



Protocolo de Atenção à Saúde

Nutrição na Internação Domiciliar

Área(s): Atenção Domiciliar e Nutrição

Portaria SES-DF Nº287 de 02.12.16, publicada no DODF Nº 228 de 06.12.16.

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 2000 a 2013.

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, foi 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 e posteriormente foi reformulada pela portaria nº 963 de 27 de maio de 2013.

1,2,3,4

Segundo esta última portaria, a atenção domiciliar é uma nova 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. ⁴

Os cuidados nutricionais fazem parte da atenção domiciliar com o objetivo de recuperar 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, prejuízo da função e da estrutura do trato gastrointestinal, assim como prejuízo da função do sistema imunológico, aumento do desenvolvimento das úlceras por pressão, além do retardo do processo de cicatrização de feridas e prejuízo da função psicológica, levando a apatia e depressão, que conduzem ao atraso na recuperação das doenças.^{5, 6, 7, 8, 9, 10,11}

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.¹²

Os objetivos da Avaliação Nutricional Domiciliar são:

- Avaliar o estado nutricional dos pacientes em internação domiciliar;
- Identificar os pacientes desnutridos ou em risco nutricional;
- Determinar os requerimentos nutricionais individualizados;
- Avaliar com o médico a melhor indicação da via de nutrição mais adequada para a terapia nutricional;
- Monitorar o estado nutricional do paciente desde a admissão até a alta.

A terapia nutricional domiciliar é considerada segura e tem relação 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.^{13, 14}

3- Justificativa

O propósito deste protocolo é auxiliar os profissionais nutricionistas, responsáveis pela assistência nutricional aos pacientes em internação domiciliar. Visa à padronização de procedimentos em todos os núcleos regionais de atenção domiciliar, através 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.

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:

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

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

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

Segundo a Portaria nº 963 de 2013, a Atenção Domiciliar é organizada em três modalidades, onde são observados a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário:^{4,15}

- I. Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1): usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria;^{4,15}
- II. Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas: demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de

laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos; e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido; ^{4,15}

- III. Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3) é preciso verificar: existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: a) Suporte Ventilatório não invasivo: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP); Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (Bipap); b) diálise peritoneal; ou c) paracentese. ^{4,15}

6- Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão subdividem-se em três tipos: clínicos, administrativos e assistenciais, que somados e avaliados, definem se o paciente tem o perfil para ser admitido no Programa de Internação Domiciliar (PID).¹⁵

Critérios clínicos:¹⁵

- Estar com a condição clínica comprometida, com diagnóstico firmado ou hipótese diagnóstica e tratamento estabelecido/programado pelo médico assistente.
- Apresentar grau de perda funcional e dependência para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD), definida com base na Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola (Anexo 1).
- Estar pontuado na “Classificação de complexidade assistencial do paciente em atenção domiciliar”²¹. (Anexo 2)

Critérios administrativos:¹⁵

- Residir na área de abrangência da equipe de acordo com o território sanitário constante no Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2005 do DF.
- Ter consentimento formal do paciente ou de familiares/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado padronizado.
- Concordância e encaminhamento de médico assistente, com relatório minucioso, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do paciente.

- Realização de visita pré - admissional (membros da equipe de saúde, previamente treinados, para “reconhecimento de campo”: as informações serão repassadas em reunião de equipe, que avaliará e decidirá, em conjunto, a atitude a ser tomada).
- Tempo necessário para a desospitalização (considera-se o tempo exigido para se montar a estrutura hospitalar necessária para receber o paciente no domicílio).
- Não há restrição quanto à idade.
- Possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviço de retaguarda ou apoio ou suporte logístico em caso de intercorrências.

Critérios assistenciais:¹⁵

- Possuir um responsável que exerça a função de cuidador. O mesmo não precisa ser necessariamente uma pessoa da família e escolhido por essa; mas precisa ser capacitado, com perfil adequado para essa atividade.
- Apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do paciente.
- Contextos familiar, domiciliar, comunitário e ambiental adequados, a serem constatados pela EAD: condições mínimas de higiene e espaço; pessoas que se responsabilizem pelos cuidados com o paciente; saneamento; segurança para os membros da EAD e outros.
- Ter um médico que se responsabilize pela sua indicação.

7- Critérios de Exclusão

Os pacientes que não atenderem aos critérios da Portaria 963 e do Projeto de Internação Domiciliar ⁴ não serão acompanhados pelo nutricionista conforme este protocolo.

O usuário não será incluído, em qualquer das três modalidades, na presença de pelo menos uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua; necessidade de assistência contínua de enfermagem; necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.^{4,15}

De acordo com o Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar do Distrito Federal não serão admitidos no Programa pacientes com necessidades de:¹⁵

- ventilação mecânica;
- enfermagem intensiva;
- propedêutica complementar, realização de procedimento diagnóstico ou tratamento cirúrgico com urgência;

- uso de medicação complexa com efeitos colaterais graves ou de difícil administração;
- sem cuidador contínuo identificado;
- pacientes ou responsáveis que não aceitem a proposta do Programa de Atenção Domiciliar;
- pacientes instáveis do ponto de vista hemodinâmico;
- soroterapia endovenosa contínua;
- paciente sem diagnóstico prévio;
- ausência de condições de higiene necessária a cada caso;
- risco à integridade da equipe de saúde;
- impossibilidade de acesso ao local de atendimento;
- ausência na rede de assistência de serviços necessários aos cuidados do paciente;
- patologias graves sem possibilidade de controle domiciliar;
- pacientes com quadro clínico não agravado e que possa receber assistência domiciliar no nível de atenção primária à saúde (Equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde).

Os casos não relacionados acima serão discutidos e avaliados pela EAD.

8- Conduta

De acordo com a Portaria 963 e o Projeto de Internação Domiciliar ⁴, o nutricionista faz parte da Equipe Multiprofissional de Apoio, 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:¹⁵

- Participar do processo de admissão do paciente;
- Fazer avaliação nutricional periódica dos pacientes;
- Rastrear fatores de risco nutricional;
- 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 Nutrição da SES;
- Acompanhar a aceitação, evolução, resultados e necessidades de eventuais ajustes na dieta;
- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução clínica nutricional, intercorrências e 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;

- 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.

Material necessário (por nutricionista)

Elaborou-se uma lista de materiais 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 métrica (trena) flexível de 2 m
- 1 Calculadora
- 1 Prancheta
- 1 Adipômetro
- 1 Estadiômetro
- Formulário de avaliação e acompanhamento nutricional domiciliar (Anexo 3)
- Orientações gerais de nutrição enteral domiciliar (Anexo 4)

Através das prescrições nutricionais e orientações ao paciente e cuidadores objetiva-se prevenir ou diminuir risco a saúde do paciente; prevenir ou auxiliar a cicatrização de úlceras por pressão, prevenir ou reverter estados de desnutrição, prevenir ou manter controladas doenças crônico-degenerativas e, principalmente, adequação nutricional de acordo com a necessidade do paciente.

8.1 Conduta Preventiva

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

- **Desnutrição:** Realizar a avaliação nutricional, exame clínico, físico e laboratorial. Avaliação de necessidade de suplementação específica via oral/enteral. Acompanhar a evolução do estado nutricional.
- **Úlceras por pressão:** Realizar a avaliação nutricional, exame clínico, físico e laboratoriais (avaliar função renal e hepática). Identificação do grau da úlcera de pressão pelo diagnóstico da equipe de enfermagem. Avaliação de necessidade de

suplementação hiperprotéica, com nutrientes específicos, que auxiliam a cicatrização, via oral/enteral. Acompanhar a evolução da cicatrização.

- **Sonda Nasoenteral/Ostomia:** Realizar a avaliação nutricional, exame clínico, físico e laboratoriais. Avaliação de necessidade de suplementação específica via oral/enteral. Acompanhar a evolução do estado nutricional. Demais orientações vide Anexo 4.
- **Constipação:** Avaliar ajuste das necessidades hídricas, indicação ou não de suplementação com fibras ou outros nutrientes específicos (probióticos, glutamina, etc), indicação de “coquetel laxante” (Anexo 8).
- **Diarreia:** Avaliar ajuste das necessidades hídricas, indicação ou não de suplementação com fibras ou outros nutrientes específicos (probióticos, glutamina, etc).
- **Desidratação:** Avaliar ajuste das necessidades hídricas e indicação de reposição de eletrólitos. Realizar a avaliação nutricional, exame clínico, físico e laboratorial.

Além das principais demandas apresentadas, existem outras que serão tratadas conforme cada caso. Aqui foram mencionadas as de maior prevalência.

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 alimentar ¹⁶.

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 internação domiciliar.

Os pacientes em internação domiciliar que necessitam de fórmulas especiais enterais e suplementação oral são cadastrados no Programa de Fornecimento de Fórmulas para Fins Especiais para Atendimento Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (PTNED), cujos formulários desse cadastro serão encaminhados à GENUT para avaliação da inclusão no programa, conforme atendimento aos critérios da portaria SES 94/2009 (Anexo 5). Todos os cuidadores dos pacientes que utilizam terapia de nutrição

enteral do PID devem ser treinados e aptos a realizar também a preparação de dieta artesanal domiciliar.

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 nutrientes; ¹⁶
- Prevenir ou auxiliar no tratamento das úlceras por pressão e outras complicações;
- Fornecer cuidados paliativos no âmbito nutricional;
- Auxiliar na reabilitação de alimentação por via oral, quando possível;
- 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 físico ⁹.

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 | Mensal até estabilização | Trimestral |
| 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 | X |
| Avaliação das necessidades nutricionais | X | X | X |

Fonte: Adaptado de Santos ACT, Fonseca FL, Lopes NLA: Avaliação Nutricional para Home Care¹⁸.

As questões relacionadas aos indicadores de qualidade no cuidado de nutrição e na aplicação deste protocolo estão bem sedimentadas e todos os pacientes devem ser monitorados de maneira rotineira. O monitoramento deste protocolo acontece através 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 nutricionais ¹⁹.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

A terapia nutricional deve ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a 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 saúde ²⁰.

Neste cenário, os pacientes com critérios de alta do PID, serão encaminhados por meio de relatório de alta nutricional (RAN) para as equipes de Atenção Básica da sua região de moradia, que devem acionar o serviço de atenção básica mais próximo à residência que possua nutricionista para dar seguimento ao acompanhamento nutricional desse paciente (Anexo 6).

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Trata-se do termo específico de adesão de inclusão do PID ⁴ (Anexo 9)

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

O controle será feito pela Gerência de Atenção Domiciliar, por meio do Consolidado Mensal de Dados. Com este relatório será possível acompanhar as ações do nutricionista através do:

- Número de visitas domiciliares;
- Número de procedimentos domiciliares;
- Número de procedimentos ambulatoriais.

14- Referências Bibliográficas

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2029, de 24 de agosto de 2011.** Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. **Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. **Portaria n. 1533, 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. SAÚDE, M. D. Brasília: DOU. n.101: 30 p. 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
5. MALAFAIA, G. **A desnutrição proteico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados.** Arq Bras Ciên Saúde, 34(2):101-7, mai-ago, 2009.
6. ARVANITAKIS, M. et al. **Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies.** Clinical Nutrition, 27(4):481-88, aug., 2008.
7. DELEGGE, M.H.; IRETTON-JONES, C. Home Care. In: GOTTSCHLICH, M.M. et al. **The ASPEN nutrition support core curriculum: a case-based approach- the adult patient.** Silver Spring American Society for Parenteral and Enteral Nutrition; 2007, p.725-39.
8. LEYDON, N.; DAHL, W. **Improving the nutritional status of elderly resident of long-term care homes.** J Health Serv Res Policy, 13 (Suppl 1): 25-9, jan, 2008.

9. BEGHETTO, M.G. et al. **Triagem Nutricional em adultos hospitalizados**. Rev Nutr. 21(5):589-601, set-out, 2008.
10. MÜLLER, O.; KRAWINKEL, M. **Malnutrition and health in developing countries**. CMAJ, 173(3):279-286, ago, 2005.
11. REZENDE, I.F.B. et al. **Prevalência da desnutrição hospitalar em pacientes internados em um hospital filantrópico em Salvador (BA), Brasil**. R Ci méd biol, 3(2):194-200, jul-dez, 2004.
12. MERHI, V.A.L. et al. **Tiempo de hospitalización y estado nutricional en pacientes hospitalizados**. Nutr Hosp., 22(5):590-5, 2007.
13. BAXTER, Y.C.; CECCONELLO, I.; PINOTTI, H.W. **Nutrição Enteral Domiciliar: Introdução e Bases Técnicas**. In: SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia. 1ª edição. São Paulo: Roca; 2007, p.893-898.
14. BLOCH, A.S.; MUELLER, C. **Suportes Nutricionais Enteral e Parenteral**. In: MAHAN, L.K., ESCOTT-STUMP, S. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 11ª edição. São Paulo: Roca; 2005, p. 510-531.
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. **Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto**. 2ª ed. Barueri, São Paulo; Manole, 2005.
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.

ANEXOS

ANEXO 1- Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola:¹⁵

- 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 clínica.¹⁵

ANEXO 2 - Classificação de complexidade assistencial do paciente em atenção domiciliar

| CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DO PACIENTE EM ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS | | |
|---|---|-----------|
| NOME DO PACIENTE: | | |
| ENDEREÇO: | | |
| SERVIÇO: | Profissional: | DATA: |
| I. ATIVIDADES DOMICILIARES | DEFINIÇÕES OPERACIONAIS | PONTUAÇÃO |
| 1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLE CLÍNICO | | |
| 1a) Avaliação clínica do paciente com Perfil MODERADO: assistência ao paciente crônico, com co-morbidades, 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-morbidades, 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 dispnéia, 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 ÍTENS 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 psicossocial do paciente inserido em sua realidade doméstica; planejamento da assistência. | 2 |
| 1d) Avaliação fisioterapêutica | Avaliação do estado físico e psicossocial 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 TERAPÊUTICOS | | |
| 2a) Curativo / desbridamento de úlceras de pressão grau II/ III e IV ou múltiplas | I – ÚLCERA 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 |
| | II – ÚLCERA 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 hipersecretivos. | 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 internação domiciliar, na construção do vínculo paciente/cuidador/família OU | | 1 |
| 6b) Atenção psicossocial 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 de atenção primária) ; ≥22:AD2/AD3 (equipes da atenção domiciliar)

Anexo 3 – Formulário de Avaliação Nutricional-Atendimento Domiciliar (FANAD)

Objetivando um atendimento uniforme entre as diversas Equipes de Atenção Domiciliar (EAD) 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: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| Data Nasc.: / / | Idade: Data de admissão: / / | Data da 1ª avaliação: / / |

II - DADOS CLÍNICOS

| |
|----------------------|
| Diagnóstico Clínico: |
|----------------------|

III - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

| |
|--|
| I – ANAMNESE ANTROPOMÉTRICA Perdeu peso nos últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Desconhece Quantidade perdida? _____ Perdeu peso nas duas últimas 2 semanas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - há quanto tempo? _____ A alteração foi para: <input type="checkbox"/> dieta sólida em quantidade menor <input type="checkbox"/> dieta pastosa hipocalórica <input type="checkbox"/> dieta líquida > 15 dias <input type="checkbox"/> jejum > 5 dias <input type="checkbox"/> mudança persistente > 30 dias Uso de suplemento ou dieta enteral? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Via de administração: <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Oral Sintomas gastrotintestinais (que persistem > 2 semanas) <input type="checkbox"/> Disfagia e/ou odinofagia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Diarréia (> 3 evacuações líquidas) <input type="checkbox"/> Hiporexia <input type="checkbox"/> Anorexia, distensão abdominal, dor abdominal. Outros: _____ |
| III – EXAME FÍSICO Perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax): _____ Perda muscular (quadríceps e deltóides): _____ Edema de tornozelo: _____ Edema sacral: _____ Ascite: _____ Outros (cabelos, unhas, lábios gengivas, língua): _____ |
| IV – CAPACIDADE FUNCIONAL <input type="checkbox"/> Disfunção / Há quanto tempo: _____ <input type="checkbox"/> Abaixo <input type="checkbox"/> Acamado. Demanda Metabólica: <input type="checkbox"/> Baixo estresse <input type="checkbox"/> Moderado estresse <input type="checkbox"/> Elevado estresse |

IV - HÁBITOS DE VIDA/CUIDADOS

| | |
|---|--|
| Etilismo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - freqüência: _____ | Fumante: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ex - parou há: _____ anos <input type="checkbox"/> Sim _____ cigarros/ dia |
| Sono (hora de acordar/hora de dormir): | Freqüência Intestinal: |
| Ingestão hídrica: | At.física/Fisioterapia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Cuidador esclarecido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cuidador segue as normas de higiene: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Acompanhamento/Fonoaudiólogo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |

V - ANTROPOMETRIA

| | | | |
|-----------------|---------------------------|------------------|------------------------|
| 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: | | | |

VI – 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

VII –DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

VIII–PRESCRIÇÃO DIETÉTICA

| | |
|------------------|--|
| GET | Via de administração da dieta: ()oral ()SNG ()SNE ()GT ()JT Tempo: () Curto prazo () Longo prazo |
| VET | Kcal/Kg peso/dia: |
| Ptn/Kg peso/dia: | Obs: |

IX –CONDUTA NUTRICIONAL

Brasília, ____/____/____

Nutricionista/CRN

Anexo 4- Orientações Gerais de Nutrição Enteral Domiciliar

Para uma melhor orientação e atenção aos cuidadores e pacientes participantes do programa foram elaboradas orientações básicas padronizadas relativas à Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) tais como: preparo e administração da dieta, higiene e hidratação, entre outras.

1) Armazenamento

As dietas industrializadas (embalagens) e todo o material utilizado para o preparo e administração da dieta deverão ser higienizados previamente e armazenados em local limpo, seco, arejado, longe do chão, sol, animais e insetos.

2) Cuidados de Higiene

- Prender os cabelos antes do preparo e administração da dieta;
- Lavar sempre as mãos e antebraços com água e sabão antes de manusear qualquer utensílio e do preparo da dieta;
- O local de preparo da dieta deverá ser limpo com água e sabão e borrifado com solução clorada (Anexo 7);
- Mergulhar completamente os alimentos utilizados em fórmulas artesanais em solução clorada por 30 minutos. Enxaguá-los com água filtrada e deixá-los escorrer em local limpo e seco;
- Não falar em cima da dieta durante seu preparo.

3) Preparo e administração da dieta

- Utilize água filtrada e/ou fervida na quantidade recomendada, em temperatura ambiente;
- Verificar a data de validade dos alimentos e produtos alimentícios (no caso de dieta artesanal) e das fórmulas industrializadas;
- Elevar a cabeceira da cama do paciente de 30-45 graus ou deixá-lo sentado (quando possível) antes de iniciar o gotejamento da dieta;
- O gotejamento deve ser lento, sendo recomendado aproximadamente 1 (uma) hora;
- Suspende o frasco da dieta pelo menos 60 cm acima da cabeça do paciente;
- Ao término de cada dieta injetar 20 ml de água morna filtrada com seringa para limpar resíduos que ficaram na sonda;
- Manter o paciente nesta posição de 20-30 minutos após a administração da dieta;

- Após a infusão de cada dieta aguardar trinta minutos e administrar água filtrada ou fervida em temperatura ambiente para hidratação conforme volume prescrito pelo nutricionista.

4) Orientação nutricional após passagem de sonda

Após confirmação do posicionamento da sonda, aguardar 3 horas para liberação da dieta.

Anexo 5 – Portaria nº 94 de 20 de Maio de 2009

PORTARIA Nº 94, DE 20 DE MAIO DE 2009, DODF de 22.05.2009

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso “X”, do artigo 204, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pela Portaria nº 40, de 23 de julho de 2001 e, Considerando o disposto nas Portarias nº29/SVS/MS, de 13 de janeiro de 1998, nº 822/MS, de 06 de junho de 2001, nº 2.529/MS de 19 de Outubro de 2006, e nº 113/SES, de 03 de agosto de 2004; nas Resoluções RDC nº 63-ANVISA/MS, de 06 de julho de 2000, RDC nº 11 – ANVISA/MS, de 26 de janeiro de 2006, e nº 304, do Conselho Federal de Nutricionistas, de 26/02/03; Considerando a necessidade de definir normas e critérios para o cadastramento dos pacientes e para a dispensação ambulatorial de fórmulas para fins especiais para atendimento domiciliar, no âmbito do Distrito Federal, resolve:

Art. 1º - Aprovar o Regulamento Técnico para o Fornecimento de Fórmulas para fins Especiais para Atendimento Domiciliar, no âmbito do Distrito Federal, constante dos Anexos desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria nº 156/ 2004, a Portaria nº 20/2007 e demais disposições em contrário.

AUGUSTO CARVALHO

ANEXO I

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FORNECIMENTO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR

1. OBJETIVO:

1.1. O presente Regulamento tem por objeto a definição de normas e critérios para o cadastramento de pacientes em uso de fórmulas para fins especiais em regime de atendimento domiciliar e para a dispensação ambulatorial destas fórmulas, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito do Distrito Federal.

2. DEFINIÇÕES:

Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

2.1. Atenção Domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio;

2.2. Assistência Domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas no domicílio;

2.3. Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Essa pessoa ficará responsável por seguir as orientações da equipe referentes a dieta, higiene, mobilização do paciente,

estabelecidas no plano terapêutico do paciente. Atua também como canal de comunicação entre o paciente e a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

2.4. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: Nutricionista, Médico, Farmacêutico e Enfermeiro, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional;

2.5. Fórmula para fins especiais (FE): é todo produto industrializado, especialmente formulado ou processado, nos qual se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes, adequados à utilização em dietas diferenciadas e/ou opcionais, que atendam às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas, podendo ser completo ou constituído de nutrientes isolados (módulos), utilizado exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime domiciliar.

2.6. Índice de Massa Corporal (IMC): corresponde à razão entre o Peso em quilogramas e a Altura em metros quadrados;

2.7. Mini Avaliação Nutricional (MAN): instrumento para avaliação nutricional subjetiva de idosos;

2.8. Prescrição dietética da FE: determinação de nutrientes ou da composição de nutrientes da FE, mais adequada às necessidades específicas do paciente, conforme diagnósticos clínico e nutricional. Deve contemplar o tipo e a quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente, considerando sua avaliação nutricional, suas necessidades nutricionais e condições do trato digestório;

2.9. Prescrição médica da TNE: determinação da via de acesso, do diagnóstico clínico e do prognóstico terapêutico envolvidos na prática da TNE.

2.10. Terapia de Nutrição Enteral (TNE): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de nutrição enteral (NE);

2.11. Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (TNED): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE, prestados no domicílio do paciente assistido por equipe multiprofissional de saúde;

2.11.1 TNED de Curto Prazo: terapia aplicada por período máximo de 6 meses;

2.11.2 TNED de Longo Prazo: terapia aplicada por período superior a 6 meses;

2.12. Termo de Consentimento Informado: documento que deve ser assinado pelo próprio paciente ou pelo cuidador/responsável por esse, para que haja garantias de que ambas as partes comprometidas pelo atendimento ficaram cientes de suas responsabilidades.

3. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS:

Na aplicação deste Regulamento, são adotadas as seguintes condições específicas:

3.1. Indicação:

3.1.1. O médico é o responsável pela indicação da TNE;

3.1.2. A indicação da TNE deve ser precedida da avaliação do estado nutricional do paciente, realizada pelo nutricionista.

3.2. Prescrição da TNE:

3.2.1. O médico é responsável pela prescrição médica da TNE;

3.2.2. O nutricionista é responsável pela prescrição dietética da FE;

3.2.3. A Prescrição Dietética deve incluir a Avaliação Nutricional Objetiva e/ou Subjetiva do paciente, o Valor Energético Total (VET), a via de administração da dieta, as características da (s) fórmula (s), o volume total diário e mensal a serem administrados, a assinatura e o carimbo do nutricionista, bem como o seu número de inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas, conforme Anexo II;

a) Em relação à apresentação da fórmula enteral:

I - Fórmulas em pó – discriminar os quantitativos em GRAMAS;

II - Fórmulas Líquidas – discriminar os quantitativos em MILILITROS;

3.2.4. O tempo de duração do tratamento deve ser obrigatoriamente especificado nos Relatórios Médico e Nutricional;

3.2.5. A TNED deve trazer melhorias para a qualidade de vida dos pacientes e atender a objetivos de curto e longo prazos;

a) Entende-se como curto prazo a interrupção ou redução da progressão das doenças, a cicatrização das feridas, a transição para a nutrição por via oral, se o caso assim permitir, e a melhora do estado nutricional;

b) Entende-se por longo prazo a manutenção do estado nutricional normal, a reabilitação do paciente em termos de recuperação física e social, e a substituição gradual, de acordo com a tolerância do paciente, da dieta industrializada pela dieta enteral mista.

3.2.6. Quando necessários para a viabilização da prática da TNED, os frascos para acondicionamento e administração da FE podem ser solicitados de acordo com a necessidade do paciente.

3.2.7. Quando necessários para a viabilização da prática da TNED, os equipos para administração da NE podem ser solicitados de acordo com a Portaria nº113/04, de 03 de agosto de 2004 – SES/DF;

3.2.8. O nutricionista deve prescrever a fórmula enteral mais adequada ao caso do paciente em regime de atendimento domiciliar, de acordo com o elenco de fórmulas padronizadas pela SES constantes na RELAÇÃO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR, elaborada pela Gerência de Nutrição/Subsecretaria de Atenção à Saúde, conforme o Anexo III;

3.2.9. Para efeitos deste Regulamento Técnico serão adotadas as seguintes indicações:

a) As fórmulas para fins especiais para uso por via oral são indicadas prioritariamente para os pacientes portadores de:

a1) Fibrose Cística;

a2) Epidermólise Bolhosa Congênita (formas distrófica e juncional);

a3) Erros Inatos do Metabolismo que necessitam de fórmulas especiais;

a4) Síndromes disabsortivas, em fase aguda;

a5) pacientes pediátricos de até 2 (dois) anos de idade portadores de alergia à proteína heteróloga com diagnóstico clínico confirmado, podendo eventualmente esse prazo ser estendido por mais um ano, mediante relatório clínico de Alergista, detalhado, com confirmação diagnóstica através do Teste de Provocação Oral, detalhado justificando sua necessidade;

a6) eventualmente poderão ser contemplados outros casos, conforme critérios abaixo elencados:

a6.1) Pacientes gravemente desnutridos portadores de: Doença Renal Crônica (DRC), que atendam todos os seguintes critérios: ASG – desnutrição grave ou gravíssima, IMC = 16 kg/m², Perda Ponderal Recente (PPR) = 10% nos últimos 6 meses, Albumina = 2,5 mg/dl (para pacientes em Diálise, = 3,0 mg/dl); de Câncer de Cabeça e Pescoço, Gastrointestinal e de Pâncreas, que atendam todos os seguintes critérios:

ASG – risco nutricional grave, IMC = 16 kg/m², Perda Ponderal Recente (PPR) = 5% nos últimos 6 meses, Albumina = 2,5 mg/dl; de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que atendam todos os seguintes critérios: ASG – risco nutricional grave, IMC = 16 kg/m², Perda Ponderal Recente (PPR) = 10% nos últimos 6 meses,

Albumina = 2,5 mg/dl e pacientes idosos, que atendam os critérios a seguir: MAN – risco nutricional grave, IMC = 18 kg/m², Perda Ponderal Recente (PPR) = 10% nos últimos 6 meses, Albumina = 2,5 mg/dl.

Obs.: A albumina somente deve ser considerada para pacientes que não se encontrem em fase inflamatória aguda.

a) Os demais casos, considerados prioritários para o programa, somente serão contemplados mediante a disponibilização de vias de acesso enterais (sondas nasogástricas – SNG – sondas nasoentéricas – SNE – gastrostomias – GT – ou jejunostomias – JT) para Pacientes que não podem, não devem ou não conseguem se alimentar por via oral e não atingem de 2/3 a 3/4 de suas necessidades nutricionais, b) por via oral, mas que possuem o Trato Digestório parcial ou totalmente funcional.

3.2.10.

A Gerência de Nutrição/Subsecretaria de Atenção à Saúde poderá alterar (substituir, incluir ou excluir) os itens do Anexo III conforme as necessidades dos pacientes;

3.2.11. Quando da prescrição da FE, faz-se imprescindível a prescrição do volume hídrico complementar, em função da hidratação do paciente e da higienização do equipo;

3.2.12. Os Serviços de Saúde que utilizam a TNE devem ter protocolos de avaliação do estado nutricional, de indicação da TNE, de acompanhamento e avaliação da eficácia da TNE e de orientação nutricional para alta hospitalar em TNE;

3.2.13. No momento da prescrição da TNE pelo nutricionista a família e/ou o cuidador do paciente devem ser orientados e treinados quanto aos cuidados com o armazenamento, preparo, administração, horários e técnicas de infusão da FE;

3.2.14. A alta hospitalar do paciente em TNE deve ser programada pela EMTN e informada ao nutricionista com antecedência, a fim de que o paciente e/ou familiares sejam orientados quanto aos trâmites para a aquisição das fórmulas e quanto ao manejo da FE no nível domiciliar;

3.2.15. Para fins de Prescrições Médica da TNE e Dietética de FE para atendimento domiciliar, os nutricionistas e médicos devem ser cadastrados na Gerência de Nutrição/Subsecretaria de Atenção à Saúde, conforme modelo de Cadastramento no Anexo IV e V.

§ 1º Os critérios de cadastramento são elencados a seguir:

- a) estar disponível para eventuais contatos da Gerência de Nutrição;
- b) participar de reuniões periódicas e científicas com a Gerência de Nutrição, sempre que convocado, sendo que em casos de impossibilidade de participação nas mesmas, deve ser feita a devida justificativa;
- c) manter os itens cadastrais atualizados junto à Gerência de Nutrição;
- d) fornecer informações idôneas a respeito dos pacientes atendidos, sob pena de restituir aos cofres públicos os custos do tratamento.

§ 2º Como critérios de exclusão de cadastramento, ficam estabelecidos:

A - indisponibilidade para contatos efetuados pela Gerência;

b - duas faltas injustificadas a reuniões com a Gerência de Nutrição.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

4.1. Os critérios de elegibilidade para o fornecimento de fórmulas para fins especiais para atendimento domiciliar são:

- a) Ser domiciliado no Distrito Federal;
- b) Ser usuário do SUS/DF;
- c) Apresentar consentimento formal, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado padronizado (Anexo VI);
- d) Ter sido atendido ou internado previamente pela doença de base nas Unidades Hospitalares da Rede da SES/DF e Unidades Hospitalares conveniadas do SUS/DF, na qual tenha sido disponibilizada a via de acesso para nutrição enteral (passagem do cateter ou confecção de ostomia);

- e) Ter um médico que se responsabilize pela sua indicação em formulário específico da SES/DF ou
- f) Apresentar estabilidade clínica;
- g) Apresentar avaliação do grau de perda funcional e dependência para a realização das atividades da vida diária (AVD), com base na Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola (inclusa no Anexo VII);
- h) Possuir cuidador com condições sociais e culturais satisfatórias para o correto esclarecimento sobre as práticas da TNED e que seja capaz de preparar, administrar e armazenar adequadamente as fórmulas para fins especiais;
- i) Possuir condições domiciliares adequadas para o preparo, administração e armazenamento da FE, ou seja, possuir no domicílio energia elétrica, geladeira, água potável e rede de esgoto;
- j) Atender aos critérios de indicação estabelecidos no item 3.2.9.

4.2. É de responsabilidade do Assistente Social a avaliação do candidato a TNED no que tange ao descrito nos subitens h) e i) anteriormente citados, conforme formulário padronizado no Anexo VIII.

5. CADASTRAMENTO DO PACIENTE:

5.1. O paciente com indicação de TNED deve ser cadastrado no Núcleo de Nutrição e Dietética da Unidade Hospitalar em que foi atendido, após atendimento dos critérios de elegibilidade explicitados no item 4 deste regulamento, por meio do preenchimento de requerimento próprio da Gerência de Nutrição (Anexo IX);

5.2. Os documentos necessários para o cadastramento são:

- a) Relatório Médico: elaborado em formulário específico (Anexo VII), por profissional médico da SES/DF, devidamente cadastrado na Gerência de Nutrição/SAS;
- b) Relatório Nutricional: elaborado em formulário específico (Anexo II) por profissional nutricionista da SES/DF, devidamente cadastrado na Gerência de Nutrição/Subsecretaria de Atenção à Saúde;
- c) Relatório do Serviço Social: elaborado por profissional assistente social da SES/DF, em formulário específico (Anexo VIII)
- d) Cópia dos documentos de identidade e do cadastro de pessoa física - CPF do paciente. Se for criança e ainda não possuir carteira de identidade, pode-se anexar cópia da certidão de nascimento.
- e) Cópia do comprovante de residência: conta de água, luz ou telefone fixo em nome do paciente ou responsável (pais). Caso o comprovante esteja no nome do marido ou esposa, anexar cópia da certidão de casamento. Caso o comprovante não esteja no nome do paciente, dos pais, marido ou esposa, anexar declaração do proprietário (independente do grau de parentesco com o paciente), informando em que condições o paciente reside no

imóvel (alugado, emprestado, por temporada, para tratamento médico, etc), bem como cópia dos seus documentos de identidade e CPF;

f) Termo de Consentimento Informado (Anexo VI); Caso o requerente não seja o próprio paciente ou parente próximo, anexar declaração informando qual a relação entre o requerente e o paciente.

6. AQUISIÇÃO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PELA SES/DF:

6.1. A aquisição de fórmulas para nutrição enteral domiciliar deve ser realizada mediante solicitação da Gerência de Nutrição/SAS, incluindo as estimativas de aquisição, para a Diretoria de Insumos e Materiais (DISM) da SES/DF, que emitirá o Pedido de Aquisição de Materiais (PAM);

6.2. A Central de Compras da Secretaria de Estado de Fazenda do Distrito Federal realiza o processo licitatório para a aquisição das fórmulas;

6.3. Cabe a Gerência de Nutrição/Subsecretaria de Atenção à Saúde, por intermédio de nutricionista indicado, a emissão de parecer técnico sobre as fórmulas para fins especiais vencedoras neste processo licitatório;

7. DISPENSAÇÃO:

7.1. A dispensação de fórmulas para TNED deve ser feita mediante as seguintes etapas, de acordo com o fluxograma disposto no Anexo X deste Regulamento:

A Gerência de Nutrição/SAS, mediante o Requerimento do paciente, emitirá o Parecer Técnico quanto à (s) fórmula (s) prescrita (s);

b) Os processos contemplados nesta Portaria serão encaminhados pela Gerência de Nutrição/ SAS para a Central de Nutrição Domiciliar (CNUD) para devida dispensação da fórmula ao paciente;

c) Nos casos em que os processos não forem contemplados nesta Portaria, a Gerência de Nutrição/ Subsecretaria de Atenção à Saúde, encaminhará os mesmos para apreciação e manifestação do Senhor Secretário de Estado de Saúde da SES/DF;

d) O processo, devidamente autorizado ou não, deverá ser restituído à Gerência de Nutrição/ Subsecretaria de Atenção à Saúde para providências cabíveis.

7.2. A dispensação das fórmulas será realizada mensalmente, mediante o cadastro do paciente ou seu responsável legal (comprovada por meio de procuração) na CNUD (Anexo XI). Esse cadastramento se dará por meio de apresentação de cópia dos documentos de identidade e CPF, juntamente com o original. Após cadastramento, no momento de retirada das fórmulas o paciente ou seu responsável deverá apresentar algum documento de identificação que contenha o número de identidade, com foto.

8. MONITORAMENTO:

8.1. O paciente em TNED deve ser acompanhado periodicamente para a avaliação da tolerância à FE e das alterações clínicas e antropométricas, a fim de se controlar a eficácia do tratamento e efeitos adversos e alterar a prescrição quando necessário.

8.2. O intervalo máximo entre as reavaliações nutricionais não deve ser superior a 03 (três) meses; 8.3. O nutricionista após o atendimento ambulatorial ou domiciliar ao paciente, deve elaborar o Relatório de Evolução Nutricional conforme Anexo XII e encaminhá-lo a Gerência de Nutrição/ Subsecretaria de Atenção à Saúde;

8.4. Cabe ao Nutricionista da CNUD/GENUT/SAS emitir parecer técnico referente à reavaliação do estado nutricional do paciente em TNED e autorizar ou não a dispensação da fórmula;

8.5. O fluxograma relativo ao monitoramento da TNED segue o descrito no Anexo XIII;

8.6. O paciente em TNED deverá apresentar um Relatório Médico atualizado a cada 06 (seis) meses, elaborado pelo médico da SES/DF responsável por seu acompanhamento, conforme modelo no Anexo XIV;

a) O Relatório Médico deverá ser entregue ao nutricionista prescritor no momento da reavaliação nutricional, que ficará encarregado de encaminhá-lo a Gerência de Nutrição/Subsecretaria de Atenção à Saúde juntamente com o Relatório de Reavaliação Nutricional.

9. AVALIAÇÃO FINAL:

9.1. Antes da interrupção da TNED, o paciente deve ser avaliado nos seguintes aspectos:

a) Capacidade de atender mais de 2/3 a 3/4 de suas necessidades nutricionais por alimentação via oral;

b) Ausência de complicações que ponham o paciente em risco nutricional ou de vida;

c) Atingimento dos objetivos inicialmente propostos para a TNED.

10. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

10.1. São considerados critérios de exclusão do fornecimento de fórmulas para TNED, os abaixo relacionados:

a) Inveracidade das informações prestadas;

b) Não preenchimento do Termo de Consentimento Informado;

c) Ausência de cuidador identificado;

d) Instabilidade clínica;

e) Pacientes pediátricos portadores de alergia à proteína heteróloga com diagnóstico clínico confirmado maiores de 2 anos, salvo indicação clínica contrária;

f) Reabilitação da via oral, para pacientes sondados ou ostomizados;

g) Mudança de domicílio para fora do Distrito Federal;

h) Ausência de encaminhamento dos relatórios médicos de reavaliação, bem como relatórios de nutrição completos à Gerência de Nutrição;

- i) Atingimento dos objetivos de curto e longo prazos, com conseqüente alta do tratamento;
- j) Óbito.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

11.1. Os casos não contemplados nesta Portaria serão analisados e deliberados pelo Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Anexo 7 – Solução Clorada

Diluir 1 colher de sopa de água sanitária, própria para higienização de frutas e verduras (verificar rótulo), em 1 litro de água. Esta solução tem validade de 24 horas.

Anexo 8 – Coquetel Laxante e suco laxante

Coquetel laxante

1 fatia média de mamão

1 laranja média com o bagaço

3 ameixas secas (pode ser as que ficaram de molho na água)

A água do molho

Suco laxante

2 copos americanos de água de coco

5 damascos secos

1 colher sobremesa de gengibre fresco picado

¼ mamão papaia

Anexo 9 - Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

O Sr.(a). _____
residente _____ n° _____
RA _____, RG n° _____ expedido em ____/____/_____, está
sendo admitido no PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL,
em _____.

Este serviço destina-se a ser prestado àqueles pacientes que preencham os critérios de inclusão estabelecidos no Programa, dentre os quais:

- Morar em área de cobertura e estar cadastrado no Programa.
- Co – responsabilidade da família e do paciente nos cuidados e cumprimento do plano terapêutico estabelecido e seguir as orientações da Equipe de Saúde.
- Ser portador de doença crônica com comorbidade e com grau de incapacidade funcional e dependência para as Atividades de Vida Diária estabelecido pela Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.
- Compromisso de comunicar alterações do estado de saúde do paciente, seja por motivo de reinternação hospitalar ou óbito, bem como mudança de endereço.
- Existência de cuidador e de infraestrutura domiciliar que permita a prestação de atenção domiciliar.
- Condições clínicas da pessoa enferma que permitam seu cuidado em casa.

Para que a família possa utilizar a melhor maneira este serviço, solicitamos que tome conhecimento e caso concorde siga as orientações a seguir:

- Ao ser incluído no Programa de Internação Domiciliar, o paciente passará a ter um CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO que será entregue pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar no ato do cadastramento.
- Este cartão servirá para que sejam anotados a identificação do paciente, Diagnóstico e CIDs principais, história clínica, medicamentos em uso e intercorrências.
- Caso haja necessidade de atendimento fora da data agendada, solicitamos que seja feito contato com a Equipe, para avaliação da situação e ser providenciado atendimento.
- O NRAD **NÃO** atende às emergências, somente o SAMU tem infraestrutura para esse tipo de atendimento.

- O horário de funcionamento para atendimento externo é de 08h:30min às 11h:30min e de 13h:30min às 17h:00min.
- Os insumos, equipamentos e materiais permanentes cedidos e/ou emprestados aos pacientes admitidos ao Programa estarão sempre na dependência dos estoques existentes na SES-DF por ocasião de sua utilização e a família comprometer-se-á a adquiri-los nessa circunstância.

Eu, _____(parentesco/responsável)
RG _____, estou ciente e concordo com as normas deste Termo,
responsabilizando-me como cuidador(a) do(a) paciente _____.

Brasília, _____, de _____ de _____

Assinatura do Cuidador(a)/responsável

Nome – Assinatura do responsável

Nome assinatura - EMAD

_____/_____/_____
Data

Emitir 2 vias: 1ª via prontuário e 2ª via paciente

FLUXOGRAMA

Para a SES-DF fica definido que o fluxograma se dará da seguinte forma:

