

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELISE OBAYASHI TANAAMI

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES DEPENDENTES DE
TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR NA REDE PÚBLICA DE
CURITIBA

Curitiba

2011

ELISE OBAYASHI TANAAMI

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES DEPENDENTES DE
TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR NA REDE PÚBLICA DE
CURITIBA

PROJETO TÉCNICO apresentado à
Universidade Federal do Paraná
para obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública.
Orientadora: Prof.Dra. Suely Teresinha Schmidt

Curitiba
2011

1 Introdução

1.1 Apresentação/Problemática

O presente projeto visa propor ao sistema público de saúde de Curitiba um melhor acompanhamento pelo profissional nutricionista a pacientes em uso de Terapia Nutricional Enteral (TNE) domiciliar. Através de um levantamento realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, constatou-se que pacientes do SUS que reinternaram em uso de TNE domiciliar, voltavam com piora do estado nutricional. Desta forma podem ser levantadas algumas hipóteses que justifiquem este problema. No momento da alta hospitalar, o cuidador (acompanhante do paciente) recebe orientações de alta, porém, é possível que: 1) ele teve dificuldade de entendimento na elaboração e produção da dieta artesanal ou não disponha de equipamentos adequados e, por isso não conseguiu seguir as orientações recebidas. 2) ele não tenha condições higiênico-sanitárias em casa para elaborar a dieta dentro de padrões de qualidade alimentar e 3) fatores psicológicos e emocionais abalem a estrutura familiar quando um dos integrantes é hospitalizado e ainda dependente de Nutrição Enteral.

Um ponto crítico da realidade brasileira atual é a condição sócio-econômica que a grande maioria dos pacientes hospitalizados na rede pública apresenta, constituindo uma barreira importante na manutenção de uma nutrição domiciliar adequada. Na necessidade de elaboração da dieta artesanal, o nutricionista que irá realizar a orientação de alta hospitalar ao cuidador do doente, deve estar atento se no domicílio do paciente existem equipamentos indispensáveis como a geladeira e liquidificador para a produção da dieta. A porcentagem de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) que recebem alta hospitalar com prescrição de uso de TNE com condições financeiras de adquirir fórmulas industrializadas é muito pequena frente a real necessidade.

Como garantir que mesmo em condições favoráveis para a elaboração da dieta artesanal, ou seja: o familiar do paciente com um bom grau de entendimento, cômico de sua responsabilidade sobre o ato da preparação da dieta, com boas condições domiciliares higiênico-sanitárias e sócio-econômicas -, o doente conseguirá evoluir e recuperar seu estado de saúde?

O papel do nutricionista acompanhando o paciente em domicílio é de grande importância, visto que este é o profissional com conhecimento sobre o aporte (calórico, protéico, lipídico e de oligoelementos) necessário para a recuperação ou manutenção do estado nutricional do doente e, portanto, para sua segurança alimentar e nutricional.

Por fim, conclui-se que, se o paciente dependente de TNE tiver apoio e acompanhamento efetivo do nutricionista no domicílio, os índices de reinternamentos diminuirão, e com isso muitos problemas de saúde pública, como a falta de leitos hospitalares pela superlotação dos hospitais, serão resolvidos. Além disso, será um fator de economia para o hospital, visto que deixará de ter o custo financeiro relativo à recuperação e intervenção com o paciente reinternado, muitas vezes em condições piores do que no seu primeiro internamento.

1.2 Objetivos do trabalho

1.2.1 Geral

Diminuir os índices de reinternamento hospitalar de pacientes dependentes de Terapia Nutricional Enteral à domicílio, em Curitiba.

1.2.2 Específicos

Sensibilizar os gestores do Sistema Único de Saúde de Curitiba para a importância do nutricionista no acompanhamento e orientação de pacientes dependentes de TNE domiciliar

Propor medidas estratégicas visando a redução dos reinternamentos hospitalares.

1.3 Justificativas do objetivo

É grande a incidência de pacientes do SUS dependentes de TNE e que necessitam de algum tipo de auxílio durante o tratamento domiciliar, seja na orientação do preparo da dieta artesanal ou na conscientização da segurança e qualidade nutricional. De acordo com o perfil dos pacientes atendidos pelo Programa de Atenção Nutricional no município de Curitiba, 50% recebem alimentação via sonda enteral, e destes, 67,1% utilizam via gastrostomia, fazendo com que a relevância desse atendimento se torne ainda maior, especialmente considerando que esta ostomia é prevalente nos pacientes com uso de Terapia Nutricional Enteral contínua (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2011)

Por outro lado, esses pacientes, assim como todo cidadão, têm direito à segurança alimentar nutricional (SAN) que “consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, econômica e socialmente sustentáveis” (ABRANDH, 2010, p.21).

A SAN está inserida no Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA): “O direito à alimentação adequada se realiza quando todo homem, mulher e criança, sozinho ou em comunidade com outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para sua obtenção” (ABRANDH, 2010, p.15).

Nesse contexto, entende-se que, os pacientes dependentes de TNE, devem ter acesso aos alimentos de forma suficiente, contínua, nutricionalmente adequada, em boas condições de saúde e higiene, o que envolve a preparação de forma segura da dieta artesanal, preservando assim o valor nutricional dos alimentos.

Há uma tendência crescente do conceito de desospitalização e conseqüentemente o aumento no interesse da atenção especializada e humanizada no atendimento hospitalar. Ao mesmo tempo em que esse novo conceito vem crescendo também é fato que se pode gerar uma economia dos recursos de saúde e uma maior disponibilidade de leitos hospitalares, reduzindo as complicações associadas à desnutrição, promovendo a melhoria de qualidade de vida dos pacientes e a assistência prestada aos mesmos. Desta forma, os pacientes, que até pouco tempo atrás eram tratados basicamente nos hospitais, são agora transferidos o mais rapidamente possível para seus domicílios, onde continuarão seus tratamentos, com programas de reabilitação, de recuperação ou de cuidados paliativos.

É importante lembrar que este paciente em domicílio utilizando TNE deve ter orientação e acompanhamento de um nutricionista, garantindo deste modo que o

cuidador do doente tenha acesso às informações básicas quanto ao preparo da dieta, seja ela artesanal ou industrializada, a fim de proporcionar a evolução e recuperação do estado de saúde do paciente.

2 Revisão teórico-empírica

Conforme a Constituição Federal Brasileira, o direito à saúde é um direito de todos e dever do Estado. De acordo com os princípios do SUS, um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde é a alimentação. Reforça-se então, o direito fundamental dos indivíduos de acesso aos alimentos. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem buscando resgatar o princípio da integralidade do SUS, que compreende o resgate da visão do ser humano como um todo (BRASIL, 1998).

A nutrição enteral é uma modalidade terapêutica aplicada a pacientes que possuem enfermidades que os impossibilitam de receber alimentos por via oral ou de atingir suas necessidades nutricionais por esta via. Para evitar ou minimizar os efeitos da desnutrição, estes pacientes consomem os alimentos através das sondas nasogástricas ou entéricas posicionadas em porções específicas do sistema digestório (ZABAN, 2009).

Os pacientes em Terapia Nutricional Enteral que recebem alta hospitalar e necessitam manter esta modalidade terapêutica em domicílio, normalmente acabam por manipular a dieta artesanal, visto que o custo da nutrição enteral industrializada é muito alto. É difícil a manutenção desta terapia sem o apoio logístico e técnico da instituição, através da orientação de um profissional qualificado, pois o uso das dietas artesanais, ou seja, com alimentos convencionais liquidificados, com frequência acabam provocando a, obstrução da sonda. Portanto devido ao difícil manejo das dietas, os pacientes acabam por abandonar esta terapia, o que leva a uma piora do seu prognóstico clínico-nutricional (ZABAN, 2009).

Nessa abordagem, as políticas ministeriais vêm enfatizando o seguimento dos pacientes após sua alta hospitalar, de forma a garantir a manutenção, e/ou recuperação total de sua saúde, a fim de que não venham necessitar, com tanta frequência, do recurso da reinternação hospitalar. Assim, enfatiza-se o atendimento domiciliar, como forma de tratamento mais humano (incluindo também o menor risco de complicações decorrentes do contato com o ambiente hospitalar), no qual o indivíduo passa a ser assistido em seu ambiente familiar (ZABAN, 2009).

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, datando da última década do século XX. A difusão desta modalidade de prestação de serviços

ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros. O atendimento domiciliar envolve serviços que vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas (FLORIANI, 2004).

A Assistência Domiciliar possui uma série de vantagens, dentre as quais se destacam: a maior humanização no tratamento, reintegrando o paciente em seu convívio familiar, a redução de internações e de demandas por serviços de emergência hospitalar, a diminuição do tempo de internamento hospitalar, com conseqüente redução de risco de aquisição de comorbidades e redução dos custos hospitalares e a satisfação do paciente e de seus familiares. Ressalta-se ainda a importância do acompanhamento da Equipe Multiprofissional no atendimento domiciliar, no sentido de se prevenirem complicações, favorecendo a adesão do paciente e de seus familiares ao tratamento e proporcionando a sua recuperação (ZABAN, 2009).

Dentre os componentes mais importantes da Assistência Domiciliar, destaca-se a Terapia Nutricional Enteral (TNE), uma vez que a manutenção de um paciente em um leito hospitalar para fins de realização desta terapia gera aumento de custos relacionados à internação, bem como expõe o paciente ao risco de infecções hospitalares (ZABAN, 2009).

No Brasil, segundo estudos do GANEP (Grupo de Apoio Nutricional Enteral e Parenteral) no período de 1990-1999 houve um aumento de 64% da indicação de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED).

Ireton Jones (2005) enfatiza a necessidade de um monitoramento clínico mais efetivo nos pacientes com Terapia Nutricional Enteral Domiciliar. Para os pacientes mais estáveis pode compreender a revisão mensal do estado nutricional para acompanhar o ganho ou perda de peso, mais a avaliação da tolerância à

fórmula, medida pela presença de diarreia, náusea, vômitos, distensão abdominal, bem como avaliação de ingestão hídrica. Para os pacientes mais complexos, faz-se necessária também a revisão completa de dados laboratoriais. É também necessário fazer uma triagem familiar (avaliação social).

No Brasil, infelizmente ainda são pequenas as iniciativas no fornecimento de dietas industrializadas e o acompanhamento do paciente dependente de Terapia Nutricional Enteral por uma equipe multidisciplinar no domicílio. O SUS (Sistema Único de Saúde) não abrange a distribuição de dieta industrializada a todos que necessitem fato que pode interferir na efetividade desta terapia, piorando o prognóstico dos pacientes que dela dependem. Por este motivo, e de acordo com o DHAA citado anteriormente, o usuário do SUS pode buscar, junto a justiça, seus direitos no que diz respeito ao acesso a uma alimentação adequada e em quantidade nutricionalmente suficiente.

A terapia nutricional domiciliar é considerada uma tecnologia já dominada em muitos países. No Brasil, apesar de ter poucos anos, é cada vez maior a tendência de se prosseguir, no domicílio, os cuidados hospitalares. Embora a tecnologia garanta uma maior sobrevivência, não garante uma melhor qualidade de vida aos pacientes em TNE, pois este fica restrito ao uso de sondas ou outro tipo de via de acesso, não permitindo que o paciente desfrute dos sabores dos alimentos, um dos prazeres que a vida lhe oferece (BORGES, et al, 2002).

Há uma crescente tendência dos administradores hospitalares em otimizar as internações e reinternações, pressionados pelos altos custos, com uma maior racionalização do tempo de permanência do paciente no hospital, maior rotatividade dos leitos e conseqüente diminuição dos custos hospitalares (FLORIANI, 2004).

Fuentes et al (1997), averiguaram em um hospital de ensino espanhol, que o valor médio do atendimento de pacientes em domicílio foi 4,17 vezes menor, quando comparado às despesas em ambiente hospitalar nas mesmas condições.

Num estudo brasileiro apresentado por Zaban (2009) no Distrito Federal mostrando a associação entre os custos de Terapia Nutricional Enteral Hospitalar e Terapia Nutricional Enteral Doméstica, demonstrou que a primeira é cerca de 2,65 vezes superior a segunda, com resultados estatisticamente significantes com $p=0,0001$.

Baxter, et al (2004), enfatizam que a manutenção de um paciente em um leito hospitalar por tempo maior que o necessário implica proporcionalmente maiores custos diretos e indiretos. Além disso, ocasiona atraso no cuidado de outros pacientes, o que pode acarretar danos irreversíveis, dado o rápido avanço das doenças consuntivas.

Esses mesmos autores acompanharam 56 pacientes cirúrgicos em condições semelhantes, os quais foram divididos em dois grupos. Um grupo controle mantido em condições convencionas intra-hospitalares, e o grupo de estudo que foi um modelo integrado Hospital-Domicílio. Como conclusão, os autores verificaram que o tempo de hospitalização e os custos referentes ao Grupo do Estudo foram 2,7 vezes menores quando comparados ao Grupo Controle, havendo um benefício econômico num valor de R\$ 9.132,83, por cada paciente no grupo de estudo (BAXTER, et al 2004).

Acompanhando essa nova tendência, é necessário uma maior discussão frente às políticas de saúde pública para que haja um melhor acompanhamento destes pacientes. Se a redução dos custos hospitalares é importante, fundamental é o atendimento domiciliar com qualidade, com profissionais capacitados em terapia nutricional tendo como objetivo um atendimento mais humanizado e individualizado, melhorando a qualidade de vida, proporcionando mais conforto e segurança aos familiares.

3 Metodologia

Este estudo compreende a elaboração de uma proposta de projeto técnico para a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, com vistas a diminuir o índice de reinternação de pacientes dependentes de terapia nutricional enteral, através da orientação e acompanhamento domiciliar efetivo de um nutricionista.

As fases de desenvolvimento são as seguintes:

Primeira fase: Levantamento para identificar a incidência de pacientes que reinternam no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba que utilizaram da Terapia Nutricional Enteral domiciliar.

Segunda fase: Levantamento Bibliográfico sobre a situação brasileira da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.

Terceira Fase: Elaboração da proposta com sugestões de estratégias para melhorar e otimizar a TNE domiciliar em Curitiba.

4 A Organização Pública

4.1 Descrição geral

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba tem a missão de planejar e executar a política de saúde para o Município de Curitiba, responsabilizando-se pela gestão e regulação dos serviços próprios e conveniados, monitorando doenças e agravos e realizando a vigilância sanitária sobre produtos e serviços de interesse da saúde, visando uma população mais saudável.

Atualmente, a rede própria municipal é composta por 136 Equipamentos de Saúde, sendo que, destas, 50 Unidades Básicas de Saúde, 55 Unidades Básicas com Estratégia em Saúde da Família, 04 Unidades de Saúde Complexas, 07 Unidades Especializadas, 10 Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS, 8 Centros Municipais de Urgências Médicas - CMUM's, 1 Hospital geral e maternidade (Centro Médico Comunitário Bairro Novo), 1 Laboratório de Análises Clínicas.

A inserção do nutricionista na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba no ano de 2006 possibilitou o atendimento individual de pessoas com necessidades especiais de alimentação. Diante disso, foi implantado o Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação (PAN). A equipe de nutricionistas, juntamente com outros profissionais, estabeleceu estratégias de conduta para o tratamento e monitoramento dos pacientes, visando melhorar a saúde e a qualidade de vida desses indivíduos.

Neste programa, os pacientes são atendidos pelo menos a cada 3 meses, de acordo com a gravidade do quadro. Estão incluídos pacientes dependentes de TNE, pacientes desnutridos e/ou que apresentam doenças que comprometem o trato gastrointestinal e também crianças com alergia à proteína de leite de vaca. Deste total de pacientes, 52% são atendidos rotineiramente nas Unidades de Saúde e 48% em domicílio, porém todos recebem ao menos uma visita domiciliar.

4.2 Diagnóstico da situação-problema

O presente projeto propõe ao sistema público de saúde de Curitiba um melhor acompanhamento pelo nutricionista aos pacientes em uso de Terapia

Nutricional Enteral Domiciliar (TNED). Conforme já descrito, esta modalidade está cada vez mais freqüente em nossa realidade e os gestores públicos devem estar atentos para atender esta nova demanda crescente de forma humanizada e que contemple todos os princípios do SUS.

A indicação deste tipo de terapia tem aumentado nos últimos anos, principalmente devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas na população. A terapia possibilita uma maior expectativa de vida fazendo com que sua ocorrência seja maior entre os idosos, razão destes serem os maiores usuários de TNED.

As orientações dadas no momento da alta hospitalar são extensas e complexas. Há, muitas vezes, dificuldade de compreensão e de cumprimento das mesmas, podendo expor os pacientes a riscos. Para que a TNED seja adequada é necessário que os pacientes e familiares sejam treinados e orientados por uma equipe multiprofissional qualificada.

No Brasil ainda são pequenas as iniciativas no fornecimento de dietas industrializadas e no acompanhamento por uma equipe multidisciplinar no domicílio, até porque a maioria dos usuários do SUS desconhece seus direitos, especialmente no que tange ao Direito Humano a Alimentação Adequada, garantido na Constituição, fato que pode interferir na efetividade da TNED.

Através de um levantamento realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba constatou-se que pacientes do SUS que reinternaram em uso de TNE domiciliar no período de 2010 a 2011, voltavam com piora do estado nutricional. Foram avaliados 10 pacientes que utilizaram da TNED, no período acima, e todos eles estavam com o Estado Nutricional rebaixados. Não estão incluídos nesse dado, os pacientes que utilizaram a Terapia Nutricional Via Oral.

Por se tratar de pacientes com uma condição sócio-econômica desfavorável, a TNED acaba sendo prejudicada, visto que muitos deles não têm condições de obter alimentos essenciais e favoráveis para manutenção e/ou recuperação do estado nutricional. Também existe dificuldade na manipulação da dieta artesanal, pois é necessário condições higiênico-sanitárias adequadas, possuir no mínimo um mixer ou liquidificador e geladeira, além da consistência que favoreça a passagem da dieta pelo equipo, sem ocasionar a sua obstrução.

Em Curitiba, existe um Programa de Atenção Nutricional às pessoas com necessidades especiais de alimentação, que acompanha os pacientes dependentes de TNE. Todos os pacientes acima dos 10 anos contemplados por este programa recebem uma receita de dieta artesanal específica para cada situação sem nenhuma hipótese de receber qualquer dieta industrializada. Os pacientes e/ou familiares são acompanhados e recebem orientações durante as consultas realizadas através da Unidade Básica de Saúde ou outro consultório conveniado, porém a visita do nutricionista no domicílio do paciente no município de Curitiba ainda é bastante deficiente.

Sabe-se que há algumas desvantagens quanto à utilização de dieta artesanal em relação à dieta industrializada comprovadas cientificamente, como por exemplo:

- Instabilidade bromatológica - como variam com relação aos procedimentos e técnicas adotados para o preparo e quanto à forma com que os nutrientes são empregados, considera-se que tenham uma composição "estimada". Vários estudos mostram que a densidade calórica e o conteúdo de nutrientes são bastante variáveis;

- Dificuldade de elaborar dietas com algum grau de especialização - em situações clínicas e metabólicas especiais, em que o paciente pode necessitar de nutrientes específicos ou sonda na posição pós-pilórica;

- Dificuldade no manejo da viscosidade e fluidez - os carboidratos utilizados neste tipo de formulação têm alto poder sobre a viscosidade, o que pode impedir o adequado gotejamento da preparação, bem como obstruir o calibre da sonda;

- Instabilidade microbiológica - maior risco de contaminação bacteriana, uma vez que sofrem maior manipulação no preparo;

- Fornecimento inadequado de micronutrientes - normalmente, o fornecimento de vitaminas e minerais é insuficiente nestas formulações, principalmente o fornecimento de oligoelementos e nutrientes condicionalmente essenciais;

- Desconhecimento da osmolalidade - a determinação da osmolalidade em formulações artesanais raramente é feita, em função de custo e disponibilidade de

equipamentos. No duodeno, formulações muito concentradas podem provocar diarreia grave e desidratação (ZAMBERLAN, 2002).

Entretanto, mesmo com todas estas desvantagens, a TNED é importante para o paciente porque possibilita o convívio com seus familiares num ambiente confortável e acolhedor, proporcionando menor risco de adquirir complicações decorrentes de um ambiente hospitalar

No Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, as nutricionistas no momento da alta hospitalar, avaliam também a condição sócio-econômica, e além de orientar os pacientes dependentes de TNED quanto a dieta artesanal, também deixam aos familiares dos pacientes algumas opções de uso de dieta semi-industrializada e industrializadas de baixo custo que os laboratórios e distribuidores de nutrição enteral proporcionam.

Porém, de acordo com os resultados do presente trabalho, é importante o acompanhamento do nutricionista de forma efetiva para diagnosticar a necessidade e perfil nutricional de cada paciente dependente de TNED e adequar a terapia de acordo com a necessidade individual de cada doente.

Por fim, conclui-se que, se o paciente dependente de TNE tiver apoio e acompanhamento efetivo do nutricionista no domicílio, os índices de reinternamentos diminuirão, e com isso muitos problemas de saúde pública, como a falta de leitos hospitalares pela superlotação dos hospitais, serão resolvidos. Além disso, será um fator de economia para o hospital, visto que deixará de ter o custo financeiro relativo à recuperação e intervenção com o paciente reinternado, muitas vezes em condições piores do que no seu primeiro internamento.

5 Proposta

5.1 Desenvolvimento da proposta

Para a realização da proposta é necessário:

a) Aumentar a abrangência do atendimento nutricional domiciliar para pacientes em TNE, no município de Curitiba:

Sabe-se que, atualmente, um nutricionista atende várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) por regional, não sendo suficiente para atingir esta demanda. É necessário efetuar o levantamento de pacientes dependentes de TNE em todas as UBS de Curitiba, definir as regiões com a demanda maior e distribuir o nutricionista de acordo com esse cenário.

b) Encaminhamento do paciente

Todo e qualquer paciente em alta hospitalar mantendo a TNE, receberá um encaminhamento de solicitação à UBS para acompanhamento de atendimento nutricional domiciliar.

c) Definir responsabilidades que competem ao nutricionista

A (o) nutricionista responsável por uma ou mais UBS de cada região, fará a visita domiciliar de forma que haja um acompanhamento nutricional efetivo a todos os pacientes cadastrados dependentes de TNE, orientando quanto a:

- o preparo da dieta artesanal,
- condições higiênico-sanitárias para o armazenamento,
- horários de infusão

- garantia de que o paciente receba a quantia necessária e suficiente de calorias e macronutrientes.

Realizará as orientações aos familiares e cuidadores sobre a forma de preparo da dieta artesanal, seus cuidados e possíveis alterações a fim de garantir o aporte calórico-protéico adequado para cada situação, sempre focando a recuperação do estado nutricional do paciente em questão.

a) Primeira Visita

Após a identificação do paciente dependente de TNE pela UBS, a (o) nutricionista da Unidade será acionada (o) para realizar sua primeira visita e avaliação. Fará levantamentos de dados antropométricos, diagnóstico do estado nutricional, condições higiênico-sanitárias domiciliares e condições sócio-

econômicas para verificar a condições de acesso à nutrição e/ou alimentos próprios para dieta artesanal. A (o) nutricionista identificará como o paciente foi encaminhado, as condições de acesso alimentar, de qual hospital recebeu alta e quais foram as orientações recebidas no momento da alta hospitalar. Serão realizadas as primeiras orientações quanto ao preparo da dieta a ser ofertada ao paciente.

b) Frequência das visitas domiciliares

Dependerá do perfil do paciente e de seu estado nutricional. A (o) nutricionista fará uma triagem dos pacientes cadastrados neste programa, de forma que aqueles que conseguiram aderir e atender as orientações recebidas na primeira visita e, desde que o estado nutricional do paciente não esteja muito comprometido, poderão receber visitas mensalmente. Por outro lado, os pacientes que estiverem com o estado nutricional diagnosticado como desnutrido ou com risco de desnutrição e/ou ainda tenha dificuldade de acesso aos alimentos e no preparo da dieta artesanal, devem receber visitas semanais, ou tantas quantas forem necessárias.

c) Alta do Programa

O paciente somente receberá alta deste programa quando não for mais dependente da Terapia Nutricional Enteral e quando atingir 100% do seu Valor Energético Total e sem riscos de se desnutrir.

5.2 Plano de implantação

Cada regional ou UBS será responsável por atender esta nova demanda para atendimento nutricional domiciliar dos pacientes dependentes de Terapia Nutricional Enteral, de acordo com as seguintes estratégias:

a) Definir número de nutricionistas necessário na rede pública para acompanhamento domiciliar, bem como sua área de abrangência

Através de concursos públicos, a Secretaria Municipal de Saúde, deverá contratar novas (os) nutricionistas com responsabilidades exclusivas para o atendimento nutricional domiciliar.

Deve-se levar em conta sua área de abrangência, ou seja, haverá áreas de concentrações maiores e outras áreas de concentração menores de pacientes que demandam de atendimento nutricional domiciliar. É responsabilidade do gestor

público direcionar a (o) nutricionista, distribuindo-o na área de abrangência de sua competência.

b) Acompanhamento nutricional domiciliar - TNED

Este profissional será responsável por realizar as orientações e acompanhamento do paciente dependente da TNE, envolvendo-se em todas as questões voltadas para esta Terapia: avaliação antropométrica, diagnóstico nutricional, avaliação da receita da dieta artesanal, seu modo de preparo dentro das condições sanitárias específicas, cálculo do teor calórico-protéico, aceitação do paciente, ajustes da receita da dieta, acompanhamento das complicações gastrointestinais quando houver e seu conseqüente manejo.

c) Frequência de visita domiciliar

A (O) nutricionista responsável por realizar este atendimento domiciliar será acionado quando a Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua abrangência o solicitar. Sua primeira visita domiciliar será para averiguar se o paciente tem alguma informação prévia quanto ao manejo da TNE, seja via orientação nutricional no momento da alta hospitalar ou em atendimento prévio da própria UBS.

Deste modo, a (o) nutricionista da rede pública estará ciente do diagnóstico do paciente, de seu estado nutricional e sua recomendação calórico-protéica, informado pela nutricionista que o acompanhou no internamento hospitalar. Também o profissional aproveitará esta oportunidade para avaliar as condições higiênico-sanitárias de seu domicílio, verificando se existe encanamento de água e demais equipamentos e utensílios necessários para dar continuidade no tratamento.

Ainda na primeira visita, o familiar/cuidador ou paciente receberá todas as orientações para o preparo da dieta artesanal, desde a receita, seu modo de preparo, acondicionamento, porcionamento de volume e sua frequência na administração, bem como sua instalação com o equipo e gotejamento. As orientações deverão ser realizadas por meio de demonstrações pelo nutricionista, seguidas pela repetição da prática pelo cuidador sob a supervisão do profissional.

Após a primeira avaliação, a (o) nutricionista acompanhará o paciente de acordo com a característica individual e personalizada, programando visita semanal, mensal ou bimestral, dependendo da necessidade da assistência nutricional.

Para pacientes com nível de atendimento primário, as visitas poderão ocorrer bimestralmente, para pacientes classificados como nível secundário, as

visitas serão mensais e para os pacientes de nível terciário, as visitas ocorrerão semanalmente.

d) Avaliação e Monitoramento

Após a implantação deste projeto, todo paciente dependente de TNED será acompanhado por um nutricionista, que deverá a cada visita domiciliar, avaliar o estado nutricional do paciente, tomar as medidas antropométricas, verificar os exames laboratoriais quando necessário, avaliar a aceitação da dieta e adequação de suas necessidades nutricionais e dietéticas. Realizar intervenção quando necessário.

e) Alta do programa

O paciente receberá alta do programa quando:

- Não estiver mais dependente desta terapia (TNE);
- Quando o paciente em uso contínuo desta terapia, conseguir alcançar em torno de 100% de suas necessidades nutricionais, estar ciente de todas as orientações e os familiares conduzirem todo o processo de acordo com as orientações recebidas;
- Familiar/cuidador ou o próprio paciente não quiser mais o acompanhamento do profissional nutricionista.
- Óbito do paciente

5.3 Recursos

Para a implantação deste projeto, são necessários os seguintes investimentos :

- concursos públicos para contratação e manutenção de número suficiente de nutricionistas;
- equipamentos para avaliação nutricional dos pacientes, como: balanças portáteis digitais, estadiômetros, adipômetros e fitas para medir circunferências.

Materiais de papelaria como formulários próprios para avaliação nutricional, prontuário para registro dos dados de acompanhamento do paciente.

- Meios de transporte para locomoção das (os) nutricionistas nas visitas domiciliares

5.4 Resultados esperados

O resultado esperado é o cumprimento da proposta deste projeto para todos (100%) os pacientes dependentes da TNE residentes em Curitiba, ou seja, que todos os pacientes cadastrados neste programa que utilizam a TNE recebam visitas domiciliares frequentemente do nutricionista, que os auxiliará no tratamento nutricional individualizado e humanizado. Desta forma, pode-se melhorar o estado nutricional do paciente bem como garantir sua qualidade de vida, proporcionando maior conforto, tranquilidade e segurança aos seus familiares.

Conseqüentemente, outro resultado esperado é um menor índice de reinternamento hospitalar, visto que o paciente bem atendido a nível domiciliar necessitará menos deste serviço.

5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Um dos possíveis problemas esperados para a implantação desta proposta é não ter o número de profissionais nutricionistas suficiente para cobrir a demanda da região de Curitiba. Neste caso, a medida corretiva é a contratação deste profissional, caso não seja possível realizar concursos como proposto, contratar profissionais terceirizados a fim de suprir esta demanda.

Outro problema refere-se a uma possível falta de comunicação e encaminhamento dos pacientes dependentes de TNE entre a referência e contra-referência. A medida corretiva está na correção do fluxo de forma que todos os envolvidos neste processo tomem conhecimento de todos os passos necessários para a sua realização.

6. Conclusão

O propósito deste projeto é a melhoria do estado nutricional e da qualidade de vida de pacientes em uso de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED), em Curitiba, através de um melhor acompanhamento do nutricionista. Seu objetivo é diminuir os índices de reinternamento hospitalar e, para isso, sensibilizar os gestores do Sistema Único de Saúde de Curitiba sobre a importância de um maior número de nutricionistas para o efetivo acompanhamento dos pacientes dependentes de TNED.

Para que a TNED tenha os resultados esperados é necessário, como já descrito, que todos os pacientes sejam acompanhados e avaliados de forma contínua pelo nutricionista. Desse modo, espera-se que diminuam os índices de reinternamentos hospitalares, e outros problemas de saúde pública, como a falta de leitos hospitalares pela superlotação dos hospitais. Também, os custos financeiros como a tentativa de recuperação de pacientes reinternados serão menores.

Após a implantação desta proposta, o próximo passo será o fornecimento de dieta industrializada para todos os pacientes dependentes da Terapia Nutricional Enteral, garantindo um aporte calórico-protéico e um perfil nutricional mais adequado do que uma dieta artesanal, a qual confere maior de risco de contaminação no preparo e na manipulação da receita.

E por último, ao aumentar o número de nutricionistas no atendimento à pacientes em TNED, o município, através de sua rede pública de saúde, estará prestando uma importante contribuição para a Segurança Alimentar e Nutricional dessas pessoas e, na medida em que fornecer ou proporcionar o acesso a uma dieta apropriada, também estará aproximando-as do Direito Humano à Alimentação Adequada.

7. Referências Bibliográficas

ARAÚJO, E.M.; MENEZES, H.C. Formulações com alimentos convencionais para Nutrição enteral ou oral. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, Campinas, 26(3): 533-538, jul.-set. 2006.

BAXTER, Y.C. ET AL, Economic study in surgical patients of a new model of nutritional therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. **J.Parenter Enteral Nutr.** 29 (1):96-105. 2004.

BORGES, V. C.; et al. Nutrição Domiciliar: Uma experiência no Brasil. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica.** 1858p. p. 977-981. Rio de Janeiro: Atheneu. 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63, de junho de 2000. **Regulamento técnico para a terapia nutricional enteral.** Brasília, 2000.

BURITY, V.;FRANCESCHINI, T.; VALENTE F.; RECINE E.; LEÃO, M.; CARVALO, M.F. Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. **ABRANDH.** Brasília, 2010.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 20 (4): 986-994, jul-ago, 2004.

FUENTES, D.O.; RIDAO, M.; PEIRO,S.; MARCHAN,C. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional: una evaluation econômica. **Med Clin.** 109: 207-11, 1997.

IRETON JONES C. Home enteral nutrition from the provider's perspective. **J. Parenter Enteral Nutr.** 26 (5): S8-9. 2005.

JORGE, M.H.P.M.; KOIZUMI, M.S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiologia**. Vol 7. Nº2. São Paulo, Junho 2004.

Lei Orgânica Alimentar e Nutricional – **LOSAN**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>.

Acesso em: 15/06/2011.

WATANABE, S.; CUKIER, C.; MAGNONI, D.; GUIMARÃES, R.N.; URENHIUKI, K.L.; RAUBA, A. Nutrição enteral precoce reduz tempo de internação hospitalar e melhora reembolso diário do Sistema Único de Saúde (SUS) ao hospital. **Rev. Bras. Nutrição Clínica**. 17 (2), abr-jun. 2002.

ZABAN, A.L.R.S.; NOVAES, M.R.C.G. Incidência e Prevalência da Nutrição Enteral Domiciliar no Distrito Federal. Uma análise Histórica de 2000 a 2005. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 2009.

ZABAN, A.L.R.S.; NOVAES, M.R.C.G. Nutrição domiciliar em crianças: uma experiência de um ano com 184 pacientes no Distrito Federal, Brasil. **Clinical Nutrition**, 2009.

ZAMBERLAN, P.; ORLANDO, P.R.; DOLCE, P.; DELGADO, A.F.; VAZ, F.A.C. Nutrição Enteral em Pediatria. **Rev. Pediatria Moderna**. V.38 nº 4: 105-124, Abr 2002.