



Protocolo de Atenção à Saúde

Nutrição na Atenção Domiciliar

Área(s): Atenção Domiciliar e nutrição

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Para esse protocolo foram utilizadas como ferramentas pesquisas bibliográficas baseadas em livros, artigos, Portarias e as bases de dados Lilacs, Medline e Pubmed.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Nutrição, terapia nutricional, atenção básica, atenção domiciliar, avaliação nutricional.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram utilizados 8 artigos, 6 livros, 1 projeto, 4 portarias e 1 tese de doutorado, referenciados entre o período de 2014 a 2019, com exceção dos documentos oficiais que tenham sido publicados em outros anos.

2- Introdução

A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto 2011, reformulada pela Portaria nº 2.527 de 27 de outubro 2011, sofreu alterações e acréscimos de dispositivos pela Portaria nº 1.533 de 16 de julho de 2012, foi novamente reformulada pela Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 e posteriormente redefinida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 825 de 25 de abril de 2016. Em 2018 a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) publica a Portaria nº 55 de 16 de janeiro de 2018 que estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal^{1,2,3,4,5,6}.

Segundo essas Portarias, a Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

A atenção domiciliar, por meio do Programa de Internação Domiciliar do DF, é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Os cuidados nutricionais fazem parte da Atenção Domiciliar com o objetivo de recuperar e/ou manter o estado nutricional, a funcionalidade e a comodidade dos pacientes, já que a desnutrição está associada ao aumento de reinternações hospitalares e à morbidade e mortalidade elevadas. Das complicações decorrentes da desnutrição, citam-se a redução da capacidade funcional devido à redução da massa magra, o prejuízo da função e da estrutura do trato gastrointestinal, assim como o prejuízo da função do sistema imunológico, o aumento do desenvolvimento das lesões por pressão, além do retardado processo de cicatrização de feridas e prejuízo da função psicológica, levando a apatia e depressão, que conduzem ao atraso na recuperação das doenças⁷⁻¹³.

Sabendo que o estado nutricional afeta a resposta do paciente à terapêutica implementada, a avaliação nutricional adequada possibilita identificar os pacientes com distúrbios nutricionais e em maior risco de desenvolver complicações, permitindo a elaboração de um plano terapêutico adequado à sua realidade e condição clínica^{13,14,15}.

3- Justificativa

O propósito deste protocolo é auxiliar os profissionais nutricionistas, responsáveis pela assistência nutricional aos pacientes em atenção domiciliar. Visa a padronização de procedimentos em todos os núcleos regionais de atenção domiciliar, por meio de um conjunto de ações que tem como principais objetivos a recuperação e/ou manutenção do estado nutricional, a prevenção e/ou atenuação da deficiência calórico-proteica e de micronutrientes, bem como outras intercorrências que costumam acontecer durante a evolução da enfermidade que motivou a internação.

Os objetivos da Avaliação Nutricional Domiciliar são:

- Avaliar o estado nutricional dos pacientes em atenção domiciliar;
- Identificar os pacientes desnutridos ou em risco nutricional;
- Determinar os requerimentos nutricionais individualizados;

- Avaliar a indicação da via de nutrição prescrita, pelo médico assistente, mais adequada para à terapia nutricional, em conformidade com a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Solicitar exames laboratoriais;
- Prescrever suplementos nutricionais;
- Promover educação nutricional;
- Monitorar o estado nutricional do paciente desde a admissão até a alta.

A terapia nutricional domiciliar é considerada segura e tem relação de custo benefício satisfatória quando bem indicada e com planejamento e monitoramento adequados por parte da equipe especializada. Vale lembrar que o sucesso do suporte nutricional domiciliar depende de um planejamento terapêutico criterioso e de ações coordenadas da equipe multidisciplinar, juntamente com o apoio do paciente, da família e do cuidador^{16,17}

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

A nutrição participa no tratamento de diversas doenças, dentre elas as mais prevalentes na atenção domiciliar são:

- Neoplasias: C00 - D48
- Anemias Nutricionais: D50 – D53
- Alergias e Intolerâncias Nutricionais: E73.9, K52.2, K90.4
- Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas: E00 - E90
- Doenças do Sistema Nervoso: G00 - G99
- Doenças do Aparelho Circulatório: I00-I99
- Doenças do Aparelho Respiratório: J00 -J99
- Doenças do Aparelho Digestivo: K00 - K93
- Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (úlcera por pressão e epidermólise bolhosa): L00-L99
 - Disfagia: R13
 - Orifícios Artificiais (ostomias): Z93

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Trabalha-se com dois focos nesse protocolo: o nutricional e os usuários elegíveis para atenção domiciliar. No diagnóstico nutricional utilizam-se critérios antropométricos, clínicos, laboratoriais e subjetivos, conforme segue:

- antropométricos: peso estimado e ou aferido, altura estimada e ou aferida, perímetros corporais e pregas cutâneas;

- clínicos e subclínicos: anamnese alimentar, história clínica pregressa, história antropométrica, história global, exames laboratoriais (exames bioquímicos específicos para a avaliação do estado nutricional, de acordo com a necessidade de cada paciente), avaliação da depleção de massa muscular e tecido adiposo, sinais de carências nutricionais específicas (ex: observação das mucosas, cabelo, unha, pele).

6- Critérios de Inclusão

Considera-se elegível para atendimento por parte do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) o usuário com classificação em atenção domiciliar 2 (AD2) e 3 (AD3), conforme pontuação na Capacidade Funcional (Anexo 1) e no instrumento de "Classificação de complexidade assistencial do paciente em atenção domiciliar"⁵ (Anexo 2), ou seja, usuário que, com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou orientações semanais para reabilitação da equipe multiprofissional;

II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;

IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal, que demande atendimento no mínimo semanal da equipe multiprofissional.

V – considera-se elegível, na modalidade AD3, usuário com qualquer das situações listadas acima, equivalentes à modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade, inclusive ventilação mecânica, usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

É obrigatória a existência de cuidador 24 horas junto ao paciente, podendo ser pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Critérios administrativos⁶:

I - Residir na área de abrangência da equipe de acordo com o território sanitário estabelecido na legislação vigente;

II - Ter consentimento formal do paciente ou de familiares/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado;

III – Ter encaminhamento de médico assistente, com relatório minucioso; quando o usuário for procedente de Hospital deverá seguir o Fluxo de Desospitalização vigente na SES DF;

IV – Ter contexto familiar, domiciliar, comunitário e ambiental que garanta a instalação do serviço em condições adequadas de higiene, espaço físico e saneamento.

Critérios assistenciais⁶:

- I - Possuir um responsável que exerça a função de cuidador;
- II - Apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do paciente.

7- Critérios de Exclusão

Será inelegível para a atenção domiciliar o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações⁵:

- I - necessidade de monitorização contínua;
- II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; ocasião na qual o atendimento do usuário se dará em outro serviço adequado ao seu caso, conforme regulação local⁵.

8- Conduta

De acordo com a Portaria GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016, o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde – Cuidados em Terapia Nutricional 2015, e o Projeto de Internação Domiciliar ^{4,16}, o nutricionista faz parte da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), sendo responsável pelo acompanhamento de todos os pacientes admitidos no Programa de Internação Domiciliar (PID).

As atribuições do nutricionista do Programa de Internação Domiciliar (PID) são^{16, 21}:

- Participar do processo de admissão do paciente;
- Fazer avaliação nutricional periódica dos pacientes;
- Rastrear fatores de risco nutricional;
- Identificar pacientes vulneráveis;
- Estimar a necessidade calórica;
- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional;
- Sistematizar o atendimento em nutrição, de acordo com protocolos pré-estabelecidos pela Gerência de Serviços de Nutrição – GESNUT/DASIS/COASIS/SAIS da SES-DF;

- Acompanhar a aceitação, evolução, resultados e necessidades de eventuais ajustes na dieta (evoluir o aporte calórico e proteico conforme a tolerância e necessidade nutricional calculada para cada paciente);
- Criar estratégias para adesão do paciente e da família ao tratamento;
- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução clínica nutricional, principalmente para prevenir e corrigir precocemente possíveis complicações, intercorrências e para respaldar as altas em nutrição;
- Orientar e monitorar os procedimentos de preparo, manipulação, armazenamento, conservação e administração da dieta (oral e/ou enteral), considerando os hábitos e condição social da família, de modo a garantir a qualidade higiênico-sanitária e aporte nutricional da dieta e reduzir o risco de infecção;
- Reduzir e/ou minimizar efeitos adversos relacionados à nutrição, alertando sobre possíveis intercorrências e ações corretivas;
- Manter registros, no prontuário, da avaliação nutricional, da prescrição dietética e da evolução nutricional, até a alta em nutrição, conforme protocolos pré-estabelecidos pela SES;
- Planejar, desenvolver e avaliar programa de educação nutricional para paciente, familiares e cuidadores, promovendo a adesão ao tratamento.

Além das atribuições previstas no Projeto de Internação Domiciliar¹⁶, cabe ao nutricionista participar da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), formada por pelo menos um profissional médico, um farmacêutico, um enfermeiro e um nutricionista, visando a manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente em terapia nutricional, independentemente da via de administração. É importante destacar que para execução, supervisão e avaliação permanente em todas as etapas da Terapia Nutricional Enteral e Terapia Nutricional Parenteral (TNE e TNP), é condição formal e obrigatória a constituição da EMTN, com profissionais habilitados e com treinamento específico para essa atividade.

Em relação à TNP, cabe ao nutricionista sugerir seu início, quando observada inadequação da ingestão, intolerância ou impossibilidade de alimentação por via oral ou enteral, informando e discutindo cada caso com a equipe, além de sugerir sua composição ou adequação da formulação, conforme prescrição do médico assistente, necessidades nutricionais do paciente e os insumos disponíveis no serviço.

Material de trabalho necessário para cada nutricionista de NRAD

Elaborou-se uma lista de materiais necessários para a adequada avaliação e acompanhamento nutricional dos pacientes de acordo com a realidade já praticada na atenção domiciliar.

- 1 Balança portátil;
- 1 Fita métrica (trena) de 2m;
- 1 Fita antropométrica (trena) flexível de 2 m;
- 1 Calculadora;
- 1 Prancheta;
- 1 Adipômetro;
- 1 Estadiômetro portátil;
- Formulário de avaliação e acompanhamento nutricional domiciliar (Anexo 3);
- Resumo com as Orientações Gerais de Nutrição Enteral Domiciliar (Anexo 4).

Por meio das prescrições nutricionais e orientações ao paciente e cuidadores objetiva-se prevenir e diminuir riscos à saúde do paciente, prevenir e auxiliar a cicatrização de lesões por pressão, prevenir e reverter estados de desnutrição, prevenir e manter controladas doenças crônico-degenerativas e, principalmente, adequar a prescrição nutricional às necessidades do paciente.

8.1 Conduta Preventiva

Seguem abaixo as condutas nutricionais mais prevalentes na rotina do nutricionista do NRAD:

- Desnutrição: Realizar a avaliação nutricional, exames clínico, físico e laboratorial. Avaliar a necessidade de suplementação específica via oral/enteral. Acompanhar a evolução do estado nutricional.
 - Lesões por pressão: Realizar a avaliação nutricional, exames clínico, físico e laboratoriais (avaliar função renal e hepática). Identificar o grau da lesão por pressão por meio do diagnóstico da equipe de enfermagem. Avaliar a necessidade de suplementação via oral/enteral, hiperproteica, com nutrientes específicos, que auxiliem a cicatrização. Acompanhar a evolução da cicatrização.
 - Sonda Nasoenteral/Ostomia: Realizar a avaliação nutricional, exames clínico, físico e laboratoriais. Avaliar a necessidade de suplementação específica via oral/enteral. Acompanhar a evolução do estado nutricional. Demais orientações vide Anexo 4.
 - Constipação: Avaliar as necessidades hídricas, a necessidade de suplementação com fibras, probióticos ou outros nutrientes específicos (glutamina etc), indicação de "coquetel laxante" (Anexo 8).

- Diarreia: Avaliar as necessidades hídricas, a necessidade de suplementação com fibras, probióticos ou outros nutrientes específicos (glutamina etc).
- Desidratação: Avaliar as necessidades hídricas e de reposição de eletrólitos. Realizar a avaliação nutricional, exames clínico, físico e laboratoriais.

Além dessas demandas de maior prevalência apresentadas, existem outras que deverão ser tratadas conforme cada caso.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

O tratamento não farmacológico é realizado por meio de prescrições dietoterápicas, planos alimentares e/ou orientações nutricionais, todos individualizados e de acordo com a necessidade e estado fisiológico do paciente, além de orientação e treinamento continuado do cuidador. De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Nutrição nº 390/2006, pode ser realizada a prescrição de suplementação nutricional para estados fisiológicos específicos, estados patológicos e alterações metabólicas, após avaliação nutricional sistematizada, aliada a adequação do padrão alimentar¹⁷ (Anexo 10).

A prescrição dietoterápica do paciente em Terapia de Nutrição Enteral no PID é feita após realização de avaliação nutricional por meio de métodos objetivos e subjetivos que incluem elementos da história global, anamnese, antropometria, exames laboratoriais e físicos do indivíduo, onde se estabelece a conduta nutricional. Foi elaborado um formulário de avaliação nutricional (Anexo 3) de acordo com as necessidades dos pacientes em atenção domiciliar.

Os pacientes em atenção domiciliar que necessitam de fórmulas enterais especiais e suplementação oral são cadastrados no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED) da SES-DF (Anexos I ao VIII do Anexo 5), que fornece fórmulas para fins especiais para uso domiciliar no Distrito Federal. Os formulários de cadastro serão encaminhados à GESNUT para avaliação da inclusão no Programa, conforme atendimento aos critérios da Portaria nº 478, de 06 de setembro de 2017 (Anexo 5). Todos os cuidadores dos pacientes que utilizam terapia de nutrição enteral do PID devem ser treinados e estarem aptos a realizar também a preparação de dieta artesanal domiciliar e higienização dos utensílios com solução clorada (Anexo 7).

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

9- Benefícios Esperados

- Recuperar e/ou manter o estado nutricional, com o fornecimento de aporte adequado de nutrientes¹⁶;
- Prevenir ou auxiliar no tratamento das lesões por pressão e outras complicações relacionadas ao estado nutricional;
- Fornecer cuidados paliativos no âmbito nutricional;
- Auxiliar na reabilitação de alimentação por via oral, quando possível;
- Prevenir e evitar complicações de doenças crônico-degenerativas;
- Conscientizar o paciente e a família quanto à importância do tratamento nutricional;
- Prevenir transtornos gastrointestinais.

10- Monitorização

Para a avaliação do estado nutricional são utilizadas variáveis objetivas como a antropometria, a avaliação da composição corpórea, os parâmetros bioquímicos e a avaliação do consumo alimentar e variáveis subjetivas como o exame físico¹¹.

É importante ressaltar que a monitorização do estado nutricional dos pacientes é um processo contínuo que deve ser realizado de forma a identificar alterações no quadro clínico do paciente e permitir o alcance dos objetivos propostos no plano terapêutico.

Tabela 1. Monitoramento do estado nutricional dos pacientes em terapia nutricional domiciliar

Monitorização	Frequência		
	Inicial	Trimestral	Conforme necessidade
Formulário de Avaliação Nutricional Padronizado (Anexo 3)	X	-	-
Peso (aferido ou estimado)	X	X	X
CB, CP, PCT	X	X	X
Exames laboratoriais	X	-	X
Avaliação das necessidades nutricionais	X	X	X

Fonte: Adaptado de Santos ACT, Fonseca FL, Lopes NLA: Avaliação Nutricional para Home Care19.
Legenda: Circunferência do braço (CB); Circunferência da Panturrilha (CP); Prega Cutânea do Tríceps (PCT).

As questões relacionadas aos indicadores de qualidade no cuidado de nutrição estão descritas para a aplicação deste protocolo a todos os pacientes que devem ser monitorados de maneira rotineira.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

A terapia nutricional deve ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, utilizando mecanismo de comunicação e complementação do cuidado entre os diferentes serviços e equipes de saúde²¹.

Neste cenário, os pacientes com critérios de alta do PID, serão encaminhados por meio de Relatório de Alta Nutricional (RAN) (Anexo 6), via Sistema Eletrônico de Informações (SEI-GDF) para as equipes da Estratégia Saúde da Família e pelos NASF das suas regiões de moradia, que devem acionar o serviço de APS mais próximo à residência que possua nutricionista para dar seguimento ao acompanhamento nutricional desse paciente.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Trata-se do termo específico de adesão de inclusão do PID⁶ (Anexo 9).

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

O monitoramento da aplicação deste protocolo acontece por meio da aplicação de procedimentos tais como: instruções de serviços, avaliação do estado nutricional com seus respectivos controles de registros, ações preventivas e corretivas, revisão e ajuste de procedimentos e avaliações de resultados nutricionais²⁰.

O controle de indicadores será feito por dois meios:

13.1. Consolidado mensal de dados:

Consolidado padrão elaborado pela Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar. Com este relatório será possível acompanhar as ações realizadas pelo nutricionista:

- a) Número de visitas domiciliares;
- b) Número de procedimentos domiciliares;
- c) Número de procedimentos ambulatoriais (incluindo atividades como prescrição nutricional e de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar, cálculo de dietas, atendimentos dos cuidadores, orientações aos pacientes e cuidadores e o esclarecimento de dúvidas,

fornecimento de materiais, lançamento dos dados nos sistemas de informações, evoluções nutricionais em prontuário, conferências admissionais de pacientes no PID, etc.).

13.2. E-SUS AB:

Sistema eletrônico que é utilizado pelas equipes de Atenção Domiciliar. Trata-se de uma estratégia nacional do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, como referência de um processo de informatização qualificada do SUS.

14- Referências Bibliográficas

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único e Saúde (SUS). Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
5. BRASIL. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 55 de 16 de janeiro de 2018. Estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-SES-DF-n%C2%BA-55-2018-Estabelece-normas-e-diretrizes-referentes-%C3%A0-organiza%C3%A7%C3%A3o-da-Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar-da-SES-DFI.pdf>
6. DANTAS, I.C.; PINTO JUNIOR, E.P.; MEDEIROS, K.K.A.S.; SOUZA, E.A. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. Revista Kairós, Gerontologia. São Paulo: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, 2017.
7. OLIVEIRA, S.G.; KRUSE, M.H.L. Melhor em Casa: dispositivo de segurança. Texto Contexto Enferm., 2017.
8. GRAMLICH, L. et al. Home Enteral Nutrition: Towards a Standard of Care. Nutrients, v. 10, n. 8, p.1020, 2018.
9. VARGAS, M.P. et al. Avaliação do Estado Nutricional de Pacientes em Uso de Terapia Nutricional Enteral. REBONE, v.12, n.75, p.830-840. 2018.
10. TOLEDO, D.O. et al. Campanha “Diga Não à Desnutrição”: 11 Passos Importantes para Combater a Desnutrição Hospitalar. BRASPEN J, v. 33, n. 1, p. 86-100, 2018.

11. MORAIS, S.R. et al. Nutrition, Quality of Life and Palliative Care: Integrative Review. Rev. Dor, v. 17, n.2, p.136-40, 2016.
12. SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia. 3^a edição. São Paulo: Ed. Payá; 2016.
13. MAHAN, L.K., ESCOTT-STUMP, S. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13^a edição. São Paulo: Roca; 2013.
14. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTA. Resolução nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências.
15. BRASIL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Projeto de implantação do programa de internação domiciliar do DF. Brasília, 2008.
16. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução nº 390 de 27 de outubro de 2006. Regulamenta a prescrição dietética de suplementos nutricionais pelo nutricionista e dá outras providências. DOU, seção I. Brasília, 2006. p.104 e 105.
17. CUPPARI, L. Nutrição clínica no adulto. 4^a ed. Barueri. São Paulo: Ed. Manole, 2019.
18. SANTOS, A.C.T.; FONSECA, F.L.; LOPES, N.L.A. Avaliação Nutricional para Home Care. In: DUARTE, A.C.G. Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e Laboratoriais – São Paulo: Atheneu, 2007; p.393-400.
19. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO; FIDELIX, M. S. P. (Org.). Manual Orientativo: Sistematização do cuidado de nutrição. São Paulo: ASBRAN; 2014.
20. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Cuidados em Terapia Nutricional. Caderno de Atenção Domiciliar. v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
21. VILLAS BOAS, MLC. Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal: avanços e desafios. Brasília. Tese [Departamento de Saúde Coletiva] – UnB; 2014.
22. MENEZES, C.S.; FORTES, R.C.FIDELIX, M. S. P. Manual de Orientações sobre Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: informações aos pacientes e cuidadores. Diagramação Daniarly da Costa. Projeto Gráfico: Jonas Rodrigo Gonçalves. Brasília: Editora JRG, 2018.

ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL DA CRUZ VERMELHA ESPANHOLA¹⁶

- Grau 0 – Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente
- Grau 1 – Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
- Grau 2 – Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- Grau 3 – Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- Grau 4 – Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD; capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- Grau 5 – Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

Para a internação domiciliar é necessário que o paciente tenha a partir do grau 4 da escala mencionada acima e apresentar estabilidade clínica¹⁶.

ANEXO 2. CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DO PACIENTE EM ATENÇÃO DOMICILIAR

CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DO PACIENTE EM ATENÇÃO DOMICILIAR - APS		
AD1	Baixa complexidade Equipes atenção de primária	Pontuação 13-21 (conforme quadro abaixo)
AD2 e AD3	Equipes da atenção domiciliar	Pontuação ≥22 (conforme quadro abaixo)

CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DO PACIENTE EM ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS		
NOME DO PACIENTE:		
ENDERECO:		
SERVIÇO:	Profissional:	DATA:
I. ATIVIDADES DOMICILIARES	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	PONTUAÇÃO
1. MONITORAÇÃO E CONTROLE CLÍNICO		
1a) Avaliação clínica do paciente com Perfil MODERADO: assistência ao paciente crônico, com co-morbididades, acamado e dependente para AVDs, que exijam cuidados mais complexos e que superam aqueles que possam ser oferecidos pelas equipes de atenção básica.	Será pontuado o paciente estável, do ponto de vista respiratório e hemodinâmico, podendo apresentar alteração do padrão cardiorespiratório com risco para hemorragia e em uso contínuo de anticoagulante; risco de infecção; desnutrição grau II, ou obesidade ou sobrepeso; necessidade de suplementação nutricional enteral VO.	
1b) Avaliação clínica do paciente com Perfil GRAVE: assistência ao paciente crônico, com co-morbididades, acamado, e dependente para AVDs, que por razões de segurança, gravidade ou terapia, necessita maior observação, acompanhamento e controle, diante da iminência de internação hospitalar.	Aplica-se ao paciente com quadro clínico potencialmente instável, presença de dispneia, taquicardia/bradicardia ou arritmia, reversível durante os procedimentos domiciliares com: risco de hemorragia por presença de ferida extensa com uso de anticoagulante ou presença de lesão potencialmente sangrante; presença de infecções agudas e recorrentes, com risco de repercussão hemodinâmica; alimentação por VO sem atingir pelo menos 50% das necessidades, ou desnutrição grau III ou obesidade mórbida; necessidade de controle de analgesia; necessidade de suporte ventilatório não invasivo; necessidade de alimentação enteral por sonda; diálise peritoneal e paracentese.	
Caso sejam encontrados no MÍNIMO 2 ITENS do Perfil MODERADO OU		2
Caso sejam encontrados 2 itens de qualquer Perfil OU		2
Caso sejam encontrados no MÍNIMO 2 itens do Perfil GRAVE		6
1c) Avaliação de enfermagem	Avaliação do estado clínico e psicosocial do paciente inserido em sua realidade doméstica; planejamento da assistência.	2
1d) Avaliação fisioterapêutica	Avaliação do estado físico e psicosocial do paciente, analisando sua capacidade funcional e interação com o contexto ambiental; planejamento da assistência	2
1e) Avaliação nutricional	Avaliação nutricional do paciente e elaboração de prescrição dietética.	2
2. PROCEDIMENTOS TERAPÉUTICOS		
	I – ULCERA estágio II: Perda de espessura parcial da pele envolvendo epiderme e/ou derme. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão ou cratera rasa OU	1
2a) Curativo / desbridamento de úlceras de pressão grau II/ III e IV ou múltiplas	II – ULCERA estágio III: Perda da pele de espessura total envolvendo dano ou necrose de tecido subcutâneo que pode se estender até, mas não através, da fáscia adjacente. A úlcera apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda com ou sem enfraquecimento do tecido adjacente OU	2

	III- ÚLCERA estágio IV: Perda de pele de espessura total com destruição extensa, necrose tecidual ou dano ao músculo, osso ou estrutura de apoio, por exemplo, tendão, cápsula articular, etc OU	2
	IV - Úlceras múltiplas (acima de 3), a partir do estágio II.	3
2b) Administração de medicamentos e fluidos por via parenteral	Aplica-se à todas as vias de administração de fluidos e medicamentos, exceto a via oral.	1
2c) Cuidados gerais com sondas, drenos e tubos	Aplica-se a todos os pacientes que estejam em uso contínuo de sonda, e/ou dreno e/ou tubo.	2
2d) Cuidados gerais com traqueostomia	Aplica-se a todos os pacientes traqueostomizados hipersecretivo.	1
3. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS		
3a) Passagem de sonda uretral para coleta de urina	Aplica-se a todos os pacientes incontinentes ou a condições clínicas indicativas do procedimento	1
3b) Coleta de material biológico para exames	Pontuam-se todos os pacientes.	1
4. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO (comum aos membros da equipe):		
Inclui orientação, treinamento e supervisão para a família e/ou cuidador, de procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para a cadeira e vice-versa.		1
5. REABILITAÇÃO:		
5a) Sessão de Fisioterapia	Aplica-se aos pacientes que necessitem restaurar os movimentos e funções comprometidas depois de uma doença ou acidente, até tornar possível desenvolver ou restabelecer suas aptidões e capacidades.	3
6. SUPORTE E CUIDADO AOS FAMILIARES, CUIDADORES E PACIENTES (comum aos membros da equipe).		
6a) Aplica-se a todo paciente, cuidador e familiar, constituindo-se um diferencial da atenção domiciliar, na construção do vínculo paciente/cuidador/família OU		1
6b) Atenção psicosocial em situações especiais, nas quais é necessário explicar condições clínicas, lidar com a dor e a angústia, inclusive o luto.		3
II. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	PONTUAÇÃO
1a) Atividades comuns aos membros da equipe	Realização de tarefas de rotina como orientação telefônica, orientação aos familiares/cuidadores na unidade; elaboração de plano terapêutico; notificação de agravos; referenciamento dos pacientes para outros serviços; entrevista de admissão, consolidado de produtividade.	2
1b) Atividades do Médico	Atualização terapêutica, análise de resultado de exames, emissão de laudos e relatórios.	2
1c) Atividades da Enfermagem	Marcação de exames, entrega de material, recebimento, conferência e guarda de materiais da farmácia;	1
1d) Atividades do Nutricionista	Cálculo de dietas, análise de resultado de exames, relatórios trimestrais para atualização da nutrição enteral.	2
1e) Atividades do Fisioterapeuta	Emissão de laudos e relatórios fisioterapêuticos.	1
CLASSIFICAÇÃO ASSISTENCIAL/PONTUAÇÃO FINAL*		

*Pontuação: 13-21: AD1 (baixa complexidade: equipes atenção de primária) ; ≥22:AD2/AD3 (equipes de atenção domiciliar)

ANEXO 3. FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – ATENDIMENTO DOMICILIAR (FANAD)

Objetivando um atendimento uniforme entre os diversos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) elaborou-se o FANAD. O preenchimento desse formulário pelo nutricionista visa fornecer informações necessárias à adequada avaliação nutricional e ao acompanhamento e avaliação do tratamento nutricional estabelecido. Recomenda-se a anexação do formulário preenchido ao prontuário do paciente para melhor acompanhamento da evolução.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL - ATENDIMENTO DOMICILIAR

I- DADOS PESSOAIS

Nome do Usuário:	Sexo: () F () M	
Data Nasc.: / /	Idade: Data de admissão: / /	Data da 1 ^a avaliação: / /

II- DADOS CLÍNICOS

--

Diagnóstico Clínico

--

III – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

i. ANAMNESE ANTROPÔMÉTRICA

Perdeu peso nos últimos 6 meses? () Não () Sim () Desconhece Quantidade perdida?

Perdeu peso nas últimas 2 semanas? () Não () Sim () Desconhece Quantidade perdida?

Peso habitual ou a 6 meses atrás: kg

Peso atual: kg % de perda de peso há 6 meses: % (> 10% ou < 10%)

ii. ANAMNESE ALIMENTAR

• Alterações na ingestão alimentar: () Não () Sim - há quanto tempo?

• A alteração foi para: () dieta sólida em quantidade menor () dieta pastosa hipocalórica () dieta líquida > 15 dias () jejum > 5 dias () mudança persistente > 30 dias

• Uso de suplemento ou dieta enteral? () Não () Sim

• Via de administração: () Ostomia () Sonda () Oral

- Sintomas gastrotintestinais (que persistem > 2 semanas):

() Disfagia e/ou odinofagia () Náuseas () Vômitos () Obstipação () Diarréia (> 3 evacuações líquidas) () Hiporexia () Anorexia, distensão abdominal, dor abdominal.
Outros: _____

IV - EXAME FÍSICO

- Perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax): _____
- Perda muscular (quadríceps e deltoides): _____
- Edema de tornozelo: _____
- Ascite: _____
- Edema sacral: _____
- Outros (cabelos, unhas, lábios gengivas, língua): _____

V – CAPACIDADE FUNCIONAL

() Sem disfunção
() Disfunção / Há quanto tempo: _____
() Acamado.

Demandas Metabólicas: () Baixo estresse () Moderado estresse () Elevado estresse

VI – HÁBITOS DE VIDA/CUIDADOS

Etilismo: () Não () Sim - frequência:	Fumante: () Não () Sim _____ cigarros/ dia () Ex - parou há: _____ anos
Sono (hora de acordar/hora de dormir):	Frequência Intestinal:
Ingestão hídrica:	At.física/Fisioterapia: () Não () Sim
Cuidador esclarecido: () Sim () Não Cuidador segue as normas de higiene: () Sim () Não	Acompanhamento/Fonoaudiólogo: () Não () Sim

VII – ANTRÓPOMETRIA

Altura:	Peso ideal:	Peso estimado:	Pediatria (Escore – Z)
Peso atual:	Peso corrig.:	AJ:	P/A:
Peso usual:	IMC (kg/m ²):	Altura estimada:	A/I:
Circunferências	Dobras Cutâneas	Outros:	P/I:
CB:	PCT:		Outros:
CMB:	PCB:	CP:	

VIII – RECORDATÓRIO ALIMENTAR

Tipo de dieta: () Industrializada () Mista () Artesanal

Número de horários de dieta artesanal: _____ horários Via administração: _____

h		h	
h		h	
h		h	

Observações: Alergias Alimentares () Sim() Não