tem aumentado ao longo dos anos - uma vez que a necessidade da TNE pode permanecer por várias semanas ou meses (DE LUIS et al., 2013; HURT et al., 2015).

Além disso, o paciente em TNE pode transitar nos ambulatórios, consultórios, hospitais-dia e instituições de longa permanência. Essa transição de níveis de atendimento é realizada pelos diferentes pontos das redes de atenção à saúde (RAS).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquela união política após a 1ª Guerra Mundial. Nesse documento consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços de saúde deveriam acontecer por

intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz (OPAS; OMS, 2011).

Nos Estados Unidos, na década de 1990 investiu-se na oferta contínua de serviços a uma população específica, territorialmente delimitada, focada na Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvidos de forma interdisciplinar e com a integração entre os serviços de saúde, bem como com sistemas de informação. Já nos países da América Latina, a implementação das RAS ainda é inicial, sendo o Chile o país com maior experiência na área. Em âmbito nacional, a RAS foi implementada após 2010 com o lançamento da portaria e atualmente, está em constante modificação (MENDES, 2008).

A conceituação da RAS trazida pela Organização Pan-Americana de Saúde preconiza que as redes integradas de serviços de saúde:

Sistemas organizados de serviços de saúde, sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas que podem ser definidas como uma rede de organizações que presta ou provê arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que ela serve (OPAS; OMS, 2011).

As RAS devem ser organizadas eficientemente com recursos integrados às diferentes tecnologias em saúde, serem integrais, responsáveis e humanizadas, construídas a partir de planejamento, gestão e financiamento, além de serem voltadas às necessidades populacionais (ARRUDA et al., 2015).

Embora se preconize uma relação horizontal e não hierárquica entre os níveis e pontos de atenção à saúde, a lógica da organização do SUS é a atenção básica ou primária ser a ordenadora do cuidado. Isso significa que ela é a principal porta de entrada do sistema de atenção em saúde. Nesse nível assistencial ocorre o planejamento dos recursos financeiros, ocorre a formação profissional em equipes multiprofissionais e das ações e serviços que a rede de atenção em saúde demanda, com foco nas necessidades de saúde da população (JÚNIOR; PINTO, 2014).

Alguns estudos realizados em diversos países, incluindo o Brasil, apontam as características da APS que podem levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, ter menores custos e ser mais satisfatório à população, mesmo diante de adversidades sociais (BOWLING; BOND, 2001; ALMEIDA; BARROS, 2005; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

Já aos níveis secundário e terciário, competem o planejamento e a execução de ações de média e alta complexidades, desenvolvidas nos ambulatórios de especialidades e em serviços hospitalares que requeiram atenção de profissionais especializados, recursos de maior densidade tecnológica no apoio diagnóstico e terapêutico, não disponíveis na APS (AGUILERAI et al., 2014; SILVA et al., 2015). Dessa forma, é uma rede de atenção transitória de pacientes agudizados, que após estabilidade retornam o acompanhamento na atenção primária em saúde.

A lógica da RAS é que, independentemente do nível assistencial que o paciente procura, deve ser garantido um atendimento seguro e eficaz. Para funcionarem efetivamente, faz-se necessário o sistema de referência e contrarreferência (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

2.3 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

O principal elemento para a integração nas RAS é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O Ministério da Saúde define este sistema como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; OLIVEIRA et al., 2021).

A referência se caracteriza pelo encaminhamento das UBSs para os níveis de maior grau de complexidade (média e alta). A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para a APS, ou seja, quando a continuidade do tratamento requeira menos recursos tecnológicos e terapêuticos, como os disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (SILVA et al., 2010).

As informações fornecidas ao paciente durante o atendimento nutricional e clínico na rede de atenção em saúde devem ser claras e a prescrição dietética deve ser elaborada com base nas diretrizes do diagnóstico em nutrição e condizentes com a demanda nutricional do indivíduo. Além disso, é preciso orientar e monitorar os procedimentos de preparo, manipulação, armazenamento, conservação e administração da dieta, considerando os hábitos e condições sociais da família, de modo a garantir a qualidade higiênico-sanitária, o aporte nutricional da dieta e as características biopsicossociais do paciente (ALVES; BORGES, 2019).

Para que as orientações sejam adequadas, claras e compreendidas tanto pelo paciente, cuidadores e profissionais, elas devem ser padronizadas. Já existem alguns documentos na forma de protocolos que podem ser utilizados como base no atendimento ao paciente. São exemplos: protocolos da atenção Básica, protocolos de encaminhamento e protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), lançados pelo Ministério da Saúde, que podem ser utilizados em todos os pontos de atenção em saúde (BRASIL, 2015). Além disso, a RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), público ou privado, nas modalidades de assistência e internação domiciliar e a portaria N° 963, de 27 de maio de 2013 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são um exemplo de adequação de atendimento ao paciente na atenção domiciliar (AD).

Porém, ainda não existe protocolos específicos para a TNE a serem utilizado no acompanhamento dos pontos da RAS. É importante que sejam implementados protocolos para TNE, com procedimentos relativos aos cuidados nutricionais, mantendo sempre os registros da prescrição dietética e da evolução nutricional (ALMEIDA; GONÇALVES; LOBATO, 2016; DIANA et al., 2022).

A padronização de condutas e protocolos de atendimento beneficia a operacionalização do processo de desospitalização e facilita a comunicação entre profissionais nos pontos de atenção em saúde, permitindo a efetividade de atendimento (THIEME et al., 2014).

2.4 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação é a prática social que ocorre por meio da interação entre seres humanos. Atualmente muitas dificuldades ocorrem na comunicação entre profissionais da saúde havendo uma lacuna na comunicação dialógica, objetivada na relação de troca e intercâmbio de saberes entre os profissionais (MARINUS et al., 2014).

A tentativa de comunicação em saúde que vem se articulando nas últimas décadas é a comunicação interprofissional. Ela se refere à articulação entre equipes de diferentes serviços da rede de atenção, na forma de ações de promoção, proteção,

recuperação e reabilitação a saúde, caracterizando parte do cuidado integral (BRASIL, 2013; 2015; SILVA et al., 2015).

Uma análise dos sistemas de atenção à saúde, em perspectiva internacional, mostra a predominância de sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam por meio do conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, incomunicáveis e incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2010).

Um estudo revela a informalidade na comunicação dos profissionais nas RAS. Pereira e Machado (2016) abordam que não há uma ficha de encaminhamentos aos ambulatórios de especialidades, além da ausência de qualquer outro mecanismo que possa proporcionar algum tipo de comunicação.

Essa predominância do informal também foi revelada em estudo realizado em Recife, onde os gerentes das unidades avaliaram como precária a articulação e a comunicação entre os níveis de atenção, revelando uma desarticulação intersetorial entre os atendimentos pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação com as equipes do Programa de Saúde da Família (LIMA et al., 2009).

Da mesma forma, foram constatadas fragilidades entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços voltados a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos, o que sinaliza a descontinuidade do cuidado (PROTASIO et al., 2014).

Portanto, a educação permanente é uma estratégia eficaz para garantir qualidade no processo de cuidado (JÚNIOR; PINTO, 2014). A Educação permanente consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (FALKENBERG, 2014).

Dessa forma, ela é capaz de conectar serviços da atenção primária com a atenção especializada, auxiliando na prática diária de profissionais, seja com a criação de instrumentos, cadernos para a população, assim como treinamentos e ações para a sensibilização de profissionais.

2.5 VALIDADE DE CONTEÚDO

A validação consiste em demonstrar que um determinado método analítico proposto é adequado ao que se propõe; ou seja, garantir que a metodologia analítica seja exata e precisa, além de estável, reprodutível e flexível para uma faixa específica de uma substância que se espera identificar ou quantificar. Em suma, validar significa garantir que novos instrumentos, faça sentido para a população destinada (PALMIERI et al., 2020).

Atualmente, há disponibilidade de diversos instrumentos, guias, questionários e cadernetas destinadas ao público em uso de TNE criados em serviços isolados públicos e privados (CURITIBA, 2011; ARAÚJO; SANTOS, 2017; BELO HORIZONTE, 2018; CURITIBA, 2019; MENEZES; FORTES, 2019; BENTO; JORDÃO JÚNIOR; GARCIA, 2020). Porém, a maioria destes não seguiu os processos metodológicos para sua elaboração e processo de validação e confiabilidade, tampouco, estão disponíveis ao uso da população devido à baixa divulgação.

O processo de validação de um instrumento é realizado para avaliar a qualidade dele. Validade é definida como um meio de validar se itens que compõe um instrumento são representativos do tema ao qual o instrumento busca avaliar ou explorar. Dentre os tipos de validade, os mais utilizados são: validade de critério, validade de constructo e validade de conteúdo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validade de conteúdo consiste em uma análise criteriosa e minuciosa do conteúdo do instrumento, tem como objetivo verificar se os itens propostos se constituem numa amostra representativa do assunto que se deseja medir. Nesse tipo de validação, os instrumentos são avaliados a partir de critérios estabelecidos por especialistas da área, estes podem sugerir a retirada, acréscimo ou modificação dos itens (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 1996). A técnica de validade de conteúdo é comumente utilizada para processos de criação e adaptação de instrumentos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Originalmente, o número de rodadas é definido pela construção de um consenso “final” a partir da superação/eliminação de divergências. Nesse formato, na primeira rodada, os especialistas respondem a cada questão de forma quantitativa justificando de forma qualitativa. Caso não houver um consenso entre as respostas, o grupo de especialistas participam de uma nova rodada, e assim, repetidamente até

que as opiniões estabeleçam um consenso sobre o objeto de estudo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O número de especialistas recomendados pela literatura para compor a pesquisa varia em torno de 7 e 30 especialistas (COUTINHO et al, 2013; MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013). A seleção dos especialistas estipulados deve ser descrita detalhadamente no estudo para que não haja deturpação dos objetivos e do alcance da pesquisa (SCARPARO et al., 2012).

A validação de conteúdo permite a interação entre participantes com vasta experiência com o tema de interesse, possibilitando o compartilhamento de informações e opiniões dos participantes gerando assim um conteúdo de informações altamente especializadas (SCARPARO et al., 2012). Para isso, recomenda-se a inclusão de um questionário no instrumento avaliado para uma breve caracterização desses especialistas e avaliação da qualificação dos participantes (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Para a avaliação do instrumento, as questões a serem avaliadas pelos especialistas podem ser estruturadas, abertas ou fechadas (por uma escala de valores) (ALEXANDRE, COLUCI, 2011; SCARPARO et al., 2012). Um tipo de escala amplamente utilizado nas avaliações é a escala Likert (SCARPARO, 2012; COUTINHO, 2013). Neste tipo de escala, cada valor corresponde a um grau de concordância em relação ao item avaliado, no qual o menor número significa discordância total e o maior número tende a concordância plena (SOUZA et al., 2005; BELLUCCI JÚNIOR, MATSUDA, 2012; SCARPARO, 2012; COUTINHO, 2013).

Um dos meios de realizar a análise dos dados avaliados é realizada através do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este método possibilita o cálculo da proporção ou percentagem de juízes que estão de acordo com o instrumento construído, perante a avaliação das suas categorias e dimensões. Assim, faz-se o cálculo do somatório das respostas com pontuação 3 ou 4 de cada juiz em cada item/categoria do questionário, dividindo este valor pelo número total de respostas. Para a validação de conteúdo de novos instrumentos pode-se utilizar a concordância mínima de $\geq 0,80$ (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015).

Desta forma, a cada rodada realizada para aquelas categorias do instrumento, caso não atingissem o IVC mínimo ($IVC \geq 0,80$) a partir do cálculo referente às respostas com pontuação adequada, estas são reformuladas e submetidas a uma nova avaliação, até o consenso de opiniões.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo com caracterização metodológica científica com abordagem quali-quantitativa (GATTI, 2002; FLICK, 2009). A pesquisa foi realizada em Curitiba-PR e região metropolitana nas etapas 1 e 2 e aplicação da etapa 3 em nível nacional.

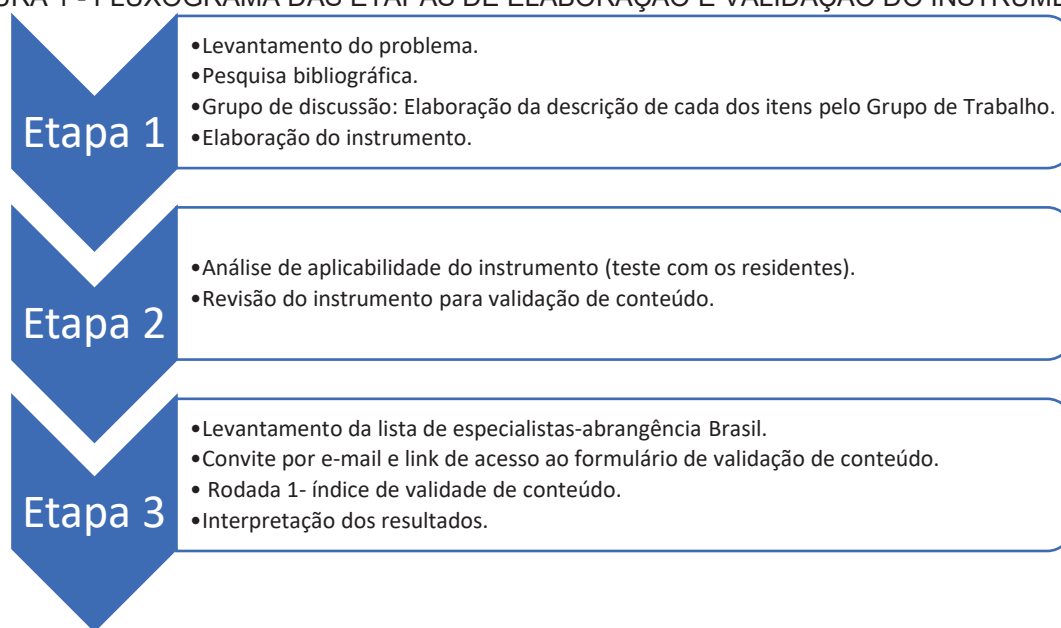
Esta pesquisa foi aprovada no comitê de ética de pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob o nº 45405021.6.0000.0102 de junho de 2021 (ANEXO 1).

A amostra se deu por meio da seleção por conveniência em todas as etapas. Portanto, a seleção da amostra foi considerada não aleatória e se justifica uma vez que o interesse foi selecionar profissionais com conhecimento na temática de estudo (SCARPARO et al., 2012).

3.2 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO PADRONIZADO

A elaboração do instrumento foi realizada em 3 etapas, sendo elas: 1) elaboração do instrumento; 2) análise de aplicabilidade do instrumento; e 3) validação de conteúdo. Na figura 1 estão representadas todas as etapas e na sequência estão descritas cada etapa separadamente.

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DAS ETAPAS DE ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.



FONTE: A autora (2022).

3.2.1 Elaboração do instrumento

A proposta de elaboração do instrumento ocorreu durante o Encontro intermunicipal de TNED no SUS em agosto de 2019, na UFPR Campus Jardim Botânico, onde foi discutido a situação atual da TNED e as dificuldades enfrentadas na prática profissional, como: Custos da judicialização da Nutrição Enteral, dificuldades na padronização da alta hospitalar, financiamento do SUS e o impacto nos custos municipais.

O principal ponto levantado no evento foi de que não há transição do cuidado de pacientes em TNE nos pontos da RAS, e consequentemente dificuldade na conduta profissional. Dessa forma, foi apontado para a necessidade da criação de um compilado dos dados nutricionais de fácil acesso aos profissionais que acompanham o paciente para continuidade do tratamento da TNE.

Com isso, durante o evento foi proposto a elaboração de um instrumento com informações da NE para a continuidade do tratamento de pacientes em TNE tendo como base as demandas dos nutricionistas atuantes nos diferentes pontos da RAS no Brasil.

Concomitante a proposta da criação de um instrumento, formou-se um Grupo de Trabalho (GT) com especialistas na área de TNED e TNE representados por 3 especialistas ou profissionais nutricionistas da atenção hospitalar ou especializada, 3

representantes da atenção primária, e 2 representantes da academia de nutrição, com o mesmo número de suplentes e com a participação da Secretaria da Saúde do Paraná (SESA). O objetivo da criação desse grupo foi ter a representação das áreas de trabalho com vivências profissionais, para contribuir na criação do instrumento. Os integrantes do GT participaram de forma cooperativa e participativa na execução de toda a primeira etapa do estudo.

Para a identificação dos itens de TNE que fariam parte do instrumento, o GT realizou a busca em documentos técnicos nacionais e internacionais (legislações, manuais e cartilhas) sobre TNE e sobre a TNED: BRASIL, 2004a; CURITIBA, 2011; DREYER et al., 2011; QUEENSLAND GOVERNMENT, 2016; ARAÚJO; SANTOS, 2017; BELO HORIZONTE, 2018; DIETIANS ASSOCIATIONS OF AUSTRALIA, 2018; CURITIBA, 2019; MENEZES; FORTES, 2019; BENTO; JORDÃO JÚNIOR; GARCIA, 2020; THE HILLINGDON HOSPITALS, 2020; NESTLE HEALTH SCIENCE, 2021; NUTRICIA ADVANCED MEDICAL NUTRITION, 2021; LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK, 2021.

A partir do contexto social/cultural da problemática, o instrumento de comunicação obteve dados, com objetivo final de intervenção e/ou ação para solucioná-lo com a utilização de grupo de discussão (CALLEJO, 2001; IBÁÑEZ, 2003). Essa etapa aconteceu entre outubro/2019 a abril/2020 por meio de reuniões mensais. Após, seguiu para a etapa de análise de aplicabilidade do instrumento.

3.3 ANÁLISE DE APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO

O objetivo da análise de aplicabilidade do instrumento foi verificar a compreensão de profissionais que atuam na área hospitalar, clínica e na atenção primária em saúde aplicando ao público a que se destina o instrumento frente aos itens que a compõem, identificando a necessidade ou não de itens a serem aprimorados ou modificados. Esta etapa trata-se de uma pesquisa exploratória (GIL, 2002).

A seleção dos profissionais participantes se deu por meio do convite do GT às residentes de nutrição atuantes na área hospitalar, clínica/ambulatorial e na atenção primária do município de Curitiba-PR e região metropolitana.

O convite teve o intuito de aplicar o instrumento na prática (hospitalar, clínica e na atenção primária) no intervalo de 60 dias. No convite via e-mail foi demonstrado o objetivo do instrumento e explicado os itens compostos.

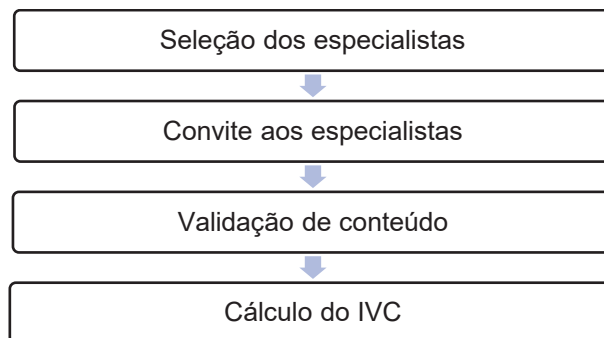
Após a data estipulada de aplicação do instrumento, foi realizado um novo encontro via Microsoft Teams® para que as nutricionistas aplicantes fizessem o relato de experiência, as dificuldades e facilidades do instrumento para possíveis ajustes antes do processo de validação de conteúdo.

Após esse encontro o GT realizou as adequações sugeridas para a melhoria do instrumento e sua aplicação prática. Dessa forma, o instrumento seguiu para o processo de validação de conteúdo.

3.4 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

A validação de conteúdo do instrumento foi realizada conforme as fases descritas no fluxograma abaixo (FIGURA 2).

FIGURA 2 - ETAPAS DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.



FONTE: A autora (2022)

3.4.1 Seleção dos especialistas

Foram utilizados os seguintes critérios para seleção dos profissionais: possuir graduação em nutrição, atuação em TNE (SAD com TNED na Atenção Primária ou hospitalar com TNE) ou profissionais que atuassem na área clínica com pacientes em TNE, e que possuíam experiência de no mínimo 2 anos no âmbito de atenção atuante.

Os critérios de exclusão foram: nutricionistas que não atuam nas áreas supracitadas, não apresentar tempo de experiência proposto, não analisar o

instrumento no prazo estabelecido, apresentar conflito de interesse declarado, e apresentar dificuldade para o uso dos meios eletrônicos de comunicação.

Para que o instrumento pudesse ser avaliado em todo o Brasil, foram mapeadas as cinco grandes regiões: norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste, para elencar os especialistas para validar o instrumento. Foi realizada busca ativa para a indicações de profissionais atuantes em serviços de referências na área de NE. No entanto, na região nordeste e centro-oeste, pela dificuldade de encontrar especialistas, foi realizado também a busca nas secretarias de saúde das capitais dos estados e serviços hospitalares públicos e privados.

3.4.2 Convite aos especialistas

O convite aos especialistas foi realizado via e-mail, com a descrição do estudo, participantes envolvidos, o objetivo do projeto e o breve relato do questionário e as etapas de preenchimento, estimando o tempo de 10-15 minutos para preenchimento.

Os questionários foram encaminhados com prazo de 15 dias para preenchimento. Com intuito de ampliar o número de colaboradores os participantes receberam e-mails com lembretes sobre o fim do prazo para avaliação do instrumento. Aqueles que não responderam ao questionário até o prazo estabelecido inicialmente, receberam novo e-mail avisando da extensão do prazo de mais 10 dias.

3.4.3 Validação de conteúdo

O instrumento foi organizado na plataforma *Google forms*® (APÊNDICE 1) para que pudesse ser avaliado pelos participantes no formato online. O link do formulário online foi enviado aos participantes selecionados via e-mail, juntamente com o objetivo do estudo. Foi apresentado em três seções, sendo a primeira referente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2), a segunda identificação do perfil do profissional e a terceira relacionada a validação de conteúdo do instrumento.

Ao abrir o link, o TCLE foi apresentado e o questionário foi disponibilizado para preenchimento se o entrevistado assinalasse o campo de aceite. Em caso de desacordo com o TCLE, o questionário era finalizado.

Na seção referente ao perfil do participante foram elaboradas 5 perguntas, sendo elas: sexo, região em que reside, titulação, campo de atuação profissional e tempo de experiência em TNE.

Juntamente ao formulário, os avaliadores tiveram acesso ao roteiro do instrumento, adaptado do estudo de boas práticas de manipulação em TNED (COSTA, 2021). Neste roteiro foram apresentadas o objetivo do trabalho, informações sobre os procedimentos metodológicos utilizados para a elaboração do instrumento, e as instruções da validação do conteúdo (APÊNDICE 3).

Na seção relacionada a validação de conteúdo, o instrumento foi apresentado conforme suas categorias e seus itens. Os pontos de validação de conteúdo avaliados foram realizados para analisar o grau de relevância e clareza (LYNN, 1986; GRANT E DAVIS, 1997).

Os participantes foram orientados a avaliar cada categoria do instrumento objetivamente de acordo com seu grau de clareza. Para avaliar a clareza, verificou se a categoria do instrumento foi redigida de forma que era possível compreender o que deveria ser avaliado em relação à comunicação de nutricionistas que atendam pacientes em TNE. A avaliação foi realizada por meio de uma escala de 4 pontos (RUBIO et al., 2003), sendo: (1) não está claro, (2) pouco claro, (3) claro e (4) muito claro (SCARPARO, 2012; COUTINHO, 2013). Os participantes ainda puderam realizar comentários e sugestões para modificações dos itens em que as notas atribuídas fossem “1” e “2”.

Os participantes avaliaram também o atributo relevância. Para avaliar a relevância, verificou se a categoria do instrumento foi relevante para avaliar a comunicação de nutricionistas que atendam pacientes em TNE. Foi atribuído a pontuação de acordo com a escala de *Likert* de quatro pontos, sendo eles: (1) não relevante, (2) pouco relevante, (3) moderadamente relevante e (4) muito relevante (SCARPARO, 2012; COUTINHO, 2013). Além disso, os participantes puderam realizar comentários e sugestões para modificações dos itens em que as notas atribuídas forem “1” e “2”.

O formulário ficou disponibilizado no prazo proposto com a margem de cinco dias antes de comunicar a prorrogação citada anteriormente de dez dias. O participante que não retornou com as respostas foi contabilizado como recusa. Após a primeira rodada foi calculado o índice de validade de conteúdo como será descrito a seguir.

3.4.4 Cálculo do IVC

Para o processo de validação de conteúdo do instrumento, foi realizada análise quantitativa com o cálculo do índice de validade de conteúdo (POLIT; BECK, 2006; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COUTINHO, 2013). Nesse processo foram analisadas as respostas dos participantes, referentes as propriedades de clareza e relevância.

Este método possibilita o cálculo da proporção ou percentagem de juízes que estão de acordo com o instrumento construído neste estudo, perante a avaliação das suas categorias. Deste modo, fez-se o cálculo do somatório das respostas com pontuação 3 ou 4 de cada participante em cada categoria do questionário, dividindo este valor pelo número total de respostas. Portanto, para calcular o índice de validade de conteúdo para categoria (IVC) utilizou-se a fórmula:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Somatório do número de respostas "3" e "4"}}{\text{Número total de respostas}} \quad (1)$$

Foram considerados válidos as categorias que obtiveram escore de IVC igual ou maior a 0,80 para clareza e relevância (RUBIO et al., 2003; POLIT; BECK, 2006; COLUCI, ALEXANDRE, & MILANI, 2015).

Foi utilizado o método ACM (*Averaging Calculation Method*) descrito pelos autores Polit e Beck (2006), para o cálculo do índice de validade de conteúdo total (IVC-T) da clareza e da relevância. Este método possibilita o cálculo total das somas da pontuação 3 e 4 dos participantes das categorias da clareza e relevância separadamente, dividindo este valor pelo número total de categorias do instrumento. Logo, para calcular o IVC-T tanto para clareza e relevância utilizou-se a fórmula:

$$\text{IVC-T} = \frac{\text{Somatório do número de respostas "3" e "4" de todas as categorias}}{\text{Número total de categorias}} \quad (2)$$

Foram considerados adequados os pontos de corte para IVC-T de clareza os valores igual ou superior a 0,80 (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997) e para relevância igual ou superior a 0,90 (WALTZ; BAUSELL, 1981; POLIT; BECK, 2006).

Além dos escores de IVC estabelecidos, foram consideradas as sugestões dos especialistas para mudança dos itens. Foi garantido o anonimato na divulgação dos resultados.

3.4.5 Análise dos dados dos especialistas da validação de conteúdo

Para caracterização dos especialistas foram considerados os seguintes pontos: sexo, macrorregião de residência, última titulação, campo de atuação profissional e tempo de experiência na área hospitalar, consultório, atenção primária e academia/docência.

Para o tratamento dos dados foi utilizada estatística descritiva, com frequências relativas e absolutas, assim como gráficos dos dados absolutos. Os dados foram agrupados em planilhas no software *Microsoft Excel*®.

4 RESULTADOS

4.1 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

Para a elaboração do instrumento foram criadas duas versões: a primeira a partir das reuniões do GT e a segunda, após a análise de aplicabilidade (TABELA 1).

A primeira versão do instrumento foi composta de 60 itens que foram elaborados para continuidade do tratamento e comunicação entre os profissionais, e dividida em 7 categorias, sendo elas: dados de identificação, dados clínicos, dados sobre TNE, dados antropométricos, outras avaliações, intercorrências da TNE e dados da nutrição enteral (TABELA 1).

TABELA 1 - VERSÕES DA ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

Continuação

Categorias	Versão do instrumento por itens	
	Primeira (Esboço inicial)	Segunda (Análise de aplicabilidade)
1. Dados de Identificação	- Nome completo - Sexo (Feminino ou Masculino) - Data de nascimento - Idade - Endereço - Bairro - Cidade / Estado -Telefone - Unidade de saúde - Número do cartão nacional do SUS - Responsável - Contato do responsável -Instituição do primeiro preenchimento da cartilha (unidade de saúde, hospital) - Nome do profissional que realizou o primeiro atendimento	- Nome completo - Sexo (Feminino ou Masculino) - Data de nascimento - Idade - Endereço - Bairro - Cidade / Estado -Telefone - Unidade de saúde / serviço - Número do cartão nacional do SUS - Cuidador responsável - Contato do responsável -Instituição do primeiro preenchimento da cartilha (Atenção primária, hospital, ambulatório/ consultório) - Nome do profissional que realizou o primeiro atendimento
2. Dados clínicos	- História mórbida pregressa -História mórbida atual -Comorbidades -Medicamentos de uso contínuo.	- História mórbida pregressa -História mórbida atual -Comorbidades -Medicamentos de uso contínuo.
3. Dados sobre a terapia nutricional enteral	-Data -Procedimento realizado -Motivo -Tipo de sonda - Instituição - Profissional responsável - Carimbo e contato	-Data -Procedimento realizado -Motivo do procedimento -Tipo de sonda (SNE, GTT, JJT) - Instituição - Nome e CRN do nutricionista responsável

Categorias	Versão do instrumento por itens	
	Primeira (Esboço inicial)	Segunda (Análise de aplicabilidade)
4. Dados antropométricos	- Altura do joelho - Altura (real, aferida, estimada) - Peso usual (kg) antes das necessidades de TNED - Data - Instituição - Circunferência da panturrilha - Circunferência do braço - Prega cutânea tricipital (PST) - Prega cutânea subescapular (PCSE) - Peso atual (real ou estimado) - Método utilizado para aferir o peso - Índice de massa corporal - Profissional responsável - Assinatura e carimbo	- Altura do joelho - Altura (real, aferida, estimada) - Peso usual (kg) antes das necessidades de TNED - Data - Instituição - Circunferência da panturrilha - Circunferência do braço - Peso atual (real ou estimado) - Índice de massa corporal - Nome e CRN do nutricionista responsável
5. Outras avaliações	- Data - Instituição - Diagnóstico de nutrição (PEI) - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - Índice de Barthel - Profissional responsável - Assinatura e carimbo	- Data - Instituição - Diagnóstico de nutrição (PEI) - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - Índice de Barthel - Nome e CRN do nutricionista responsável
6. Intercorrências da terapia nutricional enteral	- Data - Instituição - Intercorrência - Orientado a - Profissional que orientou	- Data - Instituição - Intercorrência (diarreia, constipação, perda da sonda, obstrução da sonda, estase, êmese, outros) - Orientado a - Profissional que orientou
7. Dados da nutrição enteral	- Data - Instituição - Tipo de dieta - Kcal total e kcal/kg - Proteína total e g/kg - Fracionamento - Volume de líquido prescrito - Profissional responsável - Assinatura e carimbo	- Data - Instituição - Nutrição enteral (caseira, comercial, mista) - Kcal total e kcal/kg - Proteína total e g/kg - Fracionamento - Volume de líquido prescrito - Nome e CRN do nutricionista responsável
Total de itens	60	53
Total de categorias	7	7

FONTE: A autora (2022).

LEGENDA: SUS- Sistema Único de saúde; SNE- Sonda Nasoenteral; GTT- Gastrostomia; JJT- Jejunostomia; CRN- Conselho Regional de Nutricionistas; TNED- Terapia Nutricional Enteral Domiciliar; PCT- Prega Cutânea Tricipital; PCSE- Prega Cutânea Subescapular.

As respostas dos itens elaborados no instrumento foram abertas e fechadas. A partir disso, seguiu-se a análise de aplicabilidade gerando a segunda versão do instrumento.

4.2 ANÁLISE DE APLICABILIDADE

Nessa etapa, teve a participação de 13 residentes que aplicaram o instrumento no campo de prática (hospitalar, clínica e na atenção primária), e fizeram suas contribuições. Os pontos de modificação são abordados abaixo.

Na categoria 1 (dados do paciente) houve a troca da nomenclatura para cuidador responsável, assim como a substituição de: nome da Unidade Básica de Saúde (UBS) por Unidade de Saúde/ Serviço; e inclusão da instituição do primeiro preenchimento da cartilha com três opções de escolha - Atenção primária, hospital e Ambulatório/consultório (TABELA 1).

Na categoria 3 (dados da TNE) houve a inclusão de exemplos de procedimentos realizados no serviço e o tipo de sonda no formato de *checkbox* com a opção de escolha entre SNE, GTT e JJT (TABELA 1).

Na categoria 4 (dados antropométricos) foi adicionado um campo aberto para outras informações antropométricas e houve a retirada dos campos de prega cutânea tricipital (PCT) e prega cutânea subescapular (PCSE) (TABELA 1).

Na categoria 5 (outras avaliações) foi adicionado o significado do PEI, Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e Índice de Barthel, assim como os valores de referência das escalas.

Na categoria 6 (intercorrências da TNE) foi adicionado sete opções de escolha de intercorrências para melhor preenchimento do instrumento como: diarreia, constipação, perda de sonda, obstrução da sonda, estase, êmese e outros (TABELA 1).

A categoria sobre dados da NE foi numerada de acordo com suas características, 1- caseira, 2 - comercial e 3 - mista, com os respectivos conceitos ao final, além de adicionar as calorias por kg/dia (TABELA 1).

O item “profissional responsável” e “assinatura com carimbo” foram modificados e fundidos no item denominado “nome e CRN do nutricionista responsável” (TABELA 1). Além disso, houve um aumento de espaço para

preenchimento dos itens. Após as modificações, o instrumento compreendeu em 53 itens e permaneceram as 7 categorias, seguindo para a validação de conteúdo.

4.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

Foram selecionados 74 especialistas da área de atenção hospitalar, atenção primária e clínica, sendo que participaram do estudo 23 especialistas nutricionistas das cinco macrorregiões brasileiras, com predominância de participantes do sul (34,8%) e as demais regiões variaram de 3 a 4 participantes. Todos os participantes eram do sexo feminino (100%), sendo destas, 56% apresentam apenas a graduação como titulação profissional (TABELA 2).

A maioria das pesquisadoras (60,9%) atuavam na área hospitalar; em seguida estavam os nutricionistas atuantes na atenção primária (47,8%) (TABELA 2). Além disso, o maior tempo de experiência profissional foi de 1 a 2 anos na atenção primária, 3 a 5 anos na atenção hospitalar, menos de 1 ano na academia/docência e na área de consultório prevaleceu >10 anos (TABELA 2).

Em relação a titulação, observou-se que as nutricionistas com especialização *lato sensu* predominaram na região Centro oeste (66%), na região Norte (80%) e no Sul (62,5%). Na região Sudeste as nutricionistas participantes apresentaram especialização *stricto sensu* (50%). Na região Nordeste não houve predominância de titulação e apresentou uma especialista com graduação, uma com especialização e uma com mestrado (TABELA 2).

No perfil dos participantes, o campo de atuação profissional que predominou no Sul foi a atenção hospitalar (50%), no Sudeste houve o mesmo número de atuantes na área hospitalar, atenção primária e consultório (28% cada). Na região Centro-oeste 50% atuavam na atenção primária e 50% na área hospitalar, no Nordeste 34% na área hospitalar e no Norte, 57% na área hospitalar (TABELA 2).

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA GERAL E POR MACRORREGIÕES DO BRASIL

Caracterização	Macrorregiões					Total	
	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul		
	n=5	n=3	n=3	n=4	n=8	n=23	%
Área de atuação							
Atenção primária	3	1	2	2	3	11	47,8
Hospitalar	4	2	2	2	4	14*	60,9
Consultório	-	-	-	2	2	4*	17,4
Academia/docência	1	-	-	1	1	3*	13,0
Qualificação profissional							
Graduação	-	1	1	-	-	2	8,7
Especialização	4	1	2	1	5	13	56,5
Mestrado	-	1	-	1	2	4	17,4
Doutorado	1	-	-	2	1	4	17,4
Tempo de experiência							
1 a 2 anos	2	1	1	2	3	9**	29,0
3 a 5 anos	2	1	1	-	4	8**	25,8
6 a 10 anos	-	-	2	1	1	4**	12,9
>10 anos	3	1	-	4	2	10**	32,2

*As especialistas puderam assinalar mais de uma área de atuação; *As especialistas na questão tempo de experiência puderam optar por mais de uma afirmativa, sendo contabilizado todas as opções demarcadas.

FONTE: A autora (2022)

Após a rodada de respostas das especialistas, foram contabilizadas e foi gerado o índice de validade de conteúdo das categorias e do instrumento conforme demonstrado na TABELA 3. Para clareza, a categoria que maior apresentou concordância foi “dados antropométricos” com o IVC igual a 1,00 e a categoria com menor concordância foi “dados sobre a TNE” com IVC 0,826. Já para relevância, as categorias: “dados de identificação”, “dados clínicos”, “dados antropométricos”, “intercorrências da TNE” e “dados da NE” atingiram o valor do IVC igual a 1,00 e as categorias com menor valor foram as categorias “dados sobre a TNE” e “outras avaliações” com IVC de 0,957. Dessa forma, obtiveram escore de IVC a concordância mínima igual ou maior a 0,80 para clareza e relevância, não havendo necessidade de novas rodadas.

Na validação de conteúdo, o instrumento como um todo, apresentou clareza (IVC-T=0,932) e relevância (IVC-T=0,988) com escores acima do padrão estabelecido (TABELA 3).

TABELA 3 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO POR CATEGORIAS E TOTAL DO INSTRUMENTO

Categorias	Clareza IVC	Relevância IVC
1. Dados de Identificação	0,957	1,00
2. Dados clínicos	0,913	1,00
3. Dados sobre a terapia nutricional enteral	0,826	0,957
4. Dados antropométricos	1,00	1,00
5. Outras avaliações	0,913	0,957
6. Intercorrências da terapia nutricional enteral	0,957	1,00
7. Dados da nutrição enteral	0,957	1,00
IVC-T	0,932	0,988

FONTE: A autora (2022).

LEGENDA: IVC – Índice de Validade de Conteúdo; IVC-T – Índice de Validade de Conteúdo do instrumento como um todo.

No Quadro 1, são apresentadas as sugestões e dúvidas realizadas pelos especialistas tanto para a clareza como relevância. Quando pontuado “1” e “2”, era necessário descrever sugestões de alterações para categoria.

QUADRO 1 - COMENTÁRIO DOS ESPECIALISTAS NAS CATEGORIAS DE CLAREZA.

continua

Categorias	Comentários clareza	Ação realizada	Explicação da ação realizada
1. Dados de Identificação	- “ <i>Quem seria o responsável? É quem está participando ou é quem está entrevistando?</i> ”	() Houve alteração (x) Não houve alteração	O responsável pelo paciente.
2. Dados clínicos	- “ <i>O termo “mórbida” acredito possa ser retirado, ficou dúvida, não usamos esse termo aqui no Nordeste.</i> ”	(x) Houve alteração () Não houve alteração	Substituição de história mórbida pregressa e história mórbida atual por história clínica pregressa e história clínica atual.
3. Dados sobre a terapia nutricional enteral	- “ <i>Procedimento realizado: ser refere aos procedimentos da nutrição (antropometria, recordatório etc.; ou de quaisquer áreas?) Motivo: estaria relacionado a intercorrências? Conduta nutricional poderia estar descrita neste campo?</i> ” - “ <i>Qual seria o procedimento realizado? Para mim não ficou claro qual tipo de resposta é esperada para as perguntas sobre procedimento realizado e motivo.</i> ” - “ <i>Qual seria o procedimento realizado?</i> ”	(x) Houve alteração () Não houve alteração	Adicionado no instrumento uma nota à categoria com exemplos desses procedimentos.
4. Dados antropométricos		() Houve alteração (x) Não houve alteração	

Conclusão

Categorias	Comentários clareza	Ação realizada	Explicação da ação realizada
5. Outras avaliações	- “Desconheço o índice de Barthel.” - “Como vai medir os indicadores?”	() Houve alteração (x) Não houve alteração	
6. Intercorrências da terapia nutricional enteral	- “Descrever o que será considerado, diarreia, constipação e a partir de quantos vômitos intervém.”	() Houve alteração (x) Não houve alteração	
7. Dados da nutrição enteral	- “Poderia colocar dieta industrializado ao invés de comercial e artesanal ao invés de caseira; kcal/kg e a forma de administração se é contínua, gravitacional, em bolus ou frasco dieta.”	(x) Houve alteração () Não houve alteração	Adicionado ao final da categoria, o campo outras observações.

FONTE: A autora (2022).

De acordo com os comentários das especialistas em relação a clareza e relevância, foram analisados os pontos por categorias.

Na categoria 2, foi revisto a nomenclatura conforme os registros de atenção à saúde básica, e houve a substituição de história mórbida pregressa e história mórbida atual por história clínica pregressa e história clínica atual, respectivamente.

Na categoria 3, as três dúvidas foram semelhantes, questionando qual o procedimento a ser realizado. Foi adicionado no instrumento final uma nota à categoria com exemplos desses procedimentos, para melhor preenchimento.

Por fim, a categoria 7, o especialista pontua 3 pontos: a nomenclatura da nutrição enteral (caseira e comercial); adição de kcal/kg e a forma de administração da dieta. No primeiro ponto, a nomenclatura foi escolhida conforme padronização mundial, mantendo conforme anteriormente, pois nomenclatura artesanal e industrializada são nomenclaturas antigas. O segundo ponto já está descrito no cabeçalho do item no instrumento e no terceiro ponto foi adicionado ao final da categoria, o campo outras observações, caso o entrevistador julgasse necessário descrever.

Para as categorias 3 e 5 de relevância obtiveram pontuação de “1” e “2” caracterizando não relevante e pouco relevante, porém os especialistas não justificaram a escolha da pontuação.

Após a validação de conteúdo, foi realizada a troca da nomenclatura no item 2, porém, não houve mudança de conceito, e desta forma, a estruturação da versão final do instrumento apresenta 7 categorias e 53 itens (QUADRO 2) e proposta inicial da caderneta diagramada (APÊNDICE 4) mantendo os itens da validação de conteúdo sem necessidade de novas rodadas.

QUADRO 2 - VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO COM OS ITENS E CATEGORIAS

Categorias	Itens
1. Dados de Identificação (14 itens)	- Nome completo - Sexo (F ou M) - Data de nascimento - Idade - Endereço - Bairro - Cidade / Estado - Telefone - Unidade de saúde / serviço - Número do cartão nacional do SUS - Cuidador responsável - Contato do responsável - Instituição do primeiro preenchimento da cartilha (Atenção primária, hospital, ambulatório/ consultório) - Nome do profissional que realizou o primeiro atendimento
2. Dados clínicos (4 itens)	- História clínica pregressa - História clínica atual - Comorbidades - Medicamentos de uso contínuo.
3. Dados sobre a terapia nutricional enteral (6 itens)	- Data - Procedimento realizado - Motivo do procedimento - Tipo de sonda (SNE, GTT, JJT) - Instituição - Nome e CRN do nutricionista responsável
4. Dados antropométricos (10 itens)	- Altura do joelho - Altura (real, aferida, estimada) - Peso usual (kg) antes das necessidades de TNED - Data - Instituição - Circunferência da panturrilha - Circunferência do braço - Peso atual (real ou estimado) - Índice de massa corporal - Nome e CRN do nutricionista responsável
5. Outras avaliações (6 itens)	- Data - Instituição - Diagnóstico de nutrição (PEI) - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - Índice de Barthel - Nome e CRN do nutricionista responsável
6. Intercorrências da terapia nutricional enteral (5 itens)	- Data - Instituição - Intercorrência (diarreia, constipação, perda da sonda, obstrução da sonda, estase, êmese, outros) - Orientado a - Profissional que orientou
7. Dados da nutrição enteral (8 itens)	- Data - Instituição - Nutrição enteral (caseira, comercial, mista) - Kcal total e kcal/kg - Proteína total e g/kg - Fracionamento - Volume de líquido prescrito - Nome e CRN do nutricionista responsável

FONTE: A autora (2022).

5 DISCUSSÃO

O instrumento foi elaborado, com base na experiência de profissionais que atuam em TNE, para auxiliar na continuidade do cuidado nutricional de pacientes em terapia nutricional enteral. Além disso, trata-se de um instrumento inédito para que os nutricionistas possam dar continuidade ao tratamento, causando impacto para os pacientes, gestores e a população como um todo. O instrumento também garantiu a heterogeneidade dos especialistas, com a seleção de nutricionistas experientes em TNE das cinco macrorregiões brasileiras.

A captação de especialistas com diferentes características foi de extrema importância na busca para conhecer a realidade da TNE, bem como validar o instrumento de forma que possa ser utilizado em todo território brasileiro.

Além da heterogeneidade dos participantes que garantem a validade do estudo, outro ponto extremamente importante é a experiência que os participantes têm com o tema de interesse (WRIGTH, GIOVINAZZO, 2000; ALEXANDRE, COLUCI, 2011; SCARPARO, 2012;). Neste ponto, os participantes tiveram diferentes tempos de experiência profissional variando de 1 ano até mais de 10 anos, o que auxilia para rever as dificuldades do cotidiano e compreender que a validação de novos instrumentos pode auxiliar na prática profissional.

Em comparação a uma pesquisa nacional realizada pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) sobre o perfil deste profissional no Brasil, 72% dos respondentes estão formados há mais de 5 anos e 73,2% possuem algum grau de pós-graduação (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2019).

Em relação ao grau de estudo dos especialistas, observou-se que a maioria obteve especialização (pós-graduação *latu sensu*). O estudo desenvolvido com objetivo de verificar o perfil de egressos do curso de nutrição, também observou dados semelhantes, onde a pós-Graduação *latu sensu* eram a maioria, sendo correspondente a 89,2%, e 10,8% possuíam Pós-Graduação *strictu sensu* (Mestrado) (Sabba et al., 2014).

Diante do exposto, estudos evidenciam que o nutricionista, após sua inserção no mercado de trabalho, percebe a necessidade de dar continuidade aos estudos por meio de uma Pós-Graduação, a fim de obter uma melhor qualificação profissional (WENDISH, 2010; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; SABBA et al., 2014).

Ademais, o presente estudo obteve no processo de validação pelos especialistas os quesitos clareza (IVC-T=0,932) e relevância (IVC-T=0,988). Costa et al. (2013) e Pacito-Almeida et al. (2020), ao validarem um manual e um instrumento de educação nutricional, encontraram em seu estudo, resultados semelhantes com IVC global de 0,97 e 0,96 respectivamente, de modo a constituir seu instrumento e conteúdo válidos e pertinentes para a práxis profissional.

Isso revela a importância da análise de aplicabilidade realizada anterior a validação e a criação dos itens e categorias por meio da metodologia de discussão com integrantes do GT com experiência. Pouco estudo foi encontrado com essa metodologia (CASTRO, 2010). Além de que, para que isso fosse possível, as categorias foram pensadas e divididas para contemplar todos os dados do paciente em TNE e seu acompanhamento do cuidado.

Ressalta-se que a utilização de um comitê formado por juízes com expertise na área, como o utilizado no estudo, e preferencialmente, de várias áreas de atuação, é fundamental para que a ferramenta seja amplamente discutida e construída com informações atualizadas e pertinentes em relação às recomendações em saúde. Essa metodologia pode ser observada em outras publicações sobre a elaboração de instrumentos (OLIVEIRA, LOPES, FERNANDES, 2014; NETO et al., 2017; GALDINO et al., 2019).

Por isso, a categoria “dados de identificação” se faz muito importante, sendo considerado item indispensável na caracterização e identificação do paciente por permitirem contatar o paciente sempre que for necessário (APHA, 2007; MILLONIG, 2009; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; AGUIAR, ROCHA, LYRA JUNIOR, 2013).

Assim como os dados do paciente, investigar e coletar dados subjetivos são atividades extremamente relevantes para a conhecer o paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009). Segundo a APhA, são considerados dados subjetivos a história pregressa com medicamentos, o histórico familiar de saúde, dentre outras experiências subjetivas que se relacionam ao tratamento e cuidado em saúde (SIMENSON, McGIVNEY, 2007).

As demais categorias específicas para o cuidado nutricional e da TNE pode garantir a segurança do paciente e qualidade dos resultados. Entende-se, que a categorias específicas para o cuidado nutricional torna-se componente permanente e indispensável (AGUIAR, ROCHA, LYRA JUNIOR, 2013). É importante ressaltar que a utilização de informações científicas confiáveis e adequadas garantem a segurança

do paciente e o alcance de resultados terapêuticos e, portanto, torna-se indispensável para as práticas em saúde independentemente do profissional que a execute (GALVÃO, SAWADA, 2003).

O formato do instrumento em caderneta facilita a utilização do instrumento pelo paciente (uma vez que o prontuário pertence ao paciente conforme legislação) em consultas, internações, visitas domiciliares, nas unidades básica de saúde, ou em qualquer momento que for utilizar as informações da TNE. Além disso, as categorias organizadas com linhas com a possibilidade de preencher por datas, auxilia na visualização e acompanhamento do paciente. Isso irá auxiliar na referência e contrarreferência do paciente em TNE.

Desse modo, as categorias e os itens compostos no instrumento têm o objetivo da existência de um canal de comunicação efetiva entre as nutricionistas, tornando-se então uma ferramenta não somente útil como fundamental para o êxito das intervenções dos pacientes em TNE (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Porém, há uma dificuldade na comunicação de profissionais na referência e contrarreferência nas RAS. Ao discutir a temática das redes de atenção à saúde no Brasil, La Forgia (2006) considera que o problema é caracterizado pela predominância da fragmentação, que é mais a norma que a exceção, o que resulta em duplicação de serviços; ineficiências de escala e escopo e baixa qualidade derivada da atenção descontínua.

De acordo com Millonig (2009), para garantir a continuidade e qualidade dos atendimentos é necessário que o serviço possua uma forma adequada e padronizada de registro da clínica. Nesse contexto, o sistema compartilhado de informações pode garantir uma evolução mais adequada das intervenções ao propiciar o acesso de dados do paciente de forma integral (MILLONG, 2009).

Em revisão realizada por Boland et al. (2017), foi reforçado o fato de que o Brasil ainda é pouco expressivo no que se diz respeito as publicações relacionadas a TNE. Logo, o desenvolvimento de estratégias e ferramentas com melhorias voltadas à prática assistencial, por intermédio da linguagem e de abordagem clara, assume importante dimensão na contribuição do processo de comunicação com os usuários de saúde, emponderando-os no processo de autocuidado (ALBUQUERQUE et al., 2016).

A validação do instrumento e a diagramação no formato de caderneta pode auxiliar nesse processo de cuidado de pacientes em TNE. Um estudo reforça a

importância do uso de protocolos e rotinas sistematizadas dentro da terapia nutricional (DINENAGE et al., 2015). Poucas publicações tratavam especificamente da relação de características ou itens do instrumento e do impacto na qualidade do mesmo (CURITIBA, 2011; BELO HORIZONTE, 2018; CURITIBA, 2019; NESTLE HEALTH SCIENCE, 2021; NUTRICIA ADVANCED MEDICAL NUTRITION, 2021). Contudo, esses materiais foram criados para as instituições locais, ainda é necessário a criação e padronização de instrumentos regionais, estaduais ou nacional, direcionados ao cuidado do atendimento nas RAS.

A criação de cartilhas, cadernetas manuais e folhetos facilitam o trabalho dos profissionais de saúde na orientação de pacientes e familiares dentro do processo de tratamento, recuperação e autocuidado (ECHER, 2005; DEMIR et al., 2008). Dispor de uma ferramenta padronizada de cuidado facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, por isso o instrumento foi criado e validado para auxiliar no processo de recuperação e cuidado dos pacientes em TNE.

As limitações apresentadas no estudo foram o baixo retorno dos especialistas e o número pouco equitativo de participante entre as macrorregiões brasileiras na validação. No entanto, se buscou garantir a representatividade desse universo com o auxílio de profissionais experientes e capacitados. Além disso, as recomendações científicas acerca do número mínimo de participantes para estudos de validação foram seguidas com rigor, o que demonstrou a consistência e credibilidade do instrumento criado e validado.

A criação de uma cartilha para pacientes em TNE validada nacionalmente, poderá contribuir para a continuidade do cuidado dos pacientes em uso alternativo de alimentação e nutrição em todas as regiões do Brasil. A implantação do uso da caderneta poderá facilitar a comunicação entre os profissionais das RAS e melhorar a qualidade do atendimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível elaborar e validar um instrumento com dados de pacientes em TNE na forma de caderneta para a comunicação entre nutricionistas na rede de atenção em saúde. O instrumento foi avaliado como claro e relevante para a continuidade do cuidado em pacientes em TNE.

Vale destacar que um instrumento padronizado na forma de caderneta irá favorecer os pacientes em TNE, proporcionando o tratamento continuado. Assim como auxiliará os nutricionistas na prática diária para a comunicação de dados nutricionais desses pacientes nos vários pontos da RAS.

O processo de elaboração permitiu englobar uma problemática da prática profissional de nutricionistas frente ao crescimento de pacientes em TNE no Brasil, com êxito na criação do modelo de atendimento e acompanhamento de dados nutricionais na rede de atenção à saúde, tanto no âmbito público como no meio privado.

Já no processo de validação, apesar do estudo não exigir um número grande de colaboradores, foi possível alcançar um bom número de juízes. E no que se refere ao grau de familiaridade com o tema, os especialistas participantes apresentaram satisfatório perfil de experiência com o referido serviço tanto nas áreas de ensino e serviço. A heterogeneidade do painel de especialistas pela seleção das cinco macrorregiões enriqueceu o resultado do instrumento.

Em virtude dos fatos mencionados, é necessário que após a validação o instrumento seja aplicado como teste piloto depois de divulgado em território nacional, pois trata-se de um instrumento de baixo custo, claro, relevante e inédito para o público em que se destina.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. M.; ROCHA, B. J. B., LYRA JUNIOR, D. P. L Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v.34, n.3, p.401-410, 2013.
- AGUILERA, S. L. V. U. *et al.* Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 654, p. 667, 2014.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Ministério da Saúde. Resolução - RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.** Brasília, 2006.
- ALBURQUERQUE, A.F.L.L.; PINHEIRO, A.K.B.; LINHA-RES, F.M.P.; GUEDES, T.G. Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1.164-117, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672016000601164&script=sci_abstract&tlng=pt.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n.7. p. 3061- 3068, 2011.
- ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde das gestantes em Campinas (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 1, p. 15-25, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n1/24024.pdf>.
- ALMEIDA, D.F; GONÇALVES, R.C.C; LOBATO, T.A.A. A Importância da Implantação de Protocolos para Adequação da Terapia Nutricional Enteral e Indicadores de Qualidade: Uma Revisão. **Nutrição em pauta**, 2016.
- ALVES, A.H.R; BORGES, S. Indicadores de qualidade em terapia enteral: avaliação da assistência nutricional ao paciente hospitalizado. **BRASPEN J**, v. 34, p. 77-82, 2019.
- ARAÚJO, I.S.; SANTOS, H.V.D. **Guia multiprofissional de orientação para pacientes em uso de nutrição enteral domiciliar**. Petrolina: HEWAB, 2017. Disponível em: [http://www2.ebserh.gov.br/documents/220938/2471769/Guia+-+Nutri%C3%A7%C3%A3o+Enteral+\(2\).pdf/4b7a7f0c-4547-4a2d-b1de-00601bf9245e](http://www2.ebserh.gov.br/documents/220938/2471769/Guia+-+Nutri%C3%A7%C3%A3o+Enteral+(2).pdf/4b7a7f0c-4547-4a2d-b1de-00601bf9245e). Acessado em 20/06/2021.
- ARRUDA, C.; LOPES, S.G.R.; KOERICH, M.H.A.L. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v.19, n.1, p.169-173, 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 5, p. 751–757, 2012.

BELO HORIZONTE, PREFEITURA. **Cartilha de Terapia Nutricional Enteral. Manual do paciente cuidador**. 2. ed., 2018. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/Cartilha_terapia_nutricional_ental-25-6-2018.pdf Acesso em: 13/06/2021.

BENTO, A. P. L.; JORDÃO JÚNIOR, A. A.; GARCIA, R.W.D. **Manual do paciente em Terapia nutricional Enteral domiciliar**. Disponível em: <https://www.crn8.org.br/conteudo/manual-do-paciente-em-terapia-nutricional-ental-domiciliar/643>. Acessado em 22/12/2021.

BISCHOFF, S.C.; AUSTIN, P.; BOEYKENS, K.; CHOURDAKIS, M. et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. **Clinical Nutrition**. V.39, n.1, p.5-22.

BOLAND, K.; MAHER, N.; O'HANLON, C. et al. Home enteral nutrition recipients: patient perspectives on training, complications and satisfaction. **Frontline Gastroenterology**, v.8, n.1, p.79-84, 2017.

BOWLING, A.; BOND, M. A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 51, n. 465, p. 264-269, abr. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC n.º 216, de 15 de setembro de 2004**. Estabelece procedimentos de boas práticas para serviços de alimentação a fim de garantir as condições higiênicas- sanitárias do alimento preparado. Diário Oficial da União, Brasília, 2004.

BRASIL. GABINETE DO MINISTRO. **PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013** - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, CONITEC. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Relatório de Recomendações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 124 p.: il.

CALLEJO, Javier. **El Grupo de Discusión: introducción a una práctica de investigación**. Barcelona: Ed. Ariel, 2001.

CASTRO, Y. P. et al. **Grupos de discusión**. Métodos de investigación en educación especial, p. 1-9, 2010.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 20, p. 925-936, 2015.

CONNAS. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados**. Brasília: CONASS, 2011b. 436 p. (CONASS Documenta, 23). Disponível em: < http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Perfil das(os) Nutricionistas no Brasil**. 2019. Disponível em: <<http://pesquisa.cfn.org.br/>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

COSTA, P. B.; CHAGAS, A. C. M. A.; JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. construção e validação de manual educativo para a promovalidação do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n. 6, p. 1.160-1.167, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3732>.

COSTA, R.L. **Instrumento para avaliação das boas práticas na manipulação da nutrição enteral domiciliar**. Curitiba, 144 p. Dissertação (mestrado)- Programa de Pós-graduação em Alimentação e Nutrição. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

COUTINHO, S.S. O uso da técnica delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.3, p.582-596 jul./set. 2013.

CURITIBA, PREFEITURA MUNICIPAL. **Cartilha do paciente em terapia Nutricional Enteral**. 2.ed., 2011. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=941 Acesso em: 09/06/2021.

CURITIBA, PREFEITURA MUNICIPAL. **Cartilha do paciente em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar**. 3.ed., 2019. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/images/Cartilha_Paciente_Terapia_Nutricional_Enteral_Domiciliar.pdf Acesso em: 09/06/2021.

DAVIS, L. L. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. **Appl Nurs Res**, v. 5, n. 4, p. 194-197, 1992.

DE LUIS, D.A; IZAOLA, O; CUELLAR, L.A; TERROBA, M.C; CABEZAS, G; DE LA FUENTE, B. Experience over 12 years with home enteral nutrition in a healthcare area of Spain. **J Hum Nutr Diet**, v. 26 p.39-44, 2013.

DEMIR, F.; OZSAKER, E.; ILCE, A.O. The quality and suitability of written educational materials for patients. **J Clin Nurs**, v.12, n. 2, p. 259-65, 2008. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02044.x

DIANA, C. M. *et al.* Nutritional care is a human right: Translating principles to clinical practice. **Clinical Nutrition**, p. 1-11, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.03.021>

DIETITIANS ASSOCIATIONS OF AUSTRALIA. **Enteral nutritions manual for adults in health care facilities**. 2018. Disponível em: <https://dietitiansaustralia.org.au/wp-content/uploads/2018/06/Enteral-nutrition-manual-june-2018-website.pdf> Acesso em: 10/09/2020.

DINENAGE, Sarah *et al.* Development and Evaluation of a Home Enteral Nutrition Team. **Nutrients**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 1607-1617, 2015.

DOLEY, J. Enteral Nutrition Overview. **Nutrients**, v.14, n. 11, p. 2180-2195, 2022. doi: 10.3390/nu14112180.

DREYER, E.; BRITO, S.; SANTOS, M. R.; GIORDANO, L. C. R. S. **Nutrição enteral domiciliar: manual do usuário: como preparar e administrar a dieta por sonda /** Universidade Estadual de Campinas. Hospital de Clínicas da UNICAMP. 2. ed. rev. Campinas, SP: Hospital de Clínicas da UNICAMP, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7758130-Nutricao-enteral-domiciliar-manual-do-usuario-como-preparar-e-administrar-a-dieta-por-sonda.html>

DUARTE, A.X; LÚCIA, R.P.A; JAPUR, C.C. Avaliação dos custos diretos com terapia nutricional enteral em um hospital público. **BRASPEN J**, v. 33, p. 206-10, 2018.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.5, p. 754-757, 2005. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/2146/2237>

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIJER, K; BOURS, M.J; NUIJTEN, M.J; POLEY, M.J; MEIJERS, J.M; HALFENS, R.J, et al. The economic value of enteral medical nutrition in the management of disease-related malnutrition: A systematic review. **J Am Med Dir Assoc.**, v. 15 p. 17-29, 2014.

GALDINO, Y.L.S.; MOREIRA, T.M.M.; MARQUES, A.D.B.; SILVA, F.A.A. Validação de cartilha sobre autocuidado com pés de pessoas com Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Enferm**, v.72, n.3, p. 780-787, 2019. doi:10.1590/0034-7167-2017-0900

GALVÃO, C. W, SAWADA, N.O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v.56, n.1, p. 57- 60, 2003

GATTI, B. A. **A construção da pesquisa em educação no Brasil**. Brasília: Plano Editora, 2002.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, R.C.; DIAS, M.C.G.; SEGADILHA, N.L.A.L.; NETTO, A.C.S.O.; BATISTA, M.S.L.P.; SILVA, M.L.T. Planejamento nutricional da alta hospitalar: breve revisão da literatura e proposta de instrumento de avaliação. **BRASPEN J**, n. 35 p. 329-39, 2020.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in nursing & health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.

HURT, R.T.; VARAYIL, J.E.; EPP, L.M. et al. Blenderized tube feeding use in adult home enteral nutrition patients: a cross-sectional study. **Nutrition in Clinical Practice**. v. 30, n.6, p. 824-829, 2015.

IBÁÑEZ, J. **Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Teoría y crítica**. (5rd ed.). Madrid: Sieglo Veintiuno Editores, 2003.

JÚNIOR, H.M.M.; PINTO, H.A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, 2014.

KELLER, H.; DONNELLY, R.; LAUR, C.; GOHARIAN, L.; NASSER, R. Consensus-based nutrition care pathways for hospital-to-community transitions and older adults in primary and community care. **JPEN**, 2021.

La FORGIA, G. Rationale and objectives. São Paulo: **World Bank, Brazilian and International Experiences in Integrated Care Networks**, 2006.

LIMA, M. L. C. *et al.* Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1817-1824, 2009.

LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK. **Living with your feeding tube**. Disponível em: <http://healthcareathome.ca/southwest/en/partner/PublishingImages/s/Health-care-Providers/primary-care/Enteral%20Feed%20Patient%20Guide%20July%202017.pdf> Acesso em: 10/06/2021.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-9, 2006.

MARINUS, M.W.L.C.; QUEIROGA, B.A.M.; MORENO, L.R.; LIMA, L.C. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde soc.** vol.23 nº4 São Paulo, 2014.

MAZUR, C. E.; SCHMIDT, S. T.; RIGON, S. D. A.; SCHIEFERDECKER, M. E. M. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: Interface entre Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional. **Nutr. clín. diet. hosp.** 2014; 34(3):92-104.

MEIRELES, B.L. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de conformidade em serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. p 1-128, 2016.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, p. S3-S11, 2008.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2297-3005, 2010.

MENEZES, C.S; FORTES, R.C. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, 2019.

MILLONIG, M. K. Mapping the route to medication therapy management documentation and billing standardization and interoperability within the health care system: meeting proceedings. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 49, n. 3, p. 372–382 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília; 1999.

MUNARETTO, L.F.; CORRÊA H.L.& CUNHA, J.A.C. Um estudo sobre características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, 2013.

NESTLE HEALTH SCIENCE. **Manual de Orientação Nutricional Enteral em Domicílio Informação e orientação para o paciente domiciliar.** Disponível em: <https://bit.ly/3h9SNdv>. Acesso em: 09/06/2021.

NETO, N.M.G.; CAETANO, J.A.; BARROS, L.M.; SILVA, T.M.; VASCONCELOS, E.M.R. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.30, n.1, p. 87-93, 2017. doi: 10.1590/1982-0194201700013

NUTRICIA ADVANCED MEDICAL NUTRITION. **Tube feeding at home.** Disponível em: https://www.nutriciahomeward.co.uk/uploadedFiles/Pages/Helpful_Tools/TubeFeedingAtHome.pdf Acesso em: 10/06/2021.

OLIVEIRA, S. C.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Development and validation of an educational booklet for healthy eating during pregnancy. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S0104-11692014000400611&lng=en&tlng=en.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia**, v. 15, n.31, p. 69 - 79, 2019.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. **Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 31, n. 01, p.1-23, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>>.

OPS. **Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas**. 2005.

OPAS; OMS. **A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 113 p.

PACITO-ALMEIDA, A. B.; SANTANA, A. B. N.; ZANGIROLANI, L. T. O., MEDEIROS, M. A. T. Validação de conteúdo de Instrumento de Avaliação da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde. **Rev Nutr.**, v. 33, n. 1, p. 1-14, 2020. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202033e200065>

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1o ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, n. esp., p. 209-220, 2014.

QUEENSLAND GOVERNMENT. **Tube Feeding at Home**. 2016. Disponível em: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/146160/hphe_tfpump.pdf Acesso em: 10/06/2021.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN Editora, 2011.

RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S. S.; LEE, E. S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc. Work Res**, v. 27, n. 2, p. 94-105, 2003.

SABBA, L. J.; OKIDA, Y.; OLIVEIRA, C. R. A.; COUTINHO, R. M. C.; COELHO, H. D. S. Perfil dos egressos do curso de nutrição da Universidade Paulista de um campus

em São Paulo. **J Health Sci Inst.** v. 32, n. 4, p. 424-427, 2014. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/04_out-dez/V32_n4_2014_p424a427.pdf.

SAMPIERI, R.H; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodología de la investigación**. México: Edición McGraw-Hill, v. 1, 1996.

SANTOS, V. F. N.; BOTTONI, A; MORAIS, T. B. Qualidade nutricional e microbiológica de dietas enterais artesanais padronizadas preparadas nas residências de pacientes em terapia nutricional domiciliar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 205-214, 2013.

SCARPARO, A. F.; LAUS, A. M. & AZEVEDO, A. I. C. S. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisa na Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n.1, p.242-251, 2012.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, 2010.

SILVA, A. C. *et al.* **Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição**. Monografia [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, J.A.M.; PEDUZZI, M.; ORCHARD, C.; LEONELLO, V.M. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.49, nº 2, São Paulo, 2015.

SIMENSON, S.T. & MCGIVNEY, M.S. **Medication Therapy Management Services: Creating a Patient Care Process for MTM in Your Practice**. Module 4. Professional education monograph series for pharmacists from APhA, 2007. 9p.

SOUZA LEPF, SILVA LMV, HARTZ Z, PAIM JS. **Conferência de consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil**. In: HARTZ ZMA, VIEIRA-DA-SILVA LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

THE HILLINGDON HOSPITALS. **Your guide to tube feeding at home**. 2020. Disponível em: https://www.thh.nhs.uk/documents/_Patients/PatientLeaflets/dietetics/Your_guide_to_tube_feeding_at_home.pdf. Acesso em: 10.09.2020.

THIEME, R.D; PINTO, L.M; MACEDO, D.S; PALM, R.C.M; SCHIEFERDECKER, M.E.M. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. **Demetra**, v. 9, p. 269-286, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, p.1-54, 2016.

VEROTTI, C.C.G.; WAITZBERG, D.L. Braspen recomenda: indicadores de qualidade em terapia nutricional. **Braspen Journal**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 33-38, 2019.

VILLALBA, C.M; RODRÍGUEZ, J.A.V; SÁNCHEZ, F.G. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, care and complications Gastrostomía endoscópica percutánea. Indicaciones, cuidados y complicaciones. **Medicina Clínica**, v. 152, n. 6, p. 229-236, 2019.

WALTZ, C.F.; BAUSELL, R.B. **Nursing research: Design, statistics, and computer analysis**. Philadelphia: F. A. Davis, 1981.

WENDISCH, C. **Avaliação da Qualidade de unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) Hospitalares: construção de um instrumento**. 2010. 133p (Tese de Mestrado). Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases: country profiles**. World Health Organization, Switzerland, 2018.

WRIGHT J. T. C., GIOVINAZZO R.A. Delphi - Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo. v.01, n.12, 2000.

APÊNDICE 1- FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO PARA COMUNICAÇÃO DE NUTRICIONISTAS QUE ATENDAM PESSOAS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Nós, Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker, Kelly Cristina Uniat, Caroline Opolski Medeiros, Rubia Daniela Thieme, e Cíbele Pereira Kopruszynski– da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional com experiência e expertise (especialista) na área de Terapia Nutricional Enteral (TNE), na rede de atenção em saúde, a participar de um estudo intitulado “Elaboração e validação de um instrumento padronizado de atendimento de pacientes em Nutrição Enteral: comunicação de nutricionistas entre os pontos de atendimento em saúde”. Pesquisas como esta são importantes para elaboração de instrumentos de acompanhamento de pacientes em uso de TNE e proporciona qualidade no atendimento aos usuários, menor número de internamentos e maior segurança aos usuários nos diversos pontos de atendimento em saúde. Além de contribuir para a sistematização das ações e segurança do profissional.

- a) O Objetivo desta pesquisa é elaborar e validar um instrumento de comunicação entre os nutricionistas nos pontos de atenção em saúde que atendem pacientes em Nutrição Enteral (NE).
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário analisar e avaliar cada item que compõem a primeira versão do instrumento. E se o mesmo contempla todas as facetas relacionadas ao cuidado em TNE. Você será orientado a ler, analisar e avaliar cada item individualmente e atribuir pontos de 1 a 4 de acordo com a escala Likert, correspondente a sua avaliação. Além disso, você é livre para sugerir edições, inclusões e exclusão de acordo com o que achar pertinente sobre a temática.
- c) O envio dos formulários será via endereço eletrônico e você levará aproximadamente quarenta minutos para avaliação completa dos itens.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo de análise ao instrumento.
- e) O risco relacionado ao estudo que pode ser observado, é que poderá lhe causar desconforto ao analisar o instrumento especialmente em relação ao tempo de análise. Deixamos claro que o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade de nenhuma natureza.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são futuros, pois com a realização deste estudo será possível estabelecer indicadores que auxiliarão para evitar re-internações, promoção de cuidado contínuo, promoção da saúde, redução de morbidades e redução nas complicações da TNE e melhor qualidade de vida em todos os âmbitos de atenção. O instrumento será validado, contemplando todos os itens necessários do processo do cuidado para esse público passível de ser aplicada em âmbito nacional, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.
- g) As pesquisadoras Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker, Kelly Cristina Uniat, Rubia Daniela Thieme e Cíbele Pereira Kopruszynski, responsáveis por este estudo

poderão ser localizados na Avenida Prefeito Lothário Meissner, nº 632, Bairro: Jardim Botânico, Prédio laranja da Nutrição, no gabinete das professoras citadas, Curitiba – PR, além disso, pelos fones 4133604043, 4133604008 e 41999127070 das 08h00 às 18h00 e nos e-mails meliana.ufpr@gmail.com; kellyuniat@ufpr.br; cibele.kopruszynski@ufpr.br; rubiathieme@gmail.com; carolineopolski@ufpr.br para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. No entanto se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 413360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Para baixar este TCLE em formato PDF clique no link abaixo:
https://docs.google.com/uc?export=download&id=1_nUtqxl8OwCOoC5XEwxq2Rwzr5Tk45G9

Você concorda com o termo acima? *

- ☐ Concordo
- ☐ Discordo

Prezado(a) especialista,

Bem-vindo a validação de conteúdo do "Instrumento padronizado em nutrição

enteral: comunicação de nutricionistas entre os pontos de atendimento em saúde”.

Este formulário online apresenta duas seções, sendo a primeira referente à identificação do perfil do especialista e a segunda relacionada a validação de conteúdo do instrumento proposto. Primeiramente, leia o “Roteiro para validação de conteúdo do instrumento para Nutrição Enteral” para responder ao formulário.

Baixe o Roteiro no link:

<https://docs.google.com/uc?export=download&id=10dY8FDcwMmWDtTRqY-IOWy0qs2c94SwA>

Sua colaboração consistirá em responder o formulário ON-LINE que avaliará o instrumento quanto a sua clareza e relevância.

CLAREZA: Para avaliar a clareza, deve-se verificar se o item do instrumento foi redigido de forma que é possível compreender os dados dos pacientes para a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.

RELEVÂNCIA: Para avaliar a relevância, deve-se verificar se o item do instrumento é relevante para contemplar os dados de tratamento e acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

O instrumento apresenta 53 itens distribuídos por assunto em 6 categorias. Cada item do instrumento apresenta uma especificação, que serve para auxiliar no entendimento dos itens e na padronização das avaliações.

Durante a avaliação do instrumento, se você achar necessário entre em contato pelo e-mail pesquisabrasilne.ufpr@gmail.com.

Desde já agradecemos a sua participação,

Mestranda Kelly Cristina Uniat
Prof^a. Dr^a. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker
Prof^a. Dr^a. Caroline Opolski Medeiros

Tempo estimado para preenchimento do formulário: 10-15 minutos.

1.DADOS DO PARTICIPANTE

Olá! A seguir preencha os dados pessoais e profissionais para posterior levantamento do perfil dos especialistas.

Nome completo:*

Sexo: *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefiro não me identificar

Em qual macrorregião mora?*

- ☐ Centro-oeste
- ☐ Norte
- ☐ Nordeste
- ☐ Sudeste
- ☐ Sul

Última titulação: *

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Outro:

Campo de atuação profissional (pode marcar mais de uma opção):*

- Atenção primária
- Consultório
- Hospitalar
- Academia/Docência

Tempo de experiência na atuação profissional:*

Marcar apenas uma oval por linha.

[illegible]

2.VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Categoria 1- Dados de identificação

Observe a categoria 1 e avalie sua clareza e relevância:

Dados de Identificação	
Nome completo	
Sexo	() F () M
Data de nascimento	____ / ____ / ____ Idade:
Endereço	
Bairro	
Cidade/Estado	
Telefone	
Unidade de Saúde	
Número do cartão nacional do SUS	
Responsável	
Contato do responsável	

Data: ____ / ____ / ____	
Instituição do primeiro preenchimento da cartilha	() Atenção primária () Hospital () Ambulatório/consultório
Nome e profissão do profissional que realizou o primeiro atendimento	

Avalie a clareza da categoria 1:*

CLAREZA: Para avaliar a clareza, deve-se verificar se o item do instrumento foi redigido de forma que é possível compreender os dados dos pacientes para a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Não está claro
- 2- Pouco claro
- 3- Claro
- 4- Muito claro

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Avalie a relevância da categoria 1:*

RELEVÂNCIA: Para avaliar a relevância, deve-se verificar se o item do instrumento é relevante para contemplar os dados de tratamento e acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Irrelevante
- 2- Pouco relevante
- 3- Relevante
- 4- Muito relevante

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Você julga que algum item pode ser dispensado nessa categoria? Se sim, porque?

Categoria 2- Dados clínicos

Observe a categoria 2 e avalie sua clareza e relevância:

Dados Clínicos
História mórbida pregressa
História mórbida atual
Comorbidades
Medicamentos de uso contínuo

Avalie a clareza da categoria 2:*

CLAREZA: Para avaliar a clareza, deve-se verificar se o item do instrumento foi redigido de forma que é possível compreender os dados dos pacientes para a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Não está claro

- 2- Pouco claro
- 3- Claro
- 4- Muito claro

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Avalie a relevância da categoria 2:*

RELEVÂNCIA: Para avaliar a relevância, deve-se verificar se o item do instrumento é relevante para contemplar os dados de tratamento e acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Irrelevante
- 2- Pouco relevante
- 3- Relevante
- 4- Muito relevante

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Você julga que algum item pode ser dispensado nessa categoria? Se sim, porque?

Categoria 3- Dados sobre a terapia nutricional enteral

Observe a categoria 3 e avalie sua clareza e relevância:

DADOS SOBRE A TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL					
DATA	PROCEDIMENTO REALIZADO	MOTIVO	TIPO DE Sonda 1.SNE 2.GTT 3.JJT	INSTITUIÇÃO	NOME E CRN DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

Avalie a clareza da categoria 3:*

CLAREZA: Para avaliar a clareza, deve-se verificar se o item do instrumento foi redigido de forma que é possível compreender os dados dos pacientes para a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Não está claro
- 2- Pouco claro
- 3- Claro
- 4- Muito claro

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Avalie a relevância da categoria 3:*

RELEVÂNCIA: Para avaliar a relevância, deve-se verificar se o item do instrumento é relevante para contemplar os dados de tratamento e acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Irrelevante
- 2- Pouco relevante
- 3- Relevante
- 4- Muito relevante

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Você julga que algum item pode ser dispensado nessa categoria? Se sim, porque?

Categoria 4- Dados antropométricos

Observe a categoria 4 e avalie sua clareza e relevância:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	
Altura do joelho (cm)	
Altura (m)	_____ m () Real () Referida () Estimada / Referência:
Peso usual (kg) Antes da necessidade de TNED	

DATA	INSTITUIÇÃO	CP (cm)	CB (cm)	PESO ATUAL R - Real E - Estimado	IMC (kg/m ²)	NOME E CRN DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

Avalie a clareza da categoria 4:*

CLAREZA: Para avaliar a clareza, deve-se verificar se o item do instrumento foi redigido de forma que é possível compreender os dados dos pacientes para a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Não está claro
- 2- Pouco claro
- 3- Claro
- 4- Muito claro

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Avalie a relevância da categoria 4:*

RELEVÂNCIA: Para avaliar a relevância, deve-se verificar se o item do instrumento é relevante para contemplar os dados de tratamento e acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Irrelevante
- 2- Pouco relevante
- 3- Relevante
- 4- Muito relevante

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Você julga que algum item pode ser dispensado nessa categoria? Se sim, porque?

Categoria 5- Outras avaliações

Observe a categoria 5 e avalie sua clareza e relevância:

OUTRAS AVALIAÇÕES					
DATA	INSTITUIÇÃO	DIAGNÓSTICO DE NUTRIÇÃO (PEI)	EBIA	ÍNDICE DE BARTHEL	NOME E CRN DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

Diagnóstico de Nutrição (PEI): "Problema, Etiologia e Indicadores", em que um Problema está "relacionado a" uma Etiologia e é "evidenciado por" Indicadores nutricionais.

EBIA: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, escala que avalia de maneira direta uma das dimensões da segurança alimentar e nutricional em uma população, por meio da percepção e experiência com a fome.

Índice de Barthel: Avalia as atividades da vida diária (AVDs) e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações.

Avalie a clareza da categoria 5: *

CLAREZA: Para avaliar a clareza, deve-se verificar se o item do instrumento foi redigido de forma que é possível compreender os dados dos pacientes para a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Não está claro
- 2- Pouco claro
- 3- Claro
- 4- Muito claro

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Avalie a relevância da categoria 5:*

RELEVÂNCIA: Para avaliar a relevância, deve-se verificar se o item do instrumento é relevante para contemplar os dados de tratamento e acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Irrelevante
- 2- Pouco relevante
- 3- Relevante
- 4- Muito relevante

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Você julga que algum item pode ser dispensado nessa categoria? Se sim, porque?

Categoria 6- Intercorrências da terapia nutricional enteral

Observe a categoria 6 e avalie sua clareza e relevância:

INTERCORRÊNCIAS DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL				
DATA	INSTITUIÇÃO	INTERCORRÊNCIA	ORIENTADO A:	PROFISSIONAL QUE ORIENTOU
		1. Diarreia 2. Constipação 3. Perda da sonda 4. Obstrução da sonda 5. Estase 6. Êmese 7. Outros		

Avalie a clareza da categoria 6: *

CLAREZA: Para avaliar a clareza, deve-se verificar se o item do instrumento foi redigido de forma que é possível compreender os dados dos pacientes para a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Não está claro
- 2- Pouco claro
- 3- Claro
- 4- Muito claro

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Avalie a relevância da categoria 6:*

RELEVÂNCIA: Para avaliar a relevância, deve-se verificar se o item do instrumento é relevante para contemplar os dados de tratamento e acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Irrelevante
- 2- Pouco relevante
- 3- Relevante
- 4- Muito relevante

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Você julga que algum item pode ser dispensado nessa categoria? Se sim, porque?

Categoria 7- Dados da nutrição enteral

Observe a categoria 7 e avalie sua clareza e relevância:

DADOS DA NUTRIÇÃO ENTERAL							
DATA	INSTITUIÇÃO	NUTRIÇÃO ENTERAL 1. Caseira (com alimentos) 2. Comercial 3. Mista	KCAL TOTAL	PROTEÍNA (g e g/kg)	FRACIONAMENTO	VOLUME DE LÍQUIDO PRESCRITO	NOME E CRN DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

Avalie a clareza da categoria 7:*

CLAREZA: Para avaliar a clareza, deve-se verificar se o item do instrumento foi redigido de forma que é possível compreender os dados dos pacientes para a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Não está claro
- 2- Pouco claro
- 3- Claro
- 4- Muito claro

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Avalie a relevância da categoria 7:*

RELEVÂNCIA: Para avaliar a relevância, deve-se verificar se o item do instrumento é relevante para contemplar os dados de tratamento e acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

- 1- Irrelevante

- 2- Pouco relevante
- 3- Relevante
- 4- Muito relevante

Se respondeu 1 e 2, favor justificar a resposta abaixo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para os itens.

Você julga que algum item pode ser dispensado nessa categoria? Se sim, porque?

Agradecemos sua participação! Sua resposta foi enviada.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker, Kelly Cristina Uniat, Caroline Opolski Medeiros, Rubia Daniela Thieme, e Cíbele Pereira Kopruszynski– da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional com experiência e expertise (especialista) na área de Terapia Nutricional Enteral (TNE), na rede de atenção em saúde, a participar de um estudo intitulado “Elaboração e validação de um instrumento padronizado de atendimento de pacientes em Nutrição Enteral: comunicação de nutricionistas entre os pontos de atendimento em saúde”.

Pesquisas como esta são importantes para elaboração de instrumentos de acompanhamento de pacientes em uso de TNE e proporciona qualidade no atendimento aos usuários, menor número de internamentos e maior segurança aos usuários nos diversos pontos de atendimento em saúde. Além de contribuir para a sistematização das ações e segurança do profissional.

a) O Objetivo desta pesquisa é elaborar e validar um instrumento de comunicação entre os nutricionistas nos pontos de atenção em saúde que atendem pacientes em Nutrição Enteral (NE).

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário analisar e avaliar cada item que compõem a primeira versão do instrumento. E se o mesmo contempla todas as facetas relacionadas ao cuidado em TNE. Você será orientado a ler, analisar e avaliar cada item individualmente e atribuir pontos de 1 a 4 de acordo com a escala Likert, correspondente a sua avaliação. Além disso, você é livre para sugerir edições, inclusões e exclusão de acordo com o que achar pertinente sobre a temática.

c) O envio dos formulários será via endereço eletrônico e você levará aproximadamente quarenta minutos para avaliação completa dos itens.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo de análise ao instrumento.

e) O risco relacionado ao estudo que pode ser observado, é que poderá lhe causar desconforto ao analisar o instrumento especialmente em relação ao tempo de análise. Deixamos claro que o(a) senhor(a) poderá desistir

a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade de nenhuma natureza.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são futuros, pois com a realização deste estudo será possível estabelecer indicadores que auxiliarão para evitar re-internações, promoção de cuidado contínuo, promoção da saúde, redução de morbidades e redução nas complicações da TNE e melhor qualidade de vida em todos os âmbitos de atenção. O instrumento será validado, contemplando todos os itens necessários do processo do cuidado para esse público passível de ser aplicada em âmbito nacional, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

g) Os pesquisadores Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker, Kelly Cristina Uniat, Rubia Daniela Thieme e Cíbele Pereira Kopruszynski, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Avenida Prefeito Lothário Meissner, nº 632, Bairro: Jardim Botânico, Prédio laranja da Nutrição, no gabinete das professoras citadas, Curitiba – PR, além disso, pelos fones 4133604043, 4133604008 e 41999127070 das 08h00 às 18h00 e nos e-mails meliana.ufpr@gmail.com; kellyuniat@gmail.com; cibele.kopruszynski@ufpr.br; rubiathieme@gmail.com; carolineopolski@ufpr.br para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em

Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 413360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

[Local, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE 3- ROTEIRO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

ROTEIRO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO PARA COMUNICAÇÃO DE NUTRICIONISTAS QUE ATENDAM PESSOAS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Proibida a reprodução parcial ou total, em forma idêntica, resumida ou modificada, em língua portuguesa ou qualquer outro idioma, sem a devida autorização do autor (Lei nº 9610/98)

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho intitulado *Elaboração e validação de um instrumento padronizado em nutrição enteral para: Comunicação de nutricionistas entre os pontos de atendimento em saúde*. O objetivo do estudo é elaborar e validar um instrumento sobre os dados de paciente em Nutrição Enteral (NE) para a comunicação entre nutricionistas atuantes nos diferentes pontos de atenção em saúde¹.

Esta pesquisa faz parte da dissertação de mestrado da nutricionista Kelly Cristina Uniat, no Programa de Pós-graduação em Alimentação e Nutrição (PPGAN) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), sob orientação dos professores Dr^a. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker e Dr^a. Caroline Opolski Medeiros.

O instrumento proposto é denominado “Instrumento para comunicação de nutricionistas que atendam pessoas em terapia nutricional enteral”, e tem o propósito de promover a alta responsável e comunicação entre os pontos de atenção de saúde que atendem pacientes em Terapia Nutrição Enteral Domiciliar (TNED) de todo o território brasileiro. A partir disto, será possível acompanhar os aspectos nutricionais de pacientes em TNED nos diferentes campos de atendimento de saúde ao paciente (consultórios, ambulatorios, hospitais, rede primária de saúde, visitas domiciliares).

Atualmente há uma lacuna na comunicação entre a rede de atenção em saúde e falta de pareceres que considerem a conduta profissional para continuidade do acompanhamento de pacientes em TNED.

Implementar o acompanhamento nutricional eficaz de qualquer ponto de atendimento à saúde de pacientes em TNED traz benefícios como: redução da taxa de mortalidade, melhora no estado nutricional, redução dos riscos de complicações, além de evitar novos internamentos (VAN AANHOLT et al., 2018) e melhorar a qualidade de vida do paciente e da família.

Neste sentido, o estudo propõe um instrumento de comunicação entre os pontos de atenção à saúde para a continuidade do acompanhamento da terapia nutricional enteral contendo dados que compreendam o quadro do paciente e da manutenção do tratamento nutricional iniciado.

¹ Consideramos formulações enterais: as preparações com alimentos; as fórmulas comerciais, quimicamente definidas e prontas para consumo ou após reconstituição com água; e as preparações mistas preparadas com alimentos com adição de fórmulas comerciais ou módulos de nutrientes (BRASIL, 2000; VAN AANHOLT et al., 2018).

O roteiro foi baseado no trabalho da mestrande Rayane Luiz da Costa, participante do PPGAN-UFPR. Neste roteiro são apresentadas informações sobre os procedimentos metodológicos utilizados para a elaboração do instrumento para acompanhamento de pacientes com dados de NE, e a descrição de como realizar a validação do conteúdo do instrumento por meio do formulário online.

2. METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO

O instrumento foi elaborado em 5 etapas, sendo elas: 1- Criação do grupo de trabalho 2- Levantamento do problema; 3- Criação das categorias e dos itens do instrumento por meio do grupo de trabalho; 4- Pesquisa bibliográfica de documentos técnicos; e 5 – Teste de aplicabilidade do instrumento.

A criação do grupo de trabalho (GT) se deu a partir de um grupo formado por nutricionistas experientes de hospitais, gestoras da atenção primária e professoras de cursos de nutrição de Curitiba e região metropolitana do estado do Paraná.

Em seguida, foi realizada reuniões com o grupo de trabalho utilizando a metodologia de discussão (CALLEJO, 2001; IBÁÑEZ, 2003), para elencar os itens considerados importantes para a compreensão da situação do paciente em TNED e continuidade do tratamento da terapia nutricional enteral que formariam o instrumento.

A partir dessa etapa, houve um levantamento de documentos técnicos (legislações, manuais e cartilhas) sobre a terapia nutricional enteral domiciliar para fundamentar os itens propostos do instrumento (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004a; OMS, 2006; CURITIBA, 2011; DREYER et al., 2011; QUEENSLAND GOVERNMENT, 2016; ARAÚJO; SANTOS, 2017; BELO HORIZONTE, 2018; MENEZES; FORTES, 2018; DIETIANS ASSOCIATIONS OF AUSTRALIA, 2018; CURITIBA, 2019; NESTLE HEALTH SCIENCE, 2020; BENTO; JORDÃO JÚNIOR; GARCIA, 2020; NUTRICIA ADVANCED MEDICAL NUTRITION, 2020; LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK, 2020; THE HILLINGDON HOSPITALS, 2020).

Desse modo, foi criada a primeira proposta do instrumento com dados do paciente em NE para comunicação de nutricionistas nos diferentes pontos de atenção à saúde. No entanto, após a criação do instrumento foi realizado um encontro com nutricionistas residentes da área hospitalar e da atenção primária para apresentar a proposta de testar o instrumento.

O instrumento foi aplicado no campo de atuação das residentes (hospitalar e atenção primária) com o objetivo de verificar se os itens descritos contemplam a continuidade do tratamento e acompanhamento do paciente em TNE, identificando a necessidade de aprimoramento dos itens.

A versão final do instrumento NE dispõe de 53 itens, divididos por assunto em 7 categorias, conforme descrito no Quadro 1, a seguir:

QUADRO 1- ESPECIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA COMUNICAÇÃO DE NUTRICIONISTAS QUE ATENDAM PESSOAS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL).

Categoria	Quantidade de itens	Especificação
1. Dados de identificação	14	Refere-se aos dados pessoais do paciente e do responsável.
2.Dados clínicos	4	Refere-se às comorbidades pré-existentes, doença atual e medicamentos de uso contínuo.
3.Dados sobre a terapia nutricional enteral	6	Refere-se via de acesso de terapia nutricional e qual o motivo da consulta e o procedimento realizado.
4.Dados antropométricos	10	Refere-se aos dados antropométricos do paciente.
5.Outras avaliações	6	Refere-se às outras avaliações clínicas do paciente, como diagnóstico nutricional.
6.Intercorrências da terapia nutricional enteral	5	Refere-se as intercorrências da terapia nutricional enteral e qual o procedimento orientado.
7. Dados da nutrição enteral	8	Refere-se aos dados nutricionais e especificação da fórmula enteral.

Fonte: As autoras.

3. INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO

A avaliação do instrumento NE será realizada no formato online, por meio de um formulário disponível na plataforma *Google Forms*. O link de acesso do formulário encontra-se no final deste documento e foi enviado por e-mail. O formulário online apresenta 4 seções, sendo a primeira referente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a segunda instruções do uso do formulário, terceira é a identificação do perfil do especialista e em seguida, a validação de conteúdo do instrumento de comunicação entre nutricionistas.

Na seção referente ao perfil do especialista encontram-se 7 perguntas sobre o sexo, macrorregião em que reside, profissão, titulação, campo de atuação profissional e tempo de experiência em Terapia Nutricional Enteral. Na seção relacionada a validação de conteúdo do instrumento encontra-se os 53 itens, no qual foram separados por assunto, nas 7 categorias definidas para o instrumento.

3.1 AVALIAÇÃO DOS ITENS DO INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO

Clareza - Para avaliar a clareza, deve-se verificar se o item do instrumento foi redigido de forma que é possível compreender os dados dos pacientes para a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar.

A avaliação da clareza deve ser realizada por meio de uma escala de 4 pontos (RUBIO et al., 2003):

- 1 = não está claro
- 2 = pouco claro
- 3 = claro
- 4 = muito claro.

Relevância - Para avaliar a relevância, deve-se verificar se o item do instrumento é relevante para contemplar os dados de tratamento e acompanhamento de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

A avaliação da relevância deve ser realizada por meio de uma escala de 4 pontos (LYNN, 1986):

- 1 = irrelevante
- 2 = pouco relevante
- 3 = relevante
- 4 = muito relevante.

Caso a resposta na escala numérica seja 1 ou 2 na propriedade clareza e relevância, favor justificar a resposta no espaço disponível para o mesmo. Esse espaço também pode ser utilizado para descrever sugestões de melhoria para o item.

Também, se necessário deixamos no final de cada categoria um espaço para consideração ou sugestão. Qualquer dúvida ou esclarecimento, por gentileza, entre em contato pelo e-mail **pesquisabrasilne.ufpr@gmail.com**. Link para acesso do formulário: <https://forms.gle/428QLZaw96dXSzX17>

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I.S.; SANTOS, H.V.D. **Guia multiprofissional de orientação para pacientes em uso de nutrição enteral domiciliar**. Petrolina: HEWAB, 2017. Disponível em: [http://www2.ebserh.gov.br/documents/220938/2471769/Guia+-+Nutri%C3%A7%C3%A3o+Enteral+\(2\).pdf/4b7a7f0c-4547-4a2d-b1de-00601bf9245e](http://www2.ebserh.gov.br/documents/220938/2471769/Guia+-+Nutri%C3%A7%C3%A3o+Enteral+(2).pdf/4b7a7f0c-4547-4a2d-b1de-00601bf9245e). Acesso em: 09/06/2020.

BENTO, A. P. L.; JORDÃO JÚNIOR, A. A.; GARCIA, R.W.D. **Manual do paciente em Terapia nutricional enteral domiciliar**. Disponível em: <https://www.crn8.org.br/conteudo/manual-do-paciente-em-terapia-nutricional-enteral-domiciliar/643>. Acesso em: 13.05.2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC n. 63, de 6 de julho de 2000**. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Ministério da saúde. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC n.º 216, de 15 de setembro de 2004**. Estabelece procedimentos de boas práticas para serviços de alimentação a fim de garantir as condições higiênicas- sanitárias do alimento preparado. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, de 17 set. 2004a.

CALLEJO, Javier. **El Grupo de Discusión: introducción a una práctica de investigación**. Barcelona: Ed. Ariel, 2001.

DIETITIANS ASSOCIATIONS OF AUSTRALIA. **Enteral nutrition manual for adults in health care facilities**. 2018. Disponível em: <https://dietitiansaustralia.org.au/wp-content/uploads/2018/06/Enteral-nutrition-manual-june-2018-website.pdf>. Acesso em: 10.09.2020.

DREYER, E.; BRITO, S.; SANTOS, M. R.; GIORDANO, L. C. R. S. **Nutrição enteral domiciliar: manual do usuário: como preparar e administrar a dieta por sonda**. 2. ed. rev. Campinas, SP: Hospital de Clínicas da UNICAMP, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7758130-Nutricao-enteral-domiciliar-manual-do-usuario-como-preparar-e-administrar-a-dieta-por-sonda.html>. Acesso em: 13.05.2020.

IBÁÑEZ, J. Más allá de la sociología. **El grupo de discusión: Teoría y crítica** (5rd ed.). Madrid: Siglo Veintiuno Editores, 2003.

KELLER, H.; DONNELLY, R.; LAUR, C.; GOHARIAN, L.; NASSER, R. Consensus-based nutrition care pathways for hospital-to-community transitions and older adults in primary and community care. **JPEN**, 2021.

LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK. Living with your feeding tube. Disponível em: <http://healthcareathome.ca/southwest/en/partner/PublishingImages/s/Health-care->

Providers/primary-care/Enteral%20Feed%20Patient%20Guide%20July%202017.pdf. Acesso em: 10.09.2020.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res**, v.35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MENEZES, C. S.; FORTES, R. C. **Manual de Orientações sobre Terapia Nutricional Enteral Domiciliar**: informações aos pacientes e cuidadores. Brasília: Editora JRG. 1. ed., 2018. Disponível em: <https://docplayer.com.br/85617057-Manual-de-orientacoes-sobre-terapia-nutricional-ental-domiciliar-informacoes-aos-pacientes-e-cuidadores.html>. Acesso em: 08.06.2020.

NESTLE HEALTH SCIENCE. **Manual de Orientação Nutricional Enteral em Domicílio Informação e orientação para o paciente domiciliar**. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/24420098/manual-para-dieta-ental-nestle>. Acesso em: 09.06.2020.

NUTRICIA ADVANCED MEDICAL NUTRITION. Tube feeding at home. Disponível em: https://www.nutriciahomeward.co.uk/uploadedFiles/Pages/Helpful_Tools/TubeFeedingAtHome.pdf. Acesso em: 10.09.2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2006. **Cinco Chaves para uma Alimentação mais Segura**: manual. Disponível em: http://www.who.int/foodsafety/consumer/5KeysManual_pt.pdf. Acesso em: 14/05/2020.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Cartilha de Terapia Nutricional Enteral**. Manual do paciente cuidador. 2. ed., 2018. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/Cartilha_terapia_nutricional_ental-25-6-2018.pdf. Acesso em: 08.06.2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Cartilha do paciente em terapia Nutricional Enteral**. 2.ed., 2011. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=941 . Acesso em: 09.06.2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Cartilha do paciente em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar**. 3.ed., 2019. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/images/Cartilha_Paciente_Terapia_Nutricional_Enteral_Domiciliar.pdf . Acesso em: 09.06.2020.

QUEENSLAND GOVERNMENT. **Tube Feeding at Home**. 2016. Disponível em: https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0018/146160/hphe_tfpump.pdf. Acesso em: 10.09.2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (SBNPE). Federação Brasileira de Gastroenterologia Associação Brasileira de Nutrologia. **Recomendações para Preparo da Nutrição Enteral (2011)**. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/recomendacoes_para_preparo_da_nutricao_ental.pdf. Acesso em: 19.05.2020.

THE HILLINGDON HOSPITALS. **Your guide to tube feeding at home**. 2020. Disponível em: https://www.thh.nhs.uk/documents/_Patients/PatientLeaflets/dietetics/Your_guide_to_tube_feeding_at_home.pdf. Acesso em: 10.09.2020.

VAN AANHOLT, D. P. J.; MATSUBA, C.S.T.; DIAS, M.C.G. Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar. **BRASPEN Journal**, v.33, n. 1, p.37-46, 2018.

APÊNDICE 4- CADERNETA DO USUÁRIO EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR NAS REDES DE

ATENÇÃO

Dados de Identificação	
Nome completo	
Sexo	() F () M
Data de nascimento	___ / ___ / ___ Idade:
Endereço	
Bairro	
Cidade/Estado	
Telefone	
Unidade de Saúde/Serviço	
Número do cartão nacional do SUS	
Cuidador responsável	
Contato do responsável	

Dados Clínicos	
História clínica pregressa	
História clínica atual	
Comorbidades	
Medicamentos de uso contínuo	

Data: ___ / ___ / ___	
Instituição do primeiro preenchimento da cartilha	() Atenção primária () Hospital () Ambulatório/consultório
Nome do profissional que realizou o primeiro atendimento	

DADOS ANTROPOMÉTRICOS		
Altura do joelho (cm)		
Altura (m)	_____ m () Real () Referida () Estimada / Referência:	
Peso usual (kg) antes da necessidade de TNED		

DATA	INSTITUIÇÃO	CP (cm)	CB (cm)	PESO ATUAL R - Real E - Estimado	IMC (kg/m²)	NOME E CRN DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

CB - Circunferência do braço; CP- Circunferência da panturrilha;

- Outras informações antropométricas: _____

OUTRAS AVALIAÇÕES					
DATA	INSTITUIÇÃO	DIAGNÓSTICO DE NUTRIÇÃO (PEI)	EBIA	ÍNDICE DE BARTHEL	NOME E CRN DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

Diagnóstico de Nutrição (PEI): “Problema, Etiologia e Indicadores”, em que um Problema está “relacionado a” uma Etiologia e é “evidenciado por” Indicadores nutricionais.

EBIA: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, escala que avalia de maneira direta uma das dimensões da segurança alimentar e nutricional em uma população, por meio da percepção e experiência com a fome.

Índice de Barthel: Avalia as atividades da vida diária (AVDs) e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Escala EBIA e Índice de Barthel em anexo ao final da cartilha.

DADOS DA NUTRIÇÃO ENTERAL							
DATA	INSTITUIÇÃO	NUTRIÇÃO ENTERAL 1. Caseira (com alimentos) 2. Comercial 3. Mista	KCAL (total e kcal/kg)	PROTEÍNA (total e g/kg)	FRACIO NAMENTO	VOLUME DE LÍQUIDO PRESCRITO	NOME E CRN DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

Outras observações: _____

Pontuação do Índice de Barthel

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toilete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestinal	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
On cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

FONTE: adaptado de Brasil (2014)

ESCALA EBIA

1) Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?	8) Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar comida?
2) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	9) Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?
3) Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	10) Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia porque não havia dinheiro para comprar a comida?
4) Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?	11) Nos últimos três meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?
5) Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	12) Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?
6) Nos últimos três meses, algum moradores de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?	13) Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar mais comida?
7) Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?	14) Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade ficou um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar comida

<u>Segurança alimentar</u>	<u>Domicílios com menores de 18 anos</u>	<u>Domicílios sem menores de 18 anos</u>
	0	0
<u>Insegurança alimentar leve</u>	1-5	1-3
<u>Insegurança alimentar moderada</u>	6-9	4-5
<u>Insegurança alimentar grave</u>	10-14	6-8

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PADRONIZADO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES EM NUTRIÇÃO ENTERAL: COMUNICAÇÃO DE NUTRICIONISTAS ENTRE OS PONTOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE

Pesquisador: Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker

ÁREA TEMÁTICA:

Versão: 2

CAAE: 45405021.6.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Nutrição

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER:

Número do Parecer: 4.757.109

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

Projeto de pesquisa, vinculado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Paraná sob a orientação da Profa. Dra. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker e colaboração de Daniella Domingues Dziedicz; Caroline Opolski; Cibele Pereira Kopruszynski; Rubia Daniela Thieme. A pesquisa irá elaborar e validar um instrumento de comunicação entre nutricionistas atuantes nos diferentes pontos de atenção em saúde que atendem pacientes em Nutrição Enteral (NE). A pesquisa será realizada remotamente com nutricionistas especialistas que atuam em TNE nos diferentes âmbitos de atenção em saúde, nas cinco macrorregiões brasileira. Totalizando 60 participantes, sendo 10 na elaboração do instrumento; 10 que irão participar da etapa de pré-teste; 15 na etapa de validade do conteúdo e 15 na etapa de confiabilidade. Os critérios utilizados para convidar especialistas serão atuar no Brasil na área de TNE e ter experiência de no mínimo 2 anos no âmbito de atenção atuante. Os critérios de exclusão serão não analisar os instrumentos nos prazos

estabelecidos; apresentar conflito de interesse declarado, apresentar dificuldade para o uso dos meios eletrônicos de comunicação. O período de realização da pesquisa será de abril de 2021 a dezembro de 2022.

OBJETIVO DA PESQUISA:

Objetivo Geral

- Elaborar e validar um instrumento de comunicação entre nutricionistas atuantes nos diferentes pontos de atenção em saúde que atendem pacientes em Nutrição Enteral (NE).

Objetivos Específicos

- Elaborar um instrumento de comunicação padronizado de NE.
- Realizar a avaliação do instrumento por juízes nutricionistas com conhecimento na área de TNE nos diferentes pontos de atendimento.
- Avaliar a confiabilidade temporal do instrumento.

AValiação DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

De acordo com o pesquisador os participantes podem apresentar cansaço em responder os questionários por demandar tempo. Em relação aos benefícios os pesquisadores descrevem que será possível auxiliar o trabalho dos nutricionistas na prática profissional sendo beneficiados por otimizar seu tempo de trabalho. Além disso, os pacientes também serão beneficiados por meio da sistematização no processo de cuidado entre os níveis de atenção em saúde.

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O presente estudo é de corte transversal e prospectivo com análise quantitativa. Serão convidados a compor a amostra, nutricionistas especialistas que atuam em TNE nos diferentes âmbitos de atenção em saúde com experiência de no mínimo 2 anos no âmbito de atenção atuante, nas cinco macrorregiões brasileira. Totalizando 60 participantes, sendo 10 na elaboração do instrumento; 10 que irão participar da etapa de pré-teste; 15 na etapa de validade do conteúdo

e 15 na etapa de confiabilidade. O contato para o convite ocorrerá via endereço eletrônico.

Durante o Encontro intermunicipal de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar no SUS no dia 13 do mês de agosto do ano de 2019, no Auditório Mauricio Bissoli – UFPR Campus Jardim Botânico, foi formado um Grupo de Trabalho (GT) com representantes da Atenção Hospitalar, da Atenção Básica e da academia. O GT discutiu e propôs a elaboração de um instrumento em que contasse informações da NE para a continuidade do tratamento tendo como base as demandas dos nutricionistas atuantes nestes diferentes âmbitos de atenção em saúde.

O instrumento é composto de itens a serem preenchidos para continuidade do tratamento e comunicação entre os profissionais, como: dados do paciente (nome, sexo, data de nascimento, nome do cuidador, contato, nome da Unidade Básica de Saúde (UBS) que é atendido, histórico breve do paciente, história socioeconômica com pontuação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e histórico clínico e cirúrgico).

Além disso, há espaço para preenchimento de outras informações como os dados antropométricos identificados com data, local (hospital, UBS ou domicílio) e assinatura com carimbo do profissional. Dados antropométricos: peso atual, peso usual, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) kg/m^2 , Circunferência do Braço (CB), Circunferência da Panturrilha (CP), Altura do Joelho (AJ) e Percentual de Perda de Peso (%PP).

Ademais, dados clínicos como: função intestinal com o número de evacuações e consistência das fezes, alterações Gastrointestinais (GI) e nível de lesão por pressão quando existir, dados bioquímicos (hemograma completo, glicemia, albumina), espaço para 3 diagnósticos em nutrição conforme Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) também poderão ser incluídos. E por fim o instrumento contém espaço para a prescrição dietética na alta hospitalar e continuidade da NE na atenção básica, informando se houve alteração no prescrito dos diferentes âmbitos de atenção e justificativa/motivo da alteração.

Baseado nos itens indicados para compor o instrumento de comunicação entre os pontos de atendimento será elaborado um manual com fundamentação

científica de cada item que deverá constar no instrumento a ser validado nesse estudo.

As etapas de validação se dividem em: Etapa 1 (validade de conteúdo), no qual serão convidados a compor a amostra nutricionistas especialistas que atuam em TNE nos diferentes âmbitos de atenção em saúde, nas cinco macrorregiões brasileira, eles poderão expressar suas opiniões sobre os itens do instrumento. O contato e o envio do instrumento e manual explicativo ocorrerão via endereço eletrônico. Seguindo o proposto por Grant e Davis (1997), a análise dessa etapa será realizada por meio do cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC) e também o cálculo de índice de validade de conteúdo por item (IVC-I), que consiste na proporção de especialistas que concordam sobre determinados aspectos do instrumento e seus respectivos itens. Etapa 2 (pré-teste), irá verificar a compreensão do público a que se destina o instrumento frente aos itens que a compõem, identificando a necessidade ou não de itens a serem aprimorados ou modificados. Etapa 3 (confiabilidade teste reteste), tem como objetivo avaliar a estabilidade do instrumento que deverá ser aplicada em dois momentos distintos à população destinada. A análise desta etapa será por meio do cálculo do coeficiente Kappa (ICC), e para sua interpretação será considerado os seguintes valores de concordância: <0 ausência de concordância; 0-0,19 concordância pobre; 0,20-0,39 leve; 0,40-0,59 moderada; 0,60-0,79 substancial e 0,80-1,00 concordância quase perfeita (LANDIS; KOCH, 1977).

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

Adequados

RECOMENDAÇÕES:

Nenhuma recomendação

CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:

Todas as pendências foram atendidas e devidamente justificadas pela pesquisadora.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos dos novos projetos. Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

CONSIDERAÇÕES FINAIS A CRITÉRIO DO CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio).

SITUAÇÃO DO PARECER:

Aprovado

NECESSITA APRECIAÇÃO DA CONEP:

Não

CURITIBA, 07 de junho de 2021.

ASSINADO POR: IDA CRISTINA GUBERT
(COORDENADOR (A))