

Terapia Nutricional na Assistência Domiciliar

A assistência nutricional e clínica ao paciente em domicílio vêm crescendo no Brasil e no mundo. Também conhecida como *home care*, internação domiciliar ou assistência domiciliar, esta modalidade de assistência tem como objetivo a recuperação ou manutenção do nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade do paciente, além da redução dos custos assistenciais. A demanda pelo cuidado integral à saúde e melhorias na qualidade da atenção foi responsável pela busca de novas estratégias, mecanismos e práticas inovadoras de cuidado próximas ao domicílio, serviços de atendimento domiciliar terapêutico, cuidados paliativos domiciliares, entre outros⁴. O domicílio tornou-se um espaço de cuidado que pode estimular a recuperação do paciente sem o estresse do ambiente hospitalar possibilitando

assim maior estabilidade emocional, baixo risco de infecção e até estreitar a relação com familiares e com o médico⁴.

No Brasil, os primeiros serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 60, se multiplicaram intensamente nos anos 90, mas somente em 2011 sua regulamentação foi criada. Em agosto de 2011 foi publicada a primeira portaria (2.029) considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outubro a portaria foi redefinida (portaria 2.527) com diretrizes de cuidado, organização e incentivo federal. Além das diretrizes, o Ministério da Saúde publicou um manual instrutivo denominado "Melhor em Casa" com informações imprescindíveis para

implantação da assistência domiciliar no município^{4,7,8}.

A assistência domiciliar do setor público divide-se em três modalidades (AD1, AD2 e AD3) dependendo da complexidade de cada paciente⁴:

AD1: pacientes com problema de saúde controlado e que exige cuidados com menor frequência e menor recurso de saúde, além de apresentarem dificuldade de locomoção até uma unidade de saúde (US). Este grupo de pacientes será atendido por equipes de Saúde da Família com visitas regulares no mínimo uma vez por mês⁴.

AD2: pacientes que exigem cuidados com maior frequência, recurso de saúde e acompanhamento contínuo, além de apresentarem dificuldade de locomoção até uma US. Este grupo será atendido por equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP)⁴.

AD3: pacientes que exigem cuidados com maior frequência, maiores recursos de saúde, equipamentos e acompanhamento contínuo, além de apresentarem dificuldade de locomoção até uma US. Este grupo será atendido por EMAD e EMAP⁴.

As equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) do setor público são formadas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e auxiliar/técnicos de enfermagem. Já as equipes de apoio denominadas EMAP (equipe multiprofissional de apoio) incluem assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional^{4,7,8}.

A preocupação com alto custo na área da saúde e a crescente população de idosos estimula o crescimento das internações domiciliares nos dias de hoje. A permanência de um

indivíduo no hospital implica em despesas diretas e indiretas como o espaço físico, mão de obra hospitalar, medicamento, alimentação, exames laboratoriais, equipamentos, utilitários básicos e também de alta tecnologia. O período prolongado de internação reflete, muitas vezes, em retardo no atendimento de novos pacientes¹⁰.

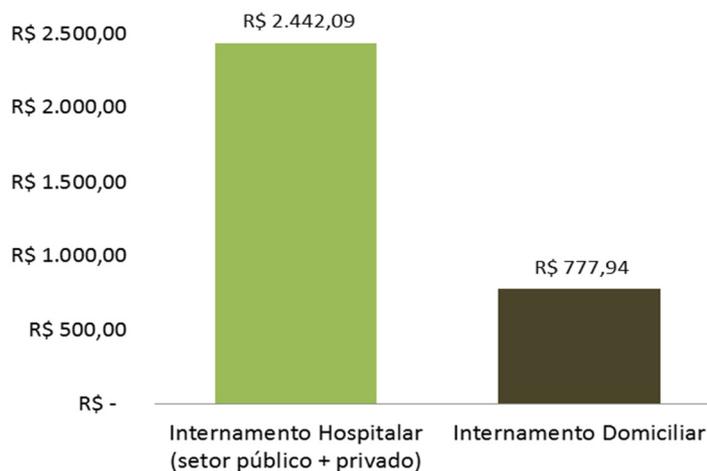
A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) realizou uma pesquisa quantitativa da qual participaram 48 empresas de autogestão em saúde. A amostra pesquisada representa pouco mais de 60% da população do segmento de autogestão no Brasil, totalizando 3.274.303 indivíduos. De 2008 a 2010 foram gastos, em média, R\$ 4.343,50 por paciente internado em ambiente hospitalar do setor privado e R\$ 2.133,04 por paciente com internação

domiciliar. Esta pesquisa revelou um custo maior com internação hospitalar (51% mais caro) do que em domicílio. Outro dado importante são as internações hospitalares do setor público, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), somente em 2009 foram pouco mais de 11 milhões com o custo médio de R\$ 909,79 por pessoa é muito comparado com??. O custo das internações hospitalares do setor privado e público em 2009 foram maiores (32%) quando comparadas com o domiciliar (GRAFICO 01)⁶. Um estudo randomizado com o intuito de avaliar recursos e implicações econômicas de uma alta hospitalar precoce e internação domiciliar, contou com 82 pacientes neurológicos vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode concluir que a alta hospitalar precoce aliada a um plano de reabilitação domiciliar se torna menos onerosa que os cuidados hospitalares convencionais¹.

Existem vantagens para o paciente quanto à internação domiciliar, pois o ambiente hospitalar afasta o indivíduo do círculo social, promove medo, insegurança e vivência da doença dia-a-dia. Ao contrário do hospital, o lar altera minimamente o modo de vida do paciente, reduz custos tanto para a família como para o estado, reduz risco de infecção, estimula

a relação médico-paciente de uma forma mais humanizada e a recuperação mais rápida. Estudos indicam a satisfação dos pacientes e familiares com assistência domiciliar. Em Cuba, 88% dos casos de internação domiciliar evoluíram satisfatoriamente e 100% dos pacientes e familiares demonstraram satisfação plena com esse modelo de assistência⁹.

Custo médio por paciente em 2009⁶



Fonte: Adaptado de UNIDAS 2010 e Ministério da Saúde/SE/Datasus

Terapia Nutricional Domiciliar

A Terapia Nutricional Domiciliar (TND) quando indicada e aplicada de forma adequada promove bons indicadores nutricionais, redução dos riscos de complicações, tempo de internação e redução das taxas de morbidade e mortalidade⁵.

Um estudo de coorte realizado na Espanha durante 5

anos detectou que as principais patologias em TND são neoplasias (43,8%), infecção pelo vírus HIV (26,8%), desordem neurológica (9,6%), doença digestiva (4,7%), entre outras. A via oral é utilizada em 70,6% dos casos enquanto que a sonda somam-se 28,6%. As intercorrências aconteceram em pouco mais de 5% dos casos de TND⁵.

TABELA 01. Critérios de seleção para aprovação da Terapia Nutricional Domiciliar¹⁰

Paciente deve apresentar	Domicílio deve oferecer
<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidade hemodinâmica • Estabilidade metabólica • Desnutrição • Doença inflamatória intestinal • Neuropatias • Queimadura • Disfagia • Quimioterapia • Radioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidador responsável e capacitado • Condições adequadas de higiene • Área para manipulação adequada de dieta • Área adequada para armazenar a dieta • Água potável • Luz • Refrigeração adequada • Telefone • Transporte quando necessário

Fonte: Adaptado de DITEN 2011.

Além das portarias que regulamentam a assistência domiciliar, existem também guias de orientação para a TND, publicados por entidades referências como *ASPEN*

(*American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*) e Projeto Diretrizes (Diretrizes Brasileiras da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina em parceria com a Sociedade

Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral). Para a escolha de pacientes sob TND são levados em consideração alguns critérios quanto à saúde do paciente e também condições mínimas do domicílio (TABELA 01). Ao optar pela Terapia Nutricional Domiciliar, o paciente e o seu cuidador devem ser orientados quanto aos procedimentos de manipulação, administração e armazenamento da dieta e dar preferência sempre que possível pelas formulações

Conclusão

A assistência domiciliar representa hoje uma modalidade segura e eficaz, aliando conhecimento e tecnologia em prol da rápida recuperação do paciente de forma mais humanizada e individualizada.

disponíveis comercialmente. É interessante orientar o cuidador quanto aos possíveis sintomas, causas, ação imediata e a prevenção de forma simples (TABELA 02). A *ASPEN* indica que todos os sintomas e procedimentos devem ser anotados em um quadro e apresentados aos profissionais envolvidos no atendimento domiciliar^{2,3}.

A TND possui custo-benefício satisfatório e quando adequada sua indicação e execução potencializa a recuperação e a qualidade de vida do indivíduo.

ABELA 02. Orientações para cuidador^{2,3}

Sintoma	Causa	Ação imediata	Prevenção
Náusea / vômito	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerância à formulação de NE • Problemas mecânicos • Efeito colateral de medicamentos • Disfunção gastrointestinal • Estresse psicossocial • Tosse/infecção do trato respiratório superior 	<ul style="list-style-type: none"> • Parar a alimentação • Avisar a equipe MD ou médico responsável 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar o gotejamento da NE • Substituir a formulação • Praticar normas de higiene na manipulação, administração e armazenamento da NE • Verificar deslocamento da sonda, cabeceira do leito elevado ou paciente sentado • Verificar medicação e possíveis efeitos colaterais • Utilizar técnicas de relaxamento/terapias/reduzir o número de visitas • Notificar o médico ou a equipe MD
Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerância à formulação de NE • Disfunção gastrointestinal • Efeito colateral de medicamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar o gotejamento da NE • Notificar a equipe MD 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar gotejamento da NE • Substituir a formulação (com fibras, isenta de sacarose, lactose e glúten) • Praticar normas de higiene na manipulação, administração e armazenamento da NE • Notificar o médico ou a equipe MD quanto efeitos colaterais de medicamento
Constipação	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestão inadequada de fibras e líquidos • Efeito colateral de medicamento • Falta de exercício físico • Dismotilidade gastrointestinal • Obstrução intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a ingestão de líquidos e fibras • Notificar a equipe MD 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de NE com fibras ou medicamento laxativo • Verificar o uso de medicamentos com possíveis efeitos colaterais como constipação • Fazer exercício físico sempre que possível • Notificar a equipe MD quando suspeitar de obstrução intestinal
Obstrução da sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Administração de medicamento ou outros componentes de forma inadequada • Lavagem inadequada da sonda • Defeito na sonda • Velocidade de infusão muito lenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a sonda • Não forçar a NE ou medicamento • Lavar a sonda com seringa (60 ml de água potável) • Notificar a equipe MD 	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre que possível, utilizar medicamento líquido para uso via sonda • Administrar medicamento separadamente de NE • Lavar a sonda • Verificar possível substituição de sonda

Fonte: adaptado de ASPEN/Home Enteral Nutrition

Referencias

1. Craig et al, Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial: II Cost Minimization analysis at 6 months. American Heart Association, *Stroke*. 31:1032-1037. 2000.
2. HEN Complication Chart. The Olay Foundation.
3. Kovacevich et al. Nutrition in Clinical Practice. Standards for Specialized Nutrition Support: Home Care Patients. *Nutr Clin Pract*; 20:579. 2005.
4. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo Melhor em Casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar.
5. Moreira et al. Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica. *Com. Ciências Saúde*, 21(4):309-318. 2010.
6. Pesquisa Nacional UNIDAS 2010. Centro Paulista de Economia da Saúde (CPES), novembro 2011.
7. Portaria nº. 2.029 de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).
8. Portaria nº. 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
9. Rehem, T. C. M. S. B. e Trad, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup): 231-242. 2005.
10. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Terapia Nutricional Domiciliar. Projeto Diretrizes, volume IX. Agosto, 2011.