

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Graduação em Nutrição

Thayssa Castro Souto

EFEITO DA ORIENTAÇÃO MULTI OU UNIPROFISSIONAL NA ADAPTAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE EM USO DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

Porto Alegre, 2016

Thayssa Castro Souto

EFEITO DA ORIENTAÇÃO MULTI OU UNIPROFISSIONAL NA ADAPTAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE EM USO DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Nutrição à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nutricionista Zilda de Albuquerque Santos.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Nutricionista Jussara Carnevale de Almeida.

Porto Alegre, 2016

EFEITO DA ORIENTAÇÃO MULTI OU UNIPROFISSIONAL NA ADAPTAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE EM USO DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Nutrição à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2016.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso, elaborado por Thayssa Castro Souto, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dra. Vivian Cristine Luft - UFRGS

Prof^a. Dra. Ingrid Dalira Schweigert Perry

Prof^a. Dra. Zilda de Albuquerque Santos – Orientadora – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre estar presente em minha vida, guiando os meus passos e iluminando a minha trajetória.

Agradeço aos meus pais pelo amor incondicional, por me darem a vida e por não pouparem esforços para a minha formação: de vida, de caráter e de profissão. Pai e mãe, eu realmente não tenho palavras para agradecer, obrigada por me amarem infinitamente!

Agradeço as minhas irmãs e ao meu cunhado pelo apoio e por serem meus cobaias no treinamento com o plicômetro.

Agradeço ao meu namorado pelo apoio e pela ajuda, principalmente nessa reta final em que me deu suporte na informática e que deixou de fazer seu curso para me emprestar o computador. Obrigada por sempre me apoiar, me valorizar e me amar. Que bom ter você ao meu lado!

Agradeço a minha orientadora, prof.^a Dra. Zilda Albuquerque, primeiramente por ter me aceitado como sua bolsista de extensão, me inserindo na equipe de nutrologia, e posteriormente como orientanda. Obrigada pela sua atenção, seus ensinamentos e seu incentivo. Sempre guardarei o exemplo de mestre que és!

Agradeço a prof.^a Dra. Jussara Carnevale de Almeida por ter me dado a oportunidade de desenvolver seu projeto de pesquisa.

Agradeço a todas as meninas que estiveram ao meu lado durante os 2 anos que passei na nutrologia. Entrei pouco preparada, mas, com a ajuda de vocês, aprendi muito e cresci muito também. Muito obrigada à Dra. Elza Mello, Nut. Simone Fernandes, Dra. Camila Perin, Dra. Patrícia Mello, Dra. Marina Schumacher e Nut. Mirian Machado, e um agradecimento especial à Nut. Carla Silveira que sempre me incentivou e confiou a mim os seus pacientes do ambulatório.

Agradeço aos pacientes que atendi, que são o motivo de inspiração deste meu trabalho. Saibam que vocês contribuíram muito para o meu crescimento e espero que a recíproca tenha sido a mesma!

Agradeço às minhas amigas de longa data por sempre estarem ao meu lado mesmo ausente em alguns momentos. Elas, que não desistem de mim e estão sempre comigo para tudo. Amo vocês Karina, Andressa, Dani, Carol, Gabi, Danie e Bruna.

Agradeço às minhas colegas pelo companheirismo nesses anos de faculdade e, em especial, à Luiza La Porta, que esteve muito próxima a mim nesses dois últimos anos me apoiando, ouvindo as minhas lamurias e me acompanhando em um bom café. Obrigada!

RESUMO

EFEITO DA ORIENTAÇÃO UNI OU MULTIPROFISSIONAL NA ADAPTAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE EM USO DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

Thayssa Castro Souto; Jussara Carnevale de Almeida; Zilda de Albuquerque Santos
UFRGS/RS–Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: É durante a internação hospitalar, que a maioria dos pacientes candidatos à utilização de nutrição enteral domiciliar são identificados. A orientação do manejo da nutrição enteral na alta hospitalar pode reduzir reinternações relacionadas ao uso dessa alimentação. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito da orientação uniprofissional e multiprofissional na adaptação da nutrição enteral domiciliar, de pacientes com alta do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com indivíduos adultos, que receberam alta hospitalar em uso de sonda para alimentação enteral. A seleção dos pacientes ocorreu em duas etapas: 1º foi solicitada uma *query* ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde do hospital, para identificar pacientes com alta em uso de nutrição enteral, entre março de 2015 e 2016; 2º foi realizada uma busca ativa nos prontuários eletrônicos, para identificar contato telefônico. Foram excluídos pacientes transferidos para outras instituições hospitalares ou instituições de longa permanência ou que não possuíssem telefone cadastrado no prontuário. O Instrumento de Coleta de Dados consistiu de um questionário, com questões abertas e fechadas, sobre a orientação de alta para pacientes em uso de nutrição enteral. A coleta dos dados foi realizada através do contato telefônico, após a obtenção do Consentimento Livre e Informado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 16/07/2014, com o número de parecer 722.946. **Resultados:** Foram entrevistados cuidadores de 54 pacientes. A média de idade dos pacientes foi de 62,72 ± 15,25 anos, a mediana do tempo de internação foi 20 (0 - 188) dias e houve predomínio do gênero masculino (64,8%). As principais indicações de terapia nutricional enteral foram: rebaixamento do sensório (18,5%) e disfagia (18,5%). A alta foi orientada predominantemente por apenas um profissional (68,7%), nenhum entrevistado referiu dificuldades para preparo ou administração da dieta ou ainda para a higiene da sonda. Em relação a “Higiene e Limpeza”, observa-se que um número bem maior de cuidadores que recebeu orientação multiprofissional (77,8% x 38,9%) teve o cuidado de lavar a sonda antes e depois de administrar dieta e medicamento; interessante, nenhum paciente que recebeu orientação multi teve obstrução da sonda como complicação, enquanto 11,1% dos pacientes que receberam orientação uniprofissional, apresentaram esta complicação. A emergência do Hospital de Clínicas (16,7%) e a Unidade de Saúde (16,7%) foram os locais procurados para

seu reposicionamento. **Conclusão:** Os resultados demonstraram a importância da orientação profissional na alta hospitalar; independentemente deste ser uni ou multiprofissional.

Palavras-chave: Terapia nutricional enteral; Terapia nutricional enteral domiciliar; Alimentação via sonda enteral.

LISTA DE ABREVIações

AD – Atenção Domiciliar

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

EM – Equipe Multidisciplinar

EMAD – Equipe Multidisciplinar da Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multidisciplinar de Apoio

EMTN – Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

NE – Nutrição Enteral

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SNE – Sonda Nasoentérica

SNG – Sonda Nasogástrica

SUS – Sistema Único de Saúde

TGI – Trato Gastrointestinal

TNE – Terapia Nutricional Enteral

TNED – Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VO – Via oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Nutrição Enteral.....	12
2.1.1 Indicações e Contraindicações.....	14
2.1.2 Complicações da Terapia Nutricional Enteral.....	14
2.2 Alta hospitalar em uso de Terapia Nutricional Enteral.....	16
2.3 Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.....	17
2.4 Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional Enteral.....	19
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos.....	21
4 MÉTODOS.....	22
5 RESULTADOS.....	23
5 DISCUSSÃO.....	28
6 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	37
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	39

1. INTRODUÇÃO

A terapia nutricional enteral (TNE) é entendida como um conjunto de procedimentos, cujo o objetivo é a manutenção ou a recuperação do estado nutricional do indivíduo, de forma a ofertar macro e micronutrientes em quantidade e qualidade adequadas por meio da nutrição enteral (NE) (WAITZBERG, 2009). Está indicada quando a via oral for inadequada para prover as necessidades nutricionais diárias e quando o trato gastrointestinal estiver total ou parcialmente funcional (KOLACEK, 2013).

As dietas enterais podem ser artesanais ou industrializadas (SCHIEFERDECKER *et. al*, 2013) e podem ser administradas via sonda nasoenteral ou gastroenterostomia. Em pacientes que necessitam de TNE por curto período de tempo (inferior a 6 semanas), a sonda nasoenteral é a mais utilizada; gastroenterostomias são instaladas cirurgicamente e são indicadas quando o tempo de TNE for superior a 6 semanas (BANKHEAD, 2009; BLUMENSTEIN, SHASTRI, STEIN, 2014).

As complicações da TNE são comuns tanto em ambiente hospitalar, como domiciliar (SANTOS, 2014), possuem múltiplas causas e devem ser manejadas o mais precocemente possível, pela equipe de saúde (MORENO VILLARES, 2004). As mais frequentes complicações são as gastrointestinais como náuseas, vômitos, diarreia e distensão abdominal (WAITZBERG, 2009).

Antes da alta hospitalar do paciente com alimentação por sonda, a equipe de saúde deve fazer um treinamento e educar o paciente, sua família e cuidadores com informações escritas e verbais e, se possível, seguidas por demonstração (MORENO VILLARES, 2004). O cuidador deve participar junto com a equipe de saúde, da construção do plano terapêutico e deve ter esclarecidas todas as suas dúvidas e dificuldades (ZEGHBI, 2008). Esse cuidador dará continuidade intervenção iniciada no hospital, com a terapia nutricional enteral domiciliar (GONZÁLES *et. al*, 2002).

Ao orientar a alta hospitalar, a equipe de saúde deve considerar o ambiente em que o paciente está inserido e sua condição clínica, social e afetiva (BRASIL,

2015). Esta orientação pode resultar em benefício direto para o paciente, uma vez que contribui na adaptação e realização dos cuidados em domicílio e reduz complicações. Além disso, resulta em benefícios indiretos para a instituição hospitalar, pela redução de intercorrências passíveis de gerar reinternações. Assim, este trabalho teve como objetivo avaliar o efeito da orientação uni e multiprofissional na adaptação do paciente em uso de NE domiciliar.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Terapia Nutricional Enteral

A TNE é entendida como um conjunto de procedimentos cujo o objetivo é a manutenção ou a recuperação do estado nutricional do indivíduo de forma a ofertar macro e micronutrientes em quantidade e qualidade adequadas por meio da nutrição enteral (NE) (WAITZBERG, 2009).

Nutrição Enteral é definida pelo Ministério da Saúde, na Resolução RDC N° 63 (julho de 2000), como:

“Alimentos para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição química definida ou estimada, especialmente elaborada para uso por sondas ou por via oral, industrializados ou não, utilizados exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção de tecidos, órgãos e sistemas.”

Os alimentos para fins especiais, ou dietas enterais, podem ser especificamente destinadas a adultos ou crianças, e podem ainda ser industrializadas ou artesanais (SCHIEFERDECKER *et al.*, 2013). As dietas industrializadas apresentam composição nutricional definida, podendo conter nutrientes específicos, adequados à doença de base (dietas especializadas); podem estar disponíveis na apresentação em pó (que necessita de diluição) ou na forma líquida (prontas para administração), são embaladas em recipientes de volume variável. Por virem prontas para uso, as dietas industrializadas possuem menor risco de contaminação da formulação. As dietas artesanais, por sua vez, são constituídas por alimentos *in natura*, e/ou módulos de nutrientes; embora tenham um custo relativamente inferior, estas dietas exigem cuidados no preparo e no armazenamento, por apresentarem maior risco de contaminação microbiana e, por sua viscosidade, aumentam o risco de oclusão da sonda (WAITZBERG, 2009).

A NE pode ser oferecida por via nasoenteral ou gastroenterostomia. Em pacientes que necessitam de TNE por curto período de tempo (inferior a 6 semanas), a sonda nasoenteral é mais utilizada, em função de seu menor custo e

fácil colocação; no entanto, deve ser considerado que a sonda de inserção nasal pode: deslocar facilmente, sobretudo em pacientes com confusão mental; predispor ao refluxo e esofagite; dificultar o processo de deglutição; sua presença pode, ainda, ser um fator de estresse psicológico (BLUMENSTEIN, SHASTRI, STEIN, 2014). Gastro ou enterostomias, por sua vez, estão indicadas quando a previsão de tempo da TNE for superior a 6 semanas; podem ser instaladas através de técnicas cirúrgica, endoscópica ou radiológica; sendo a técnica endoscópica percutânea a mais utilizada. A presença de ascite, peritonite, processo neoplásico ou inflamatório no TGI podem contra indicar seu uso.

O local de administração da NE, se em região pré ou pós-pilórica, deve ser avaliado caso a caso. A posição gástrica, indicada na maioria das vezes, necessita de adequada condição de digestão e esvaziamento gástrico; suas maiores vantagens são permitir a oferta de formulas variadas e progressão mais rápida da dieta. A oferta da NE no intestino delgado deve ocorrer na presença de complicação gástrica, pancreatite e nos casos de risco de aspiração (pacientes inconscientes, distúrbios da deglutição, história de aspiração, refluxo gastroesofágico, gastroparesia) (BANKHEAD, 2009).

No Brasil, o direito à alimentação e nutrição é reconhecido pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). Conforme pactuação tripartite, o Estado do Rio Grande do Sul é responsável pelo fornecimento de fórmulas nutricionais especiais, que incluem formulações, suplementos e complementos nutricionais. Por serem consideradas tecnologia que envolve alta complexidade e alto custo, o fornecimento das fórmulas nutricionais está vinculado ao atendimento dos critérios estabelecidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, passando pelo mesmo processo de análise técnica dos medicamentos para serem liberadas. Para a realização da análise, são necessários uma série de documentos, tanto do paciente quanto de seu responsável, bem como o preenchimento do Laudo para Solicitações de Fórmulas Nutricionais, contendo identificação do usuário, informações sobre a doença, avaliação nutricional, via da administração da terapia nutricional e identificação do profissional solicitante (SES/RS, 2014). Apesar da fórmula nutricional ser fornecida pelo Estado, os equipos e frascos necessários para a administração da NE são disponibilizados pelos municípios e requerem solicitação específica para esta

finalidade (BRASIL, 2013). Diante disso, a orientação clara e o adequado encaminhamento para a aquisição de alimentos e insumos são importantes para reduzir o estresse vivenciado pelos cuidadores (BRASIL, 2015).

2.1.1 Indicações e Contraindicações

A TNE está indicada quando houver risco de desnutrição, ou seja, quando a ingestão oral for inadequada para prover de 2/3 a 3/4 das necessidades nutricionais diárias, porque o paciente não quer, não pode ou não deve alimentar-se pela boca; e quando o TGI estiver total ou parcialmente funcionante (CAWSEY, SOO, GRAMLICH, 2010; KOLACEK, 2013).

O uso da NE é mais frequente nos distúrbios gastrointestinais, problemas neurológicos, lesões cerebrais traumáticas e câncer (SELAN, 2012), sendo um componente fundamental no tratamento clínico desta condição, objetivando atender às necessidades nutricionais e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (HOWARD *et al.*, 2006). É durante a internação hospitalar que a maioria dos candidatos a nutrição enteral domiciliar são identificados, mas esta forma de alimentação pode, seguramente, ser utilizada no âmbito domiciliar (BRASIL, 2012a).

As contraindicações em TNE, em geral, são relativas ou temporárias; as mais frequentes são vômitos e diarreia severa, refluxo gastroesofágico intenso, pancreatite aguda grave e fístulas. A utilização do TGI para a TNE também está contraindicada em pacientes com dificuldades mecânicas na progressão da dieta, seja por obstrução intestinal completa, seja em situações em que o peristaltismo estiver muito diminuído (HOWARD *et al.*, 2006; CUNHA *et al.*, 2014).

Os critérios utilizados para a avaliação da efetividade da NE são os mesmos que definem sua indicação: avaliações nutricionais antropométrica e bioquímica, avaliação subjetiva global, exames bioquímicos e hematológicos, testes de função hepática e renal e balanço nitrogenado (GOMES & REIS, 2003).

2.1.2 Complicações da TNE

Complicações na TNE são comuns tanto no ambiente hospitalar como domiciliar. Podem estar relacionadas ao paciente, à dieta ou mesmo à medicação

(SANTOS, 2014). As complicações são variadas e devem ser manejadas, o mais precocemente possível, pela equipe de saúde (MORENO VILLARES, 2004). O quadro 1 apresenta as complicações da TNE.

As complicações mais frequentes são as gastrointestinais. A diarreia (mais de três evacuações ao dia, com fezes amolecidas) é a complicação mais usualmente atribuída à dieta (2,3 a 68%). Osmolaridade e presença de lactose são as causas mais citadas. Deve-se, no entanto, lembrar que a antibiotioterapia a principal responsável pelo aparecimento de diarreia, pois altera a flora intestinal, produzindo supercrescimento bacteriano e formação de gases. Distensão abdominal e náuseas, aparecem com pouca frequência (WAITZBERG, 2009; VANNUCCHI, 2014).

A principal complicação mecânica é a obstrução da sonda, que pode ser causada por resíduos alimentares ou de medicamentos. A infusão de água, após o término de cada administração da dieta ou medicamento, diminui a possibilidade de obstrução (DICKERSON, 2004). Gastroenterocolite por contaminação microbiana no preparo, nos utensílios e na administração da fórmula é uma complicação infecciosa, que tem seu risco reduzido quando há adequado cuidado de higiene. A pneumonia aspirativa é considerada a complicação de maior gravidade na TNE, podendo ocorrer a partir da oferta exagerada de dieta, retardo do esvaziamento gástrico e íleo paralítico, comum, em pacientes com afecções neurológicas (SERPA, 2003).

Mesmo com os progressos na área de terapia nutricional, que visam a segurança e o conforto, o uso de sondas é ainda muito desagradável para o doente. O desconforto pela presença de sonda enteral, sede e boca seca levam à falta de estímulo ao paladar. A autoimagem prejudicada interfere na sociabilidade e inatividade do paciente, deixando-o deprimido e ansioso (WAITZBERG, 2009; VANNUCCHI *et. al*, 2014).

Quadro 1 - Complicações da Terapia Nutricional Enteral

Gastrointestinais	<ul style="list-style-type: none"> - Náuseas - Vômitos - Estase gástrica - Distensão abdominal, cólicas, empachamento, flatulência
-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Diarreia e obstinação
Mecânicas – relacionadas com a sonda enteral	<ul style="list-style-type: none"> - Erosão nasal e necrose - Abscesso septonasal - Faringite - Esofagite, estenose, ulceração esofágica - Fístula traqueoesofágica - Obstrução da sonda Saída ou migração acidental da sonda
Metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> - Hiper-hidratação e desidratação - Hiperglicemia e hipoglicemia - Anormalidades de eletrólitos e elementos traços - Alterações da função hepática
Infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> - Gastrenterocolites por contaminação microbiana no preparo, nos utensílios e na administração da fórmula
Respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiração pulmonar com síndrome de Mendelson (pneumonia química) ou pneumonia infecciosa
Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade - Depressão - Falta de estímulo ao paladar - Monotonia alimentar - Insociabilidade - Inatividade

Fonte: COPPINI, WAITZBERG, 2009, adaptado

2.2 Alta hospitalar em uso de TNE

Antes da alta hospitalar deve acontecer o treinamento e educação para o paciente, sua família e cuidadores. Estes devem receber informações escritas e verbais e se, possível, seguidas por uma demonstração. Também seria interessante se os cuidadores demonstrassem o aprendizado ao treinador. Cabe destacar que é necessário um processo permanente de relação entre profissionais de saúde e cuidador (MORENO VILLARES, 2004).

Entende-se como cuidador a pessoa, com ou sem vínculo familiar, que auxilia os indivíduos em suas necessidades e atividades de vida cotidiana. O cuidador realiza ou ajuda o indivíduo que pode ser parcialmente ou totalmente dependente, a realizar suas atividades diárias, como a alimentação (BRASIL, 2008).

O cuidador deve participar, junto com a equipe de saúde, da construção do plano terapêutico e deve ser esclarecido em todas as suas dúvidas e dificuldades. O profissional de nutrição, na equipe multidisciplinar, é o responsável pela prescrição dietética, que deve considerar o estado nutricional, as condições financeiras e clínicas do paciente. Uma adequada prescrição dietética promoverá melhora no estado nutricional, reduzirá taxa de morbimortalidade, risco de desnutrição, internações recorrentes e custos hospitalares (ZEGHBI, 2008).

2.3 TNE Domiciliar

No âmbito domiciliar a TNE é denominada Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED). É a continuidade da intervenção iniciada no hospital, visando proporcionar um melhor aproveitamento dos recursos disponibilizados aos cuidados assistenciais e permitir a humanização, reduzindo o estresse causado pelo ambiente e rotina hospitalar, diminuindo o risco de infecção (GONZÁLES *et al.*, 2002; MORENO VILLARES, 2004). Em um estudo econômico envolvendo a TNED, 56 pacientes cirúrgicos em condições semelhantes foram acompanhados e divididos em dois grupos (Controle e Estudo), cujo o objetivo foi uma avaliação econômica sobre a TN do modelo de *home-care* integrada em comparação com o modelo hospitalar exclusivamente. Os autores verificaram que o tempo de hospitalização e os custos referentes ao Grupo de estudo foram 2,7 vezes menores quando comparado ao Grupo controle, um benefício econômico total de 9.132,83 reais por cada paciente do Grupo de Estudo (BAXTER *et. al*, 2005).

Analisando o cenário mundial, há uma tendência à desospitalização, visando humanização no atendimento, qualidade de vida aos pacientes, maior oferta de leitos hospitalares à sociedade e redução de custos pela ocupação desnecessária de equipamentos e mão de obra (CROCKER, 1992; VANWAY, 2004). Um grupo de trabalho da Sociedade Européia de Nutrição Clínica e Metabolismo relatou, em 2003, uma incidência de 163 adultos por milhão de habitantes por ano, o uso da TNED (PLANAS *et. al.* 2007). Já outro estudo, afirma que na Espanha essa incidência se aproxima de 40 pacientes por milhão de habitantes por ano (PLANAS *et. al.*, 2006). No Brasil, há apenas um estudo realizado em 2004, no Distrito

Federal, que revela uma incidência de 308 casos por milhão de habitantes (ZABAN, 2009).

Familiares e cuidadores quando bem treinados se tornam responsáveis pela rotina de acompanhamento dos indivíduos que recebem NE domiciliar. Mesmo nesses casos, as visitas de profissionais de saúde fazem-se necessárias contribuindo para reduzir as complicações e, principalmente, o estresse familiar e do paciente (MORTON, GOODACRE, 2008). Dessa forma, a realização de contrarreferência – encaminhamento do paciente do centro de maior complexidade (Hospital) para o de menor complexidade (Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família) -, pode promover o diálogo entre as diferentes instituições de saúde envolvidas no cuidado do paciente, visando a integralidade do cuidado e a complementação da assistência (FRATINI, 2007).

Para que os pacientes tenham um cuidado no domicílio, a atenção domiciliar (AD) passou a configurar como nova modalidade da atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes através da Portaria 963 de 27 de maio de 2013. Ela determina 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 (RAS). As RAS têm se mostrado estrategicamente importantes para o aperfeiçoamento e funcionamento político-institucional do SUS ao possibilitar ao usuário um conjunto de ações e serviços dos quais necessita. Por meio das RAS, é possível prestar assistência contínua a uma determinada população, com adequado custo e qualidade (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015).

Na cidade de Curitiba, no Estado do Paraná, houve uma mudança no Programa de Dietas e Leites Especiais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que passou a se chamar Programa de Atenção Nutricional a Pacientes com Necessidades Especiais de Alimentação da SMS, exigindo monitoramento periódico do estado nutricional, com visitas domiciliares. Essa mudança surgiu após levantamento do perfil dos pacientes em TND e justificou a contratação de um maior número de nutricionistas no município, para oferecer um atendimento de qualidade aos pacientes no domicílio. O programa também conta com o auxílio de uma equipe

multidisciplinar, que juntos estabelecem estratégias para o tratamento e monitoramento dos pacientes no âmbito domiciliar (CURITIBA, 2014).

2.4 Equipe Multidisciplinar em TNE

A equipe multidisciplinar (EM) é um grupo de indivíduos de diferentes profissões, que interage de forma adaptativa, independente e dinâmica, sendo capaz de melhorar o desempenho de tarefas que requerem múltiplas habilidades, julgamentos e experiências (PINHO, 2006). Dessa forma, a criação de equipes multiprofissionais no auxílio a pacientes com a necessidade de terapia nutricional otimiza a eficácia e a segurança da terapia e é considerada padrão de referência no atendimento nutricional desde às décadas de 80-90 (DeLEGGE, KELLY, 2013), uma vez que demonstraram capacidade de promover o cuidado integral (HOWARD *et al.*, 2006).

A estrutura e a função da EM pode variar entre instituições, dependendo das necessidades locais, da cultura organizacional e da disponibilidade de profissionais. A composição mínima da equipe inclui médico, enfermeiro, nutricionista e farmacêutico habilitados e com treinamento específico para a prática da terapia nutricional (DeLEGGE, KELLEY, 2013; BRASIL, 2000).

Diversos estudos têm demonstrado que, ao comparar o impacto dos cuidados de nutrição enteral e orientações clínicas desenvolvidas por uma EM versus aquela realizada por profissional de saúde individualmente, o grupo gerido pela EM apresenta benefícios claros no que diz respeito ao estado nutricional dos indivíduos e resultados clínicos, incluindo redução da mortalidade e impacto financeiro positivo nas instituições de saúde (NEHME, 1980; TRUJILLO *et al.*, 1999).

Nos hospitais brasileiros, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamenta a formação obrigatória da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN). Essa regulamentação é regida pelas portarias 272 (Regulamento Técnico de Terapia de Nutrição Parenteral) e 337 (Regulamento Técnico de Terapia de Nutrição Enteral). Fazem parte das atribuições da EMTN: definir metas técnico-administrativas, realizar triagem e vigilância nutricional, avaliar

o estado nutricional, indicar terapia nutricional e metabólica, assegurar condições ótimas de indicação, prescrição, preparação, armazenamento, transporte, administração e controle dessa terapia; educar e capacitar a equipe; criar protocolos, analisar o custo e o benefício e traçar metas operacionais da EMTN.

A complexidade do indivíduo requer o trabalho multiprofissional considerando o ambiente em que ele está inserido e a sua condição clínica, social e afetiva. O trabalho em equipe deve estabelecer vínculos, de modo que o centro de sua atenção seja o cuidado integral, e não apenas os procedimentos técnicos (BRASIL, 2015).

A EM deve estar atenta, quando há indicação de TNED, quanto aos custos relacionados ao tipo de dieta a ser prescrita, já que concerne ao paciente/familiar usar seus próprios recursos, quando não há fornecimento das fórmulas nutricionais especiais pelo Estado. O nível de entendimento e envolvimento dos familiares e cuidadores irá influenciar na habilidade de executar, de forma correta, as técnicas e a rotina de cuidados necessários quanto a higiene, preparo e administração da dieta, além da capacidade de detectar e solucionar as complicações mais simples (VANNUCCHI, 2014).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar o efeito da orientação multi ou uniprofissional na adaptação do paciente em uso de NE domiciliar.

3.2. Objetivos específicos

- Avaliar a presença de dificuldades no manejo da terapia nutricional enteral domiciliar;
- Avaliar a presença de intercorrências/reinternação relacionada ao uso de sonda para alimentação, bem como a escolha do serviço de saúde procurado, frente a complexidade da demanda apresentada.

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra de conveniência, envolvendo indivíduos adultos, que receberam alta do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em uso de NE.

A seleção dos pacientes ocorreu em duas etapas: 1º foi solicitada uma *query* (levantamento de dados armazenados no sistema informatizado da instituição) ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do hospital, para identificar pacientes com alta em uso de nutrição enteral, entre março de 2015 e março de 2016; 2º foi realizada uma busca ativa nos prontuários eletrônicos, para identificar contato telefônico, idade, data e motivo da internação, motivo da indicação da TNE, tipo de sonda utilizada. Foram excluídos pacientes transferidos para outras instituições hospitalares ou instituições de longa permanência ou aqueles que não possuísem telefone cadastrado no prontuário.

Após a coleta de dados do prontuário, foi feito contato telefônico para esclarecimento sobre o projeto e convite para participar. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordância verbal via telefone, os cuidadores foram questionados, por meio de utilização de instrumento com questões abertas e fechadas. O instrumento (APÊNDICE A) continha questionamentos quanto à orientação de alta relativa à NE, aspectos relativos ao preparo da NE no ambiente domiciliar, armazenamento, limpeza.

Foram realizadas no máximo três tentativas, em dias e horários alternativos, de contato telefônico; caso não houvesse sucesso em nenhuma tentativa, o indivíduo selecionado foi considerado como perda de amostra.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob parecer 722.946.

Os dados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel 2013, a análise quantitativa foi apresentada em mediana, médias, desvio padrão e percentual.

5 RESULTADOS

Foram identificados 98 pacientes com alta em uso de NE, entre março de 2015 e 2016; destes, 42 foram a óbito e 2 não atenderam nas 3 tentativas de contato. Foram então entrevistados cuidadores de 54 pacientes. A média de idade dos pacientes foi de $62,72 \pm 15,25$ anos, a mediana do tempo de internação foi 20 (0 - 188) dias e houve predomínio do gênero masculino. Neoplasias foram as principais causas de internação; rebaixamento do sensório e disfagia as principais indicações do uso de TNE (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil dos pacientes com alta hospitalar em TNE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entre março de 2015 e 2016.

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	35 (64,8%)
Idade	
< 30 anos	2 (3,7%)
30 a 40 anos	2 (3,7%)
41 a 50 anos	4 (7,4%)
51 a 60 anos	15 (27,8%)
61 a 70 anos	15 (27,8%)
> 70 anos	16 (29,6%)
Motivo da internação	
Neoplasia	15 (27,8%)
Acidente Vascular Cerebral	6 (11,1%)
Diabetes Melitus insulino dependente com complicações	3 (5,6%)
Pneumonia	3 (5,6%)
Infecção do trato urinário	3 (5,6%)
Dores abdominais	2 (3,7%)
Delirium	2 (3,7%)
Perda da função renal	2 (3,7%)
HIV	1 (1,9%)
Infarto agudo do miocárdio	1 (1,9%)
Insuficiência respiratória	1 (1,9%)
Hiperplasia de próstata	1 (1,9%)
Coma não especificado	1 (1,9%)
Estenose de laringe	1 (1,9%)
Desnutrição proteico-calórica	1 (1,9%)

Epilepsia	1 (1,9%)
Convulsões	1 (1,9%)
Hipertensão portal	1 (1,9%)
Laringectomia parcial	1 (1,9%)
Sepse	1 (1,9%)
Mielinólise pontinha central	1 (1,9%)
Hemorragia subaracnóide	1 (1,9%)
Bradycardia	1 (1,9%)
Úlceras esofágicas	1 (1,9%)
Disfagia	1 (1,9%)
Náuseas e Vômitos	1 (1,9%)
Indicações da TNE	
Disfagia	15 (27,8%)
Inapetência	11 (20,3%)
Rebaixamento do sensório	10 (18,5%)
Pós operatório	5 (9,3%)
Recuperação nutricional	3 (5,5%)
Impossibilidade da via oral	3 (5,5%)
Dispneia	1 (1,9%)
Pancreatite aguda	1 (1,9%)
Encefalopatia	1 (1,9%)
Aspiração	1 (1,9%)
Sequela neurológica grave	1 (1,9%)
Divertículo do esôfago adquirido	1 (1,9%)
Pneumonite	1 (1,9%)
Tipo de sonda utilizada	
SNE	53 (98,1%)
SNG	1 (1,9%)

TNE – terapia nutricional enteral SNE – sonda nasoenteral SNG – sonda nasogástrica

Todos os pacientes colocaram a sonda pela primeira vez no hospital e receberam orientação de alta. Em 94,4% das orientações o cuidador estava presente e referiu ter recebido demonstração prática como higiene, limpeza, gotejamento da sonda. Ao ser questionado “Quando chegou em casa, você conseguiu aplicar o conhecimento adquirido?” 100% respondeu sim. A orientação foi realizada predominantemente por apenas um profissional (68,5%). A orientação multiprofissional ocorre somente na emergência do hospital e os profissionais que compõem a equipe são: enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social.

Os pacientes que estavam em TNEC tiveram uma mediana de 60 dias em uso de NE e 31,5% ainda estavam em uso no momento do contato telefônico. O responsável por preparar e administrar a dieta era um cuidador, na maioria dos casos (83,3%), ou o próprio paciente e 68,5% referiu não ter conhecimento prévio à orientação sobre estas tarefas.

Em relação aos 54 contatos telefônicos, foi possível observar que a orientação profissional possibilitou adequado preparo e administração da dieta, uma vez que nenhum tipo de líquido é misturado à dieta industrializada, mais de 50% prepara a dieta somente para o dia do uso e 100% armazena na geladeira; 88,9% administra os medicamentos separadamente (um de cada vez e não todos juntos), 51,9% lava a sonda antes e após administrar dieta/medicamentos, 27,8% lava a sonda, pelo menos, após administrar dieta/medicamentos e 57,4% reutiliza frascos e equipos por apenas 1 dia (tabela 2)

Analisando a tabela 2, é possível verificar que os cuidados no preparo e administração da dieta/medicamentos, tanto para quem recebeu orientação uni quanto multiprofissional foi adequado; no entanto em relação a “Higiene e Limpeza”, observa-se que um número bem maior de cuidadores que recebeu orientação multiprofissional (77,8% x 38,9%) teve o cuidado de lavar a sonda antes e depois de administrar dieta e medicamento; interessante, nenhum paciente que recebeu orientação multi teve obstrução da sonda como complicação, enquanto 11,1% dos pacientes que receberam orientação uniprofissional, apresentaram esta complicação. Em relação ao “Reuso de Frascos e Equipos” a maioria dos orientados pela equipe multi, reutiliza por apenas 1 dia (72,2% x 50%).

Tabela 2 - Cuidados no preparo e administração da dieta, por cuidadores ou pacientes, na amostra total e de acordo com as orientações uni ou multiprofissional.

Questão	Total n = 54 (%)	Orientação Uniprofissional n=36 (%)	Orientação Multiprofissional n=18 (%)
Preparo da dieta			
Industrializada	24 (44,4%)	12 (33,3%)	12 (66,7%)
Complementa com algum tipo de líquido	0	0	0
Artesanal	30 (55,6%)	24 (66,7%)	6 (33,3%)

Prepara a dieta para o dia do uso	30 (55,6%)	24 (66,7%)	6 (33,3%)
Aquece a dieta antes de administrar	30 (55,6%)	24 (66,7%)	6 (33,3%)
Armazenamento da dieta preparada			
Geladeira	54 (100%)	36 (100%)	18 (100%)
Armário	0	0	0
Administração de medicamentos			
Juntos	0	0	0
Separados	48 (88,9%)	31 (86,1%)	17 (94,4%)
Misturados na dieta	0	0	0
Via oral	4 (7,4%)	3 (8,3%)	1 (5,6%)
Higiene e Limpeza			
Lava a SNE	54 (100%)	36 (100%)	18 (100%)
Antes e depois da dieta e medicamentos	28 (51,9%)	14 (38,9%)	14 (77,8%)
Depois da dieta e medicamentos	15 (27,8%)	13 (36,1%)	2 (11,1%)
Depois da dieta	6 (11,1%)	5 (13,9%)	1 (5,55%)
Antes e depois da dieta	2 (3,7%)	1 (2,8%)	1 (5,55%)
Antes da dieta, depois da dieta e medicamentos	2 (3,7%)	2 (5,5%)	0
Antes da dieta e medicamentos	1 (1,9%)	1 (2,8%)	0
Reuso dos frascos e equipamentos			
Não	3 (5,6%)	2 (5,6%)	1 (5,6%)
Sim – 1 dia	31 (57,4%)	18 (50%)	13 (72,2%)
Sim – mais de 1 dia	20 (37%)	16 (44,4%)	4 (22,2%)

Quando questionados sobre a necessidade de procurar um serviço de saúde por problemas com a sonda, 35 (64,8%) relataram que não. Dos 19 (35,2%) que referiram problemas, 14 (25,9%) foram por exteriorização, 4 (7,4%) por obstrução e 1 por deslocamento. Para resolver estes problemas, 9 procuraram a emergência do HCPA, 9 a Unidade de Saúde e 1 referiu outro local. As complicações com a sonda ocorreram, predominantemente, nos pacientes que receberam orientação uniprofissional.

Antes da passagem da sonda 51,9% dos pacientes freqüentava a Unidade de Saúde, a maioria para consultas e retirada de medicamento; depois da passagem da sonda este percentual subiu para 61,1%.

Tabela 3 - Tempo de internação, complicações da sonda, na amostra total e de acordo com as orientações uni ou multiprofissional.

Questão	Total n = 54 (100%)	Orientação Uniprofissional n=36 (100%)	Orientação Multiprofissional n=18 (100%)
Dias internação (mediana)	20 (0 – 188)	28 (8 - 188)	4 (0 – 26)
Teve que procurar algum serviço de saúde por problemas na sonda			
Sim	19 (35,2%)	14 (38,9%)	5 (27,8%)
Não	35 (64,8%)	22 (61,1%)	13 (72,2%)
Por qual motivo procurou			
Complicação de obstrução da sonda	4 (7,4%)	4 (11,1%)	0
Complicação de exteriorização da sonda	14 (25,9%)	9 (25%)	5 (27,8%)
Complicação de deslocamento da sonda	1 (1,9%)	1 (2,8%)	0
Qual local procurou			
Unidade de Saúde	9 (16,7%)	5 (13,89%)	4 (22,2%)
Emergência HCPA	9 (16,7%)	8 (22,2%)	1 (5,5%)
Outro	1 (1,9%)	1 (2,8%)	0

6 DISCUSSÃO

A TNE faz parte da rotina de tratamento de pacientes impossibilitados de utilizar a via oral para alimentação (CAWSEY, SOO, GRAMLICH, 2010). Embora seja durante a internação hospitalar que grande parte dos candidatos a nutrição enteral domiciliar são identificados, esta forma de alimentação pode, seguramente, ser utilizada no âmbito domiciliar (BRASIL, 2012a). Este estudo avaliou a orientação uni e multiprofissional na adaptação da alimentação do paciente em uso de nutrição enteral domiciliar em uma população com alta hospitalar.

Os potenciais benefícios da TNED para os pacientes seriam a diminuição das reinternações e dos custos hospitalares, a redução do risco de infecção hospitalar, a manutenção do paciente no núcleo familiar e o aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares (FLORIANI, SCHRAMM, 2004).

No presente estudo houve um predomínio de pacientes do gênero masculino, com mais de 50 anos, em uso de TNE. Perfil diferente do encontrado por Bogoni (2012), em um hospital universitário do município de São Paulo, onde houve predomínio do sexo feminino (51,4%) e maiores de 60 anos (67,6%). Em outro estudo realizado no município de Sapiranga – RS, houve o predomínio do sexo masculino (61%) e a faixa etária de 60 - 79 anos (47,4%) (AZAMBUJA, 2015). Pode-se observar que o gênero é variável entre os usuários de TNE, mas a faixa etária é, predominantemente, mais avançada. Esse dado pode ser explicado pelo fato dos pacientes idosos apresentarem maior prevalência e incidência de doenças, como o câncer e doenças degenerativas, indicações frequentes de TNE (VÁZQUEZ, CORRALES, OLMOS, 2002).

Neoplasias e AVC foram as causas prevalentes de internação hospitalar em nossa amostra; disfagia e inapetência as principais indicações de TNE. Naves, Tronchin e Melleiro (2004) encontraram predomínio de uso de TNE entre portadores de doenças neurológicas (73%) e genéticas (21,6%). Resultados de um estudo realizado na Inglaterra, apontou uso de TNE em 48% dos sujeitos com diagnósticos neurológicos, seguidos de 36% oncológicos (BEST, 2010). Já no estudo da Zaban (2009), as doenças mais prevalentes entre idosos em uso de TNE corresponderam às sequelas de AVC (42,6%), seguidas das neoplasias (22,7%). Estes resultados

apontam para o fato que doenças neurológicas e neoplasias estão frequentemente associadas à necessidade do uso de NE, sendo esta um componente fundamental no tratamento clínico destas condições, objetivando atender às necessidades nutricionais e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (HOWARD *et al.*, 2006).

A TNE via SNE é predominante em relação à gastroenterostomia. Isso foi observado no presente estudo, assim como no de Zaban (2009) onde 61,8% dos pacientes recebiam dieta enteral no domicílio pela via nasogástrica e Naves, Tronchin, Melleiro (2014) com 60% dos adultos em uso da via nasogástrica. A diferença dos estudos citados, em relação ao presente, é que observamos maior frequência de NE via sonda nasoenteral e não nasogástrica. Segundo Planas *et al.* 2003, há uma menor utilização de ostomias para NE, provavelmente devido ao elevado custo da instalação desta via, em relação à SNE.

Um estudo realizado na Grécia, encontrou que extubação não planejada, ocorreu em 45,1% dos pacientes em uso de TNE - por dano do material, oclusão da sonda ou retirada da sonda pelo paciente (ALEXOPOULOS, 2012). Em outro estudo, os motivos principais que levaram à extubações não planejadas foram, 42,8% por retirada pelo próprio paciente, 14,3% por retirada pelo cuidador, 7,1% por obstrução da sonda (NAVES, TRONCHIN, MELLEIRO, 2014). Resultados bem mais elevados do que o observado por nós (35,1% de extubação não planejada.).

Para manipulação das fórmulas nutricionais, é necessário esclarecer e detalhar ao indivíduo ou ao cuidador responsável as etapas de preparação, higienização e administração das fórmulas nutricionais. É importante esclarecer que cuidados como a adequada higiene do ambiente, de utensílios e do responsável pela manipulação da fórmula nutricional pode reduzir os riscos de contaminação e complicações associadas (BENTO; JORDÃO; GARCIA, 2011). Os frascos, os equipos e as seringas devem ser mantidos limpos e sem resíduo da fórmula nutricional e medicamentos e podem ser utilizados enquanto estiverem íntegros (DREYER *et al.*, 2011). Esse cuidado foi possível observar em nosso estudo, a orientação profissional, independente de uniprofissional ou multiprofissional, possibilitou um bom cuidado no manejo da alimentação por sonda.

Assim como Vázquez, Corrales, Olmos (2002); Souza (2014) realizou um estudo em um hospital de Belo Horizonte na Unidade de Cuidados Prolongados e Paliativos cujo o intuito era levantar o perfil de cuidadores familiares, 60% dos cuidadores afirmaram saber cuidar do paciente a partir de explicações e acompanhamento no recinto Hospitalar. Em nosso estudo, esse dado foi ainda maior, todos os cuidadores referiram ter conseguido aplicar no domicílio o conhecimento adquirido na orientação de alta. Com isso, a importância desse planejamento e capacitação, criando um vínculo entre equipe e cuidador é fundamental para o entendimento, e construção do plano terapêutico do paciente (BEST, 2010; BRASIL, 2015).

7 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que as orientações uni e multiprofissionais na alta hospitalar apresentaram efeito satisfatório, tendo em vista que todos os cuidadores demonstraram seguir as orientações, sem referir dificuldade; sendo baixa a complicação de obstrução da sonda para alimentação.

Como limitação da pesquisa, cita-se o inadequado preenchimento dos prontuários dos pacientes, que poderiam ter colaborado para um acesso mais fácil as informações relacionadas a sonda, se houve alta com sonda, quem a orientou, como foi a orientação de alta. Não foi possível, por este trabalho, definir qual categoria profissional foi responsável pela orientação uniprofissional (se médica, nutricionista, ou enfermeiro, por exemplo) e se haveria diferença na efetividade desses profissionais. Sugere-se que esta pesquisa seja complementada com um levantamento de perfil dos cuidadores; uma vez que o nível sócio econômico e de escolaridade pode influenciar na qualidade do cuidado; e buscar ainda a resposta a questão da pesquisa, na medida da viabilidade, avaliar pacientes em NE domiciliar nas fases mais iniciais de adaptação como perspectiva.

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS P, ALIVIZATOS V, APOSTOLOPOULOS A, BAJRUCCEVIC S, GAVALA V. Feeding tube-related complications and problems in patients receiving longterm home enteral nutrition. **Indian J Palliat Care**. 2012;18(1):31-3.

ALVES VGF, CHIESA CA, SILVA MHN, SOARES RLS, ROCHA REM, GOMES MV et al. Complicações do suporte nutricional em pacientes cardiopatas numa unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Nutr Clín** 1999;14:135-44.

AZAMBUJA, Gianne Rockenbach de. **Demanda de atendimentos do Programa Municipal de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: Saporanga (RS), 2014**. Curso de especialização em Gestão em Saúde (UAB). Escola de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

BANKHEAD R, BOULLATA J, BRANTLEY S, et al. Enteral nutrition practice recommendations. **JPEN** 2009;33(2):122–167.

BAXTER, YC. *et al*. Economic study in surgical patients of a new model of nutrition therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, 2005; 29(1): S96-S105

BENTO, A. P. L; JORDÃO JR. A. A.; GARCIA, R. W. D. **Manual do paciente em terapia nutricional enteral domiciliar**. São Paulo, 2011.

BEST C, HITCHINGS H. Day case gastrostomy placement for patients in the community. **Br J Community Nurs**. 2010;15(6):272-8.

BLUMENSTEIN, I; SHASTRI, YM; STEIN, J. Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems and Solutions. **World J Gastroenterol** 2014; 20(26): 8505-8524.

BOGONI, A. C. **Atenção domiciliar à saúde: proposta de dieta artesanal com alimentos e propriedades funcionais**. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho. Centro de Ciências da Saúde. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2012.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 abr. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998. **Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Parenteral**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em: <<http://nutricionalfarmacia.com.br/PDF/Portaria%20272-98.pdf>> Acesso em 25 abr. 2016.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE). Diretrizes em foco. Terapia nutricional domiciliar. *Rev Assoc Med Bras*, 2012^a; 58(4): 408-411, 2012a.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Associação Brasileira de Nutrologia. PROJETO DIRETRIZES – DITENS. **Recomendações Nutricionais para Adultos em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral**. São Paulo, Brasil, 2011a. 10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf> Acesso em 02 mai. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.555 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em 27 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011: **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria2527_27_10_2011.pdf>. Acesso em 22 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3 v.: il .Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf> Acesso em 06 abr. 2016.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada ANVISA - RDC nº 63, de 06 de Julho de 2000. **Aprovar o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2000. Disponível em:<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3fbc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 01 abr. 2016.

CAWSEY, S.I.; SOO, J.; GRAMLICH, L.M. Home Enteral Nutrition: Out comes Relative to Indication. *Nutr Clin Pract*. 2010; 25(3): 296-300.

COPPINI, L. Z. C.; WAITZBERG, D. L. Complicações em nutrição enteral. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica** .4. ed. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 907-917.

CROCKER, K.S. Current Status of home infusion therapy. *Nutr Clin Pract*. 1992;7: 256-63.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Programa de atenção nutricional às pessoas com necessidades especiais de alimentação (PAN)** [Internet]. Curitiba: Coordenação de Alimentação e Nutrição; 2011. [acesso em 10 abr. 2016]. Disponível em: http://saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/alimentacao/alimentacao_003.pdf.

DeLEGGE, M.H.; KELLEY, A.T. State of nutrition support teams. *Nutr Clin Pract*. 2013; 28(6):691-697

DICKERSON, RN. Medication administration considerations for patients with enteral feeding tubes. *Nutrition Support Consultant*, 2004; 39(1) 84-90

DREYER E. et al. **Nutrição enteral domiciliar: manual do usuário: como preparar e administrar a dieta por sonda**. 2. ed. Campinas, SP: Hospital de Clinicas da UNICAMP, 2011.

FLORIANI, C. A; SCHRAMM, F.R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Home care for the elderly: problem or solution?. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

FRATINI, J.R.G. **Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde**. 2007. 80 p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, 2007.

GOMES, M.J.V.M.; REIS, A.M.M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. 559p

GONZÁLES RVJ, VALDIVIESO MB, RUIZ GV. Hospitalización a domicilio. *MédClin (Barc)*. 2002; (118):659-664.

HOWARD, P. et al. Managing the patient journey through enteral nutritional care. *Clin Nutr. England*, 2006; 25:187-195

KOLACEK, S. Enteral nutrition. *World Rev Nutr Diet*. 2013; 108:86-90.

MORENO VILLARES, J.M. La práctica de lanutrición artificial domiciliaria en Europa. *Nutr Hosp*, 2004; 2:59-67.

MORTON, K. H.; GOODACRE, L. An exploration of the impact of home enteral tube feeding on the eating habits of the partners of adults receiving home enteral tube feeding. *J Hum Nutr Diet, England*, 2008; 21:373–406.

NAVES, LK; TRONCHIN, DMR; MELLEIRO, MM. Incidência de extubação gástrica nos grupos pediátrico e adulto em um programa de assistência domiciliar / Incidence of gastric extubation in pediatric and adult groups in a home care program. *REME Rev. Min. Enferm*; 2014; 18(1):54-60.

NEHME, A.E. Nutritional support of the hospitalized patient: the team concept. *JAMA*, United States, 1980; 243(19):1906-1908.

PINHO, M.C. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Cienc. Cognição**.2006; 8:68-87.

PLANAS M, LECHA M, GARCÍA LUNA PP, PARÉS RM, CHAMORRO J, MARTÍ E, et al. Registro nacional de la nutrición enteral domiciliaria del año 2003. **Nutr Hosp**. 2006;21(1):71-4.

PLANAS M, PÉREZ- PORTABELLA C, RODRÍGUEZ T, PUIGGRÓS C, ELVIRA D, DALMAU E. Evaluación del grado de satisfacción de un programa de nutrición enteral domiciliaria. **Nutr Hosp**. 2007;22(5):612-15.

SANTOS, ZA; M, ED. Atualidades em Nutrição Enteral. In: Vaz, Eliane Moreira; Fidelix, Marcia; Do Nascimento, Virginia. **Programa de atualização PRONUTRI**. Ed ArtMed. 2014.

SCHIEFERDECKER, M. E. M. et al. Programa de atenção nutricional: marco histórico na política pública para pessoas com necessidades alimentares especiais no Município de Curitiba, Paraná. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, 2014; 9:287-296

SCHIEFERDECKER, M. E. M. et al. Seleção de fórmula para nutrição enteral no Brasil: anexo II. In: CAMPOS, A. C. L. **Tratado de nutrição e metabolismo em cirurgia**. Rio de Janeiro: Editora Rubio Ltda, 2013.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). Portaria SES/RS nº 216/14 de 25 de abril de 2014. Protocolo de Dispensação das Fórmulas Nutricionais Especiais dirigido à Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/20140520152042cib_216.pdf> Acesso em: 26 maio 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). Portaria SES/RS nº 207 de 05 de abril de 2006. Define a documentação necessária para instrução de expediente de solicitação de medicamentos dirigido à Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2006. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120515135656portaria_ses_rs_n._207_de_2006.pdf. Acesso em: 27 abr. 2016.

SELAN, M. A multidisciplinary approach to gastrostomy management in home enteral nutrition patients. **Eur J Clin Nutr**. 2012 Dec; 66(12):1374.

SERPA LF, KIMURA M, FAINTUCH J, CECONELLO I. Efeitos da administração contínua versus intermitente da nutrição enteral em pacientes críticos. **Rev Hosp Clín Fac Med Univ** 2003;58(1):9-14.

SOUZA IC, SILVA AG, QUIRINO AC, NEVES MS, MOREIRA LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e

preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Rev Min Enferm.** 2014; 18(1):173-80.

TRUJILLO, E.B. *et al.* Metabolic and monetary costs of avoidable parenteral nutrition use. **JPEN**, 1999; 23(2):109-113

VANNUCCHI, H. *et al.* Terapia de Nutrição Enteral. In: CUNHA SFC *et al.* **Nutrição Clínica**. 1. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2014. p. 78-95.

VANWAY CW, Where have all beds gone? **J Parenter Enteral Nutr.** 2004;28:195-6.

VÁZQUEZ MJ; CORRALES G.; OLMOS M. Nutritional study in geriatric patients (older than 65 years of age) with ambulatory enteral nutrition: correlation between underlying disease, nutritional support, and drug treatment. **Nutricion hospitalaria**, v. 17, n. 3, p. 159-167, 2001.

WAITZBERG DL. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 4 ed. São Paulo: Editora Atheneu.; 2009. p. 787-99.

WAITZBERG, D.L.; BAXTER, Y.C. Custos do tratamento de pacientes recebendo terapia nutricional: da prescrição à alta. **Rev Nutr em Pauta**, 2004; 12(67):18-30

ZABAN, A.L.S. **Nutrição enteral domiciliar: um novo modelo de gestão econômica do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009. 185f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

ZEGHBI, ALD. **Terapia nutricional domiciliar: perfil de pacientes usuários das unidades de saúde do município de Curitiba/Paraná** [Monografia apresentada como requisito para conclusão do Curso de Especialização em Nutrição Clínica, do Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisador:	Data:
---------------------	--------------

Prontuário: _____ Idade: _____ Data internação SNE: _____
 Motivo da internação da orientação: _____ Motivo da utilização de sonda: _____
 Tipo de sonda utilizada: _____
 Reinternação no HCPA após colocação de SNE pela primeira vez () Não () Sim _____
 () na Emergência HCPA () Outro: _____
 Fazia uso de SNE nesta internação? () Não () Sim

Início da Entrevista >> Data e hora:

1. Neste momento, ainda está fazendo uso de sonda? () Sim () Não
2. Tempo de uso de sonda: _____
3. Quem é o responsável por: Preparar a dieta? () Cuidador () Paciente Administra a dieta? () Cuidador () Paciente
4. O cuidador principal já tinha conhecimento prévio sobre o manuseio de SNE? () Sim () Não
5. Quando o paciente colocou a sonda pela primeira vez, você recebeu orientações de como usá-la em casa?
 () Não () Sim. Você lembra onde? () posto de saúde () hospital () UPA () Outro: _____
6. Você estava presente no momento da orientação () Não () Sim
7. Quantos profissionais realizaram essa orientação? () 1 () 2 () mais de 2
8. Nesta orientação, você recebeu alguma demonstração prática? () Não () Sim
9. Quando chegou em casa, você conseguiu aplicar o conhecimento adquirido? () Não () Sim () Parcialmente: () Higiene () ()
10. Com relação às situações que vou citar, quais você tem mais dificuldade?
 Armazenam
- 10.1 Preparo da alimentação
 - Recebe a dieta pelo Estado?
 () Sim. Complementa com algum tipo de alimento ou líquido? () Sim () Não
 () Não. - De que forma você prepara a dieta? () Adequado () Não adequado
 - Pra quantos dias você prepara a dieta? _____
 - Você aquece a dieta antes de oferecer ao paciente? () Não () Sim
- 10.2 Armazenamento da dieta preparada
 - Onde você guarda a dieta? () geladeira () armário _____
- 10.3 Administração de medicamentos
 - Como você administra os medicamentos pela SNE? Toma mais de um medicamento?
 () medicamentos juntos () medicamentos separados () dentro da dieta () via oral () lavagem da SNE
 entre os medicamentos
- 10.4 Higiene e limpeza
 - Você lava a SNE? () Não () Sim. Em que momentos?
 () antes da dieta () depois da dieta () antes do medicamento () depois do medicamento
- _____
- Você reutiliza os frascos e equipamentos? () Não () Sim. Por quantos dias? _____
11. Desde que você colocou a sonda, teve que procurar algum serviço de saúde devido a problemas com a sonda?
 () Não → ir para questão 12 () Sim. Por qual motivo? () obstrução de SNE () exteriorização da SNE

- 11.1 Qual foi o serviço que procurou? () Emergência HCPA () Posto de Saúde () UPA () Outro: _____
12. Você consegue retirar:
 - equipos e frascos no posto de saúde. () Sim () Não. Por quê? _____

13. Antes da colocação da SNE, o paciente frequentava o posto de saúde?
 () Não
 () Sim. Tipo de acompanhamento:
 () consultas () vacinas () retirada de medicamento () verificação de sinais vitais
14. Depois da colocação da sonda você passou a frequentar o posto de saúde?
 () Sim () Não. Por quê?

15. Neste momento, existe alguma dúvida ou dificuldade com relação ao uso da sonda?
 () Não → encerrar entrevista () Sim. Qual? _____ → ir para questão 13.1.
- 15.1 Gostaria de receber nova orientação? () Não () Sim → agendar consulta no Ambulatório e encerrar entrevista.

AGENDAMENTO PARA AMBULATÓRIO NUTRIÇÃO ENTERAL: Dia

Horas:

9. Aplicação do conhecimento**Parcialmente:**

4/4 sim

2 ou 3/4 parcialmente

0 ou 1 não

10.1 Preparação dieta**Adequado:** sem adaptação da receita**Não adequado:** com adaptação

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá! Poderia falar com o responsável pelos cuidados do Sr (a) _____?

Estou convidando a pessoa pela qual você é responsável a participar de um estudo desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre para avaliar a orientação realizada na alta hospitalar quanto ao uso de nutrição enteral domiciliar. O objetivo é avaliar as dificuldades encontradas pelos pacientes e seus familiares e com isso esperamos melhorar o processo de orientação realizada aos pacientes atendidos.

Caso você queira participar do estudo, será realizada uma entrevista, contendo perguntas sobre a orientação que recebeu sobre o uso da dieta enteral em domicílio e isso levará cerca de 20 minutos. Você aceita participar da pesquisa?

() Sim () Não

Para a realização desta pesquisa, irei realizar algumas perguntas relacionadas à orientação prestada no hospital com relação ao uso e manuseio da nutrição enteral na sua casa. Também será consultado o prontuário médico da pessoa pela qual você é responsável. Você poderá escolher outro horário para a realização destas perguntas, caso deseje. A sua participação é voluntária, caso não queira participar não terá qualquer prejuízo em relação ao atendimento recebido nesta instituição. Você poderá ter benefício direto ao participar deste estudo, caso seja constatada alguma dificuldade com relação aos procedimentos questionados. Poderá ocorrer desconfortos relacionados ao tempo destinado para responder o questionário ou com o seu conteúdo, por isso você poderá interromper a entrevista a qualquer momento, de forma definitiva ou agendando outro momento mais oportuno para continuar. As informações coletadas serão confidenciais e você e a pessoa pela qual é responsável não serão identificados pelos nomes. As informações obtidas a partir deste estudo poderão ser publicadas com finalidade científica. Não haverá despesas relacionadas à participação na pesquisa e também não está previsto pagamento pela participação.

Você poderá fazer perguntas, esclarecendo plenamente suas dúvidas a qualquer momento. No caso de dúvidas também poderá ser contatada a pesquisadora responsável pelo estudo, Professora Jussara Carnevale de Almeida, pelo telefone 3359-8127 ou na Faculdade de Medicina, no Curso de Nutrição - UFRGS. Caso as dúvidas forem relacionadas a questões éticas poderá ser contatado o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pelo telefone (51) 3359-7640, no horário das 08:00 as 17:00.

Nome do Participante: _____

Nome e Assinatura do pesquisador que conduziu o processo de consentimento: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 201__